



# Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale de Haute-Normandie

2012-2017





## ARRETE du 7 mars 2012

### portant adoption du schéma régional de l'organisation médico-sociale de Haute-Normandie

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-17 et R. 1434-1 à R. 1434-8 ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie en date du 1<sup>er</sup> octobre 2010 relatif à la définition des territoires de santé ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie en date du 19 décembre 2011 arrêtant le plan stratégique régional de santé

Vu le décret du 13 janvier 2011 portant nomination de M. Claude d'Harcourt en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie ;

Vu l'avis de consultation sur les schémas du projet régional de santé de Haute-Normandie publié le 3 janvier 2012 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Haute-Normandie;

Vu l'avis du préfet de la région Haute-Normandie en date du 23 février 2012 ;

Vu l'avis rendu par la conférence régionale de santé et de l'autonomie en date du 14 février 2012 sur les 3 schémas du projet régional de santé ;

Vu l'avis du conseil régional de Haute-Normandie en date du 29 février 2012 ;

Vu l'avis de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux en date du 9 janvier 2012 sur le schéma régional d'organisation médico-sociale ;

Vu l'avis du conseil général de Seine-Maritime en date du 20 février 2012 ;

Vu le courrier de saisine adressé en date du 23 décembre 2011 au président du conseil général de la de l'Eure pour recueillir son avis et les observations recueillies au cours des réunions du 13 février 2012 et du 6 mars 2012 ;

Vu les courriels de saisine adressés en date du 26 décembre 2011 aux maires des communes de Haute-Normandie ;

Vu les observations de la conférence de territoire de Dieppe en date du 23 février 2012;

Vu les observations de la conférence de territoire d'Evreux-Vernon en date du 16 février 2012;

Vu les observations de la conférence de territoire de Rouen-Elbeuf en date du 24 février 2012;

Vu les observations de la conférence de territoire du Havre en date du 14 février 2012;

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>**

Le schéma régional de l'organisation médico-sociale de Haute-Normandie est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de cinq ans.

**Article 2**

Le schéma régional de l'organisation médico-sociale de Haute-Normandie peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie à l'adresse suivante : <http://ars.haute-normandie.sante.fr>.

Il peut également être consulté :

- a) à la préfecture de la région Haute-Normandie – 7 place de la Madeleine - Rouen;
- b) à la préfecture du département de l'Eure – boulevard Georges Chauvin - Evreux;
- c) au siège de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie – 31 rue Malouet - Rouen ;
- d) ainsi que dans la délégation territoriale de l'Eure – boulevard Georges Chauvin - Evreux;

**Article 3**

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Haute-Normandie et de la préfecture du département de l'Eure.

Fait à Rouen, le 7 mars 2012,



Claude d'HARCOURT

# Avant-propos

## **La santé, un bien, une valeur**

---

La santé c'est pour nos concitoyens un bien, voire un droit et pour notre société une exigence, presque une valeur collective.

Pour chacun d'entre nous, la santé représente en effet le bien le plus précieux.

Pour notre société, elle caractérise une politique qui s'inscrit dans les valeurs de la république, la liberté, l'égalité, la fraternité.

De là, vient le fait que la politique de santé soit soumise à des exigences souvent contradictoires comme par exemple d'un côté l'égalité d'accès aux soins, de l'autre la liberté de choix du praticien et pour ce dernier la liberté d'installation.

De là aussi, le fait que ses objectifs soient pour l'essentiel l'objet d'un consensus mais que les désaccords soient vifs quand on évoque ses modalités de mise en œuvre.

De là enfin, l'écart entre les ambitions affichées, chaque fois plus élevées, et les résultats atteints, qui sont rarement jugés suffisants.

Pourtant la Haute-Normandie peut être fière de l'action conduite grâce à l'engagement des acteurs de santé et aux financements alloués par la sécurité sociale, les collectivités et l'Etat.

## **Le projet régional de santé, un projet différent pour une époque différente**

---

Le Projet Régional de Santé (PRS) de Haute-Normandie c'est un projet qui définit non seulement l'offre de soin pour les cinq années à venir mais aussi ses orientations en matière de prévention, de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées.

C'est une première différence avec les anciens plans et schémas.

Le cœur du sujet c'est bien la personne : la personne comme usager qui, à ce titre, a des droits mais aussi des devoirs à commencer par celui d'agir de manière responsable.

La personne comme patient aussi : sa prise en charge dans une logique de parcours de santé répond à des priorités claires comme le maintien à domicile, les actes ambulatoires, la pluridisciplinarité de l'approche ou la coordination des offres.

Le cœur de l'action c'est le territoire, un territoire défini au plan régional à partir des habitudes de vie et des solidarités économiques et sociales de ses habitants.

La Haute-Normandie compte quatre territoires de santé. Le projet régional ce sera donc à terme quatre projets territoriaux, un par territoire de santé, des projets définis et mis en œuvre avec les quatre conférences de territoires. Rendre les territoires attractifs si l'on veut y faire venir les meilleurs professionnels est un impératif catégorique pour les élus comme pour les administrations.

L'époque aussi est différente.

La place et le rôle des acteurs ne sont plus les mêmes. Certains d'entre eux sont inquiets. La médecine libérale voit disparaître le monde qui l'a fait naître autant que les générations qui l'ont animée et son trouble vient de ce qu'elle sait que ce qui se dessine demain ne correspondra plus à ce qui la motivait autrefois.

L'hôpital public se sent vulnérable alors qu'il demeure quoiqu'il arrive la pierre d'angle du service public et le creuset du savoir faire hospitalier. Le secteur médico-social et de la prévention, notamment le monde associatif craint de perdre sa liberté et sa capacité d'innovation alors même que l'expérimentation et l'esprit d'initiative sont une des conditions du progrès.

La différence vient également des évolutions radicales que rendent à présent possibles les techniques nouvelles.

A titre d'exemple télémédecine et interventions chirurgicales non invasives démultiplient l'efficacité des actes en même temps qu'elles obligent les acteurs de santé à redéfinir leur cœur de métier et à développer de nouvelles compétences.

La différence c'est celle enfin qu'introduit l'impératif économique.

La santé n'a pas de prix disait-on. Certes, mais elle a un coût, celui que fixe à présent chaque année l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

La contrainte financière agit sur chaque acteur, particulièrement sur le système sanitaire dans l'exigence d'un équilibre budgétaire qui est la condition des modernisations futures.

Entre l'impératif économique et les valeurs que porte notre conception du système de santé s'établit ainsi une tension persistante qui justifie le rôle de régulation de l'autorité publique.

Pour une époque différente, ce projet régional de santé se devait d'être un projet différent.

C'est un projet participatif, élaboré au terme d'un réel exercice de démocratie sanitaire. C'est aussi un projet sans concession qui dans son diagnostic pointe les contraintes réelles que constituent les déterminants sociaux et environnementaux de notre région.

Mais c'est un projet de progrès, qui met en valeur le chemin parcouru, rappelle les solidarités à l'œuvre et trace des perspectives pragmatiques à la fois concrètes et mesurables.

Ce projet soumis à votre avis est un projet de confiance et d'exigence, deux attitudes qui caractérisent bien la relation existante entre nos concitoyens et les acteurs de santé.

**Claude d'Harcourt**  
Préfet, directeur général

# Sommaire

<b>PREAMBULE.....</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre 1 - Cadre général du SROMS de Haute-Normandie .....</b>	<b>6</b>
Définition générale du SROMS et du PRIAC.....	7
1. LE SROMS, déclinaison opérationnelle du P.S.R.S. et prise en compte des six schémas départementaux .....	8
2. Les principes .....	9
3. Le SROMS : une construction concertée et évolutive.....	10
 <b>Chapitre 2 – Parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile.....</b>	<b>12</b>
1. Diagnostic .....	18
2. Schéma cible d'organisation de l'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées fragiles .....	31
3. Objectifs opérationnels du parcours de la vie de la personne âgée fragile .....	35
 <b>Chapitre 3 – Parcours de vie et de santé de la personne en situation de handicap .....</b>	<b>38</b>
1. Diagnostic.....	39
2. Axes communs aux schémas départementaux en faveur des personnes en situation de handicap .....	54
3. Un enjeu majeur partagé : l'amélioration de la connaissance, de l'évaluation et de l'orientation des personnes en situation de handicap.....	55
4. Une priorité : la construction d'une organisation territorialisée de l'offre médico-sociale adaptée aux besoins .....	57
5. Actions spécifiques en faveur des personnes en situation de handicap....	60

# Sommaire

## **Chapitre 4 – Pratiques addictives ..... 106**

1. **Eléments de diagnostic : un bref état des lieux ..... 107**
2. **Les orientations retenues ..... 115**

## **Chapitre 5 : Accès aux soins somatiques, psychiques, médico-sociaux des personnes démunies relevant du dispositif Accueil hébergement insertion..... 124**

1. **Diagnostic et méthodologie de travail..... 125**
2. **Objectifs opérationnels et actions ..... 134**

## **Chapitre 6 – Qualité, performance, efficience des services et établissements médico-sociaux ..... 139**

1. **Qualité de l'accompagnement et de la prise en charge au sein des établissements et services médico-sociaux..... 140**
2. **L'efficience des établissements et services médico-sociaux ..... 144**

## **ANNEXES**

# Préambule

Le secteur « médico-social » entend répondre aux besoins nés de la fragilité et de la vulnérabilité des personnes, couvrant ainsi des préoccupations majeures de la société française : la dépendance, le vieillissement, le handicap, les addictions, la précarité. Il occupe à ce titre une place stratégique au cœur de la politique de l'ARS.

Issus d'initiatives multiples et parfois anciennes, il a fait l'objet d'une structuration décisive lors des 30 dernières années<sup>1</sup>. Pourtant, aujourd'hui encore, le secteur médico-social reste parfois mal identifié ou insuffisamment reconnu (place et rôle à jouer dans la structuration de l'offre locale de santé et dans le parcours de vie des personnes).

Avec le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS), l'ARS de Haute-Normandie affirme la place du médico-social dans la politique régionale de santé et la volonté d'organiser le secteur en partenariat avec les Conseils généraux chefs de file de l'action sociale et médico-sociale et en concertation avec les acteurs du champ.

## 1. Qu'est-ce que le médico-social ?

### 1.1. L'importance du secteur médico-social

En Haute-Normandie, près de 890 millions d'euros sont consacrés en 2011 au financement d'établissements et services médico-sociaux dont près de 520 millions par l'ARS (assurance maladie et budget de l'Etat).

Ce secteur a connu une progression significative depuis une dizaine d'années avec notamment les derniers schémas départementaux et la mise en place des PRIAC<sup>2</sup> en 2006.

Entre 2007 et 2011, l'enveloppe assurance maladie / Etat a augmenté de 47,92% pour les personnes âgées, de 15,53% pour les personnes handicapées et de 55% pour les populations spécifiques.

Il se caractérise par la diversité de ses acteurs : dans leur statut, leurs approches, leurs modalités de fonctionnement. .

Quatre grandes catégories de populations sont concernées :

- les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes en situation de handicap: adultes/enfants ;
- les personnes avec des conduites addictives (drogue, alcool, tabac...)
- les personnes les plus démunies avec des problèmes de santé.

<sup>1</sup> La Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ; La loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes âgées ; La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reposant sur le principe général de non-discrimination.

<sup>2</sup> PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

## 1.2. Spécificités et pertinence de l'intervention médico-sociale

- **Mission** : elle vise à promouvoir *l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets*<sup>3</sup>.
- **Modalités d'intervention** : elles reposent sur quelques grands principes spécifiques :
  - La *proximité* (impliquant, au-delà du maillage du territoire, une intervention au plus près du cadre de vie de la personne, y compris à domicile)
  - La *pluridisciplinarité*, alliant ainsi les prises en charge éducatives, sociales, pédagogiques, paramédicales, médicales pour prendre soin des personnes vulnérables ;
  - L'*accompagnement dans le temps*, pour construire un accompagnement sur la notion de parcours de vie et de santé de la personne (structuration des différentes interventions nécessaires à la santé mais aussi au maintien de la vie sociale).

Le secteur médico-social est moteur dans la promotion d'une approche qualité auprès des personnes avec

- la mise en œuvre effective des droits des usagers (expression et la participation des usagers);
- le développement de l'évaluation des pratiques et du fonctionnement des établissements.

### ▪ Acteurs

Le secteur médico-social est né et s'est structuré dans le cadre du service public et sous l'impulsion d'associations « militantes », de personnes handicapées ou de leurs familles.

La structuration réglementaire est intervenue après la mobilisation de ces acteurs face à des problématiques souvent délaissées ou peu reconnues. Ils conservent toujours un potentiel d'innovation.

- **Relations institutionnelles** : partenariat et coopération

Outre la diversité de ses acteurs, le secteur médico-social est marqué par la multiplicité des financeurs et des institutions pilotes à l'échelle nationale et locale. Contraint à la définition de politiques partagées, il croise donc les enjeux de la démocratie locale et de la démocratie sanitaire. En cela, le secteur médico-social demande un investissement important dans les mécanismes de partenariat et de coopération.

## 2. Une réponse à des préoccupations majeures de la société actuelle et future

Le secteur médico-social doit ainsi répondre à des problématiques majeures de la société actuelle, avec des besoins en fort développement et souvent en constante évolution :

- le vieillissement de la population, qualifié parfois de révolution démographique (de 2008 à 2040, le nombre de personnes de plus de 75 ans devrait doubler), avec des problématiques spécifiques (grand âge, développement de pathologies spécifiques, vieillissement des personnes handicapées, vieillissement prématuré des personnes précaires...);
- le handicap, avec notamment le défi de l'intégration sociale (vie scolaire, vie professionnelle, vie affective...);
- les pratiques addictives (tabac, alcool, drogues illicites, addictions aux jeux...), sans cesse renouvelées ;
- la grande précarité qui a un impact direct et immédiat sur la santé et la perte d'autonomie.

---

<sup>3</sup> Article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles

### **3. Traduction dans la politique de l'ARS de Haute-Normandie**

Il constitue la clef de voute d'une stratégie centrée sur la notion de parcours de vie et de santé dans un territoire pertinent. Il s'agit de structurer une offre globale

- accessible pour tous et répondant aux besoins spécifiques de chacun ;
- orchestrant les interventions sociales, médico-sociales et sanitaires (prévention et soins) à l'échelle du territoire au sein de filières de prise en charge

# **Cadre général du SROMS de Haute-Normandie**

①

## DEFINITION GENERALE DU SROMS ET DU PRIAC

---

La loi Hôpital santé territoire définit le SROMS et révisé l'objet du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de l'autonomie créé par la loi du 11 février 2005 (PRIAC).

Le SROMS a pour objet de **prévoir et de susciter « les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie »** (article L.1434-12 du Code de santé publique).

Les établissements et services concernés sont les suivants

- les établissements et services pour enfants et adultes handicapés,
- les établissements et services pour personnes âgées,
- les centres de ressources,
- les établissements ou services à caractère expérimental,
- les appartements de coordination thérapeutique,
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des usagers de drogues,
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie,
- les lits halte soins santé.

Le SROMS

- **s'inscrit dans le cadre des plans et programmes** nationaux de santé qui structurent l'offre médico-sociale, tels le plan solidarité grand âge 2007-2012, le plan Alzheimer 2008-2012, le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées (2008-2014), le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011), le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014... Il veille ainsi à poursuivre et ajuster le déploiement de l'offre en région.
- **prend en compte les six schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale** et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par **le plan stratégique régional de santé**.
- **apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux**, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables ;
- **détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins** au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels ;
- **précise les modalités de coopération des acteurs** de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale. » (article R. 1434-6 du Code de la santé publique).

L'enjeu du Schéma consiste donc à améliorer l'offre au regard des besoins de la population avec pour fil conducteur l'accroissement de l'efficacité des modes de prise en charge pour une meilleure qualité de soins **dans le respect de l'objectif national de dépense d'assurance maladie** (O.N.D.A.M.).

Le PRIAC, conserve une valeur obligatoire et contraignante (puisque ne peuvent être autorisées les créations, extensions et transformations de places qu'à condition qu'elles respectent les orientations et le niveau de programmation du PRIAC), mais se centre désormais sur la description des moyens financiers et matériels, les territoires prioritaires et le calendrier.

Le PRIAC servira de base au lancement des appels à projet tels que prévu dans la nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

Les objectifs prévisionnels chiffrés du SROMS sont conditionnés en tout état de cause par l'allocation annuelle des financements nécessaires dans le cadre des dotations régionales limitatives.

# 1. LE SROMS, DECLINAISON OPERATIONNELLE DU P.S.R.S. ET PRISE EN COMPTE DES SIX SCHEMAS DEPARTEMENTAUX

---

## 1.1. Le SROMS, déclinaison opérationnelle du P.S.R.S.

Le P.S.R.S. de Haute-Normandie fixe

### ▪ trois axes stratégiques généraux

- Maintenir et renforcer l'accès à la santé et l'autonomie
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- renforcer et garantir la qualité et l'efficience des dispositifs ainsi que la performance des organisations

### ▪ des axes stratégiques thématiques spécifiques et plus particulièrement

- **Handicap et vieillissement** qui comporte 3 axes spécifiques
  - Poursuivre l'adaptation et la restructuration du dispositif médico-social existant pour une meilleure qualité de prise en charge
  - Diversifier les modalités de prise en charge en développant les alternatives à l'institutionnalisation ou encore les services d'accompagnement, pour une meilleure adéquation aux besoins des personnes
  - Développer une offre adaptée en direction de populations spécifiques (patients atteints de maladie d'Alzheimer, personnes en situation de handicap vieillissantes, personnes avec autisme et troubles envahissants du comportement, personnes en situation de handicap psychique...).
- **Addictions.** Les trois axes d'action à privilégier consistent à
  - garantir la continuité des actions engagées de prévention et renforcer les filières addictions à l'échelle de chaque territoire de santé,
  - définir un cadre régional d'intervention et formaliser les référentiels partagés et leur mise en œuvre régionale,
  - développer les articulations dans la prise en charge des co-morbidités notamment dans le cadre addictions-santé mentale.
- **Santé mentale.** Les axes prioritaires d'évolution sont
  - la prévention des troubles psychiques pour l'ensemble de la population
  - l'organisation du dispositif de soins et médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiques en développant, notamment, l'offre sanitaire de proximité et l'offre médico-sociale dans une perspective de rééquilibrage entre les territoires et dans une logique de coopération, en organisant le circuit de l'urgence et des consultations non programmées, en réservant l'hospitalisation temps plein à ceux qui relèvent de cette prise en charge, en articulant le soin et l'accompagnement social des personnes en situation de handicap psychique.

Par ailleurs, le SROMS est contributeur pour les domaines relatifs à la périnatalité et la petite enfance ainsi que les maladies chroniques.

## 1.2. Le SROMS, convergence avec les six schémas départementaux de l'Eure et de Seine-Maritime

Les conseils généraux, chefs de file des politiques d'actions sociales, sont en charge de l'élaboration et la mise en œuvre de schémas départementaux :

- Le schéma gérontologique
- Le schéma en faveur des personnes handicapées
- Le schéma enfance-famille.

Le SROMS a pour obligation de prendre en compte ces schémas afin de définir une organisation conjointe de l'organisation médico-sociale, d'assurer la complémentarité des réponses, éviter les ruptures de parcours des populations et mobiliser des leviers d'actions cohérents et communs.

L'A.R.S. a sollicité le Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour l'Insertion (C.R.E.A.I.) de Normandie pour effectuer une synthèse des schémas départementaux de Seine-Maritime et de l'Eure sur les orientations en faveur des personnes âgées, des personnes (adultes et enfants) en situation de handicap. Un document a été édité en septembre 2011 qui met en avant les problématiques transversales en matière d'accès à la prévention ou aux soins, les actions propices à la fluidité des parcours, les actions communes ou spécifiques aux départements de la région puis les actions de coordination avec les schémas départementaux.

## 2. LES PRINCIPES

---

Le SROMS traduit concrètement la conception nouvelle et élargie de la santé à une prise en charge globale de la personne et non strictement limitée aux soins.

Au même titre que la population générale, la personne en situation de handicap ou âgée fragile ou confrontée à des difficultés spécifiques doit rester acteur et pouvoir accéder à la santé<sup>4</sup>, au logement, à l'éducation, à l'emploi, à la citoyenneté, à la culture.

### ▪ **Inscrire la personne et son parcours de vie au cœur du SROMS de Haute-Normandie**

C'est à partir des besoins, des attentes, de l'environnement (social, économique psychologique...) de la personne que les différents dispositifs doivent être réfléchis, adaptés, articulés.

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

Cet accompagnement doit également comporter une dimension prévention au même titre que pur la population générale. Le Schéma Régional Prévention (SRP) intègre donc les objectifs spécifiques et opérationnels en faveur des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie (cf. annexe 1).

A cet égard, l'ARS souhaite promouvoir l'intégration d'une démarche de santé publique au sein des projets d'établissement et projets de soins des établissements médico-sociaux.

### ▪ **Favoriser l'accès au droit commun – Principe de subsidiarité**

Le principe de subsidiarité vise à assurer que les personnes âgées fragiles, handicapées, vulnérables accèdent, au même titre que la population générale, en priorité au droit commun dans tous les domaines (santé, scolarisation, emploi, logement...).

Cet enjeu implique que ces publics soient pris en compte au sein de l'ensemble des politiques publiques sanitaires (soins et prévention), sociales, éducatives, en faveur de l'insertion professionnelle....

A défaut, au regard du principe de subsidiarité, il est recherché une adaptation du dispositif de droit commun (ex. accessibilité, aide personnalisée telles que les auxiliaires de vie scolaire pour les enfants...).

Si nécessaire, si des besoins restent identifiés, des dispositifs spécifiques adaptés à la personne peuvent être développés.

---

<sup>4</sup> La santé s'entend au sens de l'Organisation mondiale de la santé : « un état de bien être total physique, social et mental de la personne... ».

## ▪ Agir dans une logique de territorialisation de l'organisation médico-sociale

Le parcours de vie de la personne est non linéaire et multidimensionnel. Il s'inscrit dans un territoire au regard des besoins de la personne et des ressources existantes sur ce territoire (structures sociales, sanitaires, médico-sociales, offre ambulatoire, opérateurs de prévention...). La réussite des parcours des personnes tient donc beaucoup au décloisonnement des acteurs, à la coordination des actions et à la traçabilité de celle-ci.

Aussi, le SROMS définit-il des schémas cibles d'organisation de l'offre médico-sociale par population (Personne âgée fragile, personne en situation de handicap et personne ayant des conduites addictives), qui garantissent une réponse globale à l'échelle d'un territoire pertinent (régional, territoire de santé, territoire de proximité – Cf. Annexe n°1 – cartographie des territoires de santé et de proximité en Haute-Normandie).<sup>5</sup>

Ces schémas cibles s'adosent à une coordination et une animation territoriale des acteurs (coopération entre professionnels) : opérateurs de prévention et de promotion de la santé, offreurs de soins ambulatoires, acteurs du champ médico-social, social, éducation nationale... Ils assurent la fluidité des parcours de manière transparente pour la personne et ses accompagnateurs.

La conférence de territoire et les contrats locaux de santé sont des instances et outils de mise en œuvre des schémas cibles d'organisation.

## ▪ Promouvoir la qualité de l'accompagnement, l'efficacité et la performance au sein des établissements et services médico-sociaux

Ce principe s'inscrit dans les lois successives édictées depuis 10 ans<sup>6</sup> et dans les orientations des agences (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Haute autorité en santé, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) et recommandations de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique de Haute-Normandie (OMEDIT). Celles-ci ont publié des recommandations et outils<sup>7</sup> en termes de qualité, d'efficacité et de performance.

La recherche d'efficacité et de performance des organisations est un vecteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Cette démarche d'efficacité globale vise également à contribuer à maintenir les dépenses de santé à un niveau compatible avec les objectifs économiques fixés au plan national et les capacités d'accompagnement de notre système actuel de sécurité sociale.

## 3. LE SROMS : UNE CONSTRUCTION CONCERTÉE ET ÉVOLUTIVE

### 3.1 Une concertation avec les acteurs du champ social, médico-social et sanitaire

Près de 450 représentants des collectivités territoriales, du champ social, sanitaire, médico-social, éducatif, de l'insertion... ont été réunis au sein de groupes de travail<sup>8</sup> organisés à l'échelon régional et sur les territoires afin de :

- partager et approfondir les diagnostics,
- définir des objectifs opérationnels propres au SROMS et contribuer aux objectifs opérationnels des autres schémas (prévention et de soins)

Cette démarche de travail partenariale sera poursuivie dans le cadre de la mise en œuvre du schéma.

<sup>5</sup> Cf. Schémas cibles de parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile, personne en situation de handicap, personne ayant des pratiques addictives.

<sup>6</sup> Les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a promu le droit des usagers, 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, du 21 juillet 2009

<sup>7</sup> L'ANESM, l'A.N.A.P., la H.A.S. ont publié de nombreuses recommandations en terme de pratiques professionnelles, de bientraitance, de modalités d'accompagnement... des outils relatifs à l'élaboration des projets d'établissements, la conduite des évaluations internes

<sup>8</sup> 11 groupes de travail spécifiques au SROMS ont été réunis.

### 3.2 Une connaissance et une observation à parfaire

Afin d'élaborer ce premier schéma régional d'organisation médico-social en Haute-Normandie, il était nécessaire de réaliser un diagnostic. Un état des lieux de l'offre médico-sociale (par territoire de santé et de proximité, par public) relevant de la compétence propre de l'A.R.S., de la compétence propre des conseils généraux et d'une compétence partagée A.R.S./conseils généraux a pu être réalisé.

Toutefois, concernant les profils, besoins et parcours des publics, l'ARS et ses partenaires se sont confrontés à **l'absence de données ou à des informations parcellaires et difficilement agrégables.**

Aussi, chaque diagnostic de ce SROMS, conduit par population (personne âgée fragile, personne en situation de handicap et personne ayant des conduites addictives), devra être complété sur la durée du schéma des données suivantes par territoires (santé et proximité) :

- une description des caractéristiques de la population (indicateurs sociaux et démographiques), de ses besoins et parcours de vie, notamment dans le champ du handicap ;
- l'état des lieux actualisé de l'offre médico-sociale par public, par type de prise en charge/déficience ;
- une analyse de l'efficacité des E.S.M.S. à l'appui des nouveaux outils de suivi nationaux en cours de développement.

Cette amélioration de la connaissance et de l'observation est à mener avec les partenaires institutionnels, associatifs et centres de ressources. Le SROMS fera ainsi l'objet d'actualisations.

# ② Parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile

Le parcours de vie et de santé devant être abordé dans sa globalité, l'ARS de Haute-Normandie a fait le choix de présenter l'essentiel de l'organisation sanitaire (soins hospitaliers et ambulatoires) et médico-sociale dans le SROMS. Les actions d'éducation et de promotion de la santé en direction des personnes âgées sont détaillées dans le schéma régional de prévention.

## 1. Diagnostic

---

### 1.1. La population âgée fragile

#### 1.1.1. Définition de la population âgée fragile

Le SROS III de Haute-Normandie a proposé la définition suivante de la personne âgée fragile : personne âgée de plus de 75 ans et au minimum de 65 ans, polyopathologique, présentant ou étant à risque de perte d'autonomie ou de dépendance ou présentant des symptômes mal définis, n'orientant pas d'emblée vers une pathologie d'organe, et justifiant une prise en charge globale : physique, psychologique, psychique, sociale et environnementale. Cette définition doit donc être précisée.

La fragilité est un état physiologique de vulnérabilité secondaire à de multiples déficiences ou dérégulation des systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques<sup>9</sup>. Les facteurs environnementaux viennent renforcer les difficultés de santé, induisant des situations complexes.

La détection de la fragilité est un enjeu majeur de prévention de la dépendance. Le concept de fragilité englobe la perte d'autonomie et la survenue de la dépendance. Il introduit la notion de dépistage dans l'objectif de reculer l'âge d'apparition de la dépendance ou de l'éviter notamment en limitant les hospitalisations, en les préparant et en anticipant leurs conséquences.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont actuellement les causes les plus fréquentes de la dépendance. Ces maladies représentent un enjeu de santé publique considérable. La déclinaison du plan Alzheimer est intégrée au parcours de vie et de santé proposé.

#### 1.1.2. Etude des besoins : évolution de la dépendance et des pathologies

Le SROS III et les plans nationaux proposent des objectifs cibles, extrapolés à partir de données épidémiologiques et démographiques afin de répondre aux besoins de la population.

Cependant, cette expression des besoins reste parcellaire et nécessite d'être complétée pour prendre en compte d'éventuels besoins non mis en évidence.

La connaissance approfondie des besoins des personnes âgées fait ainsi l'objet d'une orientation à mener sur la durée du PRS. Cette évaluation concernera tant les personnes en établissement qu'à domicile.

##### 1.1.2.1. Progression des personnes dépendantes de plus de 75 ans d'ici 2015

Les projections laissent prévoir à l'horizon 2040 une augmentation des plus de 65 ans (+ 76 %) qui représenteront 25 % de la population (16,5 % aujourd'hui).

D'ici 2015<sup>10</sup>, le nombre de personnes âgées de 60 à 69 ans et de plus de 75 ans augmentera, conséquence directe de la recrudescence des naissances. A l'inverse les personnes âgées nées pendant la guerre qui auront entre 70 et 74 ans en 2015 seront moins nombreuses.

---

<sup>9</sup> Rapport de juin 2011 de M. Trillard au profit du Président de la République traitant de la prévention de la dépendance

<sup>10</sup> Source : Aval – n° 64 – Mai 2007 - La dépendance des personnes âgées en Haute-Normandie.

## Focus sur une étude relative à l'évolution de la population âgée dépendante en Seine-Maritime<sup>11</sup>

Une étude menée en Seine-Maritime envisage des évolutions de la structure de la population et de ses conditions de vie d'ici 2020 :

- le nombre de personnes âgées dépendantes connaîtra une hausse plus modérée (18,5%) que celui de la population totale, grâce au recul de l'âge d'entrée en dépendance,
- les plus de 85 ans représenteraient plus de la moitié de la population dépendante contre 44 % en 2005,
- la part des personnes dépendantes augmenterait avec l'âge pour atteindre 35 % des plus de 90 ans,
- les personnes âgées dépendantes vivant seules à domicile représenteraient 21,5 % de la population dépendante en 2020 contre 18,5 % en 2005,
- 32 % des personnes dépendantes résideraient en institution en 2020, contre 35 % en 2005, du fait du recul du nombre de personnes âgées dépendantes vivant en institution chez les 75-84 ans en lien avec le recul de la dépendance par âge.

Ces données questionnent l'organisation de l'offre de soins et le besoin d'aide par des personnes qualifiées.

### 1.1.2.2. Projection des taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en 2025

La maladie d'Alzheimer est la cause de démence la plus fréquente chez le sujet âgé (entre 70 et 80 %). Les autres formes de démence sont celles liées aux maladies cérébro-vasculaires, à d'autres affections neuro-dégénératives comme la maladie de Parkinson, à des pathologies générales ou des causes toxiques. Les démences représentent la principale cause de perte d'autonomie et une cause majeure de mortalité avec une réduction de 6 ans de l'espérance de vie à 70 ans

40 % des personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont prises en charge en institution (Etude Paquid). A l'occasion des Assises Alzheimer de 2009, l'observatoire régional (ORS) de la santé a mené des travaux sur la prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en Haute-Normandie.

### Estimation de l'incidence et de la prévalence des maladies d'Alzheimer et apparentées chez les personnes de 65 ans et plus en Haute-Normandie – année 2006<sup>12</sup>

	Incidence		Prévalence		Part dans la pop.régionale	
	Total 65 ans et +	Dont 75 ans et +	Total 65 ans et +	Dont 75 ans et plus	Part + de 65 ans	Part + de 75 ans
Paquid	5 422	4 847	25 050	22 380	9 %	16 %
Eurodem	5 318	4 759	19 795	16 753	7 %	12 %

L'application des données d'incidence et de prévalence des études Paquid et Eurodem à la population régionale de 2006 permet de présenter les estimations suivantes

- incidence annuelle des pathologies démentielles pour les personnes âgées de 65 ans et plus : entre 5 300 et 6 700 dans la région, 1 500 à 2 000 dans l'Eure et 3 800 à 4 700 en Seine-Maritime. Près de 90 % des personnes touchées sont âgées de 75 ans et plus.
- entre 20 000 à 25 000 personnes de 65 ans et plus atteintes de pathologies démentielles (dont 70 % de Maladie Alzheimer) en Haute-Normandie en 2006.

L'application des taux de prévalence aux projections de population réalisées par l'INSEE permet de prévoir une prévalence globale de 36 600 cas de démence en 2025 en Haute-Normandie (dont 11 400 dans l'Eure et 25 200 en Seine-Maritime). L'amélioration de la prise en charge et de la prévention pourrait entraîner une variation de plus ou moins 10 % autour des valeurs centrales.

<sup>11</sup> Source : Aval – n° 80 – Juin 2009 - Les personnes âgées dépendantes en Seine-Maritime – une augmentation potentielle de 18 % entre 2005 et 2020

<sup>12</sup> Exploitation ORS de Haute-Normandie. Sources : cohortes Paquid (2003), Italie (2005), Eurodem (2005). INSEE RP 2006

### 1.1.3. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

Mise en place en 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par les conseils généraux aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont évaluées comme dépendantes d'après la grille AGGIR<sup>13</sup>, qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

#### Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en Haute-Normandie au 31/12/ 2009 <sup>14</sup>

	Part de la population de 75 ans et plus bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au			Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 <sup>15</sup> au
	APA à domicile ou en établissement	APA à domicile	APA en établissement	
Eure	17,3 %	10,6 %	6,7 %	31,0 %
Seine-Maritime	25,1 %	17,5 %	7,5 %	22,4 %
France métropolitaine	20,8 %	12,7 %	8,2 %	20,2 %

En France, en décembre 2009, 61,7 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile, 79,4 % des GIR 3 et 4 mais 20,6 % des GIR 1 et 2.

### 1.1.4. Maintien à domicile et place des aidants

La majorité des personnes âgées, en bonne santé, fragiles ou en perte d'autonomie, vivent à domicile et souhaitent y rester. Leur nombre diminue avec l'aggravation de la dépendance. Le maintien à domicile est rendu possible le plus souvent grâce à la présence des aidants familiaux, dont l'épuisement, notamment lorsque la personne aidée est atteinte de la maladie d'Alzheimer, amène à des situations de crise et induit des hospitalisations et des institutionnalisations plus résignées que désirées. Le plan Alzheimer a contribué à objectiver vis-à-vis de la société l'épuisement des aidants et développer des actions visant à les soutenir, les former, consolider leurs droits et améliorer leur santé.

Les associations de malades relaient le sentiment d'égarement et le manque d'information ressentis par les familles sur l'existence des dispositifs présents et leur accès. La poursuite du développement de différentes formes d'alternatives à l'institutionnalisation permettra d'apporter une réponse variée aux besoins des personnes, anticipés par le biais des évaluations multidimensionnelles.

#### Faits marquants :

- Connaissance des besoins trop parcellaire pour adapter l'offre ;
- augmentation des personnes plus âgées et plus dépendantes en établissement, induisant un besoin de médicalisation des EHPAD, d'adaptation des prises en charge proposées aux pathologies démentielles et de formations spécifiques des personnels ;
- augmentation du nombre de personnes âgées fragiles à domicile, nécessitant des interventions coordonnées favorisant leur maintien à domicile dans de bonnes conditions.

<sup>13</sup> La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs

<sup>14</sup> Sources : Drees; Insee, estimations de population.

<sup>15</sup> Rapport d'information n° 2647 déposé par la commission des affaires sociales et présenté par Mme V.Rosso-Debord, députée. 23 juin 2010. La définition des GIR est présentée en annexe n°2

## 1.2. Etat des lieux de l'offre médico-sociale, sanitaire et sociale

L'état des lieux est présenté suivant trois axes :

- l'offre favorisant le maintien à domicile
- l'hébergement en établissement
- l'accès à l'expertise sanitaire.

Les cartographies et tableaux détaillés de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées fragiles sont annexés à ce SROMS (cf. annexe n°3 : tableaux détaillés de l'offre – annexe n°4 : cartographies de l'offre).

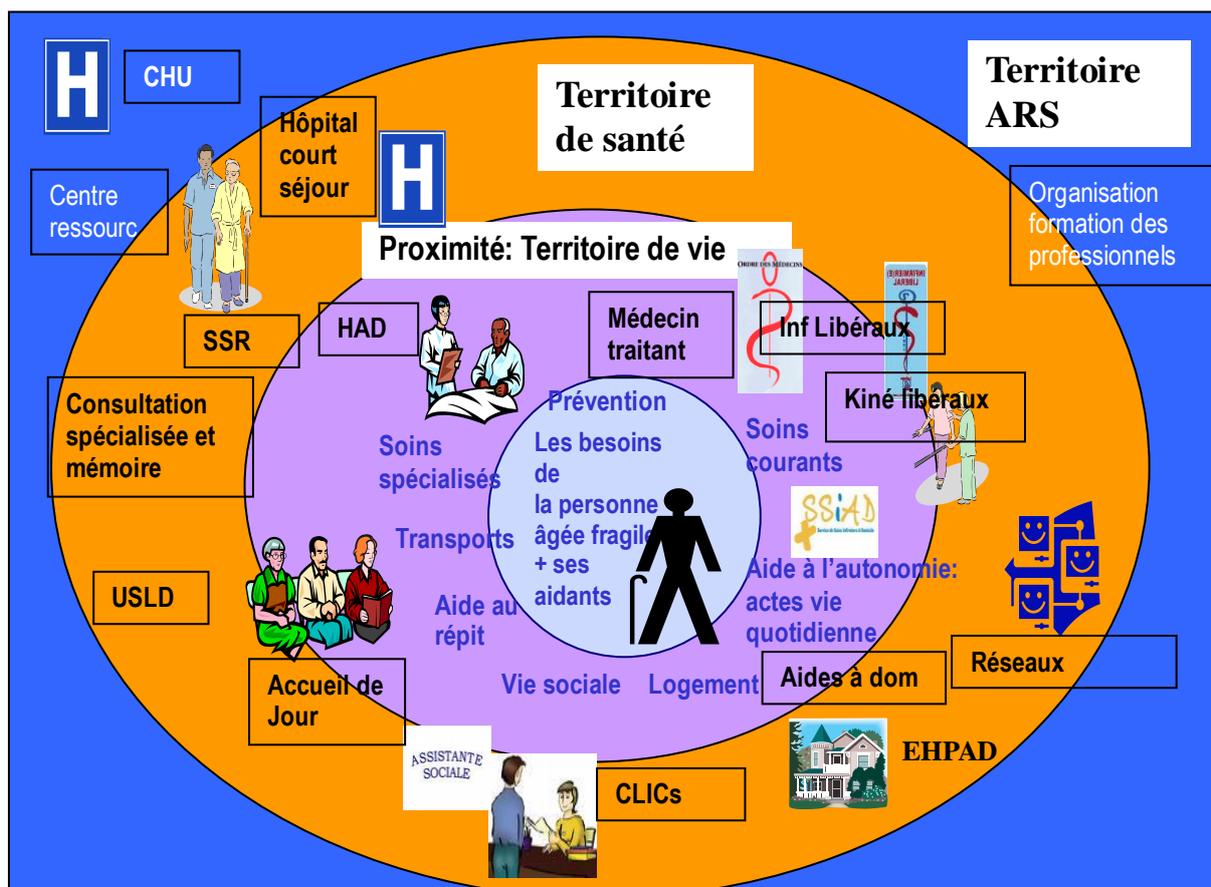


Figure : L'offre de santé à destination des personnes âgées

### Focus sur l'offre médico-sociale : création de places et taux d'équipement

Depuis 2006, la région de Haute-Normandie a fait l'objet d'un effort de rattrapage de l'offre en hébergement et services médicalisés à destination des personnes âgées.

#### Création de places d'EHPAD et SSIAD entre 2006 et 2010 en Haute-Normandie<sup>16</sup>

	EHPAD(*)	Hébergement temporaire	Accueil de jour	SSIAD	Total
Seine-Maritime	967	68	183	589	1 807
Eure	242	26	162	243	673
<b>Haute-Normandie</b>	<b>1 209</b>	<b>94</b>	<b>345</b>	<b>832</b>	<b>2 480</b>

(\*) Hors transformation des places d'USLD en EHPAD

Les taux d'équipement régionaux sont favorables par rapport à l'équipement national.

<sup>16</sup> Source : source CNSA/ARS

## Taux d'équipement en EHPAD, USLD\* et SSIAD\*\* en Haute-Normandie pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus – janvier 2010<sup>17</sup>

	Taux d'équipement lits médicalisés	Taux d'équipement SSIAD
Seine-Maritime	96,9	21,1
Eure	112,9	20,6
Haute-Normandie	101,5	20,9
France métropolitaine	101,3	19,1

### 1.2.1. Etat des lieux de l'offre favorisant le maintien à domicile

#### Offre libérale

La région Haute-Normandie est déficitaire de façon globale en professionnels de santé libéraux et cette situation devrait perdurer dans les dix prochaines années.

#### Offre des professionnels de santé libéraux en Haute-Normandie – Densité(\*) - 2009<sup>18</sup>

	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs kinésithérapeutes	Chirurgiens dentistes
Seine-Maritime	11,0	9,4	5,5	3,6
Eure	7,7	6,2	4,5	3,4
Haute-Normandie	9,9	8,4	5,2	3,5
France métropolitaine	11,1	11,9	8,5	6,0

(\*) Nombre de professionnel pour 10 000 habitants

#### Hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est une modalité d'hospitalisation à part entière qui a pour objet d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les établissements d'hospitalisation à domicile ont le statut d'établissements de santé. Elle n'a pas vocation à se substituer aux actes et prestations délivrés par les professionnels de santé libéraux et doit être réservée aux prises en charges les plus lourdes, pour les malades les plus graves.

En 2010, 10 structures d'HAD étaient autorisées dans la région, représentant 321 places, soit un taux d'équipement de 17,7 places pour 100 000 habitants, plaçant la Haute-Normandie à la 16<sup>ième</sup> place des 22 régions de France métropolitaine.

Les quatre territoires de santé sont desservis par une HAD mais il existe un potentiel de développement géographique afin de couvrir les zones blanches restantes. Les prises en charge d'HAD en EHPAD sont encore peu nombreuses, avec une activité restant très marginale (2,6% des journées), mais comparable à la moyenne nationale (2,18% source FNEHAD). Les conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD répondent à des critères précis et réglementaires, l'HAD étant soumise à la tarification à l'activité. Le profil des patients d'HAD et la nature des soins nécessaires diffèrent de celui des patients de SSIAD mais l'évolution de l'état de santé des personnes amène fréquemment à envisager une prise en charge SSIAD dans les suites d'HAD.

De la même manière, compte tenu de l'aggravation de leur état de santé, les patients devenus trop lourds pour rester en SSIAD peuvent conduire à une prise en HAD, ce qui permet notamment d'adapter les moyens à mobiliser et de rester en cohérence avec le financement des deux modes de prise en charge.

<sup>17</sup> Source : STATISS 2010 \* Unités de soins de longue durée \*\* services de soins infirmiers à domicile

<sup>18</sup> Source : STATIS 2010 – DRESS-ARS-ADELI

## Réseaux de santé

Les réseaux de santé ont pour vocation de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Sans se substituer aux actes et prestations des professionnels libéraux ni aux autres intervenants en coordination, ils constituent une forme d'exercice réunissant l'ensemble des professionnels intervenant autour d'un patient afin de lui assurer une prise en charge globale, adaptée et continue.

Parmi les 23 réseaux de santé hauts-normands, quatre sont des réseaux de prise en charge à destination des personnes âgées :

- trois réseaux de maintien à domicile : AG3C à Saint-Romain-de-Colbosc, gérontologique du pays dieppois, multithématique du Pays des Hautes-Falaises,
- un réseau pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, le réseau mémoire Eure.

La thématique des personnes âgées représente 6,7 % de l'activité moyenne annuelle des réseaux de santé de la région. Les territoires de Rouen, d'Evreux-Vernon ainsi qu'une partie des territoires de santé de Dieppe et du Havre sont dépourvus de réseaux de santé de maintien à domicile des personnes âgées.

Le SROS III préconisait la mise en place de réseaux territoriaux de soins aux personnes âgées. La situation a peu évolué mais a été marquée par la création du réseau gérontologique du Pays dieppois et la nouvelle orientation du réseau multithématique du Pays des Hautes Falaises.

Les réseaux de soins palliatifs préexistants ont été restructurés en quatre réseaux territorialisés, dont l'objectif est de couvrir intégralement la région.

## Les SSIAD et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, la prise en charge au domicile de la personne ou éventuellement en établissement, non médicalisé, accueillant des personnes âgées.

Ils dispensent des soins infirmiers et d'hygiène générale sous la forme de soins techniques ou de soins de base relationnels. Ils contribuent ainsi au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou en différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en réduisant certains séjours hospitaliers.

Un SSIAD est composé, au moins, d'un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins, d'aides soignants qui dispensent les soins de base et relationnels ainsi que les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, des aides médico-psychologiques. Le SSIAD peut également employer des infirmiers pour effectuer les soins, pédicures, podologues, ergothérapeutes et psychologues. Il peut passer convention avec des infirmiers libéraux qui sont alors associés aux interventions du service. Les SSIAD assurent également une mission de coordination des prestations de soins et des personnels qui les accomplissent.

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) assurent

- les missions d'un SSIAD,
- les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les réponses apportées par un SPASAD s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation de la situation individuelle. L'évaluation est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de l'aide et de professionnels du soin et coordonnée par un personnel salarié du service.

Les deux départements disposaient d'un taux d'équipement proche.

## Places de SSIAD autorisées<sup>19</sup>

	Places autorisées	Taux d'équipement
Haute-Normandie	2 986	20,83 ‰
Seine-Maritime	2 130	21,02 ‰
Eure	856	20,37 ‰
Territoires de santé		
Rouen-Elbeuf	1 237	19,73 ‰
Dieppe	380	25,08 ‰
Le Havre	755	20,94 ‰
Evreux-Vernon	614	20,85 ‰

L'analyse détaillée des taux d'équipement par territoire de proximité faisait apparaître des disparités interdépartementales.

Quatre territoires de proximité présentaient des taux d'équipement inférieurs au taux régional :

- Elbeuf-Louviers : 17,84 ‰,
- Pont-Audemer: 17,3. ‰,
- Les Andelys-Gaillon : 16,68‰,
- Vernon : 15,85‰.

La Région ne dispose pas de SSIAD d'urgence qui permettent de rendre fluide la circulation des personnes au sein de la filière et de faciliter leur retour à domicile.

### Accueil de Jour

L'accueil de jour s'effectue sur une ou plusieurs journées. Il s'agit d'un accueil à destination de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées qui a pour but de préserver ou maintenir leur autonomie et permet de soulager un temps leurs aidants familiaux.

Le taux d'équipement du département de l'Eure était supérieur à celui de Seine-Maritime.

## Places autorisées d'accueil de jour<sup>20</sup>

	Places autorisées	Taux d'équipement
Haute-Normandie	482	3,36 ‰
Seine-Maritime	277	<b>2,73 ‰</b>
Eure	205	4,88 ‰
Territoires de santé		
Rouen-Elbeuf	185	2,95 ‰
Dieppe	40	2,64 ‰
Le Havre	88	2,44 ‰
Evreux-Vernon	169	5,74 ‰

Huit territoires de proximité présentaient des taux inférieurs à la moyenne régionale, de 0,49 ‰ à 2,92 ‰.

### Hébergement Temporaire

Les EHPAD peuvent mettre en place un accueil temporaire pour les personnes âgées dans l'objectif de soulager momentanément les familles lors d'une indisponibilité temporaire, de préparer la personne âgée à un hébergement permanent en évitant une rupture avec son environnement ou de mieux affronter des périodes difficiles pour la personne âgée comme la saison hivernale ou une convalescence ne nécessitant pas de médicalisation.

Le taux d'équipement du département de l'Eure était inférieur à celui de la Seine-Maritime.

<sup>19</sup> Source : FINESS – novembre 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (RP 2007)

<sup>20</sup> Source : FINESS – novembre 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (RP 2007)

## Places autorisées d'hébergement temporaire<sup>21</sup>

	Places autorisées	Taux d'équipement
Haute-Normandie	226	1,58 ‰
Seine-Maritime	157	1,55 ‰
Eure	69	1,64 ‰
<b>Territoires de santé</b>		
Rouen-Elbeuf	75	1,20 ‰
Dieppe	31	2,05 ‰
Le Havre	70	1,94 ‰
Evreux-Vernon	50	1,70 ‰

Les territoires de proximité de Gisors et de Fécamp ne disposaient d'aucune offre et neuf territoires de proximité présentaient des taux d'équipement inférieurs au taux régional, de 0,74 ‰ à 1,35 ‰.

### Offre sociale

L'offre sociale comporte les services d'aide à domicile, les services développés par les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou des associations comme le portage de repas, les transports adaptés,...

Le service rendu à la population a une grande importance, notamment en termes de maintien à domicile. Toutefois, leur organisation ne relevant pas de la compétence de l'ARS, leur dénombrement n'a pas lieu d'être dans le PRS.

La population haut-normande peut faire appel à 20 centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) : 16 en Seine-Maritime et 4 dans l'Eure. Leur planification est départementale et répond au pilotage des conseils généraux. Les CLIC de l'Eure concordent avec les territoires des 4 unités territoriales d'action sociale (UTAS). Les zones blanches persistantes en Seine-Maritime font l'objet d'une réflexion de la part du conseil général.

### 1.2.2. Etat des lieux de l'offre d'hébergement en établissement

Les **unités de soins de longue durée (USLD)** ont été soumises à une réforme les redéfinissant, qui s'est achevée en 2010. Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Leur capacité minimum est de 30 lits. Ces services ne sont pas destinés uniquement aux personnes âgées et sont soumis à des conditions de fonctionnement réglementaires :

- présence médicale le jour, et, au minimum, une astreinte la nuit,
- présence infirmière 24 heures sur 24,
- équipement des chambres d'USLD en fluides médicaux (oxygène, vide),
- accès sur site aux électrocardiogrammes et accès sur site ou par convention, dans des délais requis par l'état de santé du patient, aux radiographies standard sans préparation,
- accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courants.

Sur toute la durée de la réforme, aucune possibilité n'était offerte de créer de nouvelles USLD, y compris par transformation de lits d'EHPAD. A l'issue de la réforme, la Haute-Normandie disposait de 9 USLD, réparties sur 11 sites et regroupant 802 lits, soit un taux d'équipement régional de 6,1 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (population 2005), alors que la cible nationale était de 6 lits pour 1 000. En raison de l'inégalité de répartition dans les territoires de santé, le SROS III préconisait de nouvelles installations dans les territoires de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon,

<sup>21</sup> Source : FINESS – novembre 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (RP 2007)

permettant de disposer d'au moins une USLD par filière de soins gériatriques, située idéalement et au minimum dans les établissements de référence. Un taux d'équipement de 8 lits pour 1 000 équivalait à la création respectivement de 185 et 85 lits pour les territoires de Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon, pour 16 implantations maximum d'USLD.

En 2011, toutes les USLD redéfinies ont été soumises à la validation d'une nouvelle coupe à l'aide de l'outil Pathos. Les résultats de la coupe permettront d'apprécier l'adéquation des personnes âgées présentes aux missions redéfinies des USLD et de réorienter les USLD vers celles-ci le cas échéant.

En fonction des résultats de ces coupes et des discussions en découlant, le choix sera fait de maintenir ou de revoir l'objectif de développement des USLD sur les deux territoires de Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon.

### Implantations des USLD en 2011 et objectifs 2016

Territoire de santé	2011	2016
Rouen-Elbeuf	2	6*
Le Havre	4	4
Evreux-Vernon	4	5*
Dieppe	1	1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>16</b>

(\*) Le nombre d'implantations à échéance 2016 pourra être révisé en fonction des résultats des coupes Pathos réalisée en 2012

Le taux d'équipement global en hébergement complet du département de l'Eure était supérieur à celui de Seine-Maritime. L'analyse par territoire de santé et de proximité met en évidence des disparités.

### Places autorisées d'hébergement complet en EHPAD, USLD<sup>22</sup>

	EHPAD		USLD		EHPAD et USLD	
	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.
Haute-Normandie	15 288	106,6	802	5,6	16 090	112,2
Seine-Maritime	10 543	104,0	630	6,2	11 173	110,2
Eure	4 745	112,9	172	4,1	4 917	117,0
<b>Territoires de santé</b>						
Rouen-Elbeuf	6 987	111,4	270	4,3	7 257	115,7
Dieppe	1 346	88,8	130	8,6	1 476	97,4
Le Havre	3 395	94,1	267	7,4	3 662	101,5
Evreux-Vernon	3 560	120,8	135	4,6	3 695	125,4

Les territoires de santé du Havre et de Dieppe présentaient des taux d'équipement en hébergement complet inférieurs au taux régional. Concernant les EHPAD, les taux d'équipement par territoire de proximité s'échelonnaient de 71,1 % à 164,7 %. Pour cinq territoires, Pont-Audemer, Gisors, Vernon, Dieppe et Le Havre, il était inférieur à 90 %, allant de 71,1 % à 89,8 %.

Seule la dépendance était prise en compte au travers de la grille AGGIR et du GIR moyen pondéré dans les conventions tripartites de première génération. Depuis 2007, le poids des pathologies et des besoins de soins médicaux et techniques, identifiés par l'outil Pathos et le Pathos moyen pondéré (PMP) est pris en considération dans le calcul de la dotation soins. Depuis 2008, le PMP de la région est passé de 161 à 182, suivant ainsi l'évolution nationale et traduisant l'augmentation du besoin de soins des personnes âgées. La prise en compte du PMP a permis d'améliorer la médicalisation des EHPAD. Pour illustration, le ratio moyen des soignants a augmenté pour atteindre 0,32<sup>23</sup> par lit sur plus de 50 conventions tripartites de deuxième génération en Haute-Normandie.

#### Faits marquants

- Une offre globale médico-sociale en hébergement satisfaisante mais une inégalité de répartition de l'offre entre territoires de santé et de proximité ;
- Une offre favorisant le maintien à domicile à renforcer et à rééquilibrer entre territoire ;
- Nécessité d'assurer des réponses alternatives dans les situations d'urgence.

<sup>22</sup> Source : FINESS – novembre 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (RP 2007)

<sup>23</sup> Le ratio compte les personnels suivants : médecin coordonnateur, IDE, aide-soignant, pharmacien, rééducateur, diététicien

### 1.2.3. Etat des lieux de l'offre sanitaire

Le SROS III a identifié sept filières de soins gériatriques intra-hospitalières, développées à partir de sept établissements supports : le CHU de Rouen, le CHI Elbeuf-Louviers, le groupe hospitalier du Havre (GHH), le CHI du Pays des Hautes Falaises à Fécamp, le CH de Dieppe, Le CHI Eure-Seine et le CH de Gisors. La structuration des filières est arrivée à des niveaux variables en fonction des établissements. Dans tous les cas, les partenariats développés avec les acteurs extra-hospitaliers existent mais sont rarement formalisés et ne sont jamais exhaustifs au regard des préconisations du SROS III.

Sur la durée du SROS III, l'évolution des filières a été positive en termes de renforcement des structures mais certains points déjà identifiés comme insuffisants n'ont pas trouvé de réponse. La région ne dispose que deux hôpitaux de jour : psychogériatrique au CHU et gérontopsychiatrique au CH du Rouvray concentrés dans l'agglomération rouennaise et de trois places d'hôpital de jour gériatriques concentrées sur l'agglomération d'Evreux. La poursuite du renforcement des filières se heurte à des difficultés d'ordre réglementaire et financier, qui concernent notamment les équipes mobiles de gériatrie et les USLD.

Les sept établissements support disposent de services de court séjour gériatrique mais le CHI du Pays des Hautes Falaises et le CH de Gisors, établissements identifiés comme support depuis le SROS III, n'ont pu bénéficier à ce jour de la création d'une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière. Ces créations sont liées à l'attribution de missions d'intérêt général spécifiques. Aucun moyen nouveau n'a été attribué à ce titre aux régions depuis 2009.

En raison de la densité de population du territoire desservi, l'équipe mobile du CHU de Rouen a été renforcée dans l'objectif de développer une activité extra-hospitalière vers les EHPAD. Cette expérience met en évidence une réduction des admissions aux urgences et des hospitalisations des résidents.

Les CH de Bernay et Pont-Audemer ont établi un partenariat fonctionnel et travaillent au développement de la filière gériatrique entre les deux établissements. Outre la mise en œuvre de projets concrets, comme l'ouverture d'une consultation mémoire à Pont-Audemer, à laquelle participe un gériatre du CH de Bernay, les établissements développent des projets communs et mène une réflexion associant la communauté médicale gériatrique et les directions des deux établissements. Bien que sur des territoires de santé différents, ces deux établissements sont également liés par le GCS de chirurgie et l'HAD commune.

#### Structuration de la filière de soins gériatriques

Etablissement de santé support (au minimum)	Etablissement de santé membres (possibilité)	Etablissements, services et structures partenaires
<ul style="list-style-type: none"><li>Urgences</li><li>Service de court séjour gériatrique</li><li>Equipe mobile de gériatrie adossée</li><li>Unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique (mémoire, gériatrie, évaluation gérontologique, géronto-psychiatrie)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Médecine polyvalente avec éventuelle unité ou service de court séjour gériatrique</li><li>SSR gériatriques et polyvalents</li><li>USLD</li><li>EHPAD</li><li>Géronto-psychiatrie en établissement de psychiatrie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HAD</li><li>Etablissement de psychiatrie</li><li>SSIAD</li><li>EHPAD, accueil de jour</li><li>Réseaux de santé gérontologiques</li><li>CLIC</li></ul>

Suite à la publication des décrets n° 2008-377 et 2008-376 d'avril 2008, 14 soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été autorisés pour la mention spécialisée affection de la personne âgée, polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance. La dénomination SSR gériatriques sera utilisée dans le texte. Les autorisations délivrées le 26 juillet 2010 impliquent l'intégration des SSR gériatriques dans les sept filières identifiées, les établissements ayant un délai de 18 mois pour se mettre en conformité avec leurs nouvelles autorisations. Ce délai en cours ne permet pas de juger de la complète intégration dans les filières de soins gériatriques des SSR dépendant d'un autre établissement que l'établissement support.

Le volet médecine du SROS IV identifie un enjeu important portant sur le maintien d'une réponse hospitalière de proximité, en tenant compte de la situation préoccupante de la démographie médicale,

tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière. Au regard des impératifs de viabilité, de sécurité et de technicité des soins attendus, le recentrage sur une activité sanitaire de type SSR est privilégié dans les ex-hôpitaux locaux dotés de très faibles capacités de médecine, en lien avec les établissements de recours sur lesquels un report de l'offre est à prévoir. La fermeture de lits de médecine impactant plus particulièrement les CHI d'Elbeuf-Louviers et d'Evreux-Vernon nécessite de redimensionner leurs capacités respectives de court séjour gériatrique, discipline soumise à la T2A.

Ce transfert d'activité, couplé à des recompositions médico-sociales, pourrait permettre dans une moindre mesure, de créer de nouvelles USLD dans les territoires de santé particulièrement déficitaires d'Evreux-Vernon et Rouen-Elbeuf dans l'attente de l'analyse de la coupe Pathos 2011.

### Offre oncogériatrique

Le CHU de Rouen et le centre régional de lutte contre le cancer ont été sélectionnés pour l'expérimentation lancée en 2006 d'unité pilote de coordination en oncogériatrie. Deux axes principaux ont été investis, portant sur l'évaluation initiale des malades âgés et leur suivi. Les résultats de cette expérimentation nationale ont permis à l'Institut national du cancer (INCa) d'élaborer un cahier des charges pour le déploiement d'unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) à partir de 2011.

De façon générale, l'activité d'oncogériatrie est peu formalisée en Haute-Normandie. Elle existe actuellement au travers de participation à des réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP), d'avis gériatriques au cas par cas dans le cadre d'une relation privilégiée oncologue-géronte ou équipe mobile de gériatrie, de consultations d'oncogériatrie ou de bilans lors d'hospitalisation de jour.

Les équipes de gériatrie et de cancérologie sont intéressées par le développement et la structuration de cette activité mais se heurtent à des difficultés portant notamment sur les critères de repérage des malades nécessitant un avis oncogériatrique, l'organisation et la communication autour de cette activité, les besoins de formation non satisfaits actuellement

Trois niveaux d'évaluation sont identifiés

- dépistage de la fragilité permettant une orientation vers la filière de soins gériatriques et plus largement le parcours de vie et de santé,
- évaluation gériatrique : identification des risques pour le traitement oncologique,
- évaluation dans le cadre du suivi.

L'INCa devrait proposer la généralisation de l'outil de repérage « Oncodage » en huit items. Quel que soit l'outil utilisé, l'alerte déclenchée par le dépistage réalisé par l'oncologue ou le médecin traitant doit amener à pratiquer une évaluation gériatrique avant la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), permettant de prendre une décision thérapeutique prenant également en compte l'avis du malade et ses objectifs de vie.

### Offre psychiatrique pour les personnes âgées

De façon générale, l'organisation de cette offre repose sur les centres médico-psychologiques des secteurs psychiatriques. Quelques établissements hospitaliers et EHPAD bénéficient de plus de consultations psychiatriques organisées au sein de leur établissement.

Le CH du Rouvray a développé une organisation particulière pour les personnes âgées au sein de l'hôpital, en structure ambulatoire et à destination des EHPAD. Elle comprend une unité d'hospitalisation de 20 lits, un hôpital de jour d'une capacité de 15 places et de 5 places de CATT, une unité de consultation et de liaison de psychiatrie pour personnes âgées et une équipe mobile de psychiatrie pour les personnes âgées en EHPAD. Cette équipe mobile desservait au 1<sup>er</sup> janvier 2011 25 EHPAD, représentant plus de 2 800 lits, 4 SSR polyvalents ou gériatriques totalisant 150 lits. 9 EHPAD, totalisant 880 lits étaient en liste d'attente.

Le CH Navarre à Evreux a créé une équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées, opérationnelle depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011.

#### Faits marquants

- un processus dynamique de développement de filières de soins gériatriques en cours, à poursuivre ;
- territoires non couverts par les interventions des équipes mobiles de gériatrie auprès des EHPAD ;
- une offre spécialisée en oncogériatrie et psychiatrie pour personnes âgées à structurer.

## 1.2.4. Etat des lieux de l'offre spécifique à la maladie d'Alzheimer

Le plan Alzheimer 2008-2012 décline en 44 mesures, trois axes prioritaires relatifs à l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants, la recherche et la mobilisation de la société.

Si toutes les mesures nécessitent un suivi, plusieurs d'entre elles, notamment celles portant sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants, font l'objet d'une planification régionale selon des objectifs fixés au niveau national et d'un suivi plus particulier et régulier. Ces mesures participent d'une approche globale et transversale de la maladie :

- mesure 1 : accueils de jour, hébergement temporaire, plateformes d'accompagnement et de répit,
- mesure 2 : formation des aidants,
- mesure 4 : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA),
- mesure 6 : équipes spécialisées Alzheimer (ESA) en SSIAD,
- mesures 11, 12, 13 et 34 : consultations mémoire, centre mémoire de ressource et de recherche (CMRR), outil de suivi épidémiologique,
- mesure 16 : unités adaptées en EHPAD et en USLD pour les patients souffrant de troubles comportementaux : pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR),
- mesure 17 : unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR.

Le plan se terminant en 2012, les objectifs sont en voie de réalisation.

### Offre spécifique régionale maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Structures	Etat des lieux au 01.08.2011	Objectif du plan Alzheimer	Commentaires
<b>Accueils de jour</b> (places) *	461	Objectif PRIAC(**) 40 places/an	Capacité minimale de 6 places
<b>Hébergement temporaire</b> (places) *	205	Objectif PRIAC(**) 30 places/an	
<b>Plateforme d'accompagnement et de répit</b>	1 expérimentation	4	Appel à candidatures en cours
<b>MAIA</b>	1	inconnu	
<b>ESA</b>	4	12	Sélection de 8 ESA au 31/12/2011
<b>Consultations mémoire</b>	10 sites principaux	1 consultation pour 15000 PA de 75 ans et +	Toutes les consultations participent au suivi épidémiologique
<b>CMRR</b>	1	1	Centre national de référence malades jeunes
<b>PASA</b>	17	43	En cours de sélection
<b>UHR</b>	3	9	En cours de sélection
<b>UCC</b>	2	3	En cours de sélection

\* autorisées au 01.01.11 -\*\* : PRIAC 2011-2013

L'importance en termes d'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et de leur impact sur la qualité de vie des malades et de leurs aidants nécessite une approche particulière et la détermination d'actions spécifiques, soutenues en grande partie par le déploiement du plan Alzheimer 2008-2012.

#### Faits marquants:

- un déploiement du plan Alzheimer soutenue en région, en voie de réalisation ;
- manque d'information des malades, de leurs familles et des professionnels de santé sur l'offre disponible.

## **1.2.5. Diagnostic qualitatif de l'accompagnement de la personne fragile au sein des dispositifs**

### **La coordination des acteurs**

Les personnes âgées fragiles sont susceptibles d'avoir recours à plusieurs types de dispositifs en fonction de l'évolution de leur état de santé. Le manque de fluidité constaté dans l'accomplissement des parcours naturels de vie et de soins, est source d'aggravation de la perte d'autonomie. Des points de rupture fréquents peuvent être identifiés : aggravation de pathologies ou survenue de nouvelles pathologies, changements environnementaux, arrivées aux urgences hospitalières en situation de crise, entrées et sorties d'hospitalisation, entrées en institution non désirées ou retours à domicile voués à l'échec...

L'ANAP identifie cinq principales barrières comme facteurs de rupture

- la structuration en silo des acteurs : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, médecine de ville et soins à domicile,
- l'étanchéité des accompagnements entre institutions et domicile,
- la mauvaise articulation entre les prestations de soins et les actions hors soins venant compenser la perte d'autonomie,
- la cohabitation entre plusieurs modes d'exercice des professionnels (libéral/salarié),
- en matière de contenu des prestations, une trop forte étanchéité des savoir-faire sur les composantes physique et psychique de la personne accompagnée.

Le nombre important d'intervenants, de culture parfois différente (sanitaire, social, médico-social) autour de la personne âgée est également source de rupture de la prise en charge. Les médecins traitants des personnes âgées sont amenés à gérer des situations complexes, pour lesquelles une partie des solutions, notamment sociales, les éloignent des tâches relevant de leur exercice médical. Ils se trouvent isolés dans un système insuffisamment organisé et paradoxalement dense.

Des coordinations sont en cours de développement à des niveaux et selon des modalités très différentes en fonction des secteurs géographiques. Elles ne regroupent pas l'ensemble des acteurs, sont soumises à des pilotages émanant d'institutions différentes au niveau local ou régional, de cultures différentes et sont le fait de réflexions et de volontés locales. Les enquêtes menées sur le territoire national et les constats des professionnels corroborent ce constat.

Les coopérations les plus abouties s'appuient sur des expériences construites dans la durée, évolutives dans le temps et ayant le souci de regrouper la majorité des acteurs présents volontaires. Elles incluent toujours les CLIC du territoire desservi, des professionnels de santé libéraux, des SSIAD, des établissements sanitaires, des EHPAD. Le territoire concerné est un territoire opérationnel, construit sur l'historique et la réalité des partenaires.

### **L'évaluation et la détection précoce de la fragilité**

L'évaluation globale et répétée dans le temps est nécessaire pour apporter les réponses adaptées aux besoins des personnes. Le foisonnement d'outils existants, la complexité de certains ont rendu difficiles leur appropriation par les médecins traitants. Leur position centrale, en contact avec les personnes âgées, leur entourage familial et les intervenants du domicile et leurs connaissances des conditions de vie en font les principaux effecteurs du dépistage. L'utilisation d'un outil simple, conçu et validé avec les médecins libéraux pour répondre à leurs attentes, rendra fonctionnel le dépistage de la fragilité. Cet outil pourrait être également utilisé par les autres professionnels, amenés à prendre en charge des personnes âgées, aussi bien à l'hôpital que dans les structures médico-sociales.

Plusieurs systèmes co-existent actuellement, voire se chevauchent, permettant de réaliser des évaluations selon des principes plus ou moins codifiés : évaluation réalisée par les travailleurs sociaux des conseils généraux en charge de l'APA, évaluation menée par les CLIC, évaluations gérontologiques réalisées dans les consultations hospitalières, évaluations menées par les professionnels intervenant au domicile... Dans tous les cas, ces évaluations restent parcellaires du fait du cloisonnement des acteurs.

## Les enjeux du schéma d'organisation

- Améliorer la détection précoce de la fragilité dans le lieu de vie des personnes sur le signalement du médecin traitant ou par un autre professionnel en accord avec celui-ci
- Développer l'évaluation gériatrique dans le lieu de vie de la personne en s'appuyant sur la filière de soins gériatrique (équipe mobile, SSR...) et les structures du domicile (CLIC, SSIAD). Cette intervention coordonnée doit
  - répondre aux situations complexes rencontrées à domicile,
  - permettre l'élaboration d'un plan d'actions adapté en réponse,
  - éviter les situations de crise, des hospitalisations inadéquates et en urgence,
  - favoriser des admissions directes en hospitalisation et un accès direct aux consultations de gériatrie,
  - faciliter le retour à domicile en coordination avec les professionnels du domicile.
- Coordonner les acteurs du parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile.

## 2. Schéma cible d'organisation de l'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées fragiles

La politique régionale de santé en direction des personnes âgées fragiles doit s'appuyer sur celles des conseils généraux. L'analyse des schémas départementaux de Seine-Maritime et de l'Eure en faveur des personnes âgées réalisée par le CREAM (cf. Annexe n°4 – Synthèse des orientations des schémas départementaux de Seine-Maritime et de l'Eure – C.R.E.A.I.) a permis de repérer des axes communs, notamment :

- le développement des compétences des professionnels,
- la protection des personnes âgées et du respect de leurs droits,
- la diversification de l'accueil, de l'hébergement,
- le développement des liens sociaux
- le développement et l'adaptation de l'offre,
- la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées,
- le maintien à domicile.

Le schéma cible préconisé dans le PRS respecte les principes suivants en cohérence avec les orientations de ces schémas :

- le respect du choix de vie de la personne âgée, ou de son entourage familial le cas échéant, notamment le maintien à domicile,
- l'accessibilité géographique et financière des réponses aux besoins de soins,
- la qualité des accompagnements
- la complémentarité des interventions entre les acteurs.

### Les volets « personnes âgées fragiles » du SROS et SROMS de Haute-Normandie

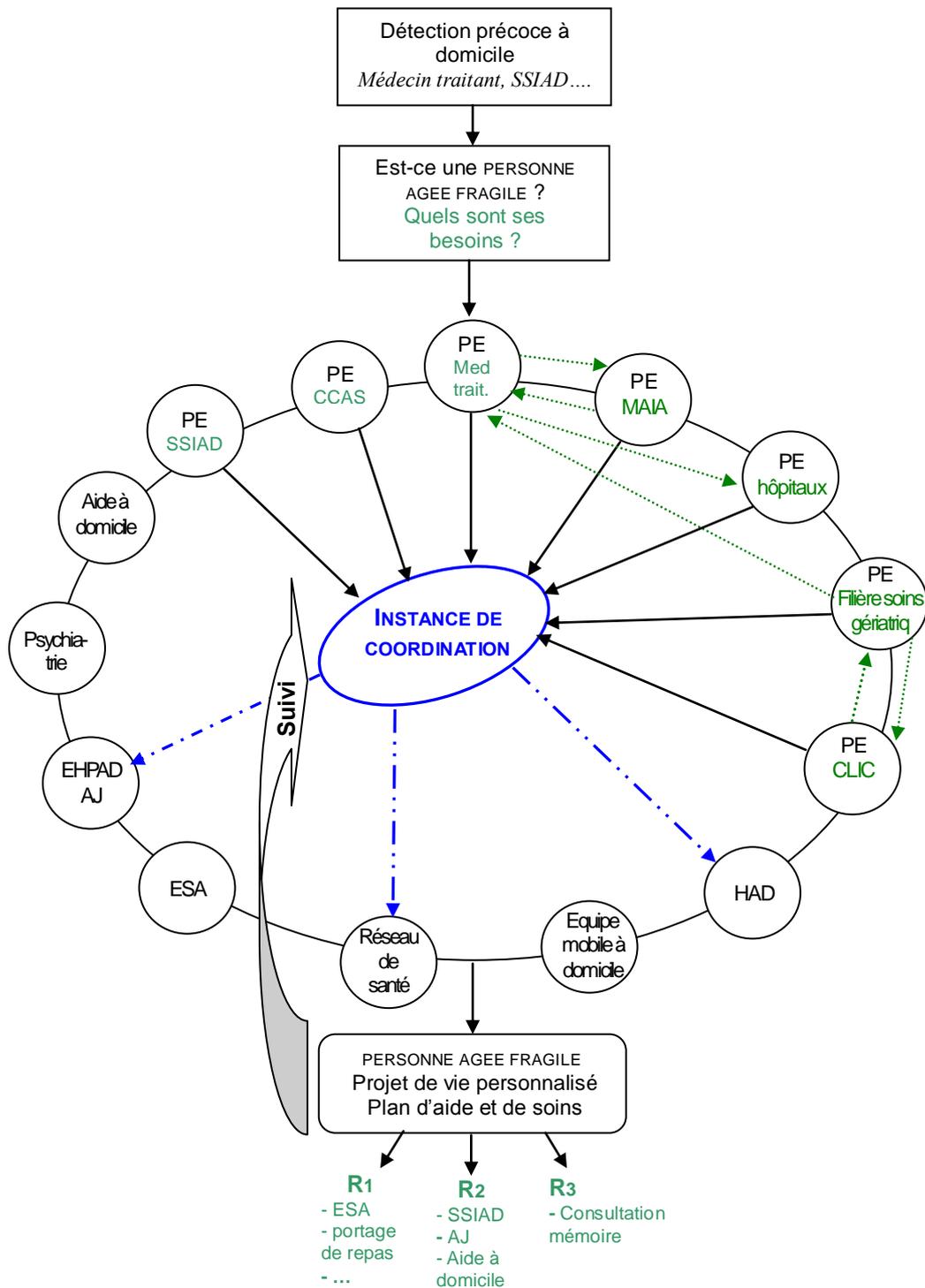
- structurent des parcours de vie et de santé,
  - sur huit territoires définis,
  - autour de la coordination de l'ensemble des acteurs.
- **Organisent le parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile**

Par le biais du dépistage précoce de la fragilité réalisé par le médecin traitant ou un autre acteur de soins de proximité, la personne âgée est orientée vers les acteurs appropriés du parcours de vie et de santé pour bénéficier d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle. A partir des besoins identifiés, un projet personnalisé de vie et de soins est déterminé, à réévaluer périodiquement.

A la demande de son médecin traitant ou en accord avec celui-ci s'il n'en est pas à l'origine, la personne âgée fragile sera orientée, quel que soit le mode d'entrée dans le parcours, vers une instance de coordination constituée sur chaque territoire. Cette instance, composée des acteurs

principaux, a un rôle d'observatoire, d'organisation fonctionnelle des coopérations et de régulation des situations complexes.

### Logigramme – Parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile



- PE : porte d'entrée
- R : résultat
- Porte d'entrée vers instance de coordination
- - - - -> Orientation par l'instance de coordination
- .....> Echange dans la cadre de l'évaluation multidisciplinaire

- **définissent huit territoires de parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile** (cf. cartographie page suivante)

Les huit territoires correspondent à une organisation fonctionnelle. Ils ont été identifiés selon plusieurs critères : présence ou création dans le cadre du SROS IV d'une filière de soins gériatriques, densité de population âgée de 75 ans et plus, présence d'acteurs sociaux, médico-sociaux...

Ces huit territoires de parcours de vie et de santé s'intègrent dans les territoires de santé. Des ajustements ont été opérés pour tenir compte des organisations de l'action sociale et médico-sociale des Départements et des réalités des coopérations entre établissements de santé. Le regroupement de territoires de proximité permet l'organisation de parcours cohérents.

- Rouen / Yvetot / Neufchâtel
- Le Havre
- Fécamp / Bolbec / Lillebonne
- Dieppe / Eu
- Gournay en Bray / Gisors
- Elbeuf / Louviers / Le Neubourg<sup>24</sup>
- Pont-Audemer / Bernay
- Evreux / Verneuil / Vernon / Les Andelys - Gaillon

- **organisent la gouvernance de l'ensemble des acteurs du parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile**

Tous les acteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux, opérateurs de prévention) participant à la réalisation du projet de vie de la personne âgée sont responsables collectivement du service rendu.

La coopération des acteurs est basée sur une logique de partenariat « gagnant-gagnant ». Les acteurs impliqués trouveront un bénéfice réciproque, notamment en termes de partage d'information, de communication et de soutien dans les démarches qui concourent à une prise en charge globale : démarches administratives et sociales, aide à la décision sur la base d'évaluation gériatrique globale, organisation de la concertation pluridisciplinaire, capacité à répondre aux sollicitations urgentes des professionnels libéraux

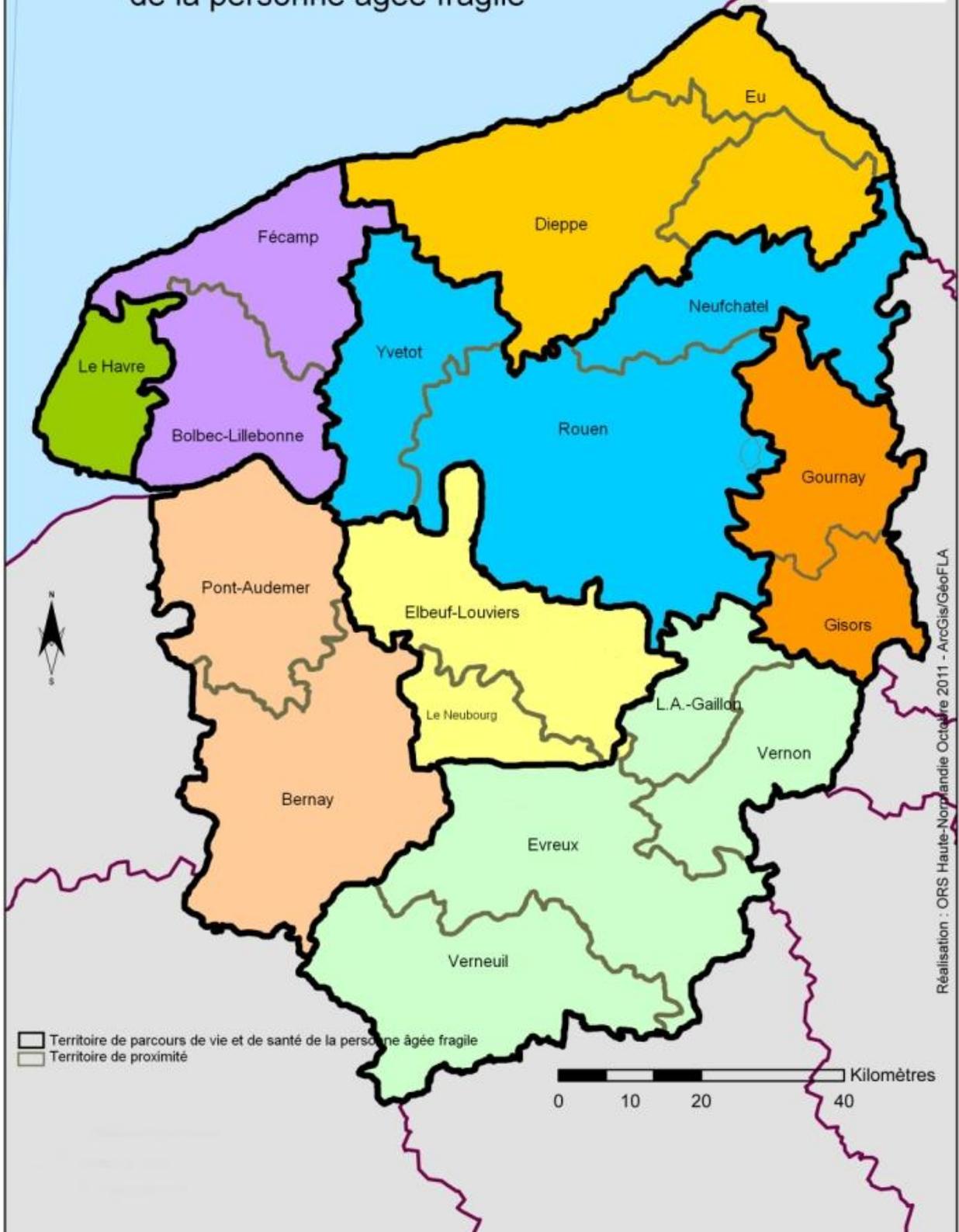
Le médecin traitant est le garant du projet de soins de chacune des personnes âgées fragiles.

### **Acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux constitutifs de chaque parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile**

<b>Etablissements de santé</b>	<b>Hébergement en établissements médico-sociaux</b>	<b>Maintien à domicile</b>
<b>MAIA</b>		
<b>Prévention et promotion de la santé</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence, MCO</li> <li>- Gérontopsychiatrie, psychiatrie</li> <li>- Filière de soins gériatriques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ court séjour gériatrique, services d'urgence</li> <li>▪ Equipe mobile de gériatrie adossée</li> <li>▪ Unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique (mémoire, gériatrie, évaluation gérontologique, gérontopsychiatrie)</li> <li>▪ SSR gériatriques et polyvalents, unités cognitivo-comportementales</li> <li>▪ USLD</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EHPAD</li> <li>- PASA, UHR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnels de santé libéraux, pôles de santé libéraux</li> <li>- SSIAD</li> <li>- Equipes spécialisées Alzheimer en SSIAD</li> <li>- Services d'aides à domicile</li> <li>- Réseaux de santé</li> <li>- HAD</li> <li>- Accueils de jour, hébergement séquentiel</li> <li>- Plateformes d'accompagnement et de répit</li> <li>- CLIC</li> <li>- CCAS</li> <li>- Transports</li> </ul>

<sup>24</sup> l'intégration du Neubourg au territoire de proximité d'Elbeuf-Louviers respecte les coopérations fonctionnelles.

# Territoire de parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile



Le partenariat **structuré et formalisé** entre les acteurs peut revêtir des formes différentes selon les ressources du territoire concerné.

Un comité de pilotage du parcours de vie et de santé est constitué sur chacun des huit parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile. Il est chargé de :

- identifier une structure responsable de la coordination parmi les acteurs suivants : la MAIA lorsqu'elle existe, le(s) CLIC-UTAS, l'établissement hospitalier support de la filière de soins gériatriques ou le réseau de santé,
- affiner le diagnostic de l'offre de prévention, sanitaire, médico-sociale et sociale,
- définir les modalités de partenariats afin d'assurer la fluidité des parcours,
- évaluer la mise en œuvre du dispositif.

Pour chacun des huit parcours de vie et de santé, le partenariat sera au minimum formalisé par une convention constitutive, traduisant l'implication des différents acteurs. Différents modes de coopération existent d'ores et déjà et pourront être développés au sein d'un même parcours : réseaux de santé, constitution de GCSMS, convention entre CLIC et SSR gériatriques pour les équipes mobiles d'évaluation à domicile, convention de mutualisation....

Plusieurs outils permettent de favoriser la création de liens et améliorer la connaissance des professionnels des secteurs qui leur sont étrangers :

- débats et formations réunissant des établissements, services et professionnels du parcours, à géométrie variable en fonction des thèmes abordés,
- développement de moyens de communication,
- développement de la télésanté,
- créations d'outils communs : dossiers, grilles d'évaluation, de dépistage.

L'ARS avec les conseils généraux :

- participe au sein du comité de pilotage à la définition de la stratégie d'organisation des huit parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile,
- accompagne la mise en œuvre du dispositif dans le cadre de leurs compétences (inscription du parcours dans les CPOM des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et dans les conventions tripartites, recherche de coopérations entre les établissements, analyse et suivi d'indicateurs de fonctionnement...).

Afin de guider la constitution des parcours, l'ARS propose de mener une expérimentation sur quatre territoires d'intervention de parcours, en se basant sur les expériences existantes. Ces quatre territoires sont : Dieppe, Fécamp/Bolbec-Lillebonne, Elbeuf-Louviers, Evreux. Cette expérimentation permettra d'élaborer un cahier des charges.

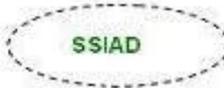
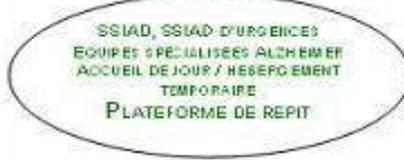
### **3. Objectifs opérationnels du parcours de la vie de la personne âgée fragile**

Au regard de l'état des lieux qualitatif et quantitatif, les objectifs opérationnels présentés dans les tableaux ci-après

Ils répondent donc aux enjeux suivants :

- dépister précocement la fragilité de la personne âgée ;
- garantir l'accès à des évaluations et des réévaluations médico-psycho-sociales ;
- organiser la fluidité des parcours de vie des personnes âgées au sein d'un dispositif structuré par territoire : place du médecin garant du projet de soins, définition des huit parcours, formalisation des coopérations ambulatoire, hospitalière, médico-sociale et sociale ;
- renforcer le maintien à domicile : création de places de SSIAD, accueil de jour, accueil temporaire, accès à un avis gériatrique...
- améliorer et adapter l'offre médico-sociale et sanitaire : diversification, recomposition hospitalière, dispositif innovant ;
- poursuivre le développement des filières de soins gériatriques, notamment les équipes mobiles ;
- veiller à la prise en compte de pathologies spécifiques : Alzheimer et maladies apparentées, onco-gériatrie, gérontopsychiatrie (cf. SROS – volet santé mentale), structurer une offre spécialisée.

## Parcours territorialisé de vie et de santé de la personne âgée fragile 8 territoires

FONCTIONS	Hôpital	Secteur Médico-Social	Ville, secteur social
COORDINATION DES ACTEURS PILOTAGE			
PREVENTION			
DEPISTAGE PRECOCE			 
EVALUATIONS MEDICO-PSYCHO-SOCIALES REPETEES			
MAINTIEN A DOMICILE			
HEBERGEMENT MEDICALISE			

<sup>1</sup> Filière de soins gériatriques : au minimum court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, SSR gériatrique, consultations mémoire et évaluation gériatrique  
 I:\VARS76-OFFRE-MEDICO-SOCIALE\1-NOUVELLE ARBORESCENCE\PRS schéma\Schéma med soc\presentation\divers\tableau parcours de vie et de soins PA.doc

Les objectifs opérationnels retracés dans le tableau ci-après relèvent du SROMS à l'exception des objectifs pour lesquels il est précisé « mise en œuvre » dans la colonne SROS.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : DEFINIR L'ORGANISATION DES PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DE LA PERSONNE AGE E FRAGILE</b>						
Repérer les partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux, ambulatoires et de la prévention des parcours de vie et de santé	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile	X	X	X		Diagnostic par territoire
Créer huit instances de coordination sur les huit parcours et définir leurs modalités de fonctionnement		X	X	X		Composition des huit instances
Identifier la structure responsable de la coordination		X		X		Huit structures identifiées
Elaborer un diagnostic partagé des territoires de parcours		X	X	X		Document validé par l'instance de coordination
Expérimenter en vue de les modéliser des parcours de vie et de santé avec les filières de soins gériatriques de Fécamp, Dieppe, Elbeuf-Louviers, Evreux et leurs partenaires	Territoire de santé Dieppe, territoires de proximité Elbeuf-Louviers/Le Neubourg, Evreux/Vernueil/Vernon, Les Andelys Gaillon, Fécamp/Bolbec-Lillebonne	X	X	X		Méthodologie
<b>OBJECTIF N°2 : RENFORCER LA COORDINATION ET LES ARTICULATIONS DES ACTEURS ET PARTENAIRES DES PARCOURS DE VIE ET DE SANTE</b>						
Formaliser des coopérations entre les acteurs et partenaires des parcours	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile	X	X	X		GCSMS, conventions entre SSR gériatriques et CLIC, MAIA, conventions de prise en charge, de mutualisation...
Développer la formation interprofessionnelle et les échanges de pratiques entre les acteurs et partenaires d'un parcours		X	X	X		Actions de formation
Développer le téléenseignement permettant des formations entre les acteurs des parcours de vie et de santé		X		Mise en œuvre		Inscription dans le programme de télésanté

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°3 : RENFORCER ET FLUIDIFIER LES FILIERES DE SOINS GERIATRIQUES</b>						
Renforcer et compléter les filières existantes : - renfort des équipes mobiles de gériatrie incomplètes - création d'équipes mobiles à Fécamp et Gisors - renfort des lits d'évaluation aux urgences à Evreux - augmentation du court séjour gériatrique d'Elbeuf Louviers - inscription des SSR gériatriques dans les filières	Région			Mise en œuvre		Mesures nouvelles Recomposition hospitalières Conformité aux autorisations (SSR)
Identifier une filière de soins gériatriques Bernay-Pont-Audemer	Bernay-Pont-Audemer					Identification d'un court séjour gériatrique et d'une équipe mobile de gériatrie
Développer et formaliser des coopérations entre établissements support et établissements membres de la filière	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile					Convention constitutive de la filière
Organiser l'accès à la filière de soins gériatriques		X				Numéro unique de téléphone
Limiter les hospitalisations via les urgences par l'accès direct en court séjour et en SSR		X				Protocole d'accès direct pour les médecins traitants
Préparer les sorties d'hospitalisation avec les intervenants du domicile et les EHPAD		X				Synthèses conjointes
Faciliter l'accès aux consultations de gérontologie						Plages horaires dédiées à l'urgence
<b>OBJECTIF N°4 : GENERALISER L'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DES PERSONNES AGEES FRAGILES</b>						
Promouvoir le dépistage de la fragilité par le médecin traitant à l'aide d'un outil partagé	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile			X		Grille de dépistage développée conjointement avec l'URPS
Garantir l'accès à des évaluations et réévaluations médico-psychosociales quel que soit le lieu de vie afin de mieux orienter la personne, diminuer les hospitalisations évitables en anticipant les situations de crises... : - développer l'action des équipes mobiles vers les EHPAD en fonction des territoires desservis, - mettre en place des équipes mobiles mixtes entre le secteur du domicile et l'hôpital		X		Mise en œuvre		Evaluations conjointes CLIC-UTAS, SSIAD, Consultations d'évaluation gérontologique, EMG intra et extra hospitalières, équipes mixtes à domicile SSR-CLIC

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°5 : ORGANISATION DE L'OFFRE POUR LES MALADES ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES</b>						
Poursuivre la généralisation des MAIA pour couvrir les huit territoires de parcours	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile	X				Au moins une MAIA par territoire de parcours
Renforcer le soutien des aidants familiaux : - mettre en œuvre des plateformes d'accompagnement et de répit, - développer l'offre de formation des aidants familiaux.		X				Actions développées par les plateformes d'accompagnement et de répit Couverture territoriale des actions de formation des aidants
Favoriser un maintien à domicile de qualité des malades : - poursuivre le développement des accueils de jour et de l'hébergement temporaire, - assurer un maillage régional des équipes spécialisées Alzheimer à domicile, - développer des formules innovantes contribuant au répit, garde itinérante, accueils de nuit, halte-répit... - consolider le fonctionnement des consultations mémoire, - favoriser l'accès aux unités cognitivo-comportementales en SSR.		X		X		Nombre de places d'accueil de jour et hébergement temporaire Définition des 12 territoires d'intervention des ESA, 1 pour environ 12 000 personnes âgées de 75 ans et plus Formules innovantes Activité des UCC
Permettre un accueil adapté en EHPAD et en USLD : - créer des places de PASA et UHR, - élaborer d'un cahier des charges des unités de vie Alzheimer en lien avec les conseils généraux et les établissements, - assurer l'organisation de l'accès à l'avis spécialisé gériatrique et psychiatrique	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile			X		Nombre de PASA et UHR Cahier des charges des unités de vie Alzheimer Conventions avec les CMP, les équipes mobiles de gériopsychiatrie, la filière de soins gériatriques, les équipes mobiles de gériatrie
Améliorer la communication sur les mesures du plan Alzheimer et l'offre régionale spécifique		X				Convention de partenariat entre France Alzheimer et A.R.S.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°6 : RENFORCER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES FRAGILES</b>						
Promouvoir le dépistage de la fragilité par le médecin traitant à l'aide d'un outil partagé (cf objectif n°3)	Région			X		Grille de dépistage développée conjointement avec l'URPS
Garantir l'accès à des évaluations et réévaluations médico-psychosociales quel que soit le lieu de vie (cf objectif n°3)	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile	X		X		Evaluations conjointes CLIC, SSIAD, consultations d'évaluation gérontologique, EMG intra et extra hospitalières, équipes mobiles d'évaluation CLIC - hôpital à domicile
Créer des places de SSIAD						Taux d'équipement par territoire de parcours
Favoriser les articulations entre SSIAD et HAD et professionnels de santé libéraux				X		Conventions de partenariat
Développer la complémentarité des SSIAD et des équipes mobiles d'évaluation CLIC-hôpital à domicile		X		X		Conventions de fonctionnement
Garantir la réponse aux situations d'urgence par la création de places de SSIAD d'urgence dans chaque territoire de parcours						Appel à projets de places de SSIAD dédiées à l'urgence
Développer les autres alternatives à l'institutionnalisation (ex. formules de répit)		X				Appels à projets actions innovantes

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°7 : AMELIORER ET ADAPTER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE</b>						
Améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées fragiles	Région	X		X		Diagnostic par territoire de parcours
Rééquilibrer l'offre d'hébergement par territoire de proximité en mettant en œuvre les recompositions hospitalières et médico-sociales (cf. annexe n°6 : opérations en cours)	des parcours de vie et de santé de la personne	X		X		Taux d'équipement
Poursuivre l'effort de médicalisation des EHPAD		X				Nombre de conventions tripartites signées
Equilibrer l'offre territoriale d'USLD	Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon	X		Mise en œuvre		Création d'une USLD à Barentin et d'une USLD à Evreux
Analyser les résultats des coupes Pathos 2011 en USLD	Région	X				Rapport d'analyse
Permettre le recours à l'avis spécialisé via les équipes mobiles de gériatrie, gérontopsychiatrie, soins palliatifs, les CMP, la filière de soins gériatriques		X				Conventions
Articuler les modalités d'intervention en EHPAD des équipes mobile de gérontopsychiatrie, soins palliatifs avec celles des équipes mobiles de gériatrie		X		Mise en œuvre		Conventions définissant les modalités d'intervention
Organiser les coopérations entre EHPAD : directions communes, professionnels spécialisés en temps partagé, astreintes infirmières, mutualisation, fusion		X				Dénombrement des actions
Organiser et professionnaliser la fonction de suivi des mesures de protection judiciaire par un préposé d'établissement partagé entre plusieurs EHPAD						Nombre de préposés désignés par territoire de parcours
Développer la couverture HAD des EHPAD		X		Mise en œuvre		Taux de couverture des EHPAD par territoire de parcours
Mettre en place un groupe de travail régional sur le dossier unique d'admission à partir des outils existants et de l'expérimentation nationale	Région	X				Comptes rendus de réunions. Dossier unique
Redéfinir les territoires d'intervention des SSIAD	8 territoires					Territoires d'intervention revus

	Territoires concernés	Transversalité			Evaluation	
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
Développer la télésanté au travers de téléconsultations de gériatrie, psychiatrie et dermatologie notamment, de téléstaff réunissant les professionnels des différents secteurs	de parcours de vie	X		Mise en œuvre		Inscription dans le programme de télésanté Couverture EHPAD
<b>OBJECTIF N°8 : STRUCTURER L'ONCOGERIATRIE</b>						
Obtenir la reconnaissance d'une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG) en Haute-Normandie	Région			Mise en œuvre		Création de l'UCOG
Sélectionner un outil de dépistage commun à l'oncologie et à la gériatrie						Identification de l'outil
Former et sensibiliser les libéraux, les oncologues et les gériatres à l'outil de dépistage avec l'appui du réseau onco-normand						Taux de professionnels formés
Développer des formations interdisciplinaires : - oncogériatrie pour les oncologues et les gériatres, - échanges de pratiques, partage d'outils entre équipes soignantes de gériatrie et d'oncologie						Taux de professionnels formés
Pratiquer des évaluations gériatriques préalables aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)						Taux d'évaluation gériatriques dans les comptes rendus de RCP
Inscrire l'aval de la prise en charge oncologique dans le protocole personnalisé de soins (PPS)						Taux de PPS incluant l'aval de prise en charge oncologique
Développer un dispositif d'infirmier de coordination facilitant l'organisation de la prise en charge de la personne âgée à domicile						Nombre d'IDE de coordination par établissements autorisés pour le traitement du cancer
Développer la télésanté : diffusion de l'information, téléenseignement, aide décisionnelle						

# **Parcours de vie et de santé de la personne en situation de handicap**

Le champ du handicap est un secteur complexe en raison de la

- répartition des compétences par le législateur (cf. annexe n°8 – organisation des compétences sociales et médico-sociales),
- diversité des déficiences,
- multiplicité des acteurs.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirme et fixe les droits des personnes handicapées :

- un droit à compensation qui permet la prise en charge par la collectivité des dépenses liées au handicap ;
- l'intégration scolaire ;
- l'insertion professionnelle et l'accès à l'emploi ;
- la participation à la vie sociale ;
- le renforcement de l'accessibilité ;
- la simplification administrative, avec la création de maisons départementales des personnes handicapées.

Le SROMS intègre les apports de cette loi.

## 1. Diagnostic

### 1.1. La population handicapée

#### 1.1.1. La population handicapée en France - Données générales

L'organisation mondiale de la santé, à travers la classification internationale des handicaps, distingue les déficiences et les réductions d'activité. Les déficiences, par leur nature ou par leur cumul chez une même personne, peuvent conduire à des limitations dans les actes de la vie quotidienne, y compris les plus simples comme marcher, se baisser ou parler. Elles deviennent alors des restrictions d'activité. Pour autant, ces restrictions ne conduisent pas automatiquement à des situations de handicap, d'une part parce qu'elles peuvent être plus ou moins fortes et d'autre part parce que le contexte social dans lequel elles s'exercent joue un rôle primordial.

Ainsi, le handicap tel que défini par l'OMS concerne la personne en tant qu'être social. La loi du 11 février 2005, s'inspirant de l'OMS, définit le handicap comme " toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ".

Cette définition, prenant en compte le caractère social du handicap, conduit alors à dépasser deux conceptions plus restrictives : d'une part, l'approche institutionnelle qui limite le champ aux allocataires de prestations ou aux personnes ayant une reconnaissance officielle d'un handicap ; d'autre part, une vision centrée sur les déficiences qui ne tient pas compte du contexte social dans lequel elles sont vécues.

#### Population handicapée selon l'âge et le sexe

##### Population handicapée selon le sexe et l'âge en 2007 (en %)<sup>25</sup>

	Population bénéficiant d'une reconnaissance administrative		Population handicapée définie au sens large		Ensemble de la population de 15 à 64 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15 à 24 ans	3	4	9	9	19	18
25 à 39 ans	20	17	29	27	31	31
40 à 49 ans	27	30	25	26	22	22
50 à 64 ans	50	49	37	38	28	29
Total	100	100	100	100	100	100
Effectifs (en milliers)	998	815	4 415	5 180	19 470	19 920

<sup>25</sup> Source : INSEE - Dares, enquête complémentaire à l'enquête Emploi 2007. Champ : population âgée de 15 à 64 ans en France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues).

Parmi les personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap, on compte plus d'hommes que de femmes. Lorsque la définition du handicap est étendue également aux problèmes de santé et aux difficultés importantes au quotidien, le constat s'inverse.

### Emploi et chômage des populations handicapées

En 2007, plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap sont inactives alors que le taux d'activité atteint 71 % pour la population de 15 à 64 ans.

#### Emploi et chômage des populations handicapées<sup>26</sup>

	Population bénéficiant d'une reconnaissance administrative <sup>27</sup>	Population handicapée définie au sens large <sup>28</sup>	Ensemble de la population de 15 à 64 ans
Taux d'activité	44	70	71
Taux d'emploi	35	65	65
Taux de chômage	19	7	8
Effectifs (en milliers)	1 813	9 595	39 390

### Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

Niveau d'enseignement (1)	Scolarité en milieu ordinaire		Établissements hospitaliers	Établissements médicaux et sociaux (2)
	Individuelle	Collective		
<b>Premier degré</b> (maternelle, primaire)	<b>79 129</b>	<b>41 051</b>	<b>4 417</b>	<b>58 890</b>
Cycle I	28 111	7 657	1 572	16 904
Cycle II	23 513	25 932	1 898	27 953
Cycle III	27 505	7 462	947	14 033
<b>Second degré</b> (collège, lycée)	<b>50 125</b>	<b>17 185</b>	<b>2 519</b>	<b>9 019</b>
Premier cycle	39 559	6 020	1 403	4 158
Second cycle	10 111	849	690	1 935
Indifférencié	455	10 316	426	2 926
<b>Total</b>	<b>129 254</b>	<b>58 236</b>	<b>6 936</b>	<b>67 909</b>

## 1.1.2. La population handicapée en Haute-Normandie

Il n'existe pas, à ce jour de données régionales exhaustives sur la population en situation de handicap (nombre, déficiences, parcours...) du fait de la complexité du champ qu'il recouvre. Un des enjeux de ce SROMS est donc de construire un dispositif d'observation partagé.

Quelques données régionales et départementales sont disponibles, notamment concernant les prestations en faveur du public en situation de handicap.

<sup>26</sup> Source : INSEE - Source : Dares, enquête complémentaire de l'enquête Emploi 2007- Champ : population âgée de 15 à 64 ans en France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues).

<sup>27</sup> Personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap

<sup>28</sup> Personne ayant une reconnaissance administrative ou déclarant un problème de santé de plus de 6 mois et connaître des difficultés importantes dans le déplacement, dans les activités quotidiennes, vis à vis du travail ou ayant eu un ou plusieurs accidents du travail au cours de la dernière année

## Personnes en situation de handicap bénéficiaires de prestations<sup>29</sup>

	<b>Part des allocataires A.A.H. au 31/12/2010</b>	<b>Part des bénéficiaires de la P.C.H. ou l'A.C.T.P. au 31/12/2009</b>
	<b>pour 100 personnes de 20 à 64 ans</b>	<b>pour 1000 habitants</b>
Eure	2,6	3,8
Seine-Maritime	2,8	4,0
<b>France métropolitaine</b>	<b>2,4</b>	<b>3,4</b>

La part des bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés<sup>30</sup> et celle des bénéficiaires de prestation de compensation (ou d'allocation compensatrice pour tierce personne - P.C.H. / A.C.T.P.)<sup>31</sup> sont supérieures aux références nationales.

## Dépenses d'aide sociale des Conseils Généraux en 2009<sup>32</sup>

	<b>Dépenses brutes obligatoires en millions d'euros</b>	<b>dont aides à la famille et à l'enfance</b>	<b>dont aides aux personnes âgées</b>	<b>dont allocation personnalisée d'autonomie</b>	<b>dont aides aux personnes handicapées</b>
Eure	220,7	23,8 %	8,4 %	15,5 %	20,7 %
Seine-Maritime	687,2	20,7 %	7,7 %	17,6 %	19,3 %
<b>France</b>	<b>31 107,3</b>	<b>21,6 %</b>	<b>8,0 %</b>	<b>16,8 %</b>	<b>19,2 %</b>

## 1.2. Etat des lieux de l'offre médico-sociale en Haute-Normandie

L'état des lieux intègre les équipements médico-sociaux, y compris ceux relevant des Départements.

### 1.2.1. Un développement significatif du nombre de places

Ce développement s'est inscrit dans les orientations nationales suivantes :

- la mise en œuvre du plan Handicap 2008/2012 avec l'augmentation du nombre de places en établissements et services pour personnes en situation de handicap:
  - pour les enfants : le développement de l'action de dépistage précoce, du soutien à la scolarisation et à l'autonomie, la prise en charge des plus lourdement handicapés,
  - pour les adultes : le renforcement de l'accompagnement des publics spécifiques et la prise en compte de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap (médicalisation des foyers de vie et création de MAS).
- la mise en œuvre de plans thématiques en direction des personnes atteintes de troubles sensoriels (visuels, auditifs),
- le plan Autisme 2008-2010 comportant la création de places supplémentaires en direction des enfants et des adultes en établissements ou en services d'accompagnement, le développement de structures expérimentales et le renforcement des centres de ressources autisme (C.R.A.).

<sup>29</sup> INSEE - Sources : CNAF; MSA; Drees; Insee, estimations de population. Champ : ensemble de la population résidant en France

<sup>30</sup> L'A.A.H., instituée en 1975, s'adresse aux personnes handicapées ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une rente d'accident du travail. Le titulaire doit justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80%, ou d'au moins 50% si la C.D.A.P.H. (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) reconnaît qu'il lui est impossible de travailler en raison de son handicap.

<sup>31</sup> La prestation de compensation (P.C.H.) est versée par les conseils généraux aux personnes handicapées, qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. C'est une aide personnalisée, visant à financer les besoins de compensation des personnes au regard de leur projet de vie. Elle concerne les aides humaines, les aides techniques et matérielles (par exemple : aménagement du logement et du véhicule), les aides animalières. Peuvent en bénéficier les personnes reconnues éligibles à la P.C.H. par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H.).

Le dispositif de l'A.C.T.P. (allocation compensatrice pour tierce personne) est remplacé par celui de la P.C.H., en vigueur au 1er janvier 2006. Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'A.C.T.P. avant cette date pourront continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des droits.

<sup>32</sup> INSEE - Source : DGCL-DESL, comptes administratifs des départements.

**Nombre de places créées relevant de la compétence de l'ARS  
pour enfants et adultes de 2007 à 2010**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Places créées Enfants</b>	53	85	46	44	228 places dont 139 de SESSAD
<b>Places créées Adultes</b>	71	148	92	53	364 places dont 203 de MAS
<b>TOTAL créations</b>	124	233	138	97	592 places

Dans le cadre des schémas départementaux un nombre significatif de places a également été créé.

**Focus sur le schéma départemental 2005-2010 de Seine-Maritime**

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Foyer d'hébergement</b>	19	11	0	39	0	18	87
<b>Foyer de vie</b>	13	3	8	-3	-19	6	8
<b>Structure expérimentale</b>	10			2	12	-12	12
<b>Atelier de jour</b>		7	12	32	18	2	71
<b>SAVS</b>	21	69	168	99	0	-7	350
<b>Total</b>	63	90	188	169	11	7	528

42 places supplémentaires ont été créées en 2011.

**Focus sur le schéma départemental 2005-2010 de l'Eure**

	<b>Nombre de places créées au terme du schéma</b>
<b>Foyer occupationnel</b>	87
<b>Accueil de jour</b>	9
<b>CAJ/CAJT</b>	59
<b>SAVS</b>	55
<b>Total</b>	210

## 1.2.2. Un taux d'équipement en direction des enfants en situation de handicap globalement satisfaisant notamment en établissement

### Taux d'équipement en places autorisées enfance et jeunesse handicapées <sup>33</sup>

		Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France
Taux d'équipement	En établissement	6.34	8.60	7.86	6.95
	En service	2.82	2.62	2.69	2.58

L'ensemble de l'offre médico-sociale est déclinée ci-dessous, excepté l'offre en direction des enfants présentant des troubles des apprentissages, avec autisme et troubles envahissants du développement décrite au sein des actions spécifiques correspondantes.

Les cartographies et tableaux détaillés de l'offre médico-sociale en direction des enfants en situation de handicap sont annexés à ce SROMS (cf. annexe n°9).

### Une politique de rattrapage de l'équipement régional en centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) entre 2007 et 2010

Les CAMSP sont des centres qui reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Les CMPP sont des centres ambulatoires de consultation, de diagnostic et de soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychiques.

L'ensemble des territoires de santé dispose d'une offre :

- le territoire de santé de Rouen dispose d'un taux d'équipement en CAMSP inférieur mais compte un nombre important d'implantations de CMPP (y compris des antennes),
- le territoire de santé du Havre dispose de places de CAMSP mais ne compte qu'une seule implantation de CMPP.

### Places autorisées de CAMSP et implantations de CMPP <sup>34</sup>

	CAMSP		CMPP (implantations)
	Places autorisées	Taux d'équipement	
Haute-Normandie	360	0.76 ‰	18
Seine-Maritime	240	0.75 ‰	14
Eure	120	0.78 ‰	4
Territoires de santé			
Rouen-Elbeuf	95	0.46 ‰	12
Dieppe	35	0.83 ‰	4
Le Havre	130	1.09 ‰	1
Evreux-Vernon	100	0.95 ‰	1

### Les Instituts médico-éducatifs (tout type de déficience)

Les IME sont des établissements qui accueillent des enfants et adolescents présentant différents type de handicap (déficience intellectuelle, handicap psychique, polyhandicap et handicap moteur).

<sup>33</sup> Source : C.N.S.A., FINISS - Sept 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans – (RP 2008)

<sup>34</sup> Source : FINISS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

## Places autorisées d'IME. (y compris les sections pour enfants polyhandicapés) <sup>35</sup>

	Internat	Semi-Internat	Hébergement temporaire	Taux d'équipement global
Haute-Normandie	908	1739	7	5,60 ‰
Seine-Maritime	593	1305	2	5,93 ‰
Eure	315	434	5	4,89 ‰
Territoires de santé				
Rouen-Elbeuf	329	803	2	5,45 ‰
Dieppe	159	110	-	6,39 ‰
Le Havre	121	471	-	4,97 ‰
Evreux-Vernon	299	355	5	6,28 ‰

## Coût moyen à la place sur la base de la capacité agréée base budgets primitifs 2008-2009<sup>36</sup>

	Internat IME (toute déficience)		Semi-Internat IME (toute déficience)	
	2008	2009	2008	2009
Haute-Normandie	44 138 €	49 945 €	26 695 €	28 885 €
France	37 487 €	NC	27 129 €	NC

## Un développement en cours des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (offre globale et par type de déficience)

Les SESSAD ont pour mission d'apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus en milieu ordinaire de vie et d'éducation.

36 places autorisées (toutes déficiences confondues) sont en attente d'installation au 1<sup>er</sup> septembre 2011.

139 places ont été créées entre 2007 et 2010. Ces créations témoignent de l'effort engagé pour favoriser l'intégration en milieu ordinaire des enfants, toutefois :

- 3 territoires de proximité ne sont pas couverts : Goumay, Neufchâtel et Gisors ;
- les territoires de proximité de Dieppe (1,15 ‰), Elbeuf-Louviers (1,29 ‰), Bolbec-Lillebonne (1,46 ‰), Pont-Audemer (1,62 ‰) présentent un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

## Places autorisées de SESSAD – offre globale et par type de déficience<sup>37</sup>

	Offre globale SESSAD		SESSAD par type de déficience (places autorisées)							
	Places autorisées	Taux d'équip	Déficience intellectuelle	Autisme	Trouble du comportement et du caractère	Polyhandicap	Handicap moteur	Déficience auditive	Déficience visuelle	Troubles du langage
Haute-Normandie	1275	2,69 ‰	602	30	151	19	125	90	163	95
Seine-Maritime	840	2,62 ‰	340	4	91	2	80	90	153	80
Eure	435	2,82 ‰	262	26	60	17	45	0	10	15
Territoires de santé										
Rouen-Elbeuf	557	2,68 ‰	195	4	88	2	25	60	153 <sup>38</sup>	30
Dieppe	60	1,43 ‰	47	-	3	-	-	10	-	-
Le Havre	293	2,46 ‰	148	-	20	-	55	20	-	50
Evreux-Vernon	365	3,48 ‰	212	26	40	17	45	-	10	15

<sup>35</sup> Source : FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

<sup>36</sup> Source : REBECA – Extraction REBECA données nationales 2008

<sup>37</sup> Source : FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

<sup>38</sup> Le SAAAS Centre Normandie Lorraine (153 places) intervient sur toute la région, en particulier sur Rouen, Le Havre et une partie de l'Eure.

**Coût moyen à la place sur la base de la capacité agréée - base budgets primitifs –  
2008-2009<sup>39</sup>**

	<b>SESSAD (toute déficience)</b>	
	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Haute-Normandie	14 343 €	15 521 €
France	15 577 €	NC

**Focus sur l'offre en faveur des enfants ayant un handicap moteur (IEM et SESSAD)**

Les instituts d'éducation motrice (IEM) sont des établissements offrant aux jeunes déficients moteurs un soutien pédagogique, un accompagnement éducatif et une prestation médicale adaptée.

Le taux d'équipement du département de Seine-Maritime en IEM est supérieur à la moyenne régionale. Toutefois :

- la part représentée par l'offre d'accompagnement ordinaire est plus importante dans l'Eure
- la région compte une offre d'internat implantée sur le territoire de santé du Havre ;
- Le territoire de santé de Dieppe ne dispose d'aucune offre médico-sociale en IEM et SESSAD moteur.

**Places autorisées en IEM et SESSAD en direction  
des enfants ayant un handicap moteur<sup>40</sup>**

	<b>IEM</b>				<b>SESSAD</b>	
	<b>Internat</b>	<b>Semi-internat</b>	<b>total</b>	<b>Taux d'équip.</b>	<b>Places autorisées</b>	<b>Taux d'équip.</b>
Haute-Normandie	43	167	210	0.44 ‰	125	0.26 ‰
Seine-Maritime	43	147	190	0.59 ‰	80	0.25 ‰
Eure	-	20	20	<b>0.13 ‰</b>	45	0.29 ‰
<b>Territoires de santé</b>						
Rouen-Elbeuf	-	40	40	0.19 ‰	25	0.12 ‰
Dieppe	-	-	-	-	-	-
Le Havre	43	107	150	1.26 ‰	55	0.46 ‰
Evreux-Vernon	-	20	20	0.19 ‰	45	0.43 ‰

**Focus sur l'offre en faveur des enfants ayant une déficience intellectuelle ou un retard mental**

L'ensemble des territoires de proximité dispose d'une offre médico-sociale (IME ou SESSAD), excepté le territoire de Neuchâtel. De plus,

- les territoires de proximité d'Elbeuf-Louviers et Bolbec-Lillebonne présentent des taux d'équipements inférieurs par rapport à la moyenne régionale ;
- l'offre en établissement est complétée par une offre de SESSAD pour la plupart des territoires de proximité, excepté pour celui de Gournay et de Gisors (2 territoires de proximité limitrophes).

<sup>39</sup> Source : REBECA – Extraction REBECA données nationales 2008

<sup>40</sup> Source : FINESS – Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

## Places autorisées en IME et SESSAD pour des enfants ayant une déficience intellectuelle ou un retard mental <sup>41</sup>

	IME				SESSAD	
	Internat	Semi-internat	total	Taux d'équip.	Places autorisées	Taux d'équip.
Haute-Normandie	765	1 577	2 342	4.94 ‰	602	1.27 ‰
Seine-Maritime	464	1 183	1 647	5.14 ‰	340	<b>1.06 ‰</b>
Eure	301	394	695	<b>4.51 ‰</b>	262	1.70 ‰
<b>Territoire de santé et de proximité</b>						
Rouen-Elbeuf	230	721	951	4.57 ‰	195	0.94 ‰
<i>Elbeuf-Louviers</i>	16	84	100	<b>2.23 ‰</b>	20	0.45 ‰
<i>Gournay</i>	22	23	45	7.01 ‰	-	-
<i>Rouen</i>	177	524	701	5.20 ‰	159	1.18 ‰
<i>Yvetot</i>	15	90	105	7.42 ‰	16	1.13 ‰
<i>Neufchâtel</i>	-	-	-	-	-	-
Dieppe	155	104	259	6.16 ‰	47	1.12 ‰
<i>Dieppe</i>	95	84	179	5.86 ‰	22	0.72 ‰
<i>Eu</i>	60	20	80	9.10 ‰	25	2.84 ‰
Le Havre	95	419	514	4.31 ‰	148	1.24 ‰
<i>Bolbec-Lill</i>	38	10	48	<b>2.13 ‰</b>	13	<b>0.58 ‰</b>
<i>Fécamp</i>	-	100	100	6.07 ‰	39	2.37 ‰
<i>Le Havre</i>	57	272	329	4.85 ‰	76	1.12 ‰
<i>Pont-Audemer</i>	-	37	37	3.00 ‰	20	1.62 ‰
Evreux-Vernon	285	333	618	5.89 ‰	212	2.02 ‰
<i>Bernay</i>	60	66	126	8.49 ‰	20	1.35 ‰
<i>Evreux</i>	53	58	111	<b>2.63 ‰</b>	89	2.11 ‰
<i>Gisors</i>	20	20	40	4.99 ‰	-	-
<i>Andelys-Gaillon</i>	22	133	155	14.62 ‰	45	4.25 ‰
<i>Verneuil</i>	48	26	74	6.46 ‰	25	2.18 ‰
<i>Vernon</i>	82	30	112	6.26 ‰	33	1.85 ‰

### Focus sur l'offre en faveur des enfants ayant un polyhandicap (IME, établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés – EEAP, SESSAD)

Les niveaux d'équipement des deux départements sont proches. Cependant,

- l'offre en établissement (IME et EEAP) est plus importante en Seine-Maritime alors qu'elle est plus tournée vers l'accompagnement en milieu ordinaire dans l'Eure ;
- la part de l'internat par rapport à l'offre totale en établissement est particulièrement importante dans le territoire de santé d'Evreux (supérieure à 80 %) ;
- le taux d'équipement en SESSAD spécifique est inférieur en Seine-Maritime (2 places) ;
- le territoire de santé de Dieppe ne dispose d'aucune offre.

### Places autorisées en IME, EEAP et SESSAD pour des enfants ayant un polyhandicap <sup>42</sup>

	Places en établissement						SESSAD		
	IME.			E.E.A.P.			Taux d'équip global	Places autorisées	Taux d'équip
	Internat	Semi-Internat	Total	Internat	Semi-internat	Total			
Haute-Normandie	96	45	141	25	110	135	0.58 ‰	19	0.04 ‰
Seine-Maritime	82	25	107	-	103	103	0.66 ‰	2	0.01 ‰
Eure	14	20	34	25	7	32	<b>0.43 ‰</b>	17	0.11 ‰
<b>Territoires de santé</b>									
Rouen-Elbeuf	70	25	95	-	68	68	0.78 ‰	2	0.01 ‰
Dieppe	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Le Havre	12	18	30	-	35	35	0.55 ‰	-	-
Evreux-Vernon	14	2	16	25	7	32	0.46 ‰	17	0.16 ‰

<sup>41</sup> Source : FINESS – Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

<sup>42</sup> Source : FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

## Focus sur l'offre en faveur des enfants ayant des troubles du comportement (TCC) – ITEP et SESSAD

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) sont des établissements qui ont pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des troubles psychologiques importants.

Une étude relative aux besoins du public (profil, rupture de parcours, projet de sortie...) et modalités d'accompagnement est confiée au C.R.E.A.I. Les résultats de cette enquête seront disponibles en 2012 et viendront abonder l'observatoire régional (cf. 3.1. Construire un observatoire régional du handicap).

### Places autorisées en I.T.E.P. et SESSAD en direction des enfants ayant des troubles du comportement<sup>43</sup>

	I.T.E.P.					SESSAD	
	Internat	Semi-internat	Externat	Total	Taux d'équip.	Places autorisées	Taux d'équip.
Haute-Normandie	384	91	10	485	1.02 ‰	151	0.32 ‰
Seine-Maritime	254	81	-	335	1.05 ‰	91	0.28 ‰
Eure	130	10	10	150	0.97 ‰	60	0.39 ‰
<b>Territoires de santé</b>							
Rouen-Elbeuf	220	31	-	251	1.21 ‰	88	0.42 ‰
Dieppe	-	-	-	-	-	3	<b>0.07</b> ‰
Le Havre	70	50	-	120	1.01 ‰	20	<b>0.17</b> ‰
Evreux-Vernon	94	10	10	114	1.09 ‰	40	0.38 ‰

L'offre globale (I.T.E.P. et SESSAD) en faveur des enfants présentant des troubles du comportement est relativement équilibrée entre les 2 départements, toutefois :

- le territoire de santé de Dieppe ne dispose pas d'I.T.E.P. et compte 3 places de SESSAD ;
- la part de l'internat est particulièrement importante sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon (supérieure à 80 %) ;
- le taux d'équipement en SESSAD spécifique est inférieur sur les territoires de santé du Havre et de Dieppe.

## Focus sur l'offre en faveur des enfants ayant une déficience auditive (CAMSP, instituts pour déficients auditifs et SESSAD)

L'ensemble des territoires de santé dispose d'une offre médico-sociale (CAMSP et/ou instituts pour déficients auditifs et/ou SESSAD), néanmoins :

- le niveau d'équipement global (tout type de structures) de l'Eure est inférieur à celui de Seine-Maritime ;
- le territoire de santé d'Evreux-Vernon ne compte pas de SESSAD spécifique ;
- Une offre de CAMSP existe sur le territoire de santé Rouen-Elbeuf et est en cours d'installation sur celui du Havre (20 places).

<sup>43</sup> Source : FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

**Places autorisées en CAMSP, établissements et SESSAD en direction des enfants ayant des déficiences auditives<sup>44</sup>**

	Places en établissement				SESSAD		
	CAMSP	Instituts pour déficients auditifs			Taux d'équip.	Places autoris.	Taux d'équip.
	Places autoris.	internat	Semi-internat	total			
Haute-Normandie	55	19	90	109	0.23 ‰	90	0.19 ‰
Seine-Maritime	55	19	64	83	0.26 ‰	90	0.28
Eure	-	-	26	26	<b>0.17 ‰</b>	-	-
<b>Territoires de santé</b>							
Rouen-Elbeuf	35	19	44	63	0.30 ‰	60	0.29 ‰
Dieppe	-	-	-	-	-	10	0.24 ‰
Le Havre	20	-	20	20	0.17 ‰	20	0.17 ‰
Evreux-Vernon	-	-	26	26	0.25 ‰	-	-

**Focus sur l'offre médico-sociale en faveur des enfants ayant une déficience visuelle (Instituts pour déficients visuels et SESSAD)**

L'offre est concentrée sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et d'Evreux-Vernon et plus précisément sur les territoires de proximité de Rouen et d'Evreux.

**Places autorisées en établissements et SESSAD en direction des enfants ayant des déficiences visuelles<sup>45</sup>**

	Nombre de places pour déficients visuels				SESSAD	
	Internat	Semi-internat	Externat	Taux d'équip.	Places autorisées	Taux d'équip.
Haute-Normandie	31	22	53	0.11 ‰	163	0.34 ‰
Seine-Maritime	31	22	53	0.17 ‰	153	0.48 ‰
Eure	-	-	-	-	10	<b>0.06 ‰</b>
<b>Territoires de santé</b>						
Rouen-Elbeuf	31	22	53	0.25 ‰	153 <sup>46</sup>	0.74 ‰
Dieppe	-	-	-	-	-	-
Le Havre	-	-	-	-	-	-
Evreux-Vernon	-	-	-	-	10	0.10 ‰

**1.2.3. Un effort soutenu entre 2007 et 2010 pour soutenir le développement des dispositifs en direction des adultes handicapés notamment en MAS**

L'état des lieux de l'offre médico-sociale en direction des adultes en situation de handicap est présenté ci-dessous. L'offre par type de déficience et celle relative au travail protégé est réalisée dans le cadre des diagnostics spécifiques (hormis pour les adultes polyhandicapés décrite ci-après).

Les cartographies et tableaux détaillés de l'offre médico-sociale en direction des adultes en situation de handicap sont annexés à ce SROMS (cf. Annexe n°10).

<sup>44</sup> Source : FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

<sup>45</sup> Source : FINESS – Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

<sup>46</sup> Le SAAAS Centre Normandie Lorraine (153 places) intervient sur toute la région, en particulier sur Rouen, Le Havre et une partie de l'Eure

### 1.2.3.1. Les établissements médico-sociaux

L'analyse des taux d'équipement en Haute-Normandie fait ressortir des contrastes forts entre les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime :

- Pour les maisons d'accueil spécialisé (MAS), des taux d'équipement inférieur en Seine-Maritime et supérieur dans l'Eure par rapport à la moyenne nationale,
- Pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM), des taux d'équipement inférieur dans l'Eure et supérieur en Seine-Maritime par rapport à la moyenne nationale.

#### Taux d'équipement en places autorisées pour adultes handicapés<sup>47</sup>

		Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France
Taux d'équipement	En établissements	1.31	1.48	1.43	1.40
	dont MAS	0.89	0.40	0.55	0.76
	dont FAM	0.42	1.08	0.87	0.64
	En services	0.17	0.22	0.20	0.37
	dont SAMSAH	0.16	0.12	0.13	0.17
	dont SSIAD	0.00	0.00	0.07	0.20

#### Les foyers d'hébergement, foyers de vie ou foyers occupationnels (compétence des conseils généraux)

Les foyers d'hébergement pour adultes handicapés, autorisés par le Président du conseil général, accueillent en fin de journée et fin de semaine les personnes handicapées travaillant soit en établissement de travail protégé (ESAT), soit en milieu ordinaire ou encore en centre de rééducation fonctionnelle.

Les foyers de vie, autorisés par le Président du conseil général, accueillent des adultes non reconnus travailleurs handicapés et ne nécessitant pas de soins constants. Ces personnes bénéficient d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale. Les foyers de vie fonctionnent en majorité en internat (tandis que les foyers occupationnels sont en principe des structures d'accueil de jour). Les places d'accueil de jour permettent à des personnes vivant à domicile d'être accueillies sur une courte période (d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine).

#### Places autorisées en foyer d'hébergement et foyer de vie : hébergement complet, temporaire et accueil de jour<sup>48</sup>

	Hébergement complet				Accueil de jour		Hébergement temporaire	
	Foyer d'hébergement		Foyer de vie				Foyer d'hébergement	Foyer de vie
	Places autoris.	Taux d'équip	Places autoris.	Taux d'équip	Places autoris.	Taux d'équip	Places autoris.	Places autoris.
Haute-Normandie	1 072	1,10 ‰	1 256	1,29 ‰	904	0,93 ‰	7	7
Seine-Maritime	782	1,17 ‰	636	0,95 ‰	795	1,19 ‰	7	7
Eure	290	0,95 ‰	620	2,03 ‰	109	0,36 ‰	-	-

#### Les Foyers d'accueil médicalisés et Maison d'accueil spécialisée

Les FAM et MAS accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement, physiquement ou psychologiquement qui ne peuvent être maintenus à domicile.

Sur les 576 places de MAS autorisées, 200 sont en cours d'installation<sup>49</sup>. L'effort de création de places s'est porté essentiellement sur des places pour personnes en situation de handicap psychique.

<sup>47</sup> INSEE - source : C.N.S.A., requête FINISS au 1<sup>er</sup> janvier 2011 ; Taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans – population au 1<sup>er</sup> janvier 2008

<sup>48</sup> Source : Données Département de Seine-Maritime et de l'Eure – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (RP 2007)

<sup>49</sup> Des ouvertures de places M.A.S. sont prévues en 2012 et 2013 (construction en cours d'établissements)

## Places autorisées en MAS, FAM et services médicalisés (toute déficience)<sup>50</sup>

	Hébergement complet				Accueil de jour		Hébergement temporaire		Services médicalisés <sup>51</sup>
	MAS		FAM		Places autoris.	Taux d'équip	Places autoris.	Taux d'équip	Places autoris.
	Places autoris	Taux d'équip	Places autoris	Taux d'équip					
Haute-Normandie	576	0,59 ‰	858	0,88 ‰	77	0,08 ‰	27	0,03 ‰	196
Seine-Maritime	266	<b>0,40</b> ‰	686	1,03 ‰	61	0,09 ‰	24	0,04 ‰	145
Eure	310	1,02 ‰	172	<b>0,56</b> ‰	16	0,05 ‰	3	0,01 ‰	51
<b>Territoires de santé</b>									
Rouen-Elbeuf	129	0,30 ‰	429	0,98 ‰	17	<b>0,04</b> ‰	11	0,03 ‰	84
Dieppe	-	-	151	1,72 ‰	18	0,21 ‰	-	-	13
Le Havre	203	0,85 ‰	132	0,55 ‰	37	0,15 ‰	15	0,06 ‰	64
Evreux-Vernon	244	1,17 ‰	145	0,70 ‰	5	<b>0,02</b> ‰	1	-	35

L'offre globale (MAS et FAM) est équilibrée entre les 2 départements, et les 4 territoires de santé sont pourvus, cependant :

- l'offre est majoritairement composée de FAM en Seine-Maritime et de MAS dans l'Eure ;
- le territoire de santé de Dieppe ne dispose pas de MAS
- concernant les accueils de jour, le taux d'équipement est inférieur sur les territoires de santé d'Evreux-Vernon et Rouen-Elbeuf;
- concernant l'hébergement temporaire, le territoire de santé de Dieppe ne compte pas d'offre et le territoire de santé d'Evreux-Vernon compte une seule place.

### Coût moyen à la place sur la base de la capacité agréée - base budgets primitifs – 2008-2009

	MAS		FAM (part assurance maladie)	
	2008	2009	2008	2009
	Haute-Normandie	65 400 €	73 606 €	24 575 €
France	65 484 €	NC	19 587 €	NC

Le coût moyen à la place des MAS évolue de manière notable entre 2008 et 2009 du fait de l'ouverture de places de MAS spécialisées (handicap psychique). Les places créées en FAM ont été réalisées à moyens constants.

La question de l'orientation la plus appropriée en FAM ou en MAS est régulièrement posée dans le cadre des équipes pluridisciplinaires de la MDPH de Seine-Maritime qui déplorent l'absence de référence (différenciation de la prise en charge).

La MDPH de Seine-Maritime a pris l'initiative d'une réflexion relative aux publics aujourd'hui accueillis (profil, besoin) en FAM et MAS afin d'ajuster les orientations. Les résultats de ces travaux viendront alimenter la rédaction de « référentiels » (cf. 3.2. Promouvoir et développer des outils partagés)

### Focus sur l'offre pour adultes polyhandicapés

Sur 555 places autorisées pour adultes polyhandicapés (Hébergement complet et temporaire, accueil de jour), 76 sont en attente d'installation<sup>52</sup>.

<sup>50</sup> Source : FINESS janvier 2011 - Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (RP 2007)

<sup>51</sup> Services médicalisés : SAMSAH, SSIAD pour personnes en situation de handicap

<sup>52</sup> Une MAS pour personnes polyhandicapées est en cours de construction sur le territoire de santé de Rouen

## Places autorisées en direction des publics adultes polyhandicapés<sup>53</sup>

	Hébergement complet (FAM-MAS)	Accueil de jour	Hébergement temporaire	Taux d'équipement global
Haute-Normandie	497	42	16	0.57 ‰
Seine-Maritime	353	35	14	0.60 ‰
Eure	144	7	2	0.50 ‰
Territoires de santé				
Rouen-Elbeuf	224	12	10	0.56 ‰
Dieppe	69	13	-	0.94 ‰
Le Havre	92	17	6	<b>0.48 ‰</b>
Evreux-Vernon	112	-	-	0.54 ‰

Le niveau d'équipement global entre les deux départements est relativement équilibré, toutefois :

- En terme d'équipement global, le territoire de santé du Havre dispose d'un taux d'équipement inférieur ;
- En terme de places d'accueil de jour, le territoire de santé d'Evreux-Vernon ne dispose d'aucune offre ;
- En terme d'hébergement temporaire, le territoire de santé de Dieppe ne compte aucun équipement.

### 1.2.3.2. Services d'accompagnements en milieu ordinaire : SAVS-SAMSAH, SSIAD et HAD

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), qui relèvent de la compétence des conseils généraux, proposent un accompagnement adapté afin d'assurer le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, professionnels... de la personne en situation de handicap

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) sont des services apportant une autonomie aux personnes en situation de handicap en milieu ordinaire.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes en situation de handicap interviennent auprès de personnes nécessitant des soins paramédicaux.

### Places autorisées SAVS, SAMSAH, SSIAD pour personnes en situation de handicap (toute déficience)<sup>54</sup>

	SAVS (autorisation CG)	SAMSAH		SSIAD	Taux d'équipement services d'accompag.
		places	Tx équip.		
Haute-Normandie	1 273	129	0,13 ‰	67	1,51 ‰
Seine-Maritime	903	79	0,12 ‰	66	1,57 ‰
Eure	370	50	0,16 ‰	1	1,38 ‰
Territoires de santé					
Rouen-Elbeuf	477	49	0,11 ‰	35	1,28 ‰
Dieppe	150	-	-	13	1,86 ‰
Le Havre	296	45	0,19 ‰	19	1,51 ‰
Evreux-Vernon	350	35	0,17 ‰	-	1,85 ‰

A noter que sur la période 2004-2011, le Département de Seine-Maritime a autorisé la création de 360 places de SAVS et conjointement avec l'ARS de 79 places de SAMSAH, soit au total la création de 439 places supplémentaires.

Une offre médicalisée (SAMSAH et SSIAD) existe sur les 4 territoires, toutefois :

- les territoires de santé de Dieppe et Evreux-Vernon ont un taux d'équipement inférieur ;
- le territoire de santé de Dieppe ne dispose pas de SAMSAH ;
- le territoire de santé Evreux-Vernon ne compte pas de SSIAD ;
- la place du département de l'Eure est implantée sur le territoire de proximité de Louviers (territoire de santé Rouen-Elbeuf).

<sup>53</sup> Source : FINESS janvier 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (RP 2007)

<sup>54</sup> Source : FINESS janvier et octobre (SAVS) 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (RP 2007)

## Focus sur l'étude du Département de Seine-Maritime

Le Département de Seine-Maritime a édité en août 2010 une évaluation des activités des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés.

Cette étude met en évidence que :

- les personnes suivies par les SAMSAH sont en moyenne plus âgées (33 % ont entre 46 et 55 ans et 28 % ont 55 ans et plus) que celles accompagnées en SAVS
- les personnes accompagnées en SAVS disposent d'une plus grande autonomie que le public suivi par un SAMSAH
- seules 55 % des personnes accompagnées par les SAMSAH vivent dans un logement autonome (82 % en SAVS) au profit d'autres types d'hébergement comme la famille, les hôtels, les résidences sociales (résidences accueil – cf. chapitre 5- L'Accès aux soins somatiques, psychiques, médico-sociaux des personnes démunies). Elles vivent majoritairement seules et sans enfants.
- 63 % disposent d'un emploi (milieu ordinaire ou protégé).
- les sorties du dispositif ont été plus nombreuses en SAMSAH (33% de sorties par rapport au nombre de places autorisées) en 2009. Les motifs de sortie sont l'autonomie de la personne, l'orientation en hébergement institutionnel ou un défaut d'adhésion à l'accompagnement.

Les services interrogés ont indiqué que la prise en charge en SAVS et SAMSAH ne constituait pas toujours l'orientation adaptée aux besoins de la personne (besoin de places en foyer d'hébergement ou foyer de vie).

Le rapport distingue deux typologies de public inégalement disposé à l'autonomie :

- Une population plus jeune ayant été préparée à des démarches d'autonomie en amont (parcours en IME., IMPRO...) exprimant une forte volonté de vivre comme les autres. Cela s'exprime notamment par l'augmentation du nombre de jeunes en couples avec enfants. Ce public connaît une grande précarité sociale.
- Une population plus âgée avec un long parcours institutionnel (ex. parfois hospitalisation psychiatrique de plus de 30 ans). La sortie vers l'autonomie est plus illusoire.

Le public en situation de handicap psychique et mental connaît une prise en charge longue (cf. Action prioritaire – Accompagnement des personnes en situation de handicap psychique).

Les SAVS et SAMSAH accompagnent les personnes en situation de handicap dans le cadre de leurs démarches administratives, de gestion budgétaire et de recherche d'un logement. La question du logement est souvent la préoccupation première des personnes qui se trouvent souvent sans logement, en situation d'hébergement temporaire ou en sortie d'hospitalisation.

Parmi les freins à l'accès au logement, il est noté la crainte des bailleurs (notamment dans le cas de handicap psychique), les problèmes d'accessibilité du logement et sa situation géographique (besoin d'un environnement rassurant).

Les SAVS ou SAMSAH effectuent un suivi et un accompagnement médical. La différenciation entre les deux services est liée aux besoins du public. Le public du SAMSAH est éloigné du soin. Le travail du SAMSAH consiste principalement à (ré) inscrire les bénéficiaires dans un environnement de soin. Il nécessite de travailler avec des professionnels de santé ; la présence de professionnels médicaux dans la structure facilite les articulations.

Des besoins en termes d'accompagnement à développer ont été mentionnés par les structures concernant :

- La sexualité et la parentalité (concernerait plus le public accompagné par un SAVS)
- L'insertion professionnelle,
- Les pratiques addictives notamment pour les personnes en situation de handicap psychique.

## Focus sur l'hospitalisation à domicile

L'intervention dans le médico-social fait l'objet d'une mission mandatée par le Ministère. De nouveaux dispositifs réglementaires en découleront permettant de définir le cadre et les modalités d'intervention de l'HAD auprès des personnes handicapées (adultes et enfants) accueillies dans les établissements.

## 2. Axes communs aux schémas départementaux en faveur des personnes en situation de handicap

---

L'analyse comparative des schémas réalisée par le CREAL montre l'existence d'orientations définies sur un nombre assez important d'axes transversaux (cf. annexe n° 11) :

- L'analyse des besoins
- Le dépistage et diagnostic des situations de handicap
- L'autisme et les Troubles Envahissants du Développement
- Le handicap psychique et santé mentale
- Les traumatisés crâniens et polyhandicapés
- Les populations frontières
- L'insertion professionnelle et sociale des jeunes et des adultes
- Les personnes handicapées vieillissantes
- La diversification des modes d'accompagnement et d'hébergement (accueil de jour...)
- La coordination du secteur social, médico-social, sanitaire, protection de l'enfance et MDPH
- L'aide aux aidants
- La protection des personnes handicapées et du respect de leurs droits
- Le développement et adaptation de l'offre
- Le développement des compétences des professionnels
- L'évaluation de la qualité des prises en charge

Certains axes spécifiques ont été définis par un seul des départements :

- Les troubles sensoriels, du langage et des apprentissages (département 76)
- L'accueil des jeunes enfants handicapés de moins de 6 ans (département 76)
- La scolarisation des enfants handicapés (département 76)
- La prévention et promotion de la santé en direction des personnes en situation de handicap (département 27)
- Les ressources humaines (département 76)

Une analyse plus détaillée des orientations définies dans chacun des axes montre que les actions communes à l'intérieur des axes sont plus variables. On identifie un nombre importants d'actions transversales sur les axes suivants :

- Le développement et l'adaptation de l'offre
- La diversification des modes d'accompagnement et d'hébergement (accueil de jour...)
- La coordination du secteur social, médico-social, sanitaire, protection de l'enfance et MDPH
- Les populations frontières
- L'insertion professionnelle et sociale des jeunes et des adultes
- Les personnes handicapées vieillissantes
- L'autisme et les TED
- Les traumatisés crâniens et les polyhandicapés
- L'aide aux aidants
- L'évaluation de la qualité des prises en charge.

### **3. Un enjeu majeur partagé : l'amélioration de la connaissance, de l'évaluation et de l'orientation des personnes en situation de handicap**

---

#### **3.1 Construire un observatoire régional du handicap**

La construction d'un observatoire régional du handicap constitue un axe prioritaire du SROMS.

##### **Un déficit de données**

Dès les premiers travaux d'élaboration du projet stratégique régional de santé, l'absence de données disponibles relatives au secteur du handicap s'est faite jour :

- absence de données précises sur les populations prises en charge dans les établissements et services médico-sociaux,
- absence de données fiables sur les besoins et parcours des personnes (évaluation, projet de vie, orientation),
- insuffisance de données quant aux listes d'attente/places vacantes/fluidité au sein des ESMS,
- déficit de données précises sur les prises en charge au long cours à l'hôpital,
- absence de données territorialisées.

Seules des données quantitatives relatives à l'offre médico-sociale et à l'activité des établissements et services médico-sociaux étaient disponibles afin de constituer un premier diagnostic, ce qui rend difficile l'exercice de définition de l'organisation médico-sociale et de planification.

Des études complémentaires ont été sollicitées dans différents groupes de travail (ex. personnes handicapées vieillissantes, handicap psychique, traumatisés crâniens et cérébrolésés...)

##### **Champ et partenaires de l'observation**

La mise en place d'un observatoire en Haute-Normandie doit permettre de :

- améliorer la connaissance du profil des publics,
- améliorer la connaissance des besoins des personnes (évaluation) afin de garantir un parcours individualisé,
- améliorer la connaissance des parcours des personnes (orientation, rupture),
- avoir un état des lieux en temps réel des places vacantes,
- améliorer et mesurer la fluidité et l'adéquation des réponses aux besoins (évaluation / orientation / autorisations des ESMS),
- partager et échanger les pratiques entre l'ensemble des acteurs,
- disposer d'un outil d'aide à la décision et de prospective (organisation de l'offre médico-sociale).

Il s'agit également d'avoir une vision territorialisée de ces données. L'ensemble des études et enquêtes prévues dans ce SROMS abonderont également cet observatoire.

Les partenaires de l'observation en Haute-Normandie sont donc nombreux :

- les conseils généraux de Seine-Maritime et de l'Eure
- les maisons départementales du handicap de Seine-Maritime et de l'Eure (MDPH),
- l'éducation nationale,
- le conseil régional,
- l'assurance maladie,
- la DIRECCTE,
- la DRJSCS,
- les associations gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux représentées par les « têtes de réseaux » (URIOPSS, FEHAP, URAPEI, FNARS...), et les représentants des établissements et services publics médico-sociaux,
- les établissements de santé,
- les observatoires de santé et centre de ressources (ORS, CREAM, OSSR, IREPS...),
- les réseaux et centres de références.

L'A.R.S. de Basse-Normandie est également en cours d'installation d'un dispositif d'observation régionale des besoins et de l'offre en matière médico-sociale. Il est proposé de définir une méthodologie commune d'élaboration afin de pouvoir partager par la suite les données observées.

### 3.2 Promouvoir et développer des outils partagés (évaluation, orientation, suivi)

La pertinence de l'orientation de la personne en situation de handicap repose sur la qualité de l'évaluation. Il s'agit de développer :

- Des outils d'évaluation partagés conformément aux recommandations des agences nationales et des centres ressources régionaux (CTRA, ARAMIS, Centre de référence des troubles des apprentissages...);
- L'analyse des pratiques des MDPH dans le domaine de l'évaluation, de l'orientation et du suivi en vue de l'élaboration des futurs CPOM<sup>55</sup>;

L'ARS de Haute-Normandie et la MDPH de Seine-Maritime se sont par ailleurs inscrits à un groupe projet piloté par la CNSA qui vise à définir les conditions de la mise en œuvre du suivi des décisions d'orientation par les MDPH et produire de la connaissance à visées décisionnelle sur l'adéquation offre-besoins<sup>56</sup>. Ces travaux, d'une durée de 18 mois, seront complémentaires à ceux de construction d'un système d'information.

Dans cette attente, et afin d'identifier les véritables besoins sur les territoires, un outil permettant de proposer une « orientation pertinente » qui reflète le vrai besoin et une « orientation par défaut » prise uniquement pour éviter à la personne handicapée de se retrouver sans solutions sera mis en place.

- Des « référentiels » prioritairement sur l'accompagnement en FAM et MAS<sup>57</sup>.
- Un système d'information partagé avec les E.S.M.S. favorisant le suivi des orientations et la gestion des listes d'attente (expérimentation de la CNSA sur la création d'interfaces<sup>58</sup>).

---

<sup>55</sup> Loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap

<sup>56</sup> 2 thèmes ont été prioritaires : entrée par problématique (basculé d'âge enfant-adulte, situations sans solutions à un an), les jeunes « frontières » avec troubles du comportement

<sup>57</sup> Un premier groupe de travail est organisée par la MDPH de Seine-Maritime sur les publics et orientations en MAS/FAM. Des groupes de travail seront également mis en place sur les publics et structures suivantes (MAS/FAM, ESAT/foyers de vie/AJ, IME/CLIS/SESSAD, MECS/ITEP/sanitaire), publics spécifiques (personnes présentant des troubles des apprentissages, des problématiques d'autisme et TED).

<sup>58</sup> Projet Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) de la CNSA

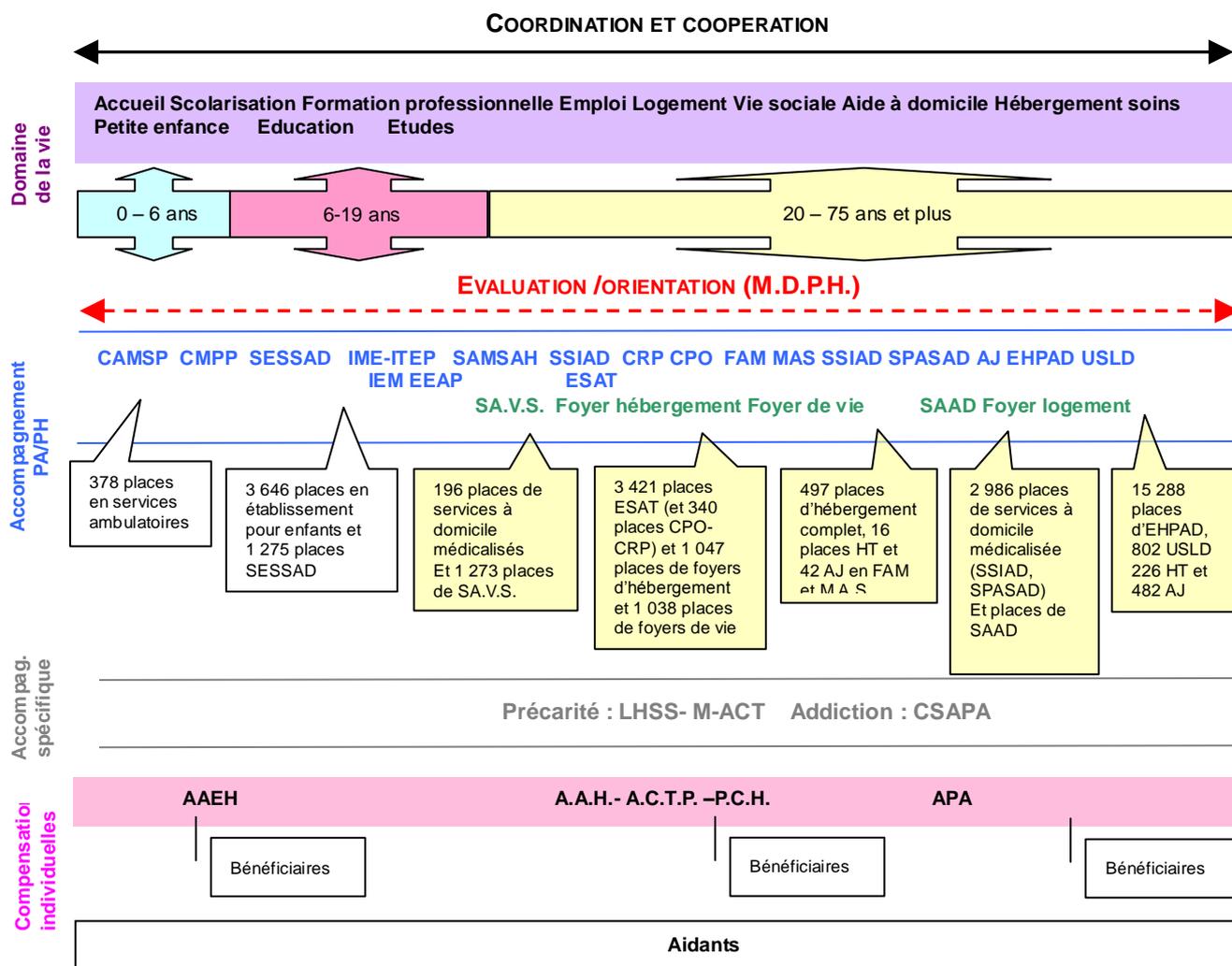
## 4. Une priorité : la construction d'une organisation territorialisée de l'offre médico-sociale adaptée aux besoins

Le SROMS doit répondre à l'individualisation des prises en charge tout au long de la vie de la personne handicapée. Il s'agit ainsi de :

- analyser des besoins collectifs à partir des besoins individuels,
- identifier, à partir d'une approche par **les parcours de vie**, les répercussions organisationnelles,
- situer systématiquement les réponses spécifiques en subsidiarité des réponses de droit commun.

Le schéma ci-dessous permet de visualiser l'offre et les parcours par les âges.

### Accompagnement des personnes tout au long de la vie – Représentation synoptique des services médico-sociaux<sup>59</sup>



<sup>59</sup> Sources : FINESSE janvier, septembre, novembre 2011, places autorisées, INSEE – AJ : Accueil de jour, HT : Hébergement complet

## Rappel des points forts et faibles issus de l'état des lieux

### Points forts

- un équipement globalement satisfaisant au regard des moyennes nationales et diversifié,
- un taux d'équipement en établissement pour enfant supérieur à la moyenne nationale,
- une diversification des prises en charge en cours,
- un fort développement des structures adultes depuis la mise en œuvre du PRIAC en 2006,

### Points faibles

- des risques de rupture identifiés à des âges clés :
  - o la petite enfance et l'adolescence (problématiques de l'accès ou du maintien en milieu scolaire ordinaire),
  - o entre 16 et 25 ans au moment de l'entrée soit dans l'emploi et le logement, soit dans les établissements spécialisés pour adultes
  - o après 40 ans lorsque les effets du vieillissement se font sentir
- un manque de fluidité entre ESMS et entre EMS et ES,
  - o problématique des amendements creton et de l'orientation des jeunes vers le logement (ordinaire ou adapté) et vers les établissements spécialisés pour adultes,

Le tableau ci-dessous présente un état des orientations MDPH retenues pour les jeunes « amendements creton »

FAM	MAS	FAM/MAS/FV	FH/FV	ESAT	ESAT/FH	ESAT/SAVS	prolongation maintien IME	non renseigné
15,38%	2,45%	11,89%	20,28%	27,27%	4,90%	0,70%	9,09%	6,29%

- o engorgement des places d'ESAT en raison de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées (vieillesse),
- o un nombre significatif de personnes prises en charge au long cours dans les établissements de santé et sociaux
- des disparités territoriales, notamment le territoire de santé de Dieppe,
- un cloisonnement des compétences, des financements, des acteurs.

### Aussi, le SROMS

- **Définit l'organisation afin de répondre aux enjeux suivants :**
  - l'inclusion des personnes en situation de handicap âgées de 16 à 25 ans (logement, emploi..),
  - l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des personnes handicapées âgées,
  - l'accès à des lieux de vie pour des personnes prises en charge au long cours dans les établissements sanitaires.
- **Organise et recompose l'offre médico-sociale pour assurer la fluidité des parcours de vie**

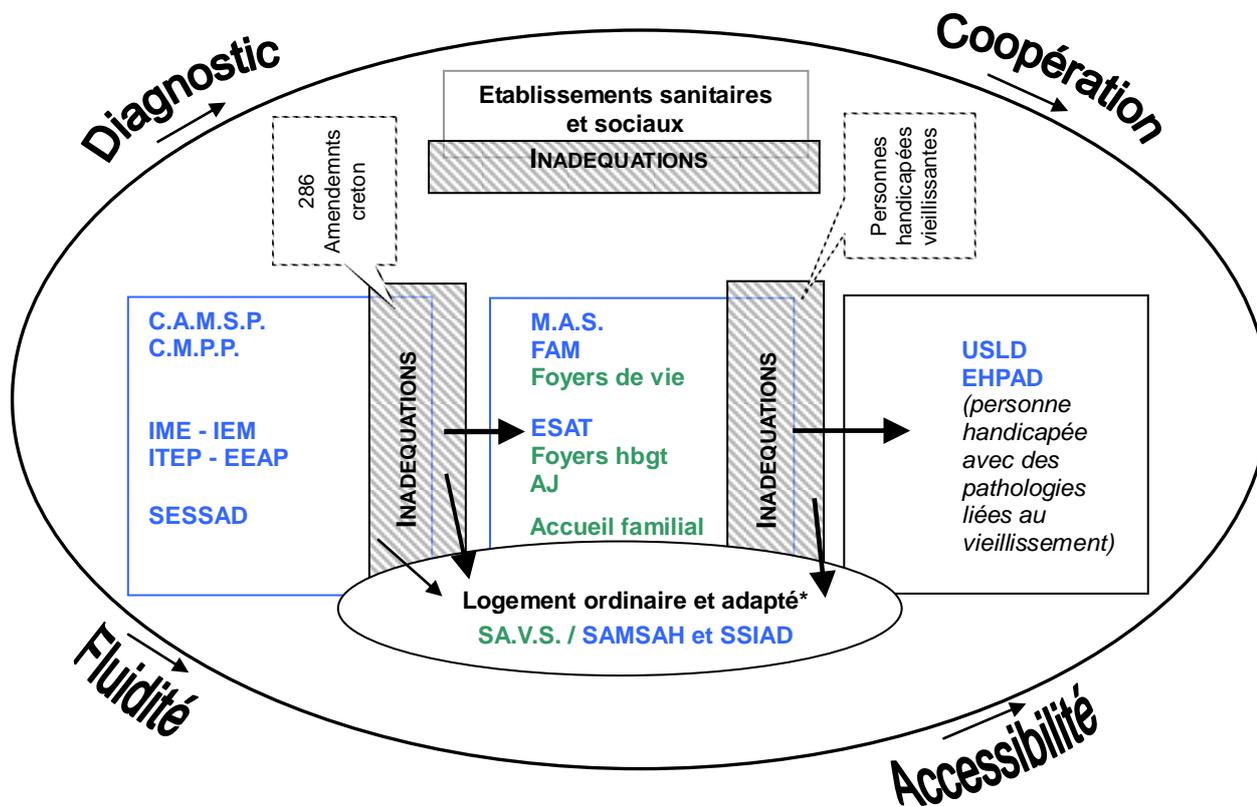
Le schéma s'assure :

- du rééquilibrage de l'offre dans les territoires déficitaires ;
- de l'adaptation de l'offre aux besoins et plus particulièrement :
  - o l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire (places de SESSAD),
  - o l'accès au logement par un accompagnement si besoin,
  - o l'accès à l'emploi en milieu ordinaire et adapté (places d'ESAT)
  - o l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes par la recherche de solutions innovantes, l'accès au logement adapté, le rapprochement des secteurs PA/PH, la médicalisation des établissements.

Ces questions fondamentales pour l'organisation du parcours font l'objet d'objectifs spécifiques au sein du SROMS (cf. 5. Actions spécifiques en faveur des personnes en situations de handicap)

La recomposition de l'offre implique des créations et transformations de l'offre (enfants/adultes, institutions/services).

**Un schéma pour une approche globale par territoire de santé  
- organisation « vertueuse » : Fluidité et territoire<sup>60</sup> :**



- **Organise la planification par territoire et, également, par type de déficience**
  - **Territoire régional** : déficience sensorielle, et interrégional de santé : maladies rares,
  - **Territoire de santé** : déficience motrice et polyhandicap, handicap psychique, autisme, TED, et TCC,
  - **Territoire de proximité ou regroupement de territoire de proximité** : déficience intellectuelle, établissement et services d'aide par le travail (enjeu d'accessibilité).
- **Définit une nouvelle gouvernance partagée avec les Départements pour organiser et adapter l'offre :**

Une instance technique de **concertation** inter-établissements et services **sur chaque territoire de santé** est mise en place et chargée de définir une organisation territoriale de l'offre médico-sociale pour personne handicapée à partir :

- d'un diagnostic partagé,
- de la recherche de complémentarité des projets d'ESMS (y compris PA/PH),
- de la définition de coopérations entre ESMS avec le secteur sanitaire et social,
- de restructurations si nécessaire.

L'Agence régionale de santé :

- anime avec les Départements l'instance opérationnelle de concertation inter-établissement et services,
- accompagne la mise en œuvre de cette organisation territoriale dans le cadre de la contractualisation (ex. révision des agréments, restructurations, création de services ou places ...) et des appels à projets.

Les travaux de l'instance sont présentés à la conférence de territoire. Ils sont intégrés dans les projets territoriaux de santé pouvant faire l'objet d'un contrat local de santé.

<sup>60</sup> Amendement creton : 107 personnes dans l'Eure (au 30 juin 2011) et 179 en Seine-Maritime (au 31 mars 2011).

Logement adapté : résidences sociales (Pensions de famille, résidence accueil) avec accompagnement SA.V.S.-SAMSAAH si besoin – Source : FINISS – Septembre 2011

## 5. Actions spécifiques en faveur des personnes en situation de handicap

Le SROMS fixe sept actions spécifiques qui répondent aux enjeux de construction d'une offre territorialisée adaptée aux besoins, assurant la fluidité des parcours et la coopération des acteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne.

### 5.1 Accueil des enfants de 0 à 6 ans et accompagnement des enfants présentant des troubles des apprentissages et du langage

Lire, écrire, compter, ces apprentissages sont la base du cursus scolaire. Un enfant connaissant des difficultés en ces domaines court un risque accru de marginalisation, voire de stigmatisation, et une difficulté ultérieure d'insertion sociale. Les principaux troubles des apprentissages scolaires sont la dyslexie (trouble spécifique de la lecture), la dyscalculie (trouble spécifique du calcul) et la dysorthographe (trouble spécifique de l'expression écrite).

Différents travaux estiment la prévalence de la dyslexie (modérée à sévère) à un peu moins de 5 % des enfants à partir du CP — mais les prévalences sont généralement établies pour les enfants de 10 ans dans les études internationales. Donc on a une mauvaise représentation de la prévalence réelle de ce trouble et les données épidémiologiques approcheraient de 10 à 15%. Les enfants atteints de dyslexie représenteraient selon certains auteurs environ un quart des enfants présentant des difficultés en lecture. La dyscalculie se rencontre plus rarement que la dyslexie. Deux troubles spécifiques restent sous diagnostiqués, la dysphasie et la dyspraxie de développement (rapport INSERM 2007).

#### 5.1.1. Le centre de référence des troubles des apprentissages

Le centre de référence du C.H.U. de Rouen a pour mission de :

- Réaliser des bilans multidisciplinaires (neuropédiatre, pédopsychiatre, neuropsychologue, psychomotricien, orthophoniste). Le centre de référence n'intervient pas en première intention.
- Favoriser la coordination des soins, par la réévaluation des situations n'évoluant pas favorablement et ajuste les outils de rééducations.
- Permettre de définir un projet thérapeutique personnalisé et d'aider à la mise en place des adaptations scolaires.
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de santé et de l'éducation
- Assurer un rôle de conseil auprès des équipes éducatives, médico-sociales et soignantes impliquées.
- Instaurer des relations de partenariat avec les autres acteurs impliqués.
- favoriser la coordination des soins par la participation à la formalisation et à la structuration des réseaux de prise en charge

Dans ce cadre, il favorise la diffusion des recommandations HAS des troubles du langage 2005. Le centre de référence dispose de deux antennes (Le Havre et Evreux).

Le centre de référence constate une forte augmentation de la demande (10 à 15 nouvelles demandes par semaine ; 350 nouveaux patients par an). Le Centre réalise 750 consultations par an dont une part significative de bilan de première intention.

#### 5.1.2. Les réseaux de santé

Deux réseaux de santé, qui ont pour mission de coordonner et d'améliorer la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles spécifiques des apprentissages, existent en Haute-Normandie :

- réseau Evaluation et soutien de l'organisation de la parole et du langage de l'enfant (E.S.O.P.E. - Le Havre),
- Réseau des troubles des apprentissages de l'Eure (R.E.T.A. 27 - Evreux).

Le SROS 4 fixe un objectif de maillage de la région par les 2 réseaux de santé.

### **5.1.3. Les acteurs du dépistage et/ou du soin des troubles des apprentissages et du langage**

De nombreux acteurs interviennent autour de l'enfant ayant des troubles des apprentissages :

- Médecins (généralistes, pédiatres, neuropédiatres, pédopsychiatres, ORL)
- Psychologue-neuropsychologue, formés aux bilans neuropsychologiques et aux bilans psychométriques
- Orthophoniste
- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Orthoptiste
- Ophthalmologiste

Le dépistage est réalisé à des âges clés du développement :

- en moyenne section de maternelle par les services de protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux,
- à six ans par le service de santé scolaire de l'Education Nationale. Ce dépistage systématique est inscrit dans le Code de l'Education et dans le Code de la sante publique. "A l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Education Nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites."

Une action a été organisée à titre expérimental sur Le Havre par l'Education Nationale en lien avec le réseau E.S.O.P.E. en 2010 afin d'organiser au mieux le dépistage puis l'orientation des enfants et s'étend en 2011 sur l'agglomération rouennaise. Le protocole de dépistage est étendu en 2011 à l'ensemble du département de Seine-Maritime.

La majorité des enfants dépistés est prise en charge par le secteur sanitaire, le plus souvent en libéral. Seules les situations les plus complexes sont orientées vers les dispositifs médico-sociaux.

### **5.1.4. Etat des lieux de l'offre médico-sociale**

#### **Les CAMSP et CMPP**

L'état des lieux relatif aux CAMSP et CMPP est présenté dans le diagnostic général de l'offre médico-social en faveur des enfants en situation de handicap.

Une analyse de l'Enquête E.S. 2006<sup>61</sup> a été réalisée pour rendre compte de la population accueillie au sein des CAMSP et CMPP :

- 2 408 enfants ont été reçus pour la première fois dans un CMPP ou un CAMPS en 2006.
- 14 enfants de moins de 1 an étaient accueillis au sein d'un CAMSP. 961 enfants de moins de un an étaient accueillis dans d'autres structures.
- Les enfants de 1 à 6 ans sont majoritairement accueillis dans un CMPP (1 274) contre 391 en CAMSP.
- Parmi les enfants de 4 à 6 ans, près de 51 % présentaient des troubles sévères du langage, et 36 % étaient déficients intellectuels avec ou sans troubles associés.

---

<sup>61</sup> L'enquête ES est une enquête nationale auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés réalisée par la DREES tous les 4 ans.

## L'offre spécifique pour les enfants présentant des troubles des apprentissages et du langage (semi-internat et SESSAD)

L'analyse de l'offre médico-sociale spécifique à l'attention des enfants ayant des troubles des apprentissages met en évidence que :

- Le département de l'Eure ne dispose d'aucune offre de semi-internat, toutefois, il compte des places de S.E.S.S.A.D ;
- Le territoire de santé de Dieppe ne dispose d'aucune offre (SESSAD et semi-internat).

### L'offre en direction des enfants ayant des troubles des apprentissages<sup>62</sup>

	Semi-internat		SESSAD	
	Places autorisées	Taux d'équipement	Places autorisées	Taux d'équipement
Haute-Normandie	79	0,17 ‰	95	0,35 ‰
Seine-Maritime	79	0,25 ‰	80	0,50 ‰
Eure	-	-	10	0,10 ‰
<b>Territoires de santé</b>				
Rouen-Elbeuf	39	0,19 ‰	30	0,33 ‰
Dieppe	-	-	-	-
Le Havre	40	0,34 ‰	50	0,75 ‰
Evreux-Vernon	-	-	15	0,14 ‰

### 5.1.5. Difficultés repérées

Le groupe de travail constitué sur cette thématique a mis en évidence les problématiques suivantes :

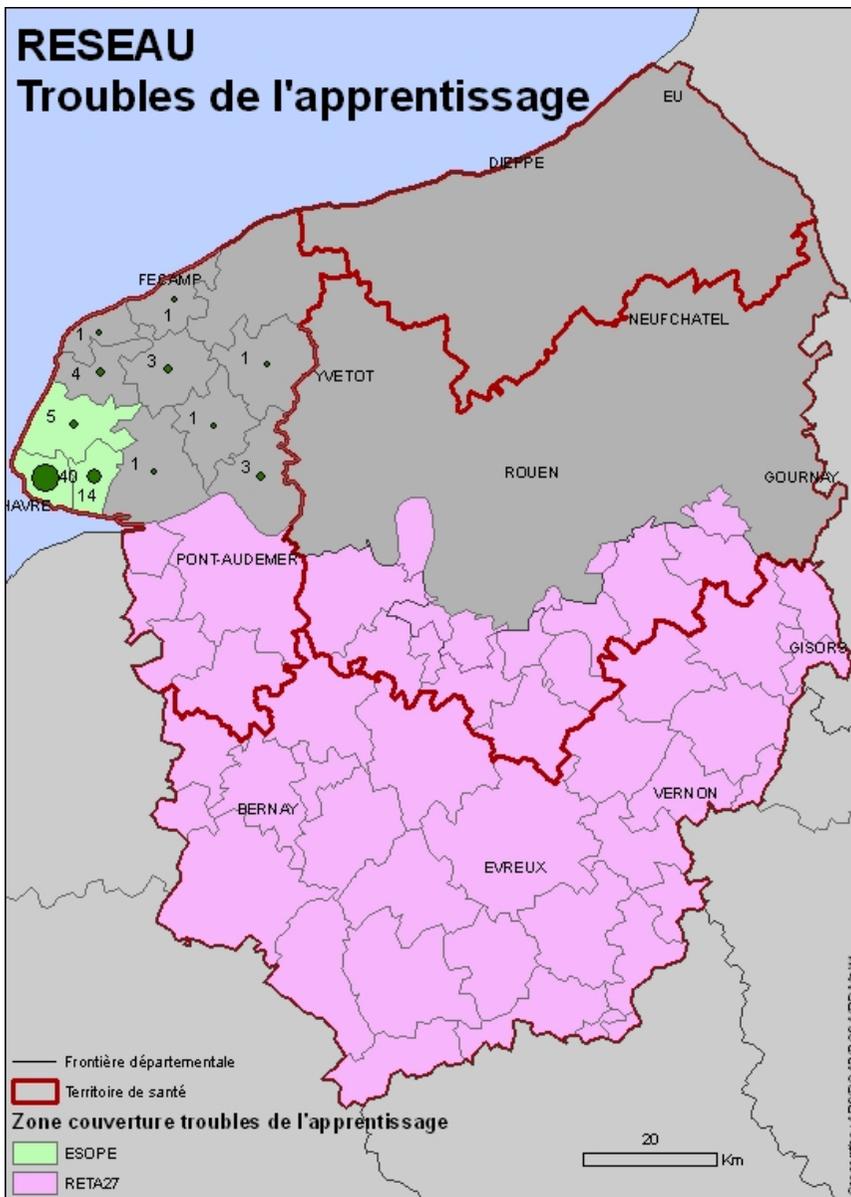
- des délais d'attente importants et la réalisation de bilans étendus sur plusieurs mois par le centre de référence en raison, notamment, de demandes d'évaluation non complexes qui doivent être traitées par les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne ;
- un déficit de professionnels de rééducation sur les territoires (cf. chapitre 6 : volet Renforcer la politique de ressources humaines) ;
- une difficulté de recrutement des orthophonistes par manque d'attractivité du médico-social et des établissements de santé publics ;
- Un défaut de formalisation des liens entre les différents acteurs intervenant auprès de l'enfant (ex. insuffisance de communication des bilans ...) ;
- Un besoin de partager les critères d'attribution de la reconnaissance du handicap des deux MDPH et en lien, notamment, avec l'Education nationale, le centre de référence, les ESMS ;
- Une nécessité d'harmoniser les pratiques d'évaluation et de prise en charge conformément aux recommandations nationales de l'HAS ;
- Un besoin de renforcement d'une culture commune entre tous les acteurs.

### 5.1.6. Objectifs opérationnels et actions – Accueil des enfants de 0-6 ans et enfants présentant des troubles des apprentissages et du langage

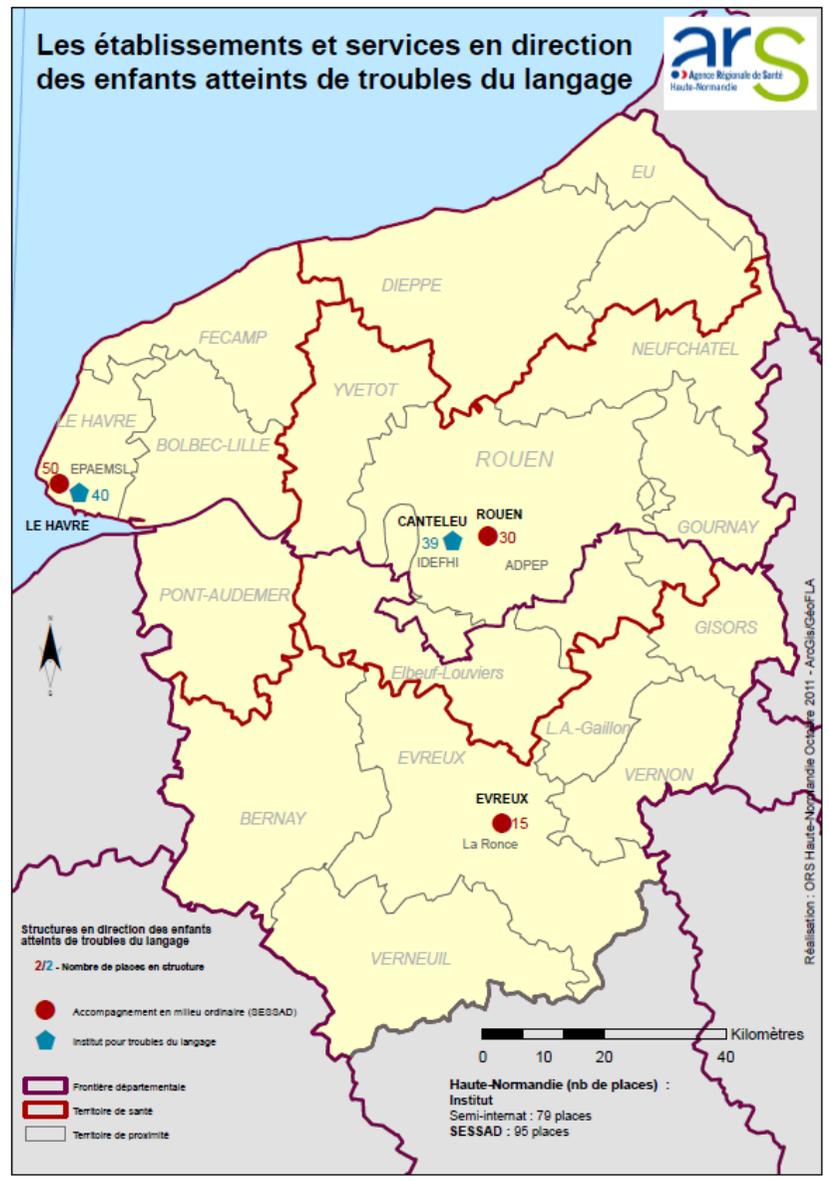
Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants :

- améliorer le repérage précoce,
- Améliorer le diagnostic, l'évaluation des besoins, la prise en charge et l'accompagnement des enfants au sein des établissements médico-sociaux et en milieu ordinaire,
- formaliser la coordination des acteurs intervenants auprès de l'enfant présentant des troubles des apprentissages au sein d'une organisation régionale graduée ville/hôpital (cf. SROS médecine).

<sup>62</sup> Source : FINESS - Septembre 2011 – Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 0 à 19 ans (RP 2007)



Sources : ARS Mars 2011 Démont brement des bénéficiaires depuis la création du réseau



Sources : places autorisées FINESS Septembre 2011

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départe-	S.R.P.	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : ASSURER LE REPERAGE, LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DES ENFANTS</b>						
Poursuivre et assurer le repérage précoce des troubles des apprentissages dans le cadre de partenariats renforcés entre le centre de référence (et ses antennes), les réseaux et l'Education Nationale et les services de santé des conseils généraux (PMI)	4 territoires de santé	X		X	Education Nationale	
Conforter le rôle des CMPP dans le diagnostic de première ligne dans les troubles des apprentissages						Projets d'établissements
Créer un CAMSP sur les troubles du développement cérébral de l'enfant en complémentarité avec les autres CAMSP de la région	Région	X				
<b>OBJECTIF N°2 : AMELIORER L'ACCES ET LA COORDINATION DES ACTEURS CONCOURANTS A L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS PRESENTANT DES TROUBLES DU LANGAGE OU DES APPRENTISSAGES</b>						
Formaliser les coopérations entre le centre de référence et les établissements et services médico-sociaux afin de garantir un accompagnement adapté – <i>Mission : centre de référence- réseaux</i>	4 territoires de santé			X		Protocole de travail en commun
Poursuivre les actions de sensibilisation, conseil, formation auprès des acteurs médico-sociaux et de l'Education Nationale afin d'assurer un accompagnement et une prise en charge adaptée des enfants présentant des troubles des apprentissages et du langage conformes aux recommandations de l'HAS <i>Mission des réseaux en lien avec le centre de référence</i>	4 territoires de santé				Education Nationale	Nombres de professionnels des établissements et services, Education Nationale
Définir des critères communs (groupe de travail MDPH 76, 27, Centre de référence, EN) permettant de graduer la sévérité du trouble et les besoins de l'enfant afin d'harmoniser l'orientation, l'accompagnement	Région	X			Education Nationale	Cf. 3.2. Amélioration, évaluation, suivi
Prendre en compte dans les projets d'ESMS spécialisés devant prendre en charge des troubles apprentissages sévères les enfants avec des co-morbidités, notamment troubles du comportement en lien avec l'échec scolaire, l'hyperactivité, les troubles anxio-dépressifs...	4 territoires de santé					Projets d'établissements révisés
<b>OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER UNE OFFRE DE SESSAD SPECIFIQUE SUR LES TERRITOIRES DEFICITAIRES</b>						
Renforcer l'offre	Dieppe, Evreux-Vernon, Rouen-Elbeuf					Appel à projet

## 5.2 Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

La politique de scolarisation des enfants et adolescents handicapés relève d'un pilotage conjoint de l'Education Nationale et de l'A.R.S. Cette politique pose l'enjeu global du développement des parcours de scolarisation en milieu ordinaire d'enfants ou adolescents handicapés, et de l'amélioration de la fluidité de ces parcours en lien avec les MDPH via la coopération entre les établissements et services médico-sociaux et le milieu scolaire ordinaire.

Cet objectif de développement des parcours de scolarisation en milieu ordinaire a été défini par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui a posé les principes d'accessibilité aux dispositifs de droit commun et le droit à la compensation du handicap. Cette loi a prévu en particulier l'implication de différents acteurs dans le parcours de formation : l'enseignant référent (d'un secteur géographique) auprès de chaque élève handicapé, la mise en place d'une équipe de suivi de scolarisation (ESS), et un nouvel outil : le projet personnalisé de scolarisation (PPS) élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, qui constitue un des volets du projet individuel d'accompagnement.

Le décret du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés, introduit par la loi du 11 février 2005, décline, par ailleurs, les règles de coopération entre les ESMS et l'Education Nationale.

### 5.2.1. Etat des lieux et diagnostic

Cet état des lieux global de l'offre nécessitera d'être complété à partir, notamment, de l'enquête E.S. 2010, afin d'obtenir des éléments sur :

- le mode de scolarisation (interne, mixte, externe, pas de scolarisation) dans chaque catégorie d'établissement médico-social par tranche d'âge, par type de handicap.
- la scolarisation des autistes en établissement et service médico-social (nature ESMS et mode de scolarisation).
- le mode de scolarisation (interne mixte externe pas de scolarisation) des enfants et adolescents accompagnés par un SESSAD, par tranche d'âge, par type de handicap

Les listes d'attente d'enfants et adolescents handicapés dans les dispositifs spécialisés devront par ailleurs être exploitées afin de mieux identifier les besoins.

#### 5.2.1.1. La scolarisation en milieu ordinaire

- **Deux modalités de scolarisation** des enfants et adolescents handicapés sont proposées en milieu ordinaire :
  - Scolarisation individuelle avec éventuellement un accompagnement assuré par des auxiliaires de vie scolaire (AVS). Les taux cibles nationaux d'enfants handicapés en milieu ordinaire pour 2013 sont de : 2% en 1<sup>er</sup> degré, 1,50% en second degré.

#### Nombre et taux d'élèves handicapés en milieu ordinaire<sup>63</sup>

	Nombre	Dont CLIS/ULIS	Taux élèves handicapés 1 <sup>er</sup> degré	Taux élèves handicapés 2 <sup>d</sup> degré
2009-2010	5 004	1 517	1,81 %	0,91 %
2010-2011	5 313	1 663	1,82 %	1,10 %
2011-2012	5 996	1 729	En attente	En attente

Ce nombre total d'élèves intègre également les élèves accompagnés en établissements médico-sociaux, poursuivant une scolarité externe, ou partageant leur scolarité entre milieu ordinaire et unité d'enseignement de l'établissement médico-social.

<sup>63</sup> Source : Education Nationale (Rectorat Haute -Normandie) – Enquêtes 2009-2010 et 2010 -2011

- Scolarisation collective, pour les enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue en milieu ordinaire : dans le premier degré en classes d'inclusion scolaire (CLIS), dans le second degré, en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Cette scolarisation possible sur la base d'une notification de la MDPH peut être accompagnée par un AVS individuel, ou collectif (le plus souvent).

La répartition des dispositifs collectifs sur les deux départements est légèrement en faveur de l'Eure pour les CLIS compte tenu de la répartition de leur population globale d'enfants et adolescents handicapés (environ 40 % dans l'Eure et 60 % en Seine-Maritime en 2011-2012).

#### Nombre de dispositifs collectifs CLIS/ULIS par département en 2011-2012<sup>64</sup>

	CLIS	Dépt/région	ULIS	Dépt/région	Total	Dépt/région
Eure	44	42,8 %	17	35,5 %	61	40,4 %
Seine-Maritime	59	57,2 %	31	64,5 %	90	59,6 %
Haute-Normandie	103	100 %	48	100 %	151	100 %

#### Taux d'élèves handicapés en dispositif collectif / milieu ordinaire<sup>65</sup>

	Taux 1 <sup>er</sup> degré	Taux national	Taux 2 <sup>d</sup> degré	Taux national
2009-2010	32 %	34 %	26,5 %	25 %
2010-2011	33,6 %	34 % <sup>66</sup>	26,4 %	27 % <sup>67</sup>
2011-2012	29,4 % <sup>68</sup>	N C	27,5 % <sup>69</sup>	NC

**Les Services d'Education Spécialisées et de Soins à domicile (SESSAD)**, ont pour mission d'apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents scolarisés très majoritairement en milieu ordinaire (96,7 %). Les moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques sont mis à disposition des enfants et adolescents handicapés afin de faciliter cette intégration en milieu ordinaire et l'acquisition de l'autonomie.

#### Nombre et taux d'enfants suivi par un SESSAD et scolarisés<sup>70</sup>

	Nombre enfants suivis et scolarisés	Taux
2010-2011	1 179	96,7 %

**Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les Centres médico-psychopédagogiques (CMPP)** sont les acteurs du dépistage précoce et apportent également un soutien notamment à la scolarisation d'enfants handicapés.

Les CAMSP reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Les CMPP sont des centres ambulatoires de consultation, diagnostic et soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychiques. L'alliance du soin et de l'éducation vise à assurer les conditions psychiques rendant possible l'apprentissage tout en maintenant l'enfant dans son milieu familial et scolaire.

<sup>64</sup> Source : Education Nationale (Rectorat HN) – Enquête 2011 -2012

<sup>65</sup> Sources : Education Nationale (Rectorat HN) – Enquêtes 2009-2010 et 2010 -2011 (chiffres régionaux), et CNSA -Direction des ESMS - Enquête 2009-2010 – publication avril 2011 (chiffres nationaux).

<sup>66</sup> Source : Education Nationale (Rectorat HN) repères et statistiques sur les enseignements (RERS) 2011.

<sup>67</sup> Source : Education Nationale (Rectorat HN) repères et statistiques sur les enseignements (RERS) 2011.

<sup>68</sup> Source : Education Nationale (Rectorat HN) Enquête rapide de rentrée situation au 20/09/2011.

<sup>69</sup> Source : Education Nationale (Rectorat HN) Enquête rapide de rentrée situation au 20/09/2011.

<sup>70</sup> Enquête A.R.S. - 2010-2011

### 5.2.1.2. La scolarisation au sein des établissements médico-sociaux ou de santé

La scolarisation des enfants handicapés peut également être dispensée au sein d'établissements de santé ou d'EMS, qui proposent, en semi-internat ou en internat, un accompagnement médical, éducatif, paramédical complémentaires à l'accompagnement pédagogique. La loi de 2005 a renforcé le cadre de cette scolarisation en milieu spécialisé en y créant des unités d'enseignement (U.E.) qui participent activement à la scolarisation des enfants.

85,7 % des enfants accueillis en EMS en 2010-2011 sont scolarisés, à l'interne (pour plus de 70 % à temps partiel), ou en milieu ordinaire, soit totalement, soit sous la forme d'une scolarité partagée.

#### Nombre d'enfants accueillis en EMS et établissements de santé et scolarisés<sup>71</sup>

	Nombre enfants accueillis	Nombre enfants scolarisés	Taux d'enfants scolarisés	En milieu scolaire ordinaire totalement ou en scolarité partagée	Nombre enfants non scolarisés
2009-2010	3 206	2 927	91,2 %	451	279
2010-2011	3 408	2 921	85,7 %	417	487

Le taux d'enfants scolarisés en milieu scolaire ordinaire (totalement ou en scolarité partagée) qui varie de 14 à 12 % de 2009 à 2011, est inférieur au taux national de 19 % (2009-2010). Ce constat nécessite de développer les stratégies nécessaires au développement des parcours en milieu ordinaire.

Depuis le décret du 2 avril 2009, les PPS de ces jeunes d'établissements médico-sociaux scolarisés en milieu ordinaire font l'objet d'une convention entre l'établissement et l'Education Nationale.

Par ailleurs, certains établissements (uniquement de Seine-Maritime) disposent de classes de l'unité d'enseignement, externalisées dans les locaux des écoles ou collèges ordinaires.

#### Répartition des enfants accueillis en EMS en pourcentage par mode de scolarisation<sup>72</sup>

	Taux enfants scolarisés en interne	Taux national	Taux enfants scolarisés en milieu scolaire ordinaire totalement ou en scolarité partagée	Taux national	Taux enfants non scolarisés	Taux national
2009-2010	77,2 % dont 27,5 % à temps complet	71% dont 40 % à temps complet	14 %	19 %	8,7 %	10 %
2010-2011	73,5% dont 30% à temps complet	NC	12,1 %	NC	14,2 %	NC

#### Répartition des enfants accueillis en EMS en pourcentage par déficiences<sup>73</sup>

	Taux Troubles intellectuels	Taux national	Troubles psychiques	Taux national	Troubles associés	Taux national
2009-2010	NC	45 %	NC	25 %	NC	7 %
2010-2011	51 %	NC	31,2 %	NC	5,7 %	NC

#### Nombre de classes externalisées par département en 2010<sup>74</sup>

	Nombre de classes externalisées	Nombre d'EMS	Nombre d'élèves concernés
Eure	0	0	0
Seine-Maritime	13	5	Environ 100

<sup>71</sup> Source : Education Nationale (rectorat HN) – Enquêtes 2009-2010 et 2010 -2011

<sup>72</sup> Source : Education Nationale (rectorat Haute –Normandie) – Enquêtes 2009-2010 et 2010 -2011

<sup>73</sup> Source : Education Nationale (rectorat Haute –Normandie) – Enquêtes 2009-2010 et 2010 -2011

<sup>74</sup> Enquête A.R.S. - 2010-2011

## Focus sur l'offre d'IMP et IMPro

### Les IME compte des sections Médico-pédagogiques (IMP) et Médico-professionnelles (IMPro<sup>75</sup>) - Places autorisées d'IMP et IMPro<sup>76</sup>

	IMP			IMPro		
	Internat	Semi-internat	Taux d'équip.	Internat	Semi-internat	Taux d'équip.
Haute-Normandie	312	813	2.37	290	542	1.75
Seine-Maritime	184	666	2.65	103	447	1.72
Eure	128	147	1.78	187	95	1.83
<b>Territoires de santé</b>						
Rouen- Elbeuf	124	343	2.24	19	286	1.47
Dieppe	59	77	3.23	100	33	3.16
Le Havre	17	288	2.56	68	165	1.95
Evreux-Vernon	112	105	2.07	103	58	1.53

#### 5.2.1.3. Les accompagnements auprès des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire ou des élèves d'EMS scolarisés en milieu ordinaire

Le droit à la compensation du handicap pour un enfant ou adolescent handicapé peut se traduire notamment par le soutien d'un auxiliaire de vie scolaire, soit en accompagnement individuel, à temps plein ou à temps partiel, soit en accompagnement collectif, suite à une notification de la MDPH. Le taux haut-normand d'élèves accompagnés est plus élevé en 2009-10 (58, 1 %) que le taux national (46,7 %) mais ce taux fluctue assez sensiblement d'une année à l'autre (pas de taux national à ce jour pour 2010-2011).

#### Taux d'élèves accompagnés par type d'accompagnement<sup>77</sup>

	Taux d'élèves accompagnés				Taux national	Taux d'élèves sans accompagnement	Taux national
	2009 - 2010	58,1 %				53,3 %	41,9 %
	Dont individuel	Taux national	Dont collectif	Taux national			
	28,7 %	28,5 %	29,4 %	24,8 %			
2010 - 2011	Taux d'élèves accompagnés				Taux national	Taux d'élèves sans accompagnement	Taux national
	53,2 %				Non connu	36,8 %	Non connu
	Dont individuel	Taux national	Dont collectif	Taux national			
32,5 %	Non connu	30,7 %	Non connu				

## 5.2.2. Objectifs opérationnels et actions – Scolarisation des enfants et adolescent en situation de handicap

Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants

- Permettre à un plus grand nombre d'enfants en situation de handicap d'être scolarisé en milieu ordinaire par le développement de la scolarité partagée, l'expérimentation d'un dispositif « passerelle » en milieu scolaire ordinaire, la formation des personnels de l'Education nationale...
- Développer les collaborations et articulations entre les acteurs (Education nationale, ARS, MDPH, ESMS) afin d'élaborer des stratégies nécessaires au développement des parcours personnalisés (au sein des unités d'enseignement, ou dans le cadre d'une scolarité partagée).

<sup>75</sup> Les IMPRO sont désormais dénommé Section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP)

<sup>76</sup> Source : FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

<sup>77</sup> Source : Education Nationale (Rectorat Haute-Normandie) – Enquêtes 2009-2010 et 2010 -2011

	Territoires concernés	Transversalité			Evaluation	
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : DEVELOPPER LA COOPERATION ENTRE LE CHAMP MEDICO-SOCIAL ET L'EDUCATION NATIONALE</b>						
Mettre en place un groupe technique régional, prévu par le décret du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants handicapés, chargé du suivi de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation.	Région				Education Nationale	Nombre de réunions du groupe par an Convention ARS - Rectorat
Organiser une planification concertée Education nationale /A.R.S. des dispositifs spécialisés (CLIS/ULIS) et de l'offre médico-sociale (ESMS).	Région					Nombre de réunions du groupe par an
Mettre en place un outil d'observations de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés à travers une base de données commune Rectorat/A.R.S. en lien avec les MDPH.	Région	X				
Développer l'utilisation des outils communs d'évaluation scolaire par les équipes pédagogiques des EMS (Socle commun de compétences) afin notamment de faciliter par les MDPH la rédaction du Projet Personnalisé de Scolarisation et l'orientation.	Région	X				
Développer des réseaux territoriaux Education Nationale (enseignants référents/écoles ordinaires) et ESMS (unités d'enseignement/équipes ESMS) pour la scolarisation des élèves handicapés via les conventions de coopération (classes externalisées, scolarité partagée...).	4 territoires de santé	X				
<b>OBJECTIF N°2 : DEVELOPPER LES PARCOURS DE SCOLARISATION EN MILIEU ORDINAIRE</b>						
Expérimenter un dispositif « passerelle » en milieu ordinaire d'enfants et adolescents des Etablissements Médico-Sociaux (dispositif dérogatoire de séjours d'essai en milieu scolaire ordinaire formalisé par la signature d'un contrat engageant les parents, l'Education Nationale et les Etablissements Médico-Sociaux (EMS)).	4 territoires de santé	X			Education Nationale	Nombre de « contrats passerelle » par an et durée /contrat.
Développer les scolarités partagées entre EMS et milieu scolaire ordinaire.		X				Nombre de conventions signées Cible : taux de scolarité partagée national (19 %)
Poursuivre le développement du dispositif de classes externalisées d'établissements médico-sociaux dans des établissements scolaires ordinaires et réaliser des bilans annuels.	4 territoires de santé (Eure en particulier)	X			Education Nationale	Nombre de classes externalisées

	Territoires concernés	Transversalité			Evaluation	
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
Poursuivre le développement de places de SESSAD.	4 territoires de santé					Appels à projets (mesures nouvelles ou transformation)
<b>OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER LA FORMATION AU HANDICAP DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE</b>						
Mettre en place des formations en commun des enseignants non spécialisés (en milieu scolaire ordinaire ou en ESMS), des personnels non enseignants de l'Education Nationale et des Auxiliaires de Vie Scolaires, au handicap et à la spécificité de chaque handicap avec l'appui du secteur médico-social (formation interdisciplinaire).	Région				Education Nationale	Nombre de personnels formés en commun

### **5.3. Insertion professionnelle des personnes en situation de handicap : le travail en milieu ordinaire et le travail protégé**

Le taux de chômage des personnes handicapées reste toujours deux fois supérieur à la moyenne nationale à savoir près de 20 %.

Or, le travail est un espace essentiel de la vie de l'homme. Il est facteur de lien social et contribue à ce titre à la réalisation personnelle de tout individu. C'est la raison pour laquelle tout système social doit veiller à protéger le droit au travail et le droit de tous à s'y réaliser.

Le dispositif législatif et réglementaire destiné aux personnes handicapées doit donc éviter de décourager les tentatives d'accès à l'emploi. La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirme les droits des personnes handicapées, notamment le droit à la formation professionnelle et au travail.

Il existe en matière d'insertion professionnelle plusieurs types de publics handicapés à savoir :

- les publics en emploi qui nécessitent la mise en œuvre d'action de maintien dans l'emploi,
- les publics proches de l'emploi pour lesquels il convient de développer des actions de nature à permettre un accès rapide à l'emploi,
- les publics qui ne répondent pas directement aux critères d'employabilité, voire sont très éloignés de l'emploi.

Les deux premiers types de publics répondent plutôt à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail alors que les derniers présentent plutôt le profil de public pris en charge dans le milieu du travail protégé (établissement et service d'aide par le travail).

Pour mesurer le potentiel d'accès à l'emploi, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), tout comme les autres partenaires dans le cadre de la solidarité, s'appuient sur la **notion de restriction de la capacité de travail**.

#### **5.3.1. Le rôle clé des MDPH en matière d'orientation et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé**

Les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées prononcent la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Pour les personnes dont la capacité de travail est inférieure au tiers de la capacité normale mais qui possèdent néanmoins une aptitude potentielle au travail, elles peuvent prononcer une orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail.

Pour les demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi orientés par la CDAPH vers le marché ordinaire du travail mais dont la faiblesse de l'efficacité qui résulte du handicap est telle que l'insertion dans une entreprise du milieu ordinaire se trouve fortement compromise, la CDAPH peut orienter vers une entreprise adaptée.

Si la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a prévu notamment la désignation d'un Référent Insertion Professionnelle (RIP) au sein de chaque MDPH, la loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, vient renforcer le partenariat institutionnel en matière d'insertion professionnelle.

Cette dernière loi vise, à améliorer les relations entre les différents acteurs institutionnels intervenant dans le champ de l'insertion professionnelle et la coordination de leur action. La convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'Etat, Pôle Emploi, l'AGEFIPH, le FIPHFP et la CNSA devra prévoir notamment les modalités du partenariat que les MDPH mettent en place avec le SPER, l'AGEFIPH et le FIPHFP.

Au-delà de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les MDPH sont les acteurs incontournables de l'évaluation des personnes. Elles doivent à ce titre pouvoir jouer un rôle central, en lien avec le centre « ressources handicap et professions » (cf.5.3.5), les professionnels des établissements et services médico-sociaux pour mesurer le niveau d'employabilité des personnes handicapées (notamment pour les 16/25 ans) et ainsi contribuer à la construction des projets professionnels individuels

### **5.3.2. Un enjeu de coordination des acteurs autour d'instances de concertation de droit commun – la place de l'ARS**

Le Service Public de l'Emploi en Région (SPER) s'attache plus spécifiquement à mettre en œuvre une politique régionale d'insertion professionnelle en faveur des personnes handicapées orientées vers le milieu ordinaire de travail par la CDAPH.

En effet, le SPER regroupe notamment les institutions suivantes :

- Pôle Emploi,
- Cap Emploi,
- AGEFIPH,
- DIRECCTE,
- Conseils généraux et régional.

Le SPER peut s'adjoindre des commissions spécialisées chargées de lui apporter un appui technique sur des problématiques particulières. Une commission handicap permettant notamment d'ouvrir le partenariat à d'autres institutions concourant à l'insertion professionnelle des personnes handicapées – telle l'ARS – a été constituée en vue d'œuvrer à l'élaboration du plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)

Le PRITH est élaboré par les membres du SPER, sous l'autorité du Préfet qui l'arrête, sur la base d'un diagnostic unique et partagé avec ses partenaires. Celui-ci détecte et analyse les besoins Emploi-Formation des travailleurs handicapés au regard de ceux des entreprises et des employeurs publics dans les territoires concernés. Il permet la définition d'objectifs cibles autour de quelques grands axes d'intervention adaptés aux besoins des personnes, des territoires, des entreprises privées et des employeurs publics.

Par ailleurs, la DIRECCTE, l'AGEFIPH, le FIPHP, le pôle emploi et le conseil régional élaborent et mettent au point le programme régional formation personnes handicapées (PRFPH). Dans le cadre de l'élaboration de ce programme, les différents partenaires ont engagé une réflexion sur la création d'un GIP dont l'objectif serait de favoriser la formation, l'insertion et l'emploi des personnes handicapées.

Le GIP pourrait ainsi se voir confier :

- la mise en œuvre du schéma régional pour la formation professionnelle des travailleurs handicapés (SRFPTH) et notamment le dispositif d'accompagnement et de soutien aux apprentissages par alternance (DASAA) actuellement porté par le FONGECIF,
- le pacte pour l'emploi public des personnes handicapées.

Dans le parcours de vie des personnes handicapées, il est possible que certaines soient accueillies en institutions médico-sociales durant la période de l'enfance et de l'adolescence, mais puissent néanmoins, à partir de 16 ans (contrats en alternance), prétendre à une insertion professionnelle vers le milieu ordinaire de travail au regard des critères d'employabilité. Une réorientation de certains publics accueillis en ESAT vers le milieu ordinaire de travail est également possible et souhaitable.

Un lien entre le Service Public de l'Emploi en Région et les services de l'Agence Régionale de Santé doit donc être recherché afin de faciliter l'insertion professionnelle vers le milieu ordinaire des personnes handicapées prises en charge en institution médico-sociale (IME/IMPro, ITEP, SESSAD et ESAT).

L'Agence Régionale de Santé prendra l'appui de la DIRECCTE afin de définir une politique régionale d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés concertée avec le Service Public de l'Emploi en Région. Cette concertation pourrait s'organiser en prenant appui sur la commission handicap du SPER.

### **5.3.3. La fluidité des dispositifs d'accompagnement médico-sociaux favorisant le parcours des personnes handicapées vers l'emploi**

#### **5.3.3.1. Une action à renforcer en direction des 16-25 ans**

##### **5.3.3.1.1. Etat des lieux de l'offre médico-sociale**

La question de l'insertion professionnelle des jeunes âgés de 16 à 25 ans se pose aussi bien pour les jeunes scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant de dispositifs spécialisés relevant de l'Education Nationale (CLIS, ULIS, SEGPA notamment) que pour les jeunes accueillis en établissements médico-sociaux qui articulent également leur action avec les dispositifs relevant de l'Education Nationale (cf. fiche SROMS – scolarisation des enfants et adolescents handicapés). Concernant les établissements et services médico-sociaux, sont particulièrement concernés :

- les Instituts Médico-Educatif (IME) qui assurent des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle. Ils comportent, notamment, une section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP, ex-institut médico-professionnel IMPro) pour l'enseignement professionnel des jeunes de 14 à 20 ans voire au-delà dans le cadre du maintien dans l'établissement au titre du dispositif aménagement « Creton ».
- les instituts thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP, ex-institut de rééducation) qui prennent en charge des enfants adolescents ou de jeunes adultes (3 à 20 ans, voire plus) présentant des difficultés psychologiques dont l'expression et notamment l'intensité des troubles du comportement perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.
- les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) qui assurent :
  - o pour les plus jeunes, la prise en charge précoce, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures,
  - o mais également le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

##### **5.3.3.1.2. Les enjeux**

▪ Pour les **IME/SIPFP et ITEP**, les enjeux en matière d'insertion professionnelle sont forts et conditionnent la préparation à la sortie des jeunes. Les IME/SIPFP et ITEP doivent par conséquent s'attacher, le plus en amont possible, à aider les jeunes à construire leur projet professionnel et leur donner les moyens de le faire aboutir.

Cet objectif passe notamment par :

- un renforcement de l'évaluation du potentiel d'employabilité,
- une aide à la construction des projets professionnels (action de découverte métier, mise en stage en entreprise ou en ESAT),
- une évaluation de la pertinence du projet (au regard des capacités du jeune à le faire aboutir),
- un renforcement du travail avec les familles pour faire accepter l'insertion vers le milieu ordinaire lorsque cela s'avère envisageable (souvent les familles prennent peur et choisissent le milieu protégé),
- une formation aux compétences métiers en cohérence avec le projet professionnel,
- un suivi y compris après la sortie du secteur de l'enfance avec la mise en place d'un service de suite et de chargés d'insertion professionnelle. Un relais en vue de pérenniser un accompagnement de la personne par un SAVS ou un SAMSAH pourrait être organisé.

▪ Pour les **SESSAD** qui prennent en charge les jeunes à domicile, le passage de l'adolescence à l'âge adulte est également une période complexe pour le jeune adulte en devenir et nécessite un accompagnement spécifique y compris pour l'accès à des études supérieures. Les SESSAD doivent donc travailler à l'acquisition :

- de compétences liées à la vie quotidienne,
- de l'autonomie (utilisation des transports, respect de la ponctualité,...)

De façon plus spécifique, les SESSAD peuvent organiser une veille et une réactivité avec et auprès des établissements et organismes d'enseignement et/ou de formation professionnelle. Ils peuvent notamment contribuer à activer les capacités d'adaptation du jeune à son milieu d'accueil et à réduire ses appréhensions.

Pour les plus de 20 ans, la préparation à la sortie de prise en charge par le SESSAD doit se faire avec une recherche de relais par les SAVS ou SAMSAH.

Quelques expérimentations de créations de SESSAD professionnels (équipe constituée de chargés d'insertion, conseillers en économie sociale et familiale, enseignants spécialisés, psychologues du travail,...) ont déjà pu voir le jour sur le territoire national et pourrait constituer un axe de développement de l'insertion professionnelle des jeunes. En effet, les professionnels des SESSAD généralistes sont le plus souvent des personnels éducatifs ou de rééducation (orthophonistes, des éducateurs spécialisés, des psychomotriciens...) et sont de fait plus habitués à prendre en charge des jeunes enfants. Vers l'adolescence (14 ans), les besoins de ces jeunes évoluent avec la nécessaire préoccupation de construire un projet professionnel.

### **5.3.3.2. Le rôle clé des ESAT en faveur de la promotion professionnelle et de l'insertion en milieu ordinaire des travailleurs handicapés (y compris en entreprises adaptées)**

#### **5.3.3.2.1. Etat des lieux de l'offre médico-sociale**

Les ESAT accueillent des personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent, **momentanément ou durablement**, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ni dans une entreprise adaptée (...).

#### **Places autorisées et taux d'équipement d'ESAT<sup>78</sup>**

	<b>Places autorisées</b>	<b>Taux d'équipement.</b>
Haute-Normandie	3 421	3,52 ‰
Seine-Maritime	2 347	3,52 ‰
Eure	1 074	3,52 ‰
<b>Territoires de santé</b>		
Rouen-Elbeuf	1 355	<b>3,10 ‰</b>
Dieppe	275	3,14 ‰
Le Havre	923	3,86 ‰
Evreux-Vernon	868	<b>4,17 ‰</b>

L'offre médico-sociale en ESAT est équilibrée entre les 2 départements (cf. tableau détaillé et cartographie – Annexe n° 10), toutefois :

- Des disparités d'équipement existent entre les territoires de proximité (de 2,15 ‰ à 9,68 ‰),
- Les territoires de proximité de Gisors, Bolbec-Lillebonne, Elbeuf-Louviers, Rouen, Eu et Evreux sont en dessous du niveau d'équipement régional moyen. Le territoire de proximité de Neufchâtel ne dispose pas d'offre.

Leur action est portée par un objectif fort de valorisation du parcours professionnel des travailleurs au sein et à l'extérieur de l'ESAT. Pour tenir compte de l'évolution de l'employabilité des personnes, ils sont amenés en permanence à s'interroger sur la question de la fatigabilité liée au vieillissement ou au handicap psychique et par voie de conséquence sur la prise en compte des rythmes de travail.

<sup>78</sup> Source : FINESS janvier 2011 – Pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Les ESAT visent à ce titre :

- à l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés,
- au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
- à permettre aux personnes qui en manifestent le désir et les capacités de quitter l'ESAT pour accéder au milieu ordinaire de travail ou à une entreprise adaptée.

Pour ce faire, ils s'attachent à :

- favoriser l'autonomie et l'intégration sociale des travailleurs handicapés,
- à avoir un impact relationnel et psychologique à travers une activité effectuée dans un cadre contenant et rassurant (réassurance, estime de soi, rupture d'isolement)
- à faire bénéficier d'activités de soutien à caractère médico-social et psycho-éducatif (appelés soutien de deuxième type).

L'activité commerciale des ESAT repose sur :

- la production propre de l'établissement réalisée en atelier,
- la sous-traitance (type atelier de conditionnement),
- les prestations de service (type blanchisserie, entretien d'espaces verts,...),
- la mise à disposition en entreprise (ESAT hors les murs).

Au regard de ces quatre types d'activités, la mise à disposition en entreprise est celle qui constitue le meilleur relai en vue de l'accès à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les travailleurs d'ESAT.

Chacun des ESAT de la région développe ou est susceptible de développer une activité « hors les murs » lorsque les capacités de travail des personnes handicapées le permettent.

Au total et selon une enquête<sup>79</sup> lancée auprès de l'ensemble des ESAT, 150 places sur un total de 3421 pour la région sont actuellement consacrées à la mise à disposition en entreprises (activité « hors les murs »), soit un peu moins de 4,5 %.

Sur le territoire de santé de Rouen Elbeuf, un service d'aide par le travail proposant, à titre exclusif, une activité hors les murs, a été créé en décembre 2010 à hauteur de 10 places pour une capacité totale de 30 places (20 places en attente de création faute de financement).

Les difficultés du placement des travailleurs handicapés en activité « hors les murs » résident principalement dans l'acceptation de la personne dans le cadre de son projet professionnel, la recherche d'entreprises en milieu ordinaire de travail et enfin, l'organisation de l'accompagnement et du soutien du travailleur handicapé au sein de l'entreprise (par les personnels de l'ESAT et avec l'organisation d'un tutorat au sein de l'entreprise).

En 2009, l'Etat, l'AGEFIPH et la fédération nationale des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) ont signé une convention en vue de créer un dispositif dénommé « Passerelle vers le Milieu ordinaire » (PASSMO) qui vise à favoriser le recrutement de travailleurs d'ESAT par des entreprises ordinaires. Ce dispositif expérimental a été mis en place dans 4 régions regroupant 28 départements (Ile de France, Bretagne, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes).

Il s'agit de la mise en place d'une incitation financière à l'embauche de travailleurs handicapés pour les entreprises. Ainsi, pour chaque contrat PASSMO signé, l'employeur bénéficie d'une aide de l'AGEFIPH pour rémunérer les travailleurs pendant 3 ans ainsi que d'une aide au tutorat financée par l'Etat (portée par les ESAT).

L'expérimentation nationale de ce dispositif devrait s'achever fin 2011. Les dispositifs « passerelle vers le milieu ordinaire » pourraient se développer à l'issue de cette expérimentation. Si tel est le cas, la région Haute-Normandie pourrait s'inscrire dans cette démarche. La mise en place d'une équipe PASSMO pourrait avoir une vocation régionale en regroupant par convention des ESAT volontaires sur chacun des territoires de santé.

---

<sup>79</sup> Enquête ARS- Mai 2011 à partir d'OPUS

### 5.3.3.2.2. Le droit à la formation : un levier important en matière d'insertion professionnelle et d'accès au travail en milieu ordinaire (y compris en entreprise adaptée)

Pour favoriser leur insertion professionnelle (et/ou maintien dans l'emploi), les travailleurs handicapés en ESAT ont des droits reconnus en matière d'accès à la formation professionnelle continue. Ils peuvent également bénéficier d'une validation des acquis de l'expérience pour laquelle la reconnaissance des savoir-faire et l'analyse des compétences incombent aux ESAT.

Conformément à l'article D 243-15 du code de l'action sociale et des familles, la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et la validation des acquis de l'expérience vise à favoriser, dans le respect des projets individuels, l'épanouissement personnel et social des travailleurs handicapés de même que la mobilité au sein de l'établissement ou la sortie vers le milieu ordinaire de travail.

### 5.3.3.3. L'existence de centres de rééducation, réadaptation et formation professionnelle (CRRFP)

La région Haute-Normandie dispose de **deux centres de rééducation, réadaptation et formation professionnelle**.

#### Places autorisées de C.P.O. et CRP

	<b>C.P.O.</b>	<b>C.R.P.</b>
Haute-Normandie	5	335
Seine-Maritime	-	274
Eure	5	61
<b>Territoires de santé</b>		
Rouen-Elbeuf	-	274
Dieppe	-	-
Le Havre	-	-
Evreux-Vernon	5	61

**L'ERP Jean l'Herminier** est une des 9 Écoles de Reconversion Professionnelle sous tutelle de **l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre**. Elle est financée par les crédits assurance maladie.

Elle dispose de 274 places en externat/internat/ semi-internat et accueille :

- des personnes reconnues « travailleurs handicapés » par la MDPH,
- des ressortissants du code des pensions militaires d'invalidité, des victimes de la guerre et d'actes de terrorisme,
- des militaires en reconversion.

Les formations dispensées, d'une durée de 11 à 22 mois, sont sanctionnées par un diplôme du Ministère de l'Éducation Nationale ou du Ministère de l'Agriculture, du CAP au Bac. Pro., ou par des Attestations de Compétences Professionnelles délivrées par des jurys de professionnels des métiers concernés (travaux paysagers, bâtiment, métiers du bois et du génie mécanique et de l'électrotechnique).

L'ERP Jean l'Herminier a développé un système pédagogique visant l'insertion professionnelle par la qualification, l'évolution technologique et le partenariat avec les entreprises (16 à 22 semaines de période de formation en entreprise sur les 22 mois de formation).

Un service d'accompagnement à la procédure de validation des acquis (VAE) est proposé à tous les stagiaires de l'établissement qui souhaitent s'investir dans la démarche. Les travailleurs handicapés en ESAT peuvent bénéficier de ce dispositif

**Le centre de formation et d'orientation professionnelle L'ADAPT Haute-Normandie** accueille des personnes reconnues « Travailleurs Handicapés », bénéficiant d'une décision d'orientation de la CDAPH.

Sa mission générale est de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle des publics accueillis. Pour ce faire, différents types d'actions sont proposés : actions d'orientation professionnelle et de formation.

Le centre dispose d'un site principal, localisé à Serquigny (46 places plus 17 places de section pré orientation), et d'une antenne située sur l'agglomération rouennaise à Mont-Saint-Aignan (15 places plus 12 places de section pré orientation).

Le CRP de l'ADAPT accueille des personnes atteintes d'affections rhumatologiques, souffrant de lésions neurologiques et les personnes affectées de plusieurs pathologies, voire cumulant handicap et difficultés d'ordre psycho sociales.

### **5.3.4. Expérimentations en matière d'accompagnement social et professionnel des jeunes**

L'association Techniques Educatives, Accompagnement et Médiation « TEAM » a été créée en 1991. Elle a pour vocation l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire pour personnes déficientes intellectuelles. Située en centre ville de ROUEN, elle étend son action à l'ensemble du territoire Haut-Normand. Pour atteindre l'objectif d'insertion professionnelle des personnes qu'elle accueille, l'association TEAM axe son action autour du concept d'autonomie sociale.

TEAM est organisé en quatre pôles, à savoir :

- un pôle accueil, analyse, diagnostic et suivi (évaluation et construction du projet d'accompagnement),
- un pôle d'insertion sociale avec dix ateliers pédagogiques,
- un pôle d'accompagnement à l'insertion professionnelle (découverte métiers, aide à faire un choix),
- un pôle formation qui axe son action sur la préparation à l'emploi (connaissance du monde du travail, construction du projet professionnel, stage en entreprises, intégration au monde du travail). L'association est agréée « centre de formation » et propose à ce titre des formations qualifiantes avec délivrance du titre d'agent de restauration et du titre d'agent de propreté et d'hygiène.

L'association TEAM a une file active d'environ 120 personnes par an. Elle a conventionné avec l'AGEFIPH et bénéficie à ce titre d'une subvention annuelle pour l'accompagnement individuel à l'insertion professionnelle. Elle bénéficie par ailleurs depuis plusieurs années de crédits non reconductibles versés par l'ARS en vue de l'accompagnement social et professionnel des jeunes adultes.

L'association TEAM a déposé un dossier de reconnaissance à titre expérimental de ce dispositif d'insertion sociale et professionnelle devant le CROSMS qui a émis un avis favorable en septembre 2009. Ce service expérimental n'a, à ce jour, pu être autorisé faute de financement, toutefois son inscription au PRIAC reste d'actualité.

### **5.3.5. Consolidation d'un centre ressources handicap et professions sur le territoire Haut-Normand**

Face à la diversité des acteurs et institutions concernées par l'insertion professionnelle en faveur des personnes handicapées (SPER, Région, Départements, MDPH, Rectorat et inspections académiques, AGEFIPH, FIPHFP, DIRECCTE, ARS, entreprises et établissements médico-sociaux), il apparaît nécessaire d'organiser, d'animer et de développer un réseau sur la dynamique de la formation et de l'insertion professionnelle.

Dès lors, la question de la reconnaissance au niveau régional d'un centre ressources handicap et professions se pose.

En Haute-Normandie, l'Association Régionale pour l'Alternance pour la MISE en réseau des établissements de Haute-Normandie (ARAMIS), créée en 2000, a pour vocation de promouvoir la formation en alternance et l'insertion des jeunes en situation de handicap.

Après avoir mis en place en 2001 le Dispositif d'Appui et de Soutien à l'Apprentissage et à l'Alternance (DASAA) qui reste aujourd'hui porté par le FONGECIF, l'association ARAMIS anime depuis 2004 un Centre de Ressources et Animations. Initialement, le centre a fonctionné grâce au soutien financier de l'AGEFIPH, de la DRTEFP et du FSE. Actuellement et ce depuis 2006, le centre ressources et animations est financé par l'octroi de crédits Assurance Maladie non reconductibles (versés par l'ARS) mais également par une subvention du conseil général de Seine-Maritime et par une participation du FSE.

Courant 2008, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a conventionné avec l'association ARAMIS en vue d'évaluer le fonctionnement et le service rendu par le centre ressources et animations. Cette évaluation visait à déterminer les possibilités d'évolution du statut juridique du centre ressource et les étapes nécessaires à sa réalisation.

Sur la base de cette évaluation, l'association ARAMIS a déposé un dossier de création d'un centre ressource handicap et profession devant le CROSMS qui a émis un avis favorable en janvier 2010. Ce centre ressource n'a, à ce jour pu être autorisé faute de financement, toutefois son inscription au PRIAC reste d'actualité.

La vocation du Centre Régional Ressource Handicap et Profession, est la suivante :

- dynamiser la préparation à la sortie des jeunes vers l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé (en le considérant comme une passerelle),
- briser la filière fortement implantée entre SIPFP (IMPro) et travail protégé et faire en sorte que l'ESAT puisse jouer un rôle de passerelle,
- ne pas se substituer aux structures en matière d'accompagnement individualisé mais intervenir en appui aux professionnels des divers établissements et services sous des formes diversifiées correspondant aux besoins exprimés,
- se situer à l'interstice entre les dispositifs jeunes et les dispositifs adultes pour limiter les ruptures de parcours et assurer la liaison entre les structures,
- apporter des réponses personnalisées, adaptées aux déficiences, s'appuyant sur des expériences réussies dans un souci de recherche constante et d'efficacité concrète (aide à la construction des projets professionnels, à la définition des parcours de formation en vue de développer l'employabilité des personnes handicapées)
- sensibiliser les entreprises à travers des journées découvertes métiers (identification des attentes des partenaires) et des ateliers découverte métiers en direction des jeunes

A ce titre, le centre ressources n'a donc pas pour vocation première, les accompagnements individuels, mais la diffusion de bonnes pratiques sur l'ensemble de la région Haute-Normandie.

L'association travaille en partenariat avec les MDPH et en réseau tant avec les établissements du champ médico-social qu'avec les enseignements référents des jeunes scolarisés en milieu ordinaire, ce qui permet d'enrichir l'approche du projet professionnel et éclairer les décisions des équipes pluridisciplinaires et des CDAPH.

Le centre ressources développe quatre champs d'intervention à savoir :

- l'expertise et la médiation : accompagner la mise en place du projet professionnel et en vérifier la faisabilité
- la formation, l'information et le conseil
  - o mise en place de groupe de réflexion en vue de professionnaliser les ateliers (réflexion sur les référentiels de compétences attendues par les acteurs du milieu professionnel)
  - o appui technique et législatif aux professionnels en matière de formation et d'insertion professionnelle
  - o participation à la formation des professionnels des établissements

- l'aide et le soutien
  - o actions « découverte métiers » en direction des professionnels
  - o mise en place de validation de compétences inter-structures sur le champ de l'insertion professionnelle (espaces verts)
  - o ateliers « découverte métiers » en direction des jeunes
  - o mise en réseau (au travers de groupe de réflexions) des chargés d'insertion sociale et professionnelle des établissements
- la coordination
  - o favoriser les liens par l'organisation de réunions régionales de réseau inter-structures
  - o organisation de journées régionales à thèmes

De par son positionnement central, la reconnaissance de son action et des outils qu'il met à disposition des différents partenaires, la reconnaissance du centre régional ressources handicap et formation s'inscrit dans les orientations du schéma régional de l'offre médico-social.

### **5.3.6. Objectifs opérationnels et actions – Insertion professionnelle des personnes en situation de handicap**

Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants :

- Renforcer la complémentarité des politiques en faveur de la formation et de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, notamment dans le cadre du SPER et du plan régional d'insertion des travailleurs handicapés,
- Améliorer l'insertion professionnelle des jeunes 16-25 ans par une préparation à la sortie en milieu ordinaire des jeunes accueillis en IMPro et ITEP : construction des projets professionnels personnalisés, évaluation de l'employabilité, valoriser la découverte des métiers et développer la promotion des compétences par des actions de formation ciblées,
- Favoriser l'accès au milieu ordinaire de travail des personnes à la sortie des ESAT par les dispositifs passerelles et d'accompagnement,
- Adapter et rééquilibrer l'offre en ESAT,
- Consolider le centre ressources handicap et professions (ARAMIS) et diffuser les bonnes pratiques.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : COORDONNER LA POLITIQUE D'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES ENTRE L'ARS ET LE SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI EN REGION</b>						
Participation de l'ARS à la commission handicap du SPER afin de faire reconnaître les enjeux spécifiques du secteur médico-social (sortie d'IMPro/SIPFP, ITEP et ESAT)	Région	X			SPER	Actions retenues dans le PRITH
<b>OBJECTIF N°2 : CONSOLIDER LA CREATION DU CENTRE REGIONAL « RESSOURCES HANDICAP ET PROFESSIONS »</b>						
Délivrer l'autorisation de création du Centre ressources à vocation régional porté par l'association ARAMIS	Région				SPER	Inscription au PRIAC Reconnaissance juridique du dispositif
<b>OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER ET ADAPTER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE</b>						
Faire de l'insertion professionnelle un axe fort des projets d'établissements (ITEP, IMPRO/SIPFP) et de la contractualisation avec les établissements médico-sociaux notamment sur le champ de l'enfance handicapée (16/25 ans)	4 territoires de santé					CPOM négociés Développement de la fonction de chargés d'insertion
Favoriser l'accès au milieu ordinaire pour les travailleurs d'ESAT dans le cadre conventions permettant les retours si besoin vers l'ESAT ( <i>dispositif PASSMO après évaluation par le niveau national</i> )					SPER	Conventions
Expérimenter la création de SESSAD professionnel						Appel à projets
Créer des places d'ESAT	Territoires de proximité					Extension – appel à projet
Officialiser la création d'un service expérimental d'accompagnement à la vie professionnelle ordinaire pour les personnes handicapées (TEAM)	Région				SPER	Appel à projets et autorisations délivrées
<b>OBJECTIF N°4 : RENFORCER LA CONSTRUCTION DES PROJETS PROFESSIONNELS : EVALUATION DE L'EMPLOYABILITE ET OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT</b>						
Favoriser l'insertion professionnelle des populations spécifiques dans les dispositifs de droit commun, et notamment le PRITH : les jeunes sortants d'IMPRO, les adultes sortants d'ESAT et entreprises adaptées, les personnes avec handicap psychique <i>Groupe de travail piloté par l'ARS</i>	Région				SPER	Plan d'actions
Engager une réflexion en lien, les MDPH, le centre ressources et les établissements en vue de construire un outil d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées (base grille GEVA)	Région	X				Mise en place d'un outil partagé
Généraliser l'utilisation par les établissements (ITEP, IME, SESSAD...) les outils développés par le centre régional « ressources handicap et professions »	4 territoires de santé					Nbr d'ESMS utilisant le livret de présentation de la personne
Conforter le partenariat entre les établissements (ITEP, IME,						Conventionnement entre

SESSAD, ESAT) et le centre ressources (travail sur la définition et l'évaluation des projets professionnels, découverte métiers, soutien aux professionnels des établissements,...)							le centre ressources et les établissements
---	--	--	--	--	--	--	--

## **5.4. Accompagnement des personnes avec autisme et des troubles envahissant du développement – Enfants et adultes**

Les priorités d'actions relatives à l'autisme et aux troubles envahissant du développement (TED) s'inscrivent dans le cadre du Plan Autisme 2008-2010, des recommandations nationales et de la dynamique de réflexion régionale portée par le Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA).

### **5.4.1. Etat des lieux et diagnostic spécifique**

Le CTRA a été associé à la démarche d'élaboration du PRS. Dans le cadre de l'élaboration du SROMS, des groupes de travail thématiques ont été organisés :

- « Repérage des troubles et accès au diagnostic »
- « Développement de places de SESSAD spécifiques en direction des enfants avec autisme et TED ».

#### **5.4.1.1. Le centre de ressource pour l'autisme de Haute-Normandie (CRAHN)**

Créé en 2004, le CRAHN exerce les missions<sup>80</sup> suivantes :

- accueil et conseil aux personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement et à leur famille
- appui à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies
- organisation de l'information à l'usage des professionnels et des familles
- formation et conseil auprès des professionnels
- animation d'un réseau régional
- conseil et expertise.

#### **L'activité de diagnostic du CRAHN**

Une part très importante de l'activité du CRAHN (depuis sa création en 2004) est consacrée au diagnostic et à l'évaluation.

D'après l'analyse comparée des rapports d'activité standardisés 2009 réalisée par la CNSA, le CRAHN est le 4<sup>ème</sup> CRA de France au regard du nombre de bilans réalisés pour 100 000 habitants (7.36 contre 7.14 en moyenne). On observe en outre une tendance à l'augmentation de ce ratio (qui est passé de 6.76 pour 100 000 habitants en 2008 à 7.36 pour 100 000 habitants en 2009). Le CRAHN ne fait pas exception puisque dans son analyse des rapports d'activité standardisés 2009, la CNSA constate une activité des CRA très orientée vers le diagnostic de 1<sup>ère</sup> intention.

Le délai moyen d'attente entre la réception d'une demande de bilan et la restitution réalisée par le CRAHN à la famille, était en 2009 de 227 jours. Ce délai est raisonnable au regard du délai moyen national (289 jours en 2009) mais il cache des disparités importantes. Du fait de la mise en place d'un protocole dit d'urgence (quand une situation réunit un certain nombre de critères d'urgence<sup>81</sup>, celle-ci est vue prioritairement dans un délai inférieur à 1 mois).

En outre, le nombre de demandes ne cesse de croître (187 en 2010, 165 en 2009).

---

<sup>80</sup> Les missions des CRA sont décrites dans la circulaire du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de T.E.D.

<sup>81</sup> Parmi les critères d'urgence : âge < 3ans, pas de diagnostic posé, pas de prise en charge actuelle ni programmée, risque de maltraitance ou de sur-handicap, sévérité clinique

## Focus activité 2010

- Demandes de Bilans et d'Évaluations approfondies: 187
- Nombre de bilans réalisés: 114 (dont 47 pour l'Eure)
- Autisme infantile: 63
- Autisme atypique: 10
- Syndrome d'Asperger: 10
- Autre TED: 23

Le CRAHN a également organisé

- Des rencontres thématiques (infirmiers, éducateurs... - 10 journées)
- Un colloque relatif aux adultes avec autisme
- Un colloque sur les recommandations et le socle
- Un colloque relatif à la fratrie
- Un colloque sur les troubles graves du comportement
- Des formations : P.E.C.S. (Picture exchange communication system), E.D.I.<sup>82</sup>, formation pour les médecins scolaires etc...

## Réorganisation du CRAHN depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, et en référence aux recommandations de la circulaire du 27 juillet 2010, le CRAHN a engagé une réorganisation qui vise à :

- diversifier les modalités de réponses,
- diminuer les actions d'évaluation de première ligne au profit de l'évaluation de situations complexes
- renforcer les actions en faveur de l'animation du réseau (adultes)
- favoriser le transfert de connaissances en matière de diagnostic (outils/recommandations HAS)

LE CRAHN a mis en place 4 unités fonctionnelles :

- La plate forme, composée d'une équipe pluridisciplinaire, constitue l'interface avec les usagers qui mobilise des ressources internes et externes
- « L'Unité formation information recherche » (U.F.I.R.)
- « L'Unité évaluation diagnostic accompagnement » (U.E.D.A.) : évaluation des situations complexes
- « L'Unité bilan court (U.B.C) » : évaluations courtes

### 5.4.1.2. Formation de formateurs

Dans le cadre du plan 2008-2012, huit formateurs régionaux référents seront formés fin 2011 par l'EHESP. Les objectifs de la formation sont :

- s'approprier la méthodologie adaptée pour l'élaboration du corpus commun de connaissances
- analyser les pratiques professionnelles en matière de formation et de sensibilisation en vue de mettre en œuvre des outils adaptés,
- développer des capacités d'ingénierie de formation pour intervenir auprès des publics.

Ces formateurs régionaux référents interviendront ensuite auprès des institutions, associations, professionnels....

---

<sup>82</sup> Edition Diffusion Information (organisme de formation spécialisé)

### 5.4.1.3. Etat des lieux de l'offre médico-sociale

Les PRIAC antérieurs prévoient déjà parmi les orientations régionales retenues, le développement de places spécifiques en direction des personnes avec autisme. Depuis sa mise en œuvre (2006-2010) ont ainsi été autorisées

- 20 places de Services d'accueil de jour et d'éducation spéciale pour adolescents (S.A.J.E.S.)
- 18 places d'IME.
- 18/20 places en structure expérimentale (ABA)
- 74 places d'hébergement complet en MAS et 9 places d'accueil temporaire

Le schéma départemental de Seine-Maritime en faveur des personnes en situation de handicap 2005-2010, a permis, en Seine-Maritime, la création de 23 places d'atelier de jour, de 24 places de foyer d'hébergement, de 18 places d'atelier de jour médicalisé et de 19 places de foyer d'accueil médicalisé.

#### L'offre médico-sociale en direction des enfants autistes et TED

Tous les territoires de santé sont couverts (Dieppe dans une moindre mesure). 15 places sont attendues d'installation.

#### Places autorisées en direction des enfants avec autisme et TED<sup>83</sup>

	Etablissement médico-sociaux				SESSAD		Hébergement temporaire places	
	section autisme en IME.			Structure expérimentale (ABA)	Taux d'équip.	Places		Taux d'équip.
	internat	semi-internat	Total					
Haute-Normandie	47	117	164	10	0,37 ‰	30	0,06 ‰	7
Seine-Maritime	47	97	144	10	0,48 ‰	4	0,01 ‰	2
Eure	0	20	20		<b>0,13 ‰</b>	26	0,17 ‰	5
<b>Territoire de santé</b>								
Rouen-Elbeuf	29	57	86	10	0,46 ‰	4	0,02 ‰	2
Dieppe	4	6	10	-	0,24 ‰	-	0,00 ‰	-
le Havre	14	34	48	-	0,40 ‰	-	0,00 ‰	-
Evreux-Vernon	0	20	20	-	0,19 ‰	26	0,25 ‰	5

- Le niveau d'équipement global du département de l'Eure est inférieur à celui du département de Seine-Maritime, ce qui est lié à la faiblesse de l'offre spécifique en établissement
- Il n'y a pas d'offre de SESSAD spécifique disponible en Seine-Maritime
- Une offre d'hébergement temporaire existe sur Yvetot (2 places) et 5 places sont en attente d'installation sur Evreux, pour l'organisation de séjours de rupture

#### ▪ L'offre médico-sociale en direction des adultes avec autisme et TED

#### Places autorisées en direction des adultes avec autisme

	MAS et FAM			Taux d'équip. global
	Hébergement complet	Hébergement temporaire	Accueil de jour	
Haute-Normandie	167	3	17	0,19 ‰
Seine-Maritime	117	3	13	0,20 ‰
Eure	50	-	4	0,18 ‰
<b>Territoire de santé</b>				
Rouen-Elbeuf	32	-	-	<b>0,07 ‰</b>
Dieppe	48	-	5	0,61 ‰
Le Havre	57	3	12	0,30 ‰
Evreux-Vernon	30	-	-	0,14 ‰

<sup>83</sup> Source: FINESS - Septembre 2011- Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans (RP 2007)

24 places autorisées sont en attente d'installation. Le taux d'équipement global est relativement équilibré entre les deux départements Néanmoins,

- le territoire de santé de Rouen présente un taux d'équipement inférieur ;
- La région ne dispose que de 3 places d'Hébergement Temporaire (territoire de santé du Havre).

### **Analyse de l'enquête E.S. 2006**

Une analyse de l'Enquête E.S. 2006<sup>84</sup> a été réalisée pour rendre compte de la population autiste effectivement accueillie dans les établissements médico-sociaux de la région :

- les places ayant un agrément autisme sont bien occupées dans les faits par des personnes avec autisme ou autres TED.
- Sur 448 enfants avec autisme et TED accueillis dans les structures médico-sociales :
  - 30 % occupaient des places spécifiques pour autistes
  - 70 % occupaient des places non spécifiques
- Sur 181 adultes avec autisme et TED accueillis dans les structures médico-sociales :
  - 28 % occupaient des places spécifiques pour autistes
  - 72 % (soit la grande majorité) occupaient des places non spécifiques

La mobilisation des établissements médico-sociaux ne disposant pas d'un agrément autiste à l'accueil et l'accompagnent de celui-ci est particulièrement important.

#### **5.4.14. Etat des lieux de l'offre sanitaire**

Il n'existe pas de données précises relatives à l'offre sanitaire en direction du public autiste et TED. Une enquête avait été confiée en 2007 par la DRASS au CRAHN. Le taux de réponse faible n'a pas permis son exploitation.

Néanmoins, cet état des lieux constitue un enjeu majeur et doit faire l'objet d'une action de ce SROMS. Les éléments issus de ce diagnostic abonderont l'observatoire régional du handicap (cf. Actions prioritaire 3.1 –Construction d'un observatoire régional du handicap).

### **5.4.2. Objectifs opérationnels et actions – Accompagnement des personnes avec autisme et TED**

Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants :

- Organiser l'évaluation de première intention sur les territoires par la mise en œuvre d'équipes ressources sanitaires et médico-sociales, des formations aux outils,
- Conforter le rôle du CRAHN (diffusion des recommandations nationales, bonnes pratiques, formations...),
- Accompagner les ESMS non spécifiques (adultes et enfants) accueillant des personnes avec autisme,
- Améliorer l'accompagnement en milieu ordinaire des enfants avec autisme.

---

<sup>84</sup> L'enquête ES est une enquête nationale auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés réalisée par la DREES tous les 4 ans.



Sources : places autorisées FINESS Janvier 2011



Sources : places autorisées FINESS Septembre 2011

	Territoires concernés	Transversalité			Autres politiques publiques	Evaluation Indicateurs d'évaluation
		Schémas départe-	S.R.P.	SROS		
<b>OBJECTIF N°1 : ORGANISER LE REPERAGE DES TROUBLES ET L'ACCES AU DIAGNOSTIC</b>						
Réaliser un état des lieux de l'offre sanitaire - adultes et enfants <i>Constitution d'un groupe de travail pour élaborer le questionnaire Mission CRAHN en vue d'abonder l'observatoire régional du handicap – Calendrier 2012</i>	Région			X		
Développer des équipes ressources sanitaires (CMP, CATTP, HDJ...) et médico-sociales (CAMSP, CMPP) sur les territoires de santé - enfants <i>Mission CRAHN- Calendrier 2012 : expérimentation sur Le Havre</i>	4 territoires de santé	X		X		Nombre d'équipes ressources constituées sur chaque territoire de santé
Organiser l'évaluation de première intention des adultes avec autisme ou TED au sein des ESMS (formation aux outils)		X				Nombre d'établissements formés
Poursuivre les actions de sensibilisation, conseil, formation auprès des acteurs sanitaires et médico-sociaux conforme aux recommandations	4 territoires de santé	X		X		Nombre de personnes formées par territoire de santé et structures
<b>OBJECTIF N°2 : AMELIORER L'ACCES ET LA COORDINATION DES ACTEURS CONCOURANTS A L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE</b>						
Conforter le rôle du CRAHN	Région			X		Lettre de mission annuelle entre l'A.R.S. et le CRAHN
Mobiliser les E.S.M.S. non spécifiques à l'accueil des autistes (adultes et enfants) en lien avec les MDPH	4 territoires de santé	X				Nombre d'E.S.M.S. mobilisés par territoire de santé
Organiser les coopérations des acteurs en s'appuyant sur l'équipe mobile régionale intervenant auprès des structures sanitaires et médico-sociales – plus de 15 ans et adultes	4 territoires de santé			X		Nombre d'établissements couverts
Favoriser la mise en place d'une unité d'hospitalisation dédiée	Région			X		Mise en place effective
<b>OBJECTIF N°3 : DEVELOPPER UNE OFFRE SPECIFIQUE SUR LES 4 TERRITOIRES DE SANTE</b>						
Créer des places de SESSAD <i>Appels à projet – redéploiement ou mesures nouvelles</i>	4 territoires de santé					Nombre de places créées/territoire de santé
Diversifier l'offre médico-sociale : structures alternatives, offre de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...)						Appel à projet (redéploiement)

## **5.5. Accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap psychique**

### **5.5.1. Etat des lieux et diagnostic de l'accompagnement des adultes en situation de handicap psychique**

Dans le cadre de l'application de la loi hôpital patients santé territoire, les ARS sont chargées d'élaborer un projet régional de santé (PRS) dont l'enjeu principal est, en partant du parcours de vie des personnes, de développer des coopérations transversales entre les différents secteurs de la santé, du médico social et de développer des complémentarités avec d'autres politiques publiques portées par l'Etat ou les collectivités locales. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, de participation et de citoyenneté des personnes handicapées constitue une avancée pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou psychiques persistants (maladies chroniques), puisqu'elle prend en compte le handicap psychique.

Les troubles psychiques sévères concerneraient 3 à 5 % de la population française<sup>85</sup>.

Cette reconnaissance constitue une avancée importante et suppose des articulations fortes entre le secteur de psychiatrie et les secteurs social et médico-social :

- Les établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap psychique (MAS, foyers de vie, ESAT),
- Les services médico-sociaux d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (SAVS, SAMSAH),
- Les dispositifs favorisant l'accueil, l'hébergement, l'insertion et l'accès au logement,
- Les dispositifs favorisant l'accès au travail,
- Les familles d'accueil,
- Les groupes d'entraide mutuelle.

L'état des lieux est issu de l'analyse de données quantitatives (enquête ES 2006), qualitatives (études) et des réflexions issues de plusieurs groupes de travail<sup>86</sup>.

#### **5.5.1.1. Inadéquations hospitalières**

La question des inadéquations hospitalière est traitée de manière plus approfondie dans le SROS. Faute de relais sanitaires, médico-sociaux ou sociaux dans la cité, de nombreuses personnes en situation de handicap psychique sont maintenues à l'hôpital alors que celui-ci n'est pas un lieu de vie.

Une enquête réalisée en 2005 en Haute-Normandie<sup>87</sup> a mis en évidence que sur un total de 1 200 patients hospitalisés le 1<sup>er</sup> septembre 2005, 512 patients âgés de plus de 18 ans séjournaient depuis plus de 9 mois en hospitalisation complète. 65,8 % de ces 512 patients, soit 337 patients étaient susceptibles de bénéficier d'une autre prise en charge ou d'un autre accompagnement à caractère médico-social, social ou sanitaire, ce qui représente 28 % de la totalité des patients hospitalisés.

65,3 % de ces 337 patients, soit 220 patients, avaient un projet d'orientation, dont une centaine vers une structure médico-sociale (MAS, FAM...).

L'étude des données PMSI 2010 confirme le nombre de patients hospitalisés depuis plus de 9 mois (517 patients<sup>88</sup>).

Les sorties des patients peuvent être empêchées ou retardées en raison du manque actuel de structures adaptées pour personnes handicapées psychiques et/ou d'une insuffisante coopération entre professionnels des différents champs.

<sup>85</sup> Source : Rapports sur la santé mentale

<sup>86</sup> Groupe de travail relatif aux personnes handicapées vieillissantes, aux ESAT (animé par l'association ANDICAT) et à la psychiatrie. De plus, l'A.R.S. a rencontré plusieurs groupes d'entraide mutuelle (G.E.M.).

<sup>87</sup> « Hospitalisations prolongées en psychiatrie en Haute-Normandie » Septembre 2006. Enquête portant sur les patients présents le 1<sup>er</sup> septembre 2005, séjournant depuis plus de neuf mois en hospitalisation complète.

<sup>88</sup> 252 patients au CH du Rouvray, 155 au CH de Navarre, 91 au GHH, 19 au CH de Dieppe

## 5.5.1.2. Accompagnement des adultes en situation de handicap psychique en établissement médico-social

### 5.5.1.2.1. Offre médico-sociale en direction des adultes en situation de handicap psychique

La Haute-Normandie, dans le cadre du plan handicap 2008-2012 a créé des places pour personnes handicapées psychiques en Maison d'accueil spécialisée.

#### Places autorisées en direction des adultes en situation de handicap psychique<sup>89</sup>

	Etablissements et services					ESAT	CPOA
	Hébergement complet (MAS)	Hébergement temporaire	Accueil de jour	SAMSAH	Taux d'équip		
Haute-Normandie	157	4	16	57	0.24 ‰	16	5
Seine-Maritime	80	4	11	32	0.19 ‰	0	0
Eure	77	0	5	25	0.35 ‰	16	5
Territoires de santé							
Rouen-Elbeuf	40	-	3	17	0.14 ‰	-	-
Dieppe	-	-	-	-	-	-	-
Le havre	67	4	8	15	0.39 ‰	-	-
Evreux-Vernon	50	-	5	25	0.38 ‰	16	5

139 places sont en attente d'installation sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et Le Havre. Cet effort de création de places témoigne de la dynamique de création de MAS en direction du public en situation de handicap psychique.

Le département de l'Eure dispose d'un équipement supérieur. Le département de Seine-Maritime ne compte pas d'ESAT spécifique.

### 5.5.1.2.2. Des adultes en situation de handicap psychique au sein de l'ensemble des établissements médico-sociaux

Les données extraites de l'enquête ES 2006<sup>90</sup> mettent en évidence que des personnes handicapées psychique sont présentes dans la totalité des structures pour personnes en situation de handicap (entre 25 et 30%).

#### Part de prise en charge de personnes atteintes de handicap psychique par type d'établissement et territoire de santé

	MAS	FAM	Foyer de vie	ESAT	Foyer hébergement
Territoire santé Dieppe	-	28,10 %	22,64 %	16,77 %	13,89 %
Le Havre	10,42 %	32,91 %	34,65 %	38,99 %	34,48 %
Evreux Vernon	15,70 %	30,59 %	15,71 %	25,98 %	38,19 %
Rouen Elbeuf	37,14 %	29,01 %	32,73 %	10,71 %	16,58 %
<b>Région</b>	<b>16,50 %</b>	<b>25,43 %</b>	<b>25,68 %</b>	<b>22,02 %</b>	<b>24,28 %</b>
Dont proportion de personnes handicapées psychiques ayant plus de 40 ans	46 %	66,7 %	57,5 %	51,8 %	56,50 %

Au niveau de la région, la part de personnes atteintes de troubles du comportement et/ou de handicap psychique en MAS/FAM et foyers de vie représente 27,11 % de l'ensemble des personnes accueillies.

<sup>89</sup> Source : FINESS – janvier 2011 - Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans (RP 2007)

<sup>90</sup> Il convient toutefois de nuancer les résultats l'enquête ES 2006. L'enquête ES 2010 permettra de les affiner.

### 5.5.1.2.3. Difficultés de prise en charge des adultes en situation de handicap psychique au sein des E.S.M.S.

Les différents groupes de travail ont indiqué des difficultés de repérage du handicap psychique en raison d'un déficit d'information dans les rapports d'orientation MDPH (approche d'évaluation différente entre l'Eure et la Seine-Maritime - certaines notifications ne précisent pas le handicap psychique ce qui engendre des difficultés à l'admission) mais également à l'absence de médecins, de psychiatre dans les établissements pour évaluer les personnes.

Les différentes contributions et échanges au sein des groupes de travail ont mis en exergue des difficultés de prise en charge des personnes atteintes de handicap psychique notamment lors de situation de crise. Ces difficultés semblent résulter principalement de la carence de partenariat avec la psychiatrie de secteur, du manque de connaissance du handicap psychique par les professionnels du secteur médico-social et probablement aussi de l'effet de seuil (part du handicap psychique par rapport aux autres handicaps).

Des éléments issus du groupe de travail spécifique à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique en ESAT complètent ce diagnostic et mettent en évidence les difficultés suivantes :

- cohabitation difficile entre déficients intellectuels et handicapés psychiques :
  - difficulté d'acceptation du handicap du fait de leur parcours de vie antérieur (certains d'entre eux sont parfois dotés de diplômes de niveau supérieur)
  - la violence est une difficulté si l'articulation avec la psychiatrie de secteur n'existe pas.
  - Absentéisme important, difficulté à prendre en compte la temporalité liée à la pathologie, difficulté de réguler les allers et retours entre l'établissement et l'hôpital.
- manque de formation des professionnels à la prise en charge du handicap psychique en établissement médico-social.

Une enquête régionale auprès des ESAT met en évidence que les publics en situation de handicap psychique représentent près de 28 % du nombre total de travailleurs handicapés accueillis<sup>91</sup>.

### 5.5.1.3. Accompagnement des adultes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire

#### 5.5.1.3.1. Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) en direction des adultes en situation de handicap psychique

La Haute-Normandie compte :

- 80 places de services d'accompagnement à la vie sociale pour personnes en situation de handicap psychique,
- 57 places de services d'accompagnement médico-social pour personnes en situation de handicap psychique

#### Places de SAVS et SAMSAH autorisées et installées en direction des adultes en situation de handicap psychique<sup>92</sup>

	SAVS	SAMSAH
Haute-Normandie	80	57
Seine-Maritime	80	32
Eure	-	25
<i>Territoires de santé</i>		
Rouen-Elbeuf	50	17
Dieppe	-	-
Le Havre	30	15
Evreux-Vernon	-	25

<sup>91</sup> Source : Enquête ARS auprès des ESAT en mai 2011 à partir de la maquette OPUS

<sup>92</sup> Source : FINESS – janvier et octobre 2011 - Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans (RP 2007)

Le taux d'équipement en SAMSAH en direction de personnes en situation de handicap psychique en Haute-Normandie est de 0,06 ‰. Le département de l'Eure dispose d'un équipement supérieur (0,08 ‰) à celui de Seine-Maritime (0,05 ‰).

### **Focus relatif à l'articulation entre SAVS-SAMSAH et résidences accueil**

Les résidences accueil, relevant du dispositif accueil hébergement insertion (cf. chapitre 5 : Accompagnement médico-social des personnes démunies), s'adressent à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome mais dont la fragilité rend nécessaire un accompagnement social et la présence d'un hôte qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité.

Le projet social d'une résidence accueil s'articule autour du tryptique suivant :

- le logement, sans limitation de durée et dans un cadre de vie semi-collectif, assorti de la présence d'un hôte
- l'accompagnement à la vie sociale, notamment par les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH),
- les services de santé, dont les services de secteur psychiatrique.

Diverses modalités d'aide à domicile et d'accompagnement peuvent être proposées aux résidents selon leurs besoins. En ce qui concerne les services d'accompagnement pour personnes handicapées (SAVS et SAMSAH), qui ont pour objectif d'amener la personne à élaborer et à mettre en œuvre des projets de vie, en favorisant la reconstruction des liens avec son environnement, leur accès est déterminé par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Une convention lie le gestionnaire de la résidence accueil et un SAVS ou un SAMSAH, implanté à proximité. Outre l'accompagnement des résidents bénéficiant de ce service sur décision de la CDAPH, cette convention prévoit des rencontres régulières avec les hôtes, dans le but de mutualiser l'action des hôtes et des accompagnateurs auprès des résidents, sans confusion des rôles, ainsi que pour apporter aux hôtes l'écoute, les conseils et le soutien de l'équipe d'accompagnement. Elle ne saurait impliquer que tout résident doive être suivi par le service.

### **Données issues de l'étude SAVS-SAMSAH réalisée par le Département de Seine-Maritime**

Le Département de Seine-Maritime a édité en août 2010 une évaluation des activités des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-sociaux adultes handicapés. Cette étude met en évidence que 33,12 % des places de services d'accompagnement étaient occupées par des personnes en situation de handicap psychique (45,66 % des places de SAMSAH et 31,83 % des places de SAVS).

L'étude précise que la prise en charge du public en situation de handicap psychique ou mental nécessite une prise en charge longue. La vulnérabilité, la peur de l'abandon, l'angoisse liée au changement pèse sur la capacité à quitter le service. En outre, les difficultés s'accroissent avec l'âge. L'accompagnement du service auprès de la personne s'oriente alors vers l'acceptation de la perte d'autonomie. La sortie des services s'effectue la plupart du temps vers des structures plus lourdes

De nombreux services ont fait part de difficultés à travailler avec le secteur psychiatrique avec l'impression que certains patients sortent sans préparation à l'autonomie. Néanmoins, des coopérations se dessinent (conventions).

Des liens demeurent à tisser avec les services personnes âgées/personnes handicapées des UTAS dont le contact se limite souvent à l'évaluation P.C.H. réalisées par les équipes départementales.

Enfin, les services indiquent qu'un accompagnement relatif aux addictions serait à développer auprès de ce public.

#### **5.5.1.3.2. Les groupes d'entraide mutuelle**

La Haute-Normandie compte 9 Groupes d'entraide mutuelle (3 dans l'Eure et 6 en Seine-Maritime) implantés dans des agglomérations<sup>93</sup>.

Une circulaire du 13 juillet 2011 précise le cahier des charges des G.E.M. et rappelle qu'il ne s'agit pas d'établissements sociaux et médico-sociaux

<sup>93</sup> Seine-Maritime : 1 Rouen, 1 Canteleu, 1 Petit-Quevilly, 2 Le Havre, 1 Dieppe ; Eure : Evreux, Bernay, Louviers.

Le G.E.M. est une association d'adhérents, dont l'objectif exclusif est de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents. La constitution de cette association est la condition fondamentale au conventionnement avec l'A.R.S.. A défaut d'être acquise d'emblée, elle constitue un objectif prioritaire.

L'association doit être épaulée par un parrain (dans le cadre d'une convention) qui l'aide à s'organiser pour accomplir ses missions et, en cas de crise, assurer temporairement certaines de ces missions.

La subvention versée au G.E.M. permet de recruter un ou deux animateurs sensibilisés aux problématiques des personnes. Ils aident les adhérents à s'organiser pour la réalisation de leur projets ainsi qu'à établir des relations avec l'environnement et les institutions de la cité.

Des partenariats doivent être établis (collectivités locales, MDPH, milieu associatif, acteurs de l'insertion sociale et professionnelle). Des conventions doivent être établies avec les acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement afin de faciliter l'accès aux soins, notamment en cas d'urgence.

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombreux usagers et adhérents aux 9 G.E.M. (moyenne 50). Environ 10 usagers présents en moyenne chaque jour.</li> <li>- forte appropriation par les usagers de leur G.E.M.</li> <li>- nombreuses activités au sein du G.E.M. (ex. cuisine, informatique, couture...), sorties natures (ex. jardinage), culturelles à l'extérieur du G.E.M. (partenariats avec des associations).</li> <li>- renouvellement réguliers d'usagers (entrée/sortie).</li> <li>- signature de conventions avec le secteur psychiatrique.</li> <li>- rencontres entre G.E.M. dans le cadre d'une journée annuelle sur la santé mentale organisée au CH Rouvray.</li> <li>- partenariats entre G.E.M. (rencontres d'usagers, mutualisation de moyens).</li> <li>- coopérations avec les villes</li> <li>- participations de bénévoles à l'organisation d'activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut de parrain pour quelques G.E.M. générant des difficultés (instabilité des conseils d'administration...). Les responsabilités associées à la gestion d'un conseil d'administration et d'une association peuvent être source d'angoisse.</li> <li>- La fin des contrats aidés d'animateurs a généré des déficits.</li> <li>- difficulté à accéder aux droits communs. Ex ; Associations sportives ont des réticences en raison de la méconnaissance du public, à accueillir les usagers du G.E.M.</li> <li>- fragilité globale de la structure.</li> <li>- territoires non couverts (Elbeuf, Yvetôt, Pont-Audemer).</li> <li>- besoin de réactualiser les conventions avec les partenaires, notamment la psychiatrie.</li> <li>- besoin de formation des animateurs au handicap psychique.</li> </ul>

### **5.5.2. Etat des lieux et diagnostic de l'accompagnement des enfants en situation de handicap psychique**

Les partenaires privilégiés de l'accompagnement des enfants en situation de handicap psychique sont (cf. 1.2. diagnostic de l'offre médico-social) :

- les ITEP et SESSAD pour enfants TCC
- IME.

Si dans la majorité des cas, les offres répondent à l'accompagnement des enfants en situation de handicap psychique, certains enfants et/ou d'adolescents pris en charge dans le secteur médico-social (notamment en IME et en ITEP) présentent des facteurs de vulnérabilité (sociale, psychique, somatique et environnementale) nécessitant une prise en charge simultanée et coordonnée d'acteurs multiples. En effet, l'ensemble des partenaires s'accorde à reconnaître leurs grandes difficultés face à certaines situations avec pour conséquence des ruptures multiples dans les parcours d'accompagnement et de vie.

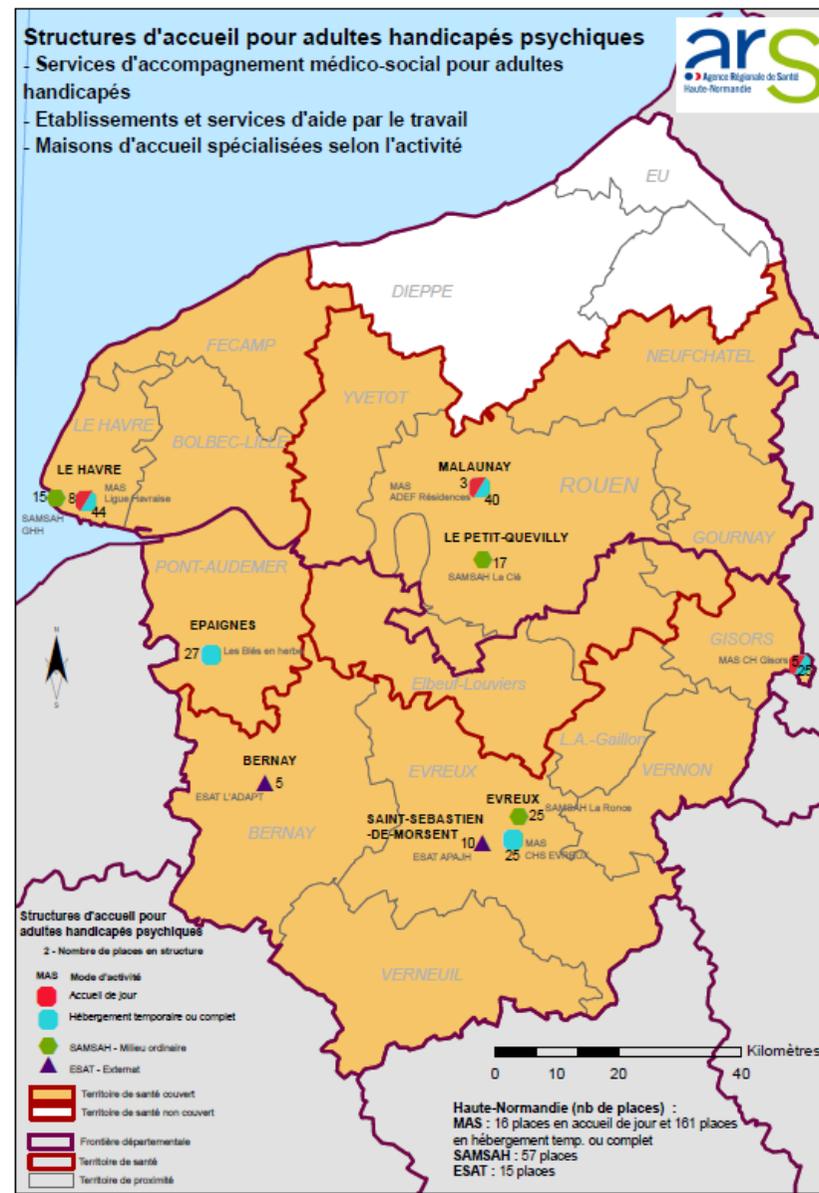
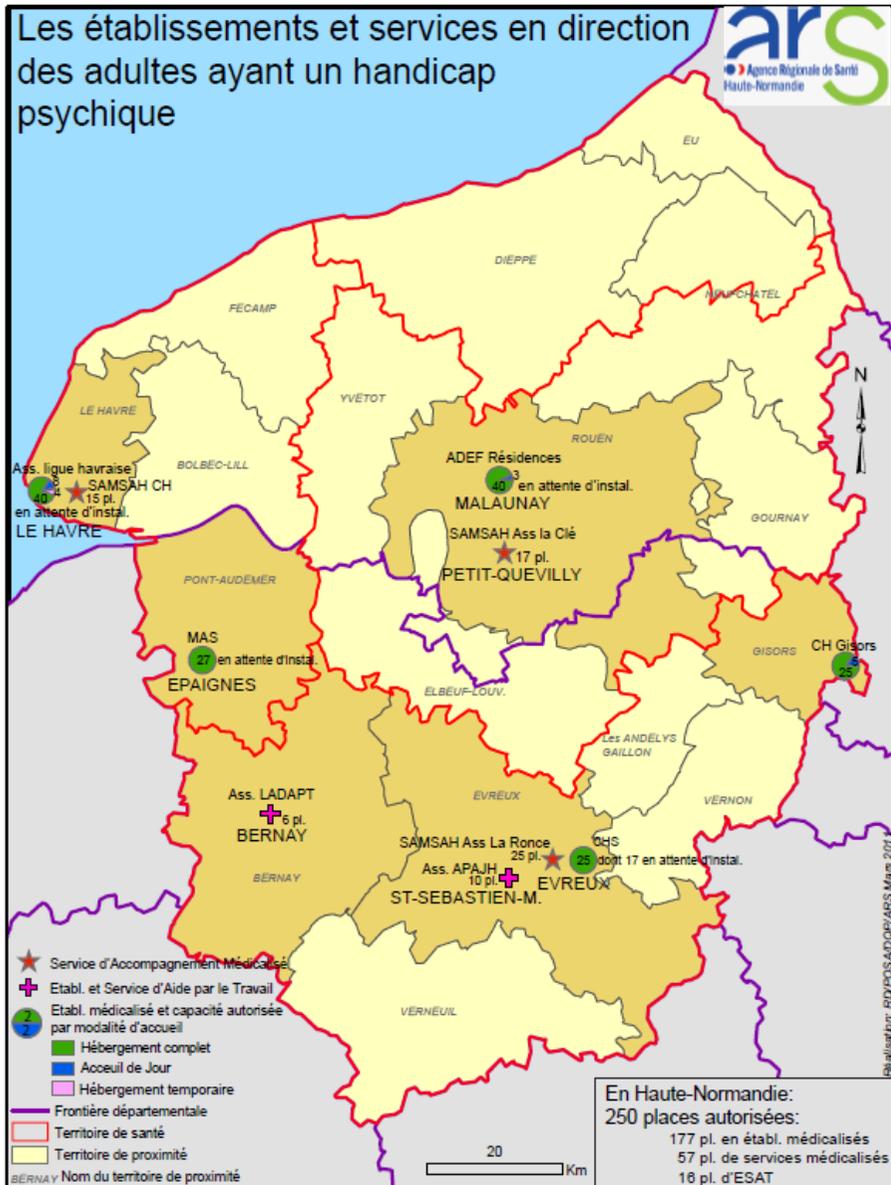
Les enfants et/ou adolescents en situation de handicap psychique peuvent faire l'objet d'une scolarisation ou d'un apprentissage en milieu ordinaire ou adapté (cf. Action spécifique – Scolarisation des enfants en situation de handicap).

### **5.5.3. Objectifs opérationnels et actions – Accompagnement de la personne en situation de handicap psychique**

Les objectifs opérationnels présentés dans les tableaux ci-après ont été définis à partir de quelques axes principaux qui vont de l'évaluation des besoins de la personne, au développement d'une sensibilisation et d'une formation à la spécificité de l'accompagnement de la personne handicapée psychique, et à la mise en œuvre de solutions adaptées à chaque situation, prenant en compte le projet de vie et la mise en œuvre des soins.

Les missions de réadaptation et de réinsertion sociales figurent parmi les missions des établissements autorisés en psychiatrie dans l'article L.3221-4. Ces missions sont communes au secteur sanitaire et au secteur médico-social ce qui suppose de travailler en articulation et en complémentarité. Concernant la psychiatrie, l'accent est mis sur l'évaluation avec la mise en place d'un centre de réhabilitation psychosociale par territoire, sur l'organisation de dispositifs d'appui en direction des situations les plus complexes, avec notamment pour les enfants, la création dans chaque territoire de santé de groupes opérationnels de concertations soin, handicap, scolarisation, enfance en danger et avec le développement de la télésanté au sein des MAS/FAM; IME/ITEP.

D'une manière générale, l'accent est mis sur l'intégration en milieu ordinaire ou adapté par l'accompagnement des personnes pour l'accès ou le maintien dans un logement, l'accès à la scolarisation à l'apprentissage ou au travail et l'accès à la vie sociale.



	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	S.R.P.	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : AMELIORER LA QUALITE DE L'EVALUATION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</b>						
Mettre en place un groupe de travail avec les MDPH et les partenaires du champ sanitaire et médico-social afin de choisir des outils partagés d'évaluation à partir de recommandations nationales	Région	×		×		Cf. 3. 2. Evaluation, orientation, suivi de la personne
<b>OBJECTIF N°2 : ADAPTER L'OFFRE A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</b>						
Définir et structurer au sein des projets d'établissements et services non spécifiques les modalités d'accompagnement du public en situation de handicap psychique (y compris via la médicalisation pour les ESMS adultes) – adultes et enfants	4 territoires de santé	×				Nombre de projets d'établissements révisés
Structurer des pôles de santé entre ESMS par la mutualisation des moyens des établissements afin de favoriser les articulations avec les professionnels de santé – Adultes et enfants						Nombre de pôles créés/territoire de santé
Créer une offre médico-sociale adaptée au regard du diagnostic réalisé dans le cadre du SROS conformément au guide de la MNASM sur les inadéquations hospitalières	Territoires à déterminer			×		
<b>OBJECTIF N°3 : ORGANISER LE DISPOSITIF D'APPUI AUX ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX SUR LES TERRITOIRES</b>						
Mieux formaliser les dispositifs d'appui pour les situations complexes des ESMS et/ou renforcer les moyens extrahospitaliers (ex. équipes mobiles de psychiatrie...)	4 territoires de santé			Mise en œuvre		Conventions établies entre équipes et établissements prioritaires repérés
Enfance en danger - Créer des groupes opérationnels de concertation soin, handicap, scolarisation, enfance en danger - Créer une commission régionale d'articulation soin, handicap, scolarisation, enfance en danger (recours et observation)	4 territoires de santé	×		×	Education nationale, PJJ	Rapports d'activités
	Région	×		×		Rapport d'activité
Développer la télémédecine entre les établissements de santé et les MAS/FAM ; IME et ITEP				×		Nombre d'équipements implantés
Augmenter le nombre professionnels formés à la spécificité de la santé mentale et à la souffrance médico-psycho-sociale au sein des E.S.M.S. pour enfants et adultes (y compris G.E.M.) dans le cadre de : - la formation continue (plan de formation des ESMS), - de formations-actions croisées dans le cadre de projets territorialisés (sensibilisation au handicap psychique des professionnels médico-sociaux, sensibilisation des professionnels de santé au fonctionnement des ESMS, étude	4 territoires de santé	×	×	×		Nombre de personnes formées

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	S.R.P.	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
de cas, définition et redéfinition des outils d'accompagnement et de coopération...) - la formation universitaire (ex. DU Souffrance individuelle, psychopathologie et lien social)						
<b>OBJECTIF N°4 : SOUTENIR L'ACTIVITE DES G.E.M. POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</b>						
Sensibiliser les représentants des G.E.M. et leurs parrains au nouveau cahier des charges national afin d'en favoriser l'appropriation et la mise en œuvre ( <i>pilotage A.R.S.</i> )	Région					Nombre de rapports d'activité conformes
Consolider les GEM existants et en poursuivre le développement sur les territoires déficitaires	Territoires de proximité Pt-Audemer, Andelys, Elbeuf, Yvetôt, Neufchâtel – Gournay					Mise en place effective
<b>OBJECTIF N°5 : PERMETTRE L'INSERTION ET LA REINSERTION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE PAR LE LOGEMENT ET LE TRAVAIL</b>						
Favoriser l'accès au logement ordinaire ou adapté (ALT, résidence sociale) avec un accompagnement des personnes en situation de handicap psychique	Eure et Seine-Maritime	X		X	PDALPD-PDAHI	- conventions établissements de santé résidence accueil/ pensions de familles - Implication des bailleurs (PDAHI)
Garantir une couverture satisfaisante de SAMSAH sur les territoires de santé	4 territoires de santé	X				Nombre de SAVS médicalisés
Garantir l'accès au travail protégé par un accompagnement adapté	Territoires de proximité					Nombre de projets d'établissements d'ESAT révisés
Au regard de l'évaluation de l'ESAT de l'ADAPT (Eure), organiser la réadaptation sociale des personnes en situation handicap psychique prises en charge dans des établissements de santé dans le cadre d'un ESAT de transition <i>Calendrier de l'évaluation : début 2013</i>	4 territoires de santé			X		Cible à définir au regard au regard de l'évaluation
Expérimenter un ESAT en centre pénitentiaire (Val de Reuil)	Territoire de proximité de Louviers					Rapport d'évaluation
Encourager le développement de coordinations psychique, social et médico-social (ex. Réseau de coordination psychiatrie, social et médico-social de l'Eure, créé par l'association La Ronce, l'ADAPT et le CHS de Navarre)	4 territoires de santé			X		Nombre de coordinations créées/territoire

## 5.6. Le vieillissement des personnes handicapées : un défi majeur pour le secteur médico-social

La problématique du vieillissement des personnes handicapées se pose avec acuité ces dernières années. En effet, elles connaissent, comme le reste de la population, un allongement de leur espérance de vie rendue possible par le progrès médical mais également par l'amélioration de leur prise en charge. Une prise de conscience des pouvoirs publics a donné lieu à plusieurs rapports et études<sup>94</sup> afin de déterminer, et ainsi pouvoir anticiper, les besoins d'accompagnement liés aux effets du vieillissement.

Quelles soient maintenues à domicile ou accueillies en institution, les personnes handicapées sont confrontées, au-delà de la dépendance liée à leur handicap, à un phénomène de vieillissement prématuré ou non dont les effets, cumulés au handicap initial voire à un handicap associé, justifient un accompagnement plus important et souvent des besoins accrus en terme de médicalisation.

Le vieillissement des parents d'enfants handicapés constitue également une préoccupation importante : ceux-ci peuvent ne plus être en mesure d'assurer l'avenir de leurs enfants et demander un placement tardif (adultes handicapés proches de 60 ans) en établissement pour adultes handicapés ou pour personnes âgées. Ainsi, le vieillissement, tout comme l'épuisement des aidants, est un élément important qu'il convient de prendre en considération.

### 5.6.1. Définition de la personne handicapée vieillissante

La personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, qu'elle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître, par surcroît, les effets du vieillissement.

Cette définition correspond à celle retenue par le niveau national<sup>95</sup> et ne doit pas faire oublier les personnes d'un certain âge devenues handicapées à la suite d'un accident de la vie. Elle ne doit pas non plus occulter l'individualisation de la prise en charge du fait de la diversité des handicaps et des effets du vieillissement.

Pour appréhender la notion de vieillissement, et en accord avec les travaux du groupe de travail national mis en place par la CNSA, il a été estimé nécessaire d'envisager un critère d'âge dans le processus d'observation du vieillissement des personnes handicapées. Dès lors, même si toutes les personnes handicapées ne sont pas concernées par un vieillissement prématuré, **l'âge de 40 ans** a été retenu non comme le seuil d'un début systématique du vieillissement mais bien comme un **critère de vigilance**. En effet, il est constaté qu'à compter de cet âge les difficultés rencontrées se surajoutent à un handicap préexistant.

### 5.6.2. Diagnostic

#### Analyse des publics accueillis en institutions répondant au critère de vigilance du processus de vieillissement (enquête ES 2006)

A ce jour, peu de données sont disponibles concernant les personnes handicapées vieillissantes. Les travaux ont donc pris appui sur l'enquête ES 2006<sup>96</sup>. Ainsi, les données doivent être interprétées avec précaution compte tenu d'une part de l'évolution des publics pris en charge depuis cette enquête (profil et nombre des publics accueillis, vieillissement) et d'autre part de l'évolution de l'offre (création de places notamment en MAS et FAM). Le diagnostic nécessitera une actualisation à partir de l'enquête ES 2010.

Le seuil de vigilance ayant été fixé à 40 ans, l'analyse de l'enquête ES 2006 a mis en évidence le nombre de personnes handicapées âgées de 40 et plus présentes au sein des établissements et services médico-sociaux.

<sup>94</sup> Cf notamment le rapport de P. Blanc (2006) « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge ».

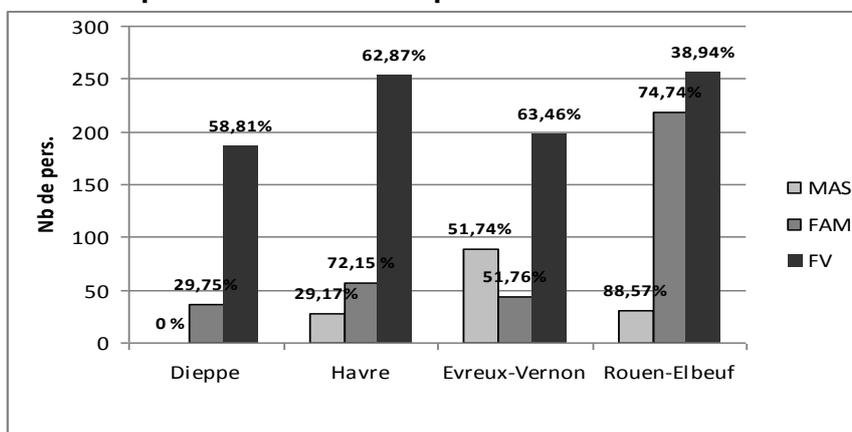
<sup>95</sup> Dossier technique réalisé par la CNSA « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes » (octobre 2010).

<sup>96</sup> L'enquête ES est une enquête nationale auprès des ESMS pour enfants et adultes handicapés réalisée par la DREES tous les 4 ans.

Ainsi, cette analyse fait ressortir, au niveau régional, une proportion de personnes handicapées de plus de 40 ans, proche ou supérieur à 50 % dans chacun des types ESMS :

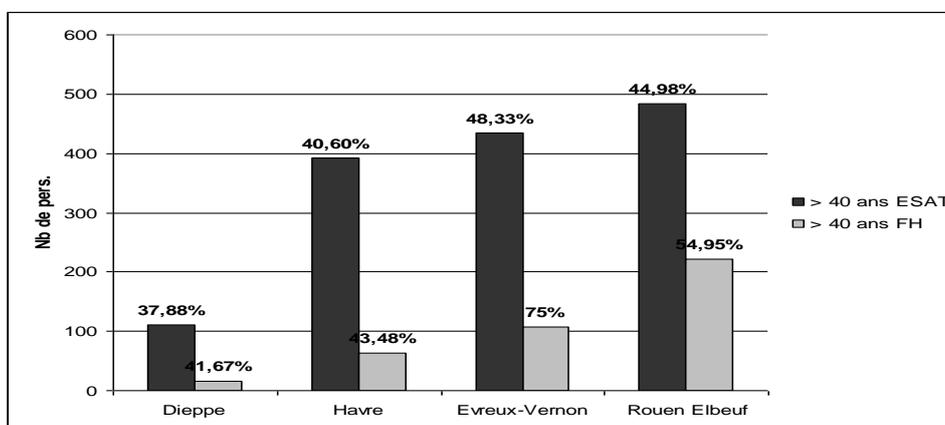
- dans les établissements médicalisés MAS et FAM, le pourcentage de personnes de plus de 40 ans est respectivement de 48,8 % et 61,6 %.
- dans les foyers de vie (structures non médicalisées), le pourcentage de personnes de plus de 40 ans est de 52,9 %.

### Répartition des personnes de plus de 40 ans par établissement et par territoire de santé



Depuis l'enquête réalisée en 2006, de nombreuses places médicalisées ont été créées en MAS et FAM. Ces mesures nouvelles participent, notamment, à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Le pourcentage des publics âgés de plus de 40 ans en ESAT est, à fin 2010, proche de 42 %<sup>97</sup> en région Haute-Normandie. Les publics accueillis en foyers d'hébergement, qui correspondent à environ un quart des publics ESAT, font ressortir un taux de 56 % de plus de 40 ans<sup>98</sup> :



### Analyse des publics vivant à domicile répondant au critère de vigilance du processus de vieillissement (enquête ES 2006)

L'analyse de l'enquête ES 2006 fait apparaître sensiblement la même proportion pour les personnes à domicile bénéficiant d'un service d'accompagnement médico-social que pour les personnes handicapées âgées de plus de 40 ans en institution sur la région Haute-Normandie, à savoir 51.4 % en SAVS et 45.3 % en SAMSAH.

<sup>97</sup> Source : Enquête ARS auprès des ESAT en mai 2011 à partir de la maquette OPUS

<sup>98</sup> Source : Enquête ES 2006

Ainsi, l'un des objectifs du schéma en cours est d'affiner l'analyse des besoins pour les personnes handicapées vieillissantes prises en charge à domicile. Ce travail devra nécessairement mettre en exergue

- l'accroissement des besoins de santé,
- l'évolution des situations familiales et des besoins de protection juridique des personnes accompagnées,
- les besoins liés aux changements de modes et de rythmes de vie (évolution des capacités fonctionnelles, possibilité ou non de maintien dans l'emploi, accessibilité et évolution des lieux de vie)
- les besoins liés à l'accompagnement de la fin de vie.

### Accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein des EHPAD

Selon le Département de Seine-Maritime, entre 2008 et 2010, 93 dérogations d'âge ont été délivrées pour une prise en charge de personnes handicapées de moins de 60 ans en EHPAD. Chaque année, une cinquantaine de nouvelles demandes serait reçue par le Département de Seine-Maritime. Il conviendra d'approfondir ces données au niveau régional et d'analyser la nature de ces orientations (personnes à domicile intégrant un EHPAD en même temps que leurs parents vieillissants ou sortie d'établissement médico-social ?).

#### **5.6.3. Les problématiques de prise en charge liées au vieillissement des personnes handicapées**

- Le déficit de données statistiques en la matière
- L'absence d'outil de repérage commun ne permettant pas d'identifier une PHV (GEVA/AGGIR/PATHOS)
- L'identification des personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile. En effet, autant il est possible de les repérer lorsqu'elles vivent en institutions ou bénéficient d'une prise en charge spécialisée au domicile autant il est compliqué, voire impossible, de faire un état des lieux de celles vivant à leur domicile et ne bénéficiant d'aucun dispositif social ou médico-social. Leur repérage s'effectue dans la majorité des cas dans des situations d'urgence (hospitalisation des aidants, décès de l'aidant, etc) ;
- Les difficultés d'orientation des PHV : quel est le lieu le plus adapté lorsqu'une personne handicapée atteint l'âge de 60 ans et/ou lorsqu'elle n'est plus en capacité de travailler ?
- La formation des professionnels intervenant auprès de ce public : en effet, les professionnels travaillant au sein de structures accueillant des personnes âgées ne sont pas formés à la prise en charge des personnes handicapées et réciproquement les professionnels du secteur handicap ne sont pas formés à la prise en charge des personnes âgées ;
- L'impact du vieillissement sur les travailleurs en ESAT : diminution des capacités de production, fatigabilité, perte d'intérêt pour le travail, etc. Deux enjeux apparaissent : retarder les effets du vieillissement et anticiper le départ à la retraite. Dans ce dernier cas le travailleur se trouve confronté à une double conséquence : l'arrêt de son travail et le changement de son lieu de vie. Il convient d'aménager progressivement les conditions de travail en ESAT et de rapprocher les ESAT des structures existantes (FV...).
- Concernant l'articulation entre les secteurs personnes âgées/personnes handicapées, des partenariats sont en cours de développement. Toutefois, force est de constater que la barrière entre les deux secteurs est difficile à franchir. La prise en charge en EHPAD d'une personne handicapée vieillissante soulève notamment le problème de la cohabitation intergénérationnelle. En effet, la moyenne d'âge en EHPAD est d'environ 80 ans alors que la personne handicapée vieillissante est proche de 60 ans, voire moins. Les résidents ont des rythmes de vie différents nécessitant des réponses adaptées qui ne sont pas nécessairement conciliables au sein d'une même structure. Par ailleurs, un travail sur la représentation du handicap est à effectuer avec les équipes, les résidents et les familles. Selon les représentants du secteur personnes âgées, l'intégration de personnes handicapées au sein d'un EHPAD pourrait plus facilement trouver une réponse par la constitution de petites unités spécifiques. En outre, une forte implication des équipes éducatives du secteur PH au moment de l'entrée en EHPAD semble constituer un facteur de réussite en matière d'intégration.

- Des besoins émergeant en terme de prise en charge médicale : délivrance des médicaments, soins de nursing, accessibilité à des chambres médicalisées, accompagnement de la fin de vie, etc. ;
- L'épuisement de l'aidant familial dont les origines sont diverses : l'absence de répit et donc l'usure physique et/ou psychologique, l'isolement, etc.
- L'insuffisance de prise en compte du vieillissement des personnes handicapées dans les projets d'établissement, ne permettant pas d'anticiper les besoins tant sur le plan des formations des personnels que dans le cadre d'une adaptation des projets de vie ou des soins palliatifs ;
- Les difficultés de prise en charge par les SSIAD dans la mesure où il s'agit de patients nécessitant des soins importants et fréquents. La réforme de la tarification devrait créer une incitation financière à la prise en charge de patients les plus lourds.
- L'engorgement des structures en raison de l'occupation prolongée des places empêchant l'accueil de nouveaux résidents et/ou travailleurs.

#### **5.6.4. Objectifs opérationnels et actions – Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes**

Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants

- Anticiper et sécuriser le parcours de la personne handicapée vieillissante afin d'éviter les situations d'urgence : réalisation d'un état des lieux des besoins, repérage, évaluation, adaptation des projets d'établissements / projets individuels, etc.
- Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes par la définition sur les territoires de coopérations entre les acteurs des secteurs personnes âgées/personnes handicapées, l'élaboration de solutions innovantes.
- Prévenir l'épuisement des aidants afin de favoriser le maintien au domicile.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : AFFINER LE DIAGNOSTIC DES BESOINS ET DE L'OFFRE REGIONALE PHV DANS LE CADRE DU DISPOSITIF D'OBSERVATION PARTAGEE</b>						
Mettre en œuvre un dispositif d'observation pour garantir un suivi annuel des publics de plus de 40 ans pris en charge au sein des établissements et services pour personnes handicapées (Cf. action prioritaire sur le dispositif d'observation partagée)	Région	X				Cf. 3.1. Observatoire du handicap
Poursuivre le diagnostic de l'offre en direction des PHV au sein des établissements PH avec l'appui des Départements		X				Réalisation diagnostic partagé
Affiner l'état des lieux des besoins à partir de l'enquête ES 2010 lorsqu'elle sera disponible (ratio d'encadrement, répartition du public par tranche d'âge, type de structure et par territoire, etc)		X				Analyse de l'enquête ES 2010
Affiner l'état des lieux des besoins en interrogeant les EHPAD afin de déterminer le nombre de PHV accueillies et leur provenance		X				Réalisation de l'enquête
<b>OBJECTIF N°2 : METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF D'EVALUATION ET DE REPERAGE DES PHV</b>						
Elaborer des grilles d'évaluation à destination des professionnels en institution/domicile en lien avec la MDPH	Région	X				Mise en place d'un groupe de travail – Elaboration de l'outil
Actions de formation des professionnels : formation pluridisciplinaire favorisant les échanges entre les professionnels des 2 secteurs	4 territoires de santé	X				Plans de formations
Faciliter l'accès aux équipes mobiles (gériatriques et gériopsychiatriques) par le biais des EHPAD (coopération)		X				Nombre de partenariats formalisés
Développer un partenariat avec l'unité St Gervais attachée au CH du Rouvray en vue de favoriser l'évaluation des personnes handicapées	Territoire de santé de Rouen			X		Conventions signées
<b>OBJECTIF N°3 : GARANTIR DANS CHAQUE TERRITOIRE DE SANTE L'ADAPTATION DE L'OFFRE ET DES PROJETS INSTITUTIONNELS</b>						
Garantir l'accueil de PHV au sein de structures alternatives (accueil de jour, hébergements temporaires, plateformes de répit, accueil familial, etc) et/ou la médicalisation	4 territoires de santé	X				Création de places
Favoriser dans le cadre d'expérimentations des solutions innovantes d'accompagnement des PHV	Région					Appel à projet
Réfléchir au travers des projets d'établissements PA/PH aux modalités d'accompagnement des PHV (projets de soins, projets de vie, référent assurant un continuum de prise en charge au moment de l'orientation et entrée en ESMS), y compris pour les ESAT	4 territoires de santé	X				Révision des projets d'établissements ; Evaluation interne / externe

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
Développer la télémédecine entre établissements de santé et MAS/FAM				X		Nombre d'équipements implantés
Impulser au niveau de l'A.R.S. et des départements une politique de rapprochement et mutualisation entre les secteurs PA et PH		X		X		Appels à projets
Favoriser les échanges entre les professionnels des deux secteurs PA/PH, sur leur pratique, leur connaissance de la population accueillie afin de favoriser un meilleur accueil et un meilleur suivi des PHV et ce, quel que soit le type de structure.		X				Réunions d'échange de pratiques
Développer une politique de coopération avec le secteur social en vue de favoriser l'accès au logement, notamment pour les sortants d'ESAT	Départements 76 et 27	X			PDALPD / PDAHI	Révision des projets d'établissement
Organiser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les ESMS PA/PH	4 territoires de santé	X		Mise en œuvre		
<b>OBJECTIF N°4 : FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE</b>						
Prévenir l'épuisement des aidants en favorisant la mise en place d'offres de répit diversifiées (Cf. objectif 3)	4 territoires de santé	X				

## 5.7. Accompagnement des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées

Alors que la circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires propose un schéma d'organisation des personnes en filière, les difficultés de repérage des patients dans les établissements de santé et des personnes concernées vivant en structure médico-sociales ou à leur domicile a conduit l'A.R.S. de Haute-Normandie à engager une réflexion visant à identifier et structurer cette filière de prise en charge.

### 5.7.1. Etat des lieux et diagnostic

Un groupe de travail transversal sanitaire et médico-social a été mis en place dans le but d'enclencher une dynamique de réflexion transversale.

L'état des lieux des dispositifs sanitaires est présenté au sein du volet Soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) du SROS.

#### L'offre médico-sociale en direction des adultes cérébrolésés – Places autorisées<sup>99</sup>

	Hébergement complet (MAS)	Hébergement temporaire	Accueil de jour	SAMSAH	ESAT	UROS
Haute-Normandie	21	17	2	10	36	6
Seine-Maritime	14	10	2	0	28	0
Eure	7	7	0	10	8	6

Une offre spécifique est davantage développée dans le département de l'Eure. 7 places sont en attente d'installation en Seine-Maritime (dont 2 places d'AJ et 1 place d'HT).

Au niveau des territoires de santé,

- le territoire de santé de Dieppe ne dispose d'aucune offre ;
- des places d'hébergement médicalisé existent sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et du Havre (Pont Audemer) ;
- une offre d'Accueil de Jour et d'hébergement temporaire médicalisés en attente d'installation sur le territoire de santé de Rouen ;
- la Seine-Maritime ne dispose pas d'offre de SAMSAH ;
- des places d'ESAT spécifiques sur les territoires de santé de Rouen-Elbeuf, le Havre et Evreux-Vernon : 36 places d'ESAT au total ; 8 places dans l'Eure à Guichainville et 28 places en Seine-Maritime à Mesnil-Esnard, Montivilliers et Cléon
- 1 unité d'évaluation et de reclassement et d'orientation sociale dans la région localisée dans le département de l'Eure à St André de l'Eure (6 places)

Une étude auprès des établissements de santé et des établissements médico-sociaux doit être réalisée afin d'identifier les besoins sur un plan quantitatif et qualitatif des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées accueillies (de façon inadéquate) ou en attente de afin de déterminer les besoins en offre médico-sociale.

#### Analyse du public accueilli en établissement - enquête ES 2006

L'analyse de l'enquête ES 2006 met en évidence que 231 personnes souffrant d'un traumatisme crânien et cérébrolésées étaient accueillies au 31 décembre 2006 dans les structures médico-sociales haut-normandes, dont 70 (c'est-à-dire seulement un tiers) sur des places ayant un agrément spécifique pour cette catégorie de population. Elles occupaient des places d'ESAT, de Foyer occupationnel, de FAM, de MAS, de SAMSAH et de SAVS.

<sup>99</sup> Source : FINESS - janvier 2011 - Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans (RP 2007)

Au-delà, les données relatives aux besoins des personnes souffrant d'un traumatisme crânien et cérébrolésés sont non exhaustives et disparates. Aussi, il est difficile de déterminer les besoins de création de places en structures médico-sociales. Les membres du groupe de travail ont exprimé la nécessité d'avoir un diagnostic.



Sources : places autorisées FINESS Janvier 2011

Le groupe de travail a mis en évidence que la capacité de places de l'UEROS ne répond pas aux besoins de la population Haut-Normande.

## Groupe d'entraide mutuelle (G.E.M.)

Le G.E.M. est une association d'adhérents, dont l'objectif exclusif est de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents. La constitution de cette association est la condition fondamentale au conventionnement avec l'A.R.S. A défaut d'être acquise d'emblée, elle constitue un objectif prioritaire.

L'association doit être épaulée par un parrain (dans le cadre d'une convention) qui l'aide à s'organiser pour accomplir ses missions et, en cas de crise, assurer temporairement certaines de ces missions. Il ne s'agit pas d'un établissement médico-social.

Les GEM étaient créés initialement pour un public en situation de handicap psychique, la circulaire du 13 juillet 2011 a révisé le cahier des charges et étendu ce dispositif « à des adultes que des troubles de santé mettent en situation de fragilité ».

Par circulaire conjointe DGCS/CNSA du 17 mars 2011, la CNSA a sollicité l'A.R.S. afin de recenser les projets de G.E.M. pour les personnes souffrant d'un traumatisme crânien. Un projet de GEM implanté dans l'Eure (Evreux) a été retenu.

### **5.7.2. Objectifs opérationnels et actions – Accompagnement des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées**

Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants :

- Améliorer la connaissance des besoins des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées afin de définir des réponses adaptées,
- Favoriser les articulations entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux par la mise en œuvre d'une coordination de la filière de prise en charge des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées.

	Territoires concernés	Transversalité			Évaluation	
		Schémas départementaux	S.R.P.	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : IDENTIFIER LES BESOINS DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS CÉRÉBROLESÉS PRIS EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL</b>						
Réaliser une enquête auprès des établissements de santé et des établissements médico-sociaux pour identifier les besoins sur un plan quantitatif et qualitatif des traumatisés crâniens et cérébrolésés accueillis (de façon inadéquate) ou en attente de place <i>Mandat : CREAM (calendrier 2012-2013)</i>	Région	×		×		Restitution de l'enquête. Cf 3.1. observatoire du handicap
<b>OBJECTIF N°2 : DÉVELOPPER UNE OFFRE MÉDICO-SOCIALE ADAPTÉE, DIVERSIFIÉE ET COORDONNÉE AVEC LE SECTEUR SANITAIRE</b>						
Mettre en place un dispositif dédié à la coordination de la filière de prise en charge des personnes traumatisés et blessés médullaires	Région	×		Mise en œuvre		Cf. SROS
Création d'un UEROS Création d'une MAS	Seine-Maritime Région			×		Appels à projets / redéploiement enveloppe sanitaire et médico-sociale
Lancement d'appels à projet au regard des besoins identifiés dans le cadre de l'enquête				×		
Favoriser la création de 2 G.E.M. en Haute-Normandie dans le cadre d'instructions de la CNSA/DGCS	Rouen, Le Havre,					Création de 2 G.E.M. (Rouen, Le Havre, Evreux)

# ④ Pratiques addictives

Les pratiques addictives constituent une des six thématiques prioritaires retenues par l'ARS de Haute-Normandie, faisant ainsi l'objet d'une approche transversale couvrant la prévention et la promotion de la santé, le secteur médico-social et l'offre de soins. Les travaux d'élaboration du plan stratégique de santé ont rassemblé les acteurs de ces différents secteurs au sein de réunions régionales et territoriales.

Si les mesures relatives à la prévention sont naturellement déclinées par le schéma régional de la prévention, les volets médico-sociaux et sanitaires sont volontairement présentés conjointement au sein de ce schéma régional de l'organisation médico-sociale.

Ce choix traduit la volonté de structurer un dispositif d'accompagnement et de soin autour du parcours de la personne en définissant en conséquence les rôles respectifs et les articulations entre acteurs du médico-social et du sanitaire.

Les choix et orientations présentées s'inscrivent donc en pleine cohérence avec le cadrage national<sup>100</sup> et régional. Ainsi, les éléments du Schéma Régional d'Addictologie 2009-2013 arrêté par M. le Préfet de la région Haute-Normandie conformément à l'article L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles sont-ils repris, actualisés et complétés.

## 1. Eléments de diagnostic : un bref état des lieux

Outre les données déjà produites pour l'élaboration du Schéma régional d'addictologie 2009-2013, l'analyse de la situation haut-normande s'appuie notamment sur les travaux de l'ORS<sup>101</sup>.

### 1.1 Une problématique majeure en Haute-Normandie

#### Le profil général de la région

La Haute-Normandie connaît des taux de mortalité évitable (décès avant 65 ans) significativement supérieurs aux moyennes nationales qui sont en partie le prix des consommations passées d'alcool et de tabac, produits responsables de 20% des décès haut-normands<sup>102</sup> (5% pour l'alcool et 15% pour le tabac). La région se classe ainsi au 2ème rang des régions les plus touchées par la mortalité prématurée par cirrhose du foie.

Données : ILIAD 2009 (OFDT)		HAUTE NORMANDIE	FRANCE	Rang de la région / à l'ensemble des régions
Décès avant 65 ans attribuables à l'alcool	pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans	4,4	3,3	4
Décès avant 65 par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons	pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans	6,3	5,7	7

L'analyse des consommations actuelles fait quant à elle apparaître un alignement partiel des comportements régionaux sur les moyennes nationales, ce qui n'enlève rien à la gravité des conséquences sanitaires potentielles de ces consommations.

<sup>100</sup> Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux.

<sup>101</sup> ORS, *Etude sur les conduites addictives des personnes hébergées en CHR en Haute-Normandie*, 2010 ; ORS, *Diagnostic sanitaire et social des territoires de santé haut-normands*, janvier 2011 ; ORS, *Les substances psychoactives en haute-normandie. Etat des lieux des données disponibles*, juin 2011.

<sup>102</sup> ORS, *Les substances psychoactives en haute-normandie. Etat des lieux des données disponibles*, juin 2011, p. 101-102.

C'est notamment le cas pour :

- la consommation de cannabis : même diminution entre 2005 et 2010<sup>103</sup>, même taux d'usage régulier à 17 ans (9%) et d'expérimentateurs en population générale (28%) ;
- Les modes de consommation d'alcool en population générale : même taux de consommateurs réguliers (12%) et d'ivresse alcoolique au cours des 12 derniers mois (13%) ;
- le développement de l'alcoolisation massive ponctuelle (binge drinking) chez les jeunes haut-normands<sup>104</sup> (16-20 ans) ;
- l'augmentation de la consommation quotidienne de tabac (2005/2010) en population générale et plus particulièrement chez les femmes (taux de consommation quotidienne de 24%).

Enfin, il faut être attentif à des spécificités régionales inquiétantes :

- l'importance des décès par surdoses (drogues illicites et médicaments) pour lesquels la Haute-Normandie est la 5ème région la plus touchée ;
- l'accidentologie routière impliquant l'alcool (14% des accidents mortels en 2009) ;
- le volume de vente de cigarettes par habitant (2ème rang national) ;
- l'usage quotidien de tabac à 17 ans (33% contre 29% pour la France, 4ème région la plus touchée) qui n'a pas diminué entre 2005 et 2008, contrairement à la tendance nationale ;
- l'importance du tabagisme féminin et son augmentation.

### Les grandes problématiques actuelles

Au-delà du constat des volumes de consommation par produit et de leur impact sanitaire, il faut ajouter l'identification de plusieurs tendances lourdes :

- Le développement des poly-consommations, confirmant la nécessité d'une approche globale et pluridisciplinaire permettant de ne pas traiter une addiction en faveur d'une autre ;
- La disponibilité grandissante et le renouvellement des produits (ou des pratiques, telles le jeu<sup>105</sup>) qui renforcent leur attractivité ;
- L'évolutivité des pratiques et l'apparition ponctuelle de phénomènes locaux spécifiques ;
- l'avancée de l'âge d'entrée en consommation, notamment pour le tabac et l'alcool.

### Des publics aux besoins spécifiques

**Les personnes souffrant de co-morbidités entre problématiques addictives et psychiatriques** connaissent des besoins spécifiques. Les pratiques addictives peuvent être un symptôme de mal-être voire une forme d'automédication à des désordres ou à une souffrance psychique (par exemple en cas de phobie sociale ou de trouble bipolaire). A l'inverse, une manifestation psychiatrique peut suivre une consommation (délire de persécution sous cocaïne par exemple). Les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux addictions sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires, les pathologies anxieuses, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité.

La diversité et la complexité des situations rendent nécessaire une approche globale permettant d'aborder les différentes problématiques.

**Les personnes en situation de précarité économique et sociale**<sup>106</sup> doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- les situations de précarité et d'isolement sont facteur de mal-être, ce qui favorise les pratiques addictives ;
- les personnes en situation d'exclusion sociale et de grande précarité (personne sans logement) sont particulièrement concernées par les addictions<sup>107</sup>.

<sup>103</sup> ORS, op. cit., p. 103.

<sup>104</sup> 27% d'entre eux déclarant consommer au moins une fois par mois plus de 6 verres en 1 occasion en 2010 contre seulement 19% en 2005.

<sup>105</sup> Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

<sup>106</sup> Voir le chapitre 5 consacré à l'accès aux soins somatiques, psychiques et médico- sociaux des personnes démunies.

<sup>107</sup> Voir l'étude de l'ORS : Etude sur les conduites addictives des personnes hébergées en CHRS en Haute-Normandie, 2010

## Quelques précisions territoriales

L'ensemble des territoires de la région sont concernés par les pratiques addictives, avec des variations dans l'intensité et la typologie de ces pratiques. Il est possible de distinguer plusieurs territoires particulièrement fragiles face aux pratiques addictives :

- les territoires de la politique de la ville qui cumulent difficultés économiques et sociales, activité des trafics et disponibilité des produits ;
- les territoires de proximité cumulant des indicateurs défavorables (consommations de tabac et d'alcool notamment, taux de mortalité évitable) et une offre proportionnellement faible du dispositif d'addictologie : Bernay, Verneuil et, au Nord-est de la région, Dieppe, Eu, Neufchâtel-en-Bray.

## 1.2 Etat des lieux de l'offre : un dispositif déjà structuré qu'il reste à conforter

Le concept et le dispositif d'addictologie ont été redéfinis clairement à partir de 2007<sup>108</sup> en privilégiant une approche centrée sur les comportements plutôt que sur les produits et en redéfinissant les missions des différents acteurs de l'hôpital, de la ville et du médico-social.

### 1.2.1. L'offre médico-sociale

Cette réorganisation traduit une ambition : ne pas attendre le stade de la dépendance pour agir, ne pas limiter cette action à un sevrage ponctuel. Il s'agit à l'inverse :

- d'agir le plus en amont possible ;
- d'agir dans la proximité et dans la durée ;
- de s'intéresser, au-delà du produit consommé, aux problématiques de la personne qui sont à l'origine de la pratique addictive avec une approche pluridisciplinaire ;
- de participer à l'étayage d'un parcours de vie et de santé<sup>109</sup>, en maintenant l'insertion sociale et la vie professionnelle de la personne.

Ces principes sont caractéristiques de l'intervention médico-sociale qui devient la pierre angulaire du dispositif. Ce repositionnement s'est traduit concrètement, depuis 2007 :

- par la restructuration du secteur médico-social autour des CAARUD et des CSAPA<sup>110</sup> ;
- par le rôle de pivot confié au médico-social pour assurer le lien entre acteurs de l'addictologie (prévention, accompagnement, soin) et avec les autres types d'accompagnement tissés autour de la personne (éducatif, social, professionnel, judiciaire...) ;
- par l'effort financier déjà réalisé entre 2007 et 2012 (+55% pour la dotation régionale haut-normande<sup>111</sup> attribuée au titre de l'ONDAM médico-social « personnes en difficultés spécifiques »).

## Une structure spécifique, de première ligne : le CAARUD

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) sont des structures récentes<sup>112</sup>, ouvertes en Haute-Normandie à partir de 2006.

Ils assurent un accueil inconditionnel des personnes en difficulté avec les produits psychotropes, en particulier les jeunes en situation de précarité, et développent leur action « hors les murs » dans l'espace urbain, rural et en milieu festif. Ce dispositif de première ligne permet :

- d'établir un contact avec un public majoritairement constitué par des usagers de drogues actifs, en demande de soin ou non et le plus souvent en situation précaire ;
- d'apporter de manière immédiate une première réponse sanitaire et sociale ;
- d'initier un parcours de santé en travaillant la mise en place des accompagnements adaptés.

<sup>108</sup> Idem

<sup>109</sup> Voir introduction du SROMS, p. 10.

<sup>110</sup> Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues ; Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

<sup>111</sup> Cette dotation s'élève à 12 176 339 euros en 2012 contre 7 883 600 euros en 2007

<sup>112</sup> Créées par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, leurs missions ont été définies par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue.

## Une structure généraliste : le CSAPA

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie<sup>113</sup> (CSAPA) reprennent les missions des anciens Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA, eux-mêmes héritiers des centres d'hygiène alimentaire) et des anciens Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST).

Ils proposent une offre ambulatoire répondant, grâce à une équipe pluridisciplinaire, aux différentes pratiques addictives quel que soit l'usage (consommation à risque, usage nocif ou dépendance), le produit (licite ou illicite) ou le comportement (addictions sans produit) en cause.

Ils s'adressent également à l'entourage des usagers afin d'apporter conseil et soutien.

Ils assurent tous quatre missions de base : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale psychologique et sociale et l'orientation des personnes. Ils développent deux missions supplémentaires pour lesquelles ils peuvent choisir de rester spécialisés (en alcoologie ou toxicomanie) ou être généraliste :

- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (repérage précoce, diagnostic, prestations de soins, accès aux droits sociaux, et aide à l'insertion).
- la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.

De manière optionnelle, ils peuvent proposer des prestations spécifiques :

- mise en place d'une Consultation Jeune Consommateur<sup>114</sup> (CJC) ;
- offre de prise en charge avec hébergement<sup>115</sup>, selon diverses modalités collectives (centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition) ou individuelles (appartements thérapeutiques résidentiels, chambres d'hôtel, familles d'accueil).

**Les « CJC »** : créées en 2004 pour répondre spécifiquement aux jeunes consommateurs de cannabis et à leur famille, elles abordent aujourd'hui l'ensemble des pratiques addictives. Elles proposent des consultations anonymes et gratuites dans un lieu non stigmatisant, à l'écart des autres publics. 11 CJC existent aujourd'hui :

- territoire de santé du Havre : Le Havre (centre Nautilia - Oppelia) ; Bolbec (CSAPA des 3 cantons)
- territoire de santé de Dieppe : Dieppe (centre Maupassant - ONM)
- territoire de santé de Rouen : Rouen (la Boussole) ; Yvetot, Barentin, Neufchâtel, Gournay (CSAPA Caux et Bray) ; Elbeuf (la Passerelle) ;
- territoire de santé Evreux – Vernon : Evreux (CHI Eure Seine ; ANPAA) et Vernon (CHI Eure Seine et ADISSA) ; Gisors (CSAPA du CH) ; Les Andelys (ADISSA)

Les CSAPA constituent enfin une structure de référence pour les acteurs locaux (professionnels de santé non spécialistes de l'addictologie, acteurs des champs sociaux, médico-sociaux, éducatifs, judiciaires..., collectivités locales, etc...) auxquels ils apportent leur expertise.

## La communauté thérapeutique

Il s'agit d'une structure expérimentale d'hébergement<sup>116</sup> qui s'adresse à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence et d'insertion sociale, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique. A défaut de structure haut-normande, les acteurs régionaux font appel aux communautés thérapeutiques des autres régions pour bénéficier de ce maillon de la filière de soin.

## Les associations d'entraide : des acteurs légitimes, une place à définir

Les associations d'entraide et d'auto-soutien sont animées par des usagers ou par des anciens usagers de produits psychoactifs, par exemple les associations d'anciens buveurs.

Constituées de bénévoles et ne disposant pas du statut d'établissement ou service médico-social, leur action relève pourtant du champ médico-social : dans la durée et la proximité, elle permet d'orienter, de conseiller les personnes en difficulté et de stabiliser leur situation par une aide et un soutien moral. Ce rôle doit être défini pour conforter la légitimité de ces associations et préciser leur positionnement.

113 Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux.

114 Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives et leur famille.

115 Voir l'annexe 5 de la circulaire du n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux.

116 Circulaire DGS/MILDT/SD6B/2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques.

## Un maillage régional déjà existant

Le territoire haut-normand dispose déjà d'un maillage structuré :

- 5 CAARUD répondent aux besoins des principales agglomérations (Rouen, Le Havre, Evreux, Elbeuf) mais pas du territoire de santé de Dieppe ni des zones rurales et semi-urbaines ;
- 19 CSAPA couvrent la région (soit une densité supérieure aux recommandations préconisant 1 CSAPA pour 100 000 habitants) ;
- 11 consultations jeunes consommateurs (rattachées aux CSAPA), plusieurs villes moyennes n'en bénéficient pas encore (Fécamp, Louviers, Val-de-Reuil...).
- 45 places d'hébergement liées aux CSAPA.

Globalement, la répartition des moyens par territoire de santé apparaît cohérente avec la répartition de la population et les principaux indicateurs sanitaires.

Indicateurs d'offres		Démographiques		Sanitaires					
Territoire de référence	% dotation régionale décembre 2011	% populat. région.	Rappel densité	%morts cancer VADS (H)	% morts cirrhose alcoolique (H)	%morts accidents route (H+F)	%morts suicide (H+F)	%morts psychose alcoolique (f)	ICM prématurée (base 100 : Ht Normand)
<b>Rouen Elbeuf</b>	42.4%	44,30%	195.6 hab/km <sup>2</sup>	41,8%	42,9%	41,8%	42,7%	42,0%	97
<b>Le Havre</b>	24.3%	24,90%	216.7 hab/km <sup>2</sup>	28,5%	26,7%	20,0%	20,5%	20,0%	103,7
<b>Evreux Vernon</b>	23.5%	21,50%	90.7 hab/km <sup>2</sup>	20,0%	19,0%	28,8%	25,4%	26,0%	99,4
<b>Dieppe</b>	9.8%	9,30%	93 hab/km <sup>2</sup>	9,7%	11,4%	9,4%	11,4%	12,0%	105,4

Plusieurs difficultés se posent encore :

- l'existence d'inégalités de l'offre au sein des territoires de santé, notamment entre les grandes agglomérations et les villes moyennes et surtout les zones rurales (voir la carte ci-après) ;
- le caractère non officiel des périmètres d'action de chaque structure, rendant parfois difficile une couverture efficiente des besoins du territoire (présence de plusieurs structures sur un site, existence de « zones blanches » par ailleurs) ;
- la non formalisation des articulations entre CAARUD et CSAPA, et entre CSAPA spécialisés (en alcoologie et en toxicomanie) afin de disposer d'une offre globale et cohérente.

## Des structures jeunes, des pratiques en cours de ré-invention

Les CAARUD et à plus forte raison les CSAPA sont des structures récentes dont les modalités d'organisation et d'intervention sont encore en cours de perfectionnement. La période de mise en œuvre du SROMS devra ainsi permettre :

- Le déploiement progressif et sélectif des différentes missions des CSAPA et le métissage des cultures relevant des anciens champs (alcoologie, toxicomanie, tabacologie...) ;
- la définition progressive des bonnes pratiques (référentiels d'action validés) pour une harmonisation minimale des méthodologies d'intervention nécessaire à la garantie d'une égalité d'accès au dispositif quelle que soit la structure saisie ;
- la définition, par territoire, des compétences respectives des CAARUD et des CSAPA pour renforcer leur complémentarité en matière de réduction des risques ;
- le renforcement du lien avec la prévention et le sanitaire (hospitalier mais aussi ville) ;
- la reconnaissance de la place des associations d'entraide dans le champ médico-social, en complémentarité des actions des associations et établissements médico sociaux existants.

## La prise en charge des pratiques addictives



Sources : FINESS Septembre 2011

### 1.2.2. L'offre sanitaire

#### La filière hospitalière

Le recours à l'addictologie hospitalière est particulièrement indiqué en cas de

- dépendance physique sévère, complications d'un sevrage antérieur, poly-addictions ;
- pathologies somatiques associées nécessitant un bilan ou des soins spécifiques, ou contraindiquant un sevrage ambulatoire ;
- co-morbidités psychiatriques nécessitant une prise en charge spécialisée ;
- échec de la prise en charge ambulatoire ;
- situation de crise imposant une réévaluation des problématiques et de leurs traitements.

La structuration du secteur hospitalier a été clairement définie en 2007<sup>117</sup>. La filière hospitalière doit assurer la coordination des soins tout au long du parcours hospitalier des patients et préparer le projet thérapeutique individualisé après la sortie, avec les intervenants du secteur médico-social et libéral. Elle a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale, graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

La filière hospitalière de prise en charge des addictions est composée des structures suivantes

- consultation ;
- équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
- unité ou service d'hospitalisation complète pour sevrage simple ;
- unité ou service d'hospitalisation complète pour sevrage complexe ;
- hôpital de jour ;
- soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

Le dispositif hospitalier en addictologie est organisé de façon graduée en trois niveaux

- le niveau 1 assure les réponses de proximité : consultations et équipe de liaison et de soins en addictologie ainsi que les sevrages simples ;
- le niveau 2, niveau de recours, propose (en plus des prestations de niveau 1) des sevrages et des soins résidentiels complexes ;
- le niveau 3 constitue un lieu régional de ressources, de formation et de recherche, il s'agit d'un pôle d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU.

Cette organisation s'est ainsi traduite dans le schéma régional d'addictologie haut-normand 2009-2013.

Positionnement dans le dispositif	Prestations délivrées	Structuration	Etat de l'offre
<b>Niveau 3 : « niveau de référence régional »</b>	Enseignement, formation, recherche	Pôle régional (portage par le C.H.U.)	En cours de structuration
<b>Niveau 2 : « niveau de recours »</b>	Court séjour : soins résidentiels complexes en hospitalisation de jour	Labellisation des unités d'addictologie : CHU de Rouen pour les filières de soins de Rouen et de Dieppe	Installée partiellement : CHU Groupe Hospitalier du Havre A compléter sur Evreux
	Court séjour : soins résidentiels complexes en hospitalisation compétente	GHH pour le territoire de santé du Havre CHI Eure Seine pour le territoire de santé d'Evreux	Installée : CHU CHS du Rouvray Groupe Hospitalier du Havre CHI Eure Seine
	Unité d'hospitalisation spécialisée (co-morbidités addictions / psychiatrie) CATTP spécialisé sur les addictions (hôpital de jour)	CHS du Rouvray	Installée : unité J.P. Pot  Installée partiellement pour le CATTP
	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	Conventionnement entre les structures SSR spécialisées et les unités labellisées des centres hospitaliers (CHU,	Installée partiellement : Clinique des Essarts

<sup>117</sup> Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Positionnement dans le dispositif	Prestations délivrées	Structuration	Etat de l'offre
		GHH, CHIES)	Clinique des Bruyères A compléter sur Le Havre
<b>Niveau 1 : « niveau de proximité »</b>	sevrages résidentiels simples	Identification d'une unité dans des centres hospitaliers de taille suffisante (et dans ceux relevant du niveau 2)	Installée : Clinique des Essarts CH de Dieppe CHI Eure Seine
	équipe de liaison ; consultations	Etablissements dotés d'un service d'urgence	Installée partiellement (pas d'équipe de liaison à Eu, Verneuil et Bernay)
	Equipes de liaison spécialisées sur les co-morbidités	CHS du Rouvray (unité mobile des intervenants en toxicomanie - UMIT) CHS de Navarre	Installée pour l'UMIT  Installée partiellement pour le CHS de Navarre

## Réseaux de santé

Ils ont pour mission de favoriser l'accès aux soins, la coordination des soins et de la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge. Ils sont inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale. En région il existe deux réseaux financés à ce titre :

- le réseau Toxenville, organise des analyses de situation réunissant l'ensemble des professionnels autour d'un patient pour faciliter la coordination et les échanges ainsi que des formations destinées à l'ensemble des acteurs du champ de l'addictologie.
- le Réseau des Intervenants en Addictologie Hauts Normands (RIAHN) réunit l'ensemble des acteurs de l'addictologie régionale autour de la définition commune d'objectifs dans un but de coordination et de coopération ; il vise à l'amélioration des problématiques addictologiques notamment par une harmonisation des pratiques.

Par ailleurs, il faut également souligner l'activité d'associations d'acteurs (hors statut et financement relevant des réseaux de santé) :

- le réseau Maillage fédère les acteurs de l'addictologie sur le territoire de santé du Havre ;
- le Réseau Havrais d'Aide aux Fumeurs (RHAFu) intervient également au Havre ;
- la Fédération des Intervenants en Addictologie de l'Eure (FIAE) réunit les acteurs de l'addictologie de l'Eure ;
- la Fédération addictions est issue de la fusion entre la F3A et l'Anitéa ; elle regroupe certaines structures médico-sociales de l'addictologie et dispose d'une organisation régionale ;
- la Fédération interétablissement en addictologie (FIEA) réunit les équipes de certains établissements hospitaliers.

## Professionnels de ville

Médecins libéraux et pharmaciens de ville, en tant qu'acteurs de proximité, ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des personnes présentant des conduites addictives. Ils ont connaissance de l'ensemble des situations et des problématiques, personnelles, familiales, sociales... Les liens, la relation de confiance établis avec le patient et ses proches constituent autant d'atouts.

## 2. Les orientations retenues

---

Le Schéma régional d'addictologie 2009-2013 avait identifié les orientations suivantes

- conforter le maillage territorial des structures de prise en charge en addictologie ;
- structurer les niveaux de recours et bâtir un pôle régional de référence en addictologie ;
- articuler les différents dispositifs de prise en charge et d'accompagnement ;
- contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge à travers des actions de formation et l'essor du travail en réseau.

Ces axes sont repris, précisés et complétés dans les orientations proposées ci-dessous.

### 2.1 Les priorités retenues

#### Les publics

- personnes connaissant une co-morbidité addiction / psychiatrie
- personnes en situation de précarité économique et sociale
- jeunes (12/25 ans)
- femmes (en particulier dans le cadre de la périnatalité / petite enfance)

#### Les problématiques

- le tabac, le cannabis et l'alcool comme cibles prioritaires
- les décès par surdose (drogues illicites et médicaments)
- l'évolutivité rapide des produits et des modes de consommation, les poly-consommations

#### Les territoires

- besoin d'une offre homogène sur l'ensemble des territoires
- accent sur les territoires en situation de fragilité économique et sociale (Z.U.S., ...)
- attention particulière aux territoires sous dotés : le Nord-est (Eu - Neufchâtel) et le Sud-est (Bernay - Verneuil) de la région.

### 2.2 Schéma cible d'organisation : structurer une organisation efficace et lisible pour les opérateurs et les partenaires

**Développer la communication sur la nouvelle organisation du dispositif d'addictologie, les missions propres à chaque structure, les modalités d'intervention validées**

**Réaffirmer la place centrale du dispositif médico-social en addictologie, notamment au regard des dispositifs hospitaliers**

- le CSAPA est la structure de référence pour les pratiques addictives à l'échelle du territoire de proximité, pour l'accompagnement des usagers, de leur entourage et pour l'information des acteurs du territoire ;
- la prise en charge hospitalière n'intervient qu'en deuxième ligne ;
- le CSAPA développe les liens avec les services de psychiatrie et avec les professionnels de ville (médecins et pharmaciens) afin de disposer, à l'échelle du territoire, d'une offre de proximité répondant aux problématiques addictives.

## Territorialiser le dispositif d'addictologie, en cohérence avec la politique régionale de l'ARS Haute-Normandie

- définition claire du périmètre territorial et thématique de chaque structure médico-sociale et sanitaire et, en conséquence, des articulations nécessaires entre elles (inscription dans les CPOM des structures médico-sociales, formalisation des filières de soins en addictologie au moyen de conventions avec les structures médico-sociales et sanitaires) ;
- mise en place, à partir des réseaux RIAHN et Toxenville, d'un réseau régional unique en addictologie, intégrant les acteurs du secteur médico-social et sanitaire, notamment chargé d'animer les liens entre prévention, accompagnement médico-social, médecine de ville et prise en charge hospitalière ;
- mise en œuvre, dans le cadre de ce réseau régional, d'une animation du dispositif d'addictologie à l'échelle du territoire de santé.

## Achever la structuration de véritables filières de soin

- systématisation du principe du « référent » afin d'assurer le suivi du parcours de l'usager et la cohérence des différentes prises en charge (sanitaire, sociale, éducative...) ;
- élaboration de conventions entre structures d'addictologie et avec les structures partenaires (notamment du champ de la psychiatrie) définissant comment est garantie la continuité de l'accompagnement de la personne ;
- redéfinition du rôle du médecin traitant dans la filière de soin en addictologie, en précisant l'offre de service des structures d'addictologie susceptible de favoriser leur implication (formation, appui technique) ;
- systématisation des liens entre structures de premières lignes (notamment les CAARUD) et équipes hospitalières d'hépatologie pour améliorer le dépistage et la prise en charge des hépatites ;
- évaluer et redéfinir, sur chaque territoire de proximité concerné, le positionnement et l'articulation des consultations d'addictologie hospitalières et les consultations médico-sociales des CSAPA ;
- formalisation des coordinations entre équipes de liaison hospitalières en addictologie et dispositifs de psychiatrie.
- Structuration du « niveau 3 » de la filière hospitalière au sein d'un partenariat régional coordonné par le CHU et mobilisant les ressources en enseignement et recherche des différents établissements de la région.

### Une organisation en 3 niveaux

	<b>Structuration du dispositif</b>	<b>Missions menées</b>
<b>Le niveau régional</b>	<b>Réseau.</b> Structuration, à partir du RIAHN et de Toxenville, d'un réseau de santé unique en addictologie intégrant les acteurs du champ médico-social et sanitaire	Partage d'information (observation sanitaire et sociale, veille et alerte) et échanges de bonnes pratiques.  Animation de la Commission Régionale d'Addictologie (créée par la Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008)  Régionalisation du Comité sur les traitements de substitution.
	<b>Filière hospitalière « Niveau 3 » :</b> Portage par le CHU avec mobilisation d'un partenariat régional	Mise en place du pôle de référence régional : Enseignement, formation, recherche.

	<b>Structuration du dispositif</b>	<b>Missions menées</b>
<b>Le territoire de santé</b>	<p><b>Réseau.</b> Déclinaison du réseau de santé par la mise en place d'instance d'animation à l'échelle du territoire de santé :</p> <p>Evreux-Vernon (FIAE) Le Havre (Maillage) Dieppe</p> <p>Une exception avec une déclinaison plus fine pour le territoire de santé de Rouen : Rouen Elbeuf Louviers Val-de-Reuil</p>	<p>Lien avec les têtes de réseau à l'échelle du territoire de santé (Réseaux Locaux de Promotion de la Santé notamment).</p> <p>Organisation de l'offre en fonction des contraintes et des demandes locales : coordination CAARUD / CSAPA généralistes / CSAPA spécialisés en alcoolologie ou toxicomanie articulation médico-social / prévention / sanitaire /social</p>
	<p><b>Médico-social :</b> Positionnement des CAARUD comme structure de référence en réduction des risques à l'échelle des territoires de santé.</p> <p>Une exception : pas de CAARUD à Dieppe, mais structuration prévue d'un service « réduction des risques » au sein du CSAPA</p>	<p>Réponse aux besoins en réduction des risques : soit directement par l'action du CAARUD soit par l'appui du CAARUD aux CSAPA.</p>
	<p><b>Filière Hospitalière « Niveau 2 » :</b> 3 filières de soins identifiées : Territoire de santé du Havre Territoires de santé de Rouen et de Dieppe Territoire de santé Evreux – Vernon</p>	<p>Articulations à formaliser entre le court séjour (soins résidentiels complexes en hospitalisation compétente ou de jour) et les soins de suite et de réadaptation (SSR).</p>
<b>Le territoire de proximité</b>	<p><b>Médico-social.</b> Reconnaissance du CSAPA comme structure de référence en addictologie.</p> <p>Officialisation d'un territoire d'action confié à chaque CSAPA sur la base des territoires de proximité.</p>	<p>Réponse aux besoins locaux, y compris hors de la ville-centre.</p> <p>Articulation avec la médecine de ville et la psychiatrie.</p> <p>Fonction ressource (information, conseil) pour les acteurs du territoire, notamment les collectivités locales.</p>
	<p><b>Filière hospitalière « niveau 1 » :</b> maintien des pôles existants en sevrages résidentiels simples ; renforcement des équipes de liaison</p>	<p>Réponse de proximité concernant : le repérage (équipe de liaison) et la prise en charge des addictions (consultations, sevrages simples) ; le soutien aux professionnels non spécialistes (équipes de liaison) lien avec les services de psychiatrie.</p>

## **2.3 Objectifs opérationnels: rééquilibrer les moyens et réajuster les modalités de fonctionnement pour améliorer la réponse aux usagers**

### **Réajuster l'offre en fonction des besoins constatés sur la base de critères sanitaires**

- Développement systématique d'une offre de consultation spécifique pour le tabac (dans des conditions de proximité et de non stigmatisation) dans les structures médico-sociales d'addictologie ;
- Généralisation de la prise en charge du tabac et de l'alcool dans l'ensemble des CSAPA, y compris les anciens CSST, dans le cadre d'un abord raisonné des poly-consommations (ne pas encourager une pratique addictive par le « traitement » d'une autre) ;
- Réajustement des dotations budgétaires selon les besoins identifiés à l'échelle du territoire de proximité, quel que soit le produit « en cause » ;
- Mise en place, par un conventionnement avec les acteurs concernés, d'une offre spécifique (modalités de communication et d'intervention adaptées aux publics) à destination des personnes en situation de précarité économique et sociale, des jeunes, des femmes enceintes, des personnes confrontées à des co-morbidités psychiatriques ;
- Développement de l'offre dans les territoires de la politique de la ville, le Nord-Est (territoire de proximité de Dieppe, Eu et Neufchâtel) et le Sud-Ouest (territoires de proximité de Bernay et de Verneuil) de la région ;
- Structuration d'une filière d'accompagnement et de prise en charge sanitaire et médico-sociale pour les personnes atteintes par le syndrome de Korsakoff ;
- Evaluation des dispositifs d'hébergement de la filière d'addictologie (structures médico-sociales) et redéfinition de leur implantation et de leur doctrine d'emploi (quels publics, quelles prestations)
- Evaluation de l'importance des addictions sans produits en Haute-Normandie, formation des acteurs de l'addictologie et inclusion d'une réponse adaptée au sein du dispositif d'addictologie.

### **Repenser les modalités d'intervention en privilégiant l'intervention précoce**

- structuration d'un lien opérationnel entre actions de prévention et dispositif médico-social d'accompagnement pour permettre l'orientation effective des publics vers une prise en charge ;
- systématisation des organisations de travail permettant une première consultation dans des délais rapides ;
- systématisation des organisations permettant un accueil non stigmatisant ;
- renforcement, selon les opportunités de financement, des équipes de liaison et de soins aux addictions (ELSA) en centre hospitalier, pour une couverture prioritaire des services d'urgence et de périnatalité ;
- renforcement dans les maternités de l'identification d'un professionnel référent en addictologie ;
- mobilisation des trois « Maisons des Adolescents » pour développer l'offre à destination des jeunes.

### **Développer les interventions de proximité**

- développement d'antennes locales ou simplement de « consultations avancées », en prenant notamment appui sur les pôles pluridisciplinaires de santé et les centres médico-sociaux des Conseils Généraux ;
- définition du cadre de l'intervention médico-sociale en addictologie à domicile ;
- intervention au plus près des populations prioritaires : mise en place de consultations avancées et de soutien aux acteurs non spécialistes de l'addiction (formation, analyse des pratiques...) au sein des structures sociales (CHRS, dispositifs de « stabilisation »...), établissements accueillant des jeunes, cabinets de médecine générale...

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>Objectif n°1 : Structurer une organisation efficace et lisible</b>						
Développer la communication sur la nouvelle organisation du dispositif d'addictologie : - développement de la communication de l'ARS et valorisation des outils de communication propres à chaque structure - action du réseau régional en addictologie mobilisation des relais existants (CRES-IREPS, RLPS, pôle libéral de santé publique...)	région		×	×		- Actualisation effective des supports de communication de l'ARS - Mise en œuvre effective par le réseau régional d'une politique de communication
Réaffirmer la place du dispositif médico-social en addictologie (déploiement progressif et sélectif des missions des CSAPA)	région		×		PDAHI 76 et 27	Taux de CSAPA ayant déployé l'ensemble des missions obligatoires et facultatives (cible 80%)
Territorialiser le dispositif d'addictologie : - définition du champ d'action de chaque structure et d'une feuille de route au sein d'un CPOM - mise en place d'un réseau d'addictologie régional unique - mise en place d'une animation du dispositif d'addictologie à l'échelle du territoire de santé	région			×		- Taux de structures ayant conclu un CPOM (cible 100%)  - mise en place effective du réseau régional unique et de sa déclinaison par territoire de santé
Achever la structuration de véritables filières de soin : - systématisation d'un suivi de l'utilisateur par un « référent », y compris en aval de la prise en charge - élaboration systématique de conventions entre structures d'addictologie et avec les structures partenaires (notamment en psychiatrie et dans le champ de l'hébergement social) intervenant dans le suivi de l'utilisateur - redéfinition du rôle du médecin traitant - formalisation des coordinations entre équipes de liaison en addictologie et dispositifs de psychiatrie - évaluer et redéfinir, sur chaque territoire de proximité concerné, le positionnement et l'articulation des consultations d'addictologie hospitalières et les consultations médico-sociales des CSAPA ; - formalisation des articulations entre établissements développant	région		×	×		- taux de structures ayant mis en œuvre le principe du « référent » (cible 100%) - taux de CSAPA ayant mis en place les conventions avec les partenaires du social et de la psychiatrie (objectif 100%)

	Territoires concernés	Transversalité				Évaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
des prestations relevant du niveau 2 de la filière hospitalière structuration du niveau 3 de la filière hospitalière						
<b>Objectif n°2 : réajuster l'offre en fonction des besoins constatés sur la base de critères sanitaires</b>						
Réajustement des dotations budgétaires selon les besoins identifiés à l'échelle du territoire de proximité, quel que soit le produit incriminé	région			×		Équilibrage des ratios de pilotage de l'allocation budgétaire pondérant besoins (population + indicateurs de santé) et moyens alloués à l'échelle du territoire de proximité.
Généralisation de la prise en charge du tabac et de l'alcool dans l'ensemble des CSAPA dans le cadre de la prise en charge des poly-consommations	région					Cible : 100% des CSAPA
Développement systématique d'une offre spécifique au tabac dans chaque CSAPA dans le cadre d'un accueil non stigmatisant	région					Cible : 100 % des CSAPA
Mise en place d'une offre spécifique vers les structures d'accueil pour personnes en grande difficulté économique et sociale	région					Nombre de centres d'hébergement couverts par une intervention d'un CSAPA
Développement de l'offre dans les territoires prioritaires	Dieppe, Eu, Neufchatel, Bernay, Verneuil ; Quartiers politique de la ville des aggro		×	×		Rééquilibrage des ratios de pilotage de l'allocation budgétaire (cf. supra)
Structuration du volet toxicomanie de l'offre à l'échelle du territoire de santé autour d'une structure de référence.	Le Havre ; Dieppe					Création d'une offre en toxicomanie à Fécamp. Formalisation effective d'un partenariat entre les CSAPA du territoire et le CSAPA Nautilia.
Structuration d'une offre de prise en charge du syndrome de Korsakoff	région			×		Nb de structures impliquées dans la structuration de la

	Territoires concernés	Transversalité				Évaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
Mise à niveau de l'offre en établissement pénitentiaire	région			×		<p>filière</p> <p>Désignation effective des CSAPA référents pour chaque étbs pénitentiaire (et convention ad hoc).</p> <p>Mise en place effective de l'intervention d'un CSAPA au Havre et à Evreux</p>
<b>Objectif n°3 : repenser les modalités d'intervention en privilégiant l'intervention précoce</b>						
<p>Restructurer les dispositifs de réduction des risques : reconnaissance du rôle de structure de référence des CAARUD à l'échelle du territoire de santé</p> <p>formalisation de la répartition des rôles et des articulations entre CSAPA et CAARUD</p> <p>développement de la réduction des risques en alcoologie, notamment par les CSAPA</p> <p>structuration d'un pôle de réduction des risques sur le territoire de santé de Dieppe</p> <p>redéfinition du positionnement spécifique du CAARUD de l'association AIDES</p>	région					<p>Taux de CAARUD ayant conclu un CPOM précisant leur rôle (cible 100%)</p> <p>Nombre de CSAPA ayant conclu une convention avec le CAARUD référent de son territoire.</p> <p>Nombre de CSAPA mettant en œuvre des actions de RDR en alcoologie</p> <p>Mise en place effective d'une offre RDR à Dieppe</p>
Structuration d'un lien opérationnel systématique entre actions de réduction des risques, actions de prévention et dispositif médico-social	région		×			Taux d'actions de prévention et de RDR ayant inclus un volet d'information et d'orientation vers le médico-social (cible 100%).
<p>Mise en place de dispositifs de repérage et d'orientation précoce, notamment à partir :</p> <p>des urgences et des services de périnatalité des centres hospitaliers,</p> <p>des différents services de justice,</p> <p>des réseaux de travailleurs sociaux (des Conseils Généraux notamment),</p> <p>des services de santé au travail et de santé scolaire.</p>	région		×	×		<p>Nombre de services (urgence ; périnatalité) en lien avec un dispositif d'addictologie (ELSA, CSAPA).</p> <p>Nombre de ressorts judiciaires couverts par une convention « santé / justice »</p>

	Territoires concernés	Transversalité				Évaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
						en addictologie (cible : 100%). Nombre d'orientation par les travailleurs sociaux. Nombre d'orientation par les services de santé au travail et de santé scolaire.
Garantir des délais courts pour une première consultation au sein du dispositif médico-social et sanitaire	région					Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous par structure
Systématisation des organisations permettant un accueil non stigmatisant	région					Taux de structures ayant inclus cette action dans leur projet d'établissement et leur CPOM (cible 100%).
Mobilisation des Maisons des Adolescents	région			×		Nombre de Maisons des Adolescents à prévoir une consultation « addictologie »
<b>Objectif n°4 : Développer les interventions de proximité</b>						
Développement des formes d'organisation permettant la mise en place : d'antennes locales ; de consultations avancées, notamment au sein des pôles pluridisciplinaires de santé, des centres médico-sociaux des Conseils Généraux ; de consultations jeunes consommateurs.				×		Taux de CSAPA proposant une prestation « CJC » : cible : 75%.
Présence renforcée auprès des populations prioritaires (consultations avancées) : structures sociales (CHRS, centres de stabilisation...) ; établissements scolaires et structures accueillant des jeunes services de maternité et périnatalité non couverts par une équipe de liaison hospitalière en addictologie				×	PDAHI 76 et 27	Taux de structures du dispositif « AHI » ayant conclu une convention avec un CSAPA. Taux de CJC intervenant en milieu scolaire (cible : 75%) Taux de services maternité ayant conclu une convention avec un CSAPA ou une

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
						ELSA (cible 100%).
Définition du cadre de l'intervention médico-sociale à domicile en addictologie						Elaboration effective d'un référentiel et adoption de celui-ci par l'ensemble des CSAPA.
Définition de la place des associations d'entraide au sein du dispositif d'addictologie						Elaboration effective d'un référentiel. Nombre d'associations parties prenantes.
Développement des interventions des CSAPA en soutien des structures partenaires en difficulté avec les pratiques addictives de leurs usagers, notamment pour les publics « personnes âgées » et « personnes handicapées ».						Cible : 15 ESMS (PA ou PH) par an

**Accès aux soins somatiques,  
psychiques, médico-sociaux  
des personnes démunies  
relevant du dispositif  
Accueil hébergement  
insertion**

⑤

Le PSRS a fait de la réduction des inégalités sociales face à la santé, une priorité. Le SROMS concrétise cette ambition en orientant son action en direction des personnes les plus démunies relevant des deux plans départementaux « accueil, hébergement, insertion » (PDAHI) de l'Eure et de la Seine-Maritime. Les personnes sans abri en Centre d'hébergement et réinsertion sociale (CHRS), les résidents des foyers de travail migrants, les populations des résidences sociales du fait de leurs conditions de vie, de leurs problèmes qui entremêlent des questions sociales, médicales et/ou psychologiques, nécessitent un accompagnement à la fois sanitaire, médico-social et social.

Il s'agit d'améliorer et de faciliter, par des dispositifs adaptés et une bonne articulation entre les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, leur accès aux droits, aux soins et à l'accompagnement médico-social. Les réponses doivent s'inscrire dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités territoriales : les Départements (schémas départementaux pour personnes âgées et handicapées et plans départementaux d'accès au logement pour les personnes défavorisées (PDALPD), les EPCI (PLH) et les Villes (politiques d'actions sociales, logement...) et le réseau constitué de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et des Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS).

Un protocole de partenariat entre l'A.R.S. de Haute-Normandie, la DRJSCS de Haute-Normandie, les DDCS de Seine-Maritime et de l'Eure a été signé. Ce document vise précisément à décliner des politiques sociales et de santé de manière coordonnée et à définir des stratégies d'intervention autour de publics communs, dont les personnes en situation précaire et vulnérables (notamment les personnes sans domicile fixe..) pouvant cumuler des problématiques de perte d'autonomie du fait de l'âge ou du handicap et/ou de santé mentale et/ou d'addictions.

## 1. Diagnostic et méthodologie de travail

---

Pour cette problématique, il a été décidé de conduire la réflexion avec les acteurs et partenaires à l'échelle des territoires suivants : Rouen, Le Havre, Dieppe et le département de l'Eure et en deux temps :

- une phase de diagnostic à partir du recueil de données quantitatives et qualitatives,
- une phase d'élaboration de préconisations sous la forme d'objectifs opérationnels.

Ces groupes de travail pluridisciplinaires et pluri professionnels ont réuni des représentants du champ social (gestionnaires de CHRS, FTM, associations tutélaires...), médico-social (EHPAD, SAMSAH, foyers de vie...), des collectivités territoriales (Villes, CCAS, unités territoriales d'action sociale), des établissements de santé, de la MDPH.

Ces rencontres ont permis d'affiner et de partager le diagnostic, notamment par le biais de contributions des acteurs du champ social et médico-social relatant les difficultés rencontrées telles que la prise en charge dans des structures inadaptées (ex. bâti non adapté aux personnes à mobilité réduite), d'orientation (ex. refus de prise en charge dans des E.S.M.S., échec de l'accompagnement en E.S.M.S.) mais également les solutions développées.

### 1.1 Des indicateurs de précarité défavorables.

#### Taux de chômage en Haute-Normandie<sup>118</sup>

La région présente un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale. Elle est la 5<sup>e</sup> région la plus affectée par le chômage en France.

---

<sup>118</sup> INSEE - Le taux de chômage est le pourcentage de [chômeurs](#) dans la [population active](#) ([actifs occupés](#) + chômeurs).

## Taux de chômage localisés trimestriels - Au 1er trimestre 2011 - en %

	<b>Eure</b>	<b>Seine-Maritime</b>	<b>Haute-Normandie</b>	<b>France métropolitaine</b>
Premier trimestre 2009	9,1	9,9	<b>9,7</b>	8,6
Premier trimestre 2010	10,0	10,7	<b>10,5</b>	9,5
Premier trimestre 2011	9,8	10,5	<b>10,3</b>	9,2

Note : données CVS en moyenne trimestrielle.

### Le revenu de solidarité active<sup>119</sup>

Le nombre de bénéficiaires haut-normands progresse plus rapidement qu'en France métropolitaine, en lien avec une situation économique régionale difficile.

### Evolution du nombre de bénéficiaires du RSA en 2010<sup>120</sup>

	<b>Eure</b>	<b>Seine-Maritime</b>	<b>Haute-Normandie</b>	<b>France métropolitaine</b>
Au 31/12/2009 (nombre)	13 051	40 404	<b>53 455</b>	1 729 954
Au 31/12/2010 (nombre)	14 002	43 383	<b>57 385</b>	1 833 787
Evolution annuelle (%)	+7,3	+ 7,4	<b>+7.4</b>	+ 6,0

### L'Allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)

De nombreuses personnes accompagnées au sein du dispositif accueil hébergement insertion bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés.

L'AAH n'a pas été concernée par la refonte récente des minima sociaux, elle continue d'être versée selon les mêmes conditions aux personnes ayant un handicap reconnu et âgées de 20 à 65 ans. La progression du nombre de bénéficiaires est constante depuis plusieurs années, elle a été de 2,5 % en Haute-Normandie (3,8 % en France) pour 2010. La hausse a été modérée en Seine-Maritime (+ 1,0 %) mais plus nette dans l'Eure (+ 6,2 %).

### Part des allocataires AAH au 31/12/2010 pour 100 personnes de 20 à 64 ans

Eure	2,6
Seine-Maritime	2,8
France métropolitaine	2,4

### Bénéficiaires de la CMU et CMU- C<sup>121</sup>

#### Bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) – En nombre de bénéficiaires au 31/12/2009

	<b>Eure</b>	<b>Seine-Maritime</b>	<b>Haute-Normandie</b>	<b>France</b>
CMU de base	9 821	31 358	<b>41 179</b>	2 042 601
CMU complémentaire	26 625	80 960	<b>107 585</b>	4 111 816
Taux de couverture de la population par CMU complémentaire (en %)	4,6	6,4	<b>5,8</b>	6,4

<sup>119</sup> Le revenu de Solidarité active (RSA), entré en vigueur le 1er juin 2009 en France métropolitaine, se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI créé en 1988) et à l'allocation parent isolé (API).

<sup>120</sup> Cahier d'aval n° 90 – mai 2011 – INSEE - L'an II du revenu de solidarité active

<sup>121</sup> Sources : CCMSA ; CNAMTS ; Registre social des indépendants.

## 1.2 Un taux d'équipement en place d'hébergement et d'insertion supérieur à la moyenne nationale

### 1.2.1 Loi de mobilisation pour le logement : des outils (SIAO et PDAHI) de coordination

La loi de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion du 25 mars 2009 (loi MOLLE) veille à favoriser l'accès à une solution de logement de droit commun ou adapté et à une orientation médico-sociale si besoin.

Deux outils sont mis en place pour mettre en œuvre cet objectif

- le Plan départemental accueil hébergement insertion qui organise la planification territoriale de l'offre dans la perspective de l'accès au logement. Il s'agit d'un document unique élaboré en concertation avec les acteurs locaux, collectivités territoriales, conseils généraux, associations, bailleurs sociaux, CAF et usagers. Ils sont désormais inclus dans les Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), document conjoint Etat Conseil Général, afin d'assurer la continuité des parcours d'insertion des personnes hébergées vers le logement. Cette inclusion du PDAHI dans le PDALPD permet d'articuler les différents moyens d'interventions de l'action publique qu'il s'agisse des moyens mis en œuvre par les collectivités (PLH/EPCI-article 69 de la loi MOLLE, CG-article 68 loi MOLLE- CG-FSH) ou par l'Etat.
- le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) qui a pour vocation de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement, de traiter avec équité les demandes, de coordonner les différents acteurs de la veille sociale et de l'accès au logement (acteurs du champ social, sanitaire, médico-social et représentants des collectivités locales, bailleurs), de contribuer à la mise en place d'observatoires locaux. La Haute-Normandie compte 3 SIAO (Rouen, Le Havre, Evreux).

### 1.2.2 Une offre d'accueil hébergement insertion diversifiée

Il s'agit d'un dispositif pour tout public qui propose une offre diversifiée allant de l'urgence aux pensions de famille en passant par l'insertion, la stabilisation, le logement temporaire (résidences sociales, « ALT »...).

#### Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale

La Haute-Normandie compte, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, 1 738 places de CHRS, proposant des prestations d'accueil d'urgence, d'insertion ou de stabilisation. L'offre est principalement concentrée en Seine-Maritime (74,5 % des places).

#### Établissements pour adultes et familles en difficulté (CHRS) - Au 1<sup>er</sup> janvier 2010<sup>122</sup>

	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	Haute-Normandie / France (en %)
Nombre de places	444	1 294	1 738	4,4
Taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans	1,4	2,2	2,0	///
/// : absence de résultat due à la nature des choses.				

Les CHRS sont essentiellement concentrés en milieu urbain et sur les territoires de proximité de Rouen, Le Havre, Dieppe, Elbeuf, Evreux, Vernon, Louviers, Bernay.

<sup>122</sup> Source : DRASS, FINESS

## Les pensions de familles et résidences accueil

Dans le cadre de la diversification de l'offre et afin de répondre à un besoin en logement adapté, des pensions de famille et résidences accueil ont été créés.

Au 1 <sup>er</sup> juin 2011 en Nombre de places	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie
Pensions de famille	75	170	245
Résidences accueil	15	30	45

Les pensions de famille accueillent, sans limitation de durée, des personnes au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme, sans relever, toutefois, de structures d'insertion de type CHRS. Il s'agit de structures de taille réduite (20-25 places) alliant espace privatif et espace collectif. Un hôte ou un couple d'hôte est présent en journée.

Les pensions de famille s'adressent à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome mais dont la fragilité rend nécessaire la présence d'un hôte qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité et garantit la coordination des interventions nécessaires à l'accompagnement de la personne.

245 places ont été installées (2 pensions de famille sur Le Havre, 1 à Fécamp, 1 à Grémonville, 3 sur Rouen, 1 à Grand-Quevilly, 1 à Mont-Saint-Aignan, 1 à Bernay, 1 à Evreux, 1 à Louviers, 1 à Verneuil et 1 à Bernay ).

Le concept de résidences accueil a été créé pour adapter les pensions de famille aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique. Il associe pensions de famille et services d'accompagnement. Des conventions doivent être passées avec le secteur psychiatrique d'une part, et un service d'accompagnement (S.A.V.S. ou SAMSAH) d'autre part afin d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement social. L'accès à la résidence accueil n'est en aucun cas subordonné à la reconnaissance du handicap par la M.D.P.H. Néanmoins, les résidents sont guidés et soutenus dans leurs démarches administratives pour faire reconnaître leurs droits en matière de compensation du handicap, selon un plan personnalisé (orientation CDAPH pour la prise en charge par le service accompagnement).

45 places ont été installées en Haute-Normandie (1 résidence accueil sur Le Havre, 1 sur Franqueville Saint-Pierre, 1 sur Evreux)

### 1.2.3 Une présence importante de foyers de travailleurs migrants et résidences sociales

La Seine-Maritime compte 23 foyers de travailleurs migrants (FTM) et résidences sociales qui accueillent plus de 1 900 logements<sup>123</sup>. Le pourcentage de personnes de plus de 60 ans est en moyenne de 32 % et près de 17 % ont plus de 65 ans. Toutefois, des disparités importantes existent. Des FTM, n'ayant pas encore fait l'objet de transformation en résidence sociale, accueillent entre 55 % et 83 % de personnes de plus de 60 ans.

L'Eure compte 4 FTM et résidences sociales soit 709 logements. 25 % des résidents ont plus de 56 ans<sup>124</sup>.

L'ensemble des foyers de travailleurs migrants a vocation à être transformé en résidences sociales. Il s'agit, notamment, d'adapter le bâti (chambres de 7 m<sup>2</sup> voire pour certains foyers, de 4,5 m<sup>2</sup>). Toutefois, cette adaptation ne constitue pas le seul impératif pour répondre aux besoins des résidents vieillissants (problématiques de santé et dépendance).

<sup>123</sup> Données DDCS 76 – novembre 2011

<sup>124</sup> Données DDCS 27

## **1.2.4 Des inadéquations des prises en charge au sein du dispositif accueil, hébergement, insertion**

Une étude régionale menée par le CREAL en 2007<sup>125</sup> portant sur les besoins d'adaptation des prises en charge des personnes souffrant de pathologies ou de handicaps limitant leur autonomie (réalisation des actes de la vie courante) accueillies dans les structures d'hébergement et de logement temporaire a mis en évidence les éléments suivants

- vieillissement (« accéléré ») du tiers des personnes recensées,
- 31 % des personnes souffrent de handicap dû au vieillissement alors que les personnes de plus de 55 ans ne représentaient que 19 % des questionnaires,
- plus du tiers est en situation de handicap reconnue (dont 40 % au titre du handicap psychique),
- plus de 30 % avaient été hospitalisées l'année précédente en hôpital général et 12 % en hôpital psychiatrique,
- 60 % des résidents en foyers de travailleurs migrants avaient plus de 55 ans et 33 % plus de 60 ans. La réalité du vieillissement de ce public est longtemps restée dans une relative invisibilité. Il n'avait pas été envisagé que ces retraités finiraient leurs jours en France.

Une étude issue de la base SOLEN<sup>126</sup> (étude un jour donné) apporte un éclairage complémentaire à celle du CREAL quant aux besoins du public hébergé en CHRS.

50 personnes prises en charge en Seine-Maritime, dont 30 sur le secteur de Rouen-Elbeuf, relevaient d'une « structure médico-sociale pour grands exclus ». Cette catégorie d'établissement n'existe pas en tant que telle. Néanmoins, cette question a le mérite de chiffrer les situations « incasables ». En plus de ces 50 personnes, 14 relevaient d'un établissement pour personnes âgées et 15 d'un établissement classique pour personnes en situation de handicap.

En septembre 2011, il est estimé qu'environ 110 places d'hébergement en Seine-Maritime sont occupées en permanence par des personnes relevant de structures médico-sociales<sup>127</sup>.

Les dispositifs du secteur social ne sont pas adaptés pour ces personnes souvent très isolées (réseau familial souvent inexistant) qui ont par ailleurs des difficultés à accéder à des structures ou des services adaptés à leur handicap... parce que ce sont des personnes qui ont des parcours qui les désignent (à juste titre ou non) comme « à problèmes » (alcool), inadaptées aux règles de vie ; alors qu'ils deviennent eux-mêmes très vulnérables dans les centres d'hébergement et à plus forte raison dans la rue... et qu'aucune possibilité d'accès au logement n'est envisageable.

Le patrimoine immobilier des CHRS et FTM est globalement inadapté aux personnes âgées dépendantes et personnes en situation de handicap. Enfin, les personnels de ces structures ne sont pas missionnés ni qualifiés pour accompagner et prendre en charge ce public.

## **1.3 Précarité et santé**

### **1.3.1. La santé des personnes en situation de précarité**

De manière générale, il est constaté une dégradation globale plus rapide de la santé des publics en grande précarité,

- avec des taux de mortalité très supérieurs à ceux de la population générale,
- avec une présence plus fréquente de certaines pathologies,
- mais aussi une importance des addictions et des troubles psychiatriques,
- pour les publics à la rue, une exposition à la violence qui a des conséquences sur la santé (traumatologie),

<sup>125</sup> Analyse de l'inadaptation de la prise en charge des personnes à autonomie réduite dans les structures d'hébergement temporaire - DRASS de Haute-Normandie. Données recueillies en octobre/novembre 2006 auprès des CHRS et des FTM de la région sur la base d'un questionnaire rempli conjointement par la personne enquêtée et son travailleur social référent 173 questionnaires recueillis sur la région, dont 130 en Seine-Maritime.

<sup>126</sup> SOLEN – étude un jour donné – le 9 juin 2008

<sup>127</sup> Extrait note d'approfondissement du PDAHI de Seine-Maritime

- un accès aux soins chaotique entraînant des retards dans le diagnostic, une prise des traitements parfois aléatoire...
- un vieillissement prématuré, une perte d'autonomie importante pour une partie de ces publics...

### **Etude « conduites addictives et personnes hébergées en CHRS » (ORS 2010<sup>128</sup>)**

Les personnes en situation de grande précarité sont particulièrement exposées aux problématiques addictives.

Ainsi, parmi la population enquêtée, 73% des personnes sont concernées par une consommation de produits psycho-actifs. L'alcool représente le produit le plus significatif puisqu'il affecte l'autonomie de 49.7% de la population totale hébergée.

L'incapacité à prendre en charge correctement les personnes atteintes par le syndrome de Korsakoff illustre l'importance de cette problématique pour les usagers et pour les équipes qui les accompagnent.

Outre l'impact sur la santé, ces consommations constituent un obstacle majeur dans le parcours de vie : la consommation d'alcool est notamment invoquée pour justifier un refus d'admission (voire une fin de prise en charge) au sein des structures de droit commun répondant aux problématiques de handicap et de vieillissement.

### **Accès aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des résidents des FTM**

Les difficultés rencontrées par les résidents de FTM sont nombreuses : santé prématurément dégradée, problèmes d'accès aux droits et aux soins, isolement et mauvaises conditions de logement.

Par ailleurs, pour des raisons financières et culturelles, les travailleurs migrants âgés nécessitent d'être accompagnés dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins. Ils peuvent être réticents à la mise en place de soins et d'aide à domicile.

De même, les services d'aides à domicile sont confrontés à de multiples obstacles : matériels (chambres exigües ou partagées), appréhensions d'ordre culturel, réticences à pénétrer un univers masculin ghettoisé.

Ces mêmes craintes de la part des travailleurs migrants âgés et les représentations des professionnels des ESMS freinent l'accès en EHPAD.

## **1.3.2. Des dispositifs d'accès aux soins en faveur du public précaire en développement depuis une dizaine d'années**

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions pose le principe du caractère prioritaire de la politique d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies caractérisée par deux dispositions principales :

- La mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS).
- La réaffirmation de la mission sociale de l'hôpital.

### **Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies**

Les PRAPS de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> génération ont soutenu des actions en faveur de l'accès aux droits, aux soins des personnes démunies : promotion et éducation à la santé, actions visant à articuler le sanitaire et le social afin d'assurer une réponse globale à la personne, accompagnement santé/social des personnes précaires (cf. bilan du PRAPS).

Des actions visant à mettre en œuvre les objectifs opérationnels du S.R.O.M.S. en faveur des publics démunis seront intégralement pilotées au sein de ce programme.

<sup>128</sup> [http://www.orshn.fr/NosTravaux/Etudes/rapportpdf/2010/CHRS/chrsredac2\\_pdf.pdf](http://www.orshn.fr/NosTravaux/Etudes/rapportpdf/2010/CHRS/chrsredac2_pdf.pdf)

## **La mission d'intérêt général « prise en charge spécifique des patients en situation de précarité »**

Le décret du 13 mars 2009 définit la mission d'intérêt générale (MIGAC) relative à « la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité ». La dotation allouée aux établissements de santé est calculée sur la base de critères<sup>129</sup>. Il s'agit de prendre en compte, d'une part, l'impact structurel lié à l'obligation pour l'établissement de mobiliser des moyens humains et matériels renforcés, et d'autre part, l'impact sur les soins liés notamment à l'augmentation des durées moyennes de séjour des patients les plus précaires.

Plus globalement, les missions d'intérêt général doivent faire l'objet d'une contractualisation (description des moyens de mise en œuvre, des objectifs de qualité et des indicateurs de résultats attendus).

### **Douze permanences d'accès aux soins de santé**

Douze permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont financées par une MIG spécifique en Haute-Normandie (Rouen, Elbeuf, Le Havre, Dieppe, Fécamp, Lillebonne, Evreux, Pont-Audemer, Vernon, Louviers, Gisors). Il s'agit, en règle générale, d'équipes pluridisciplinaires constituées de professionnels paramédicaux, médicaux et travailleurs sociaux, dont les missions sont les suivantes

- observation,
- accès aux droits,
- accès aux soins,
- prise en charge sociale,
- prévention.

Un travail est en cours afin de (re)mettre en place les comités de pilotage des PASS, désigner un « référent clé » de la PASS (référentiel DHOS – référents médical, paramédical, social, administratif) et élaborer un document régional synthétisant l'activité des PASS.

### **Quatre équipes mobiles de psychiatrie précarité**

Quatre équipes mobiles de psychiatrie précarité ont également été développées en Haute-Normandie (Rouen, Le Havre, Dieppe, Evreux<sup>130</sup>). Elles font suite à l'émergence et la reconnaissance du malaise dans le travail social lié à de nouvelles formes d'expression des troubles psychologiques et psychiatriques liés à la précarité.

Ces équipes ont pour mission de :

- « aller vers » les publics en situation de précarité/d'exclusion afin d'identifier les besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de droit commun. L'objectif étant de favoriser l'accès aux soins, la prise en charge et la continuité des soins dans sa dimension psychiatrique.
- soutenir les travailleurs sociaux ou équipes médico-sociales confrontés à ces situations de vulnérabilité sociale et psychique et aux pathologies psychiatriques.

Un réseau régional action psychiatrie précarité a été créé en Haute-Normandie pour harmoniser les pratiques et interventions sur l'ensemble de la région.

La priorité porte également sur les liens à renforcer entre activité de secteur, équipe mobile et le secteur social.

### **Un développement encore insuffisant des dispositifs d'hébergement santé / précarité**

Les lits haltes soins santé (LHSS) sont des établissements médico-sociaux dont la mission est de

<sup>129</sup> Circulaire du 17 mars 2009 – critères : CMU/CMUC, AME/AMESU

<sup>130</sup> UMAPPP Rouen, Respire Evreux, EMPSM Le Havre, EMPP Dieppe

dispenser aux personnes sans domicile des soins médicaux et paramédicaux, dont ils bénéficieraient s'ils disposaient d'un domicile. Il s'agit d'une prise en charge de courte durée (2 mois) répondant à des problématiques sanitaires ponctuelles.

La Haute-Normandie compte 26 LHSS

- 10 sur l'agglomération de Rouen ;
- 4 au Havre
- 4 à Dieppe
- 2 à Elbeuf
- 6 à Evreux

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont destinés à l'hébergement, à titre temporaire, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ils ont vocation à répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie chronique.

Le dispositif régional compte 30 places

- 9 au Havre
- 3 à Dieppe
- 3 à Elbeuf
- 4 à Val-de-Reuil
- 6 à Evreux
- 5 à Rouen (installation prévue en décembre 2011)

### Le dispositif d'addictologie

Il s'adresse également aux personnes en situation de précarité.

Il compte en Haute-Normandie 19 CSAPA (centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et 5 CAARUD (centre d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues).

Certains acteurs du champ de l'action sociale ont développé des compétences spécifiques aux pratiques addictives des publics précaires notamment en matière de formation des personnels des structures sociales : service santé de l'O.H.N. sur l'agglomération de Rouen, association Inersanté en Seine-Maritime.

## 1.4 Problématiques repérées et apport qualitatif des groupes de travail

Les échanges menés au sein des groupes de travail ont permis de repérer des points forts (leviers d'action) et points faibles.

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<b>Parcours de vie et de soins de la personne démunie</b>	
<p>Nombreux acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux sur les territoires de santé et de proximité où sont implantées les structures relevant du dispositif accueil hébergement insertion</p>	<p>La notion de parcours de vie de la personne démunie est aujourd'hui mise en échec par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'inscription par défaut dans le dispositif AHL qui, en plus d'être inadapté, s'avère souvent être une « voie de garage » (accueil de personnes avec une problématique sanitaire dans l'attente d'une solution hypothétique ; or, une prise en charge inadaptée en CHRS peut renforcer ces difficultés)</li> <li>- la succession de dispositifs couvrant partiellement les besoins de personnes dans le cadre d'accompagnements ponctuels alors qu'il faudrait tisser un accompagnement social, médico-social, sanitaire global autour de la personne</li> <li>- pour certaines problématiques spécifiques (syndrome de Korsakoff), un défaut d'offre en l'absence de filière sanitaire et médico-sociale structurée</li> </ul>
<b>Coordination/articulation des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création des SIAO qui ont pour mission de simplifier les démarches d'accès au logement et hébergement, de coordonner les acteurs de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance des dispositifs médico-sociaux par les acteurs du dispositif accueil hébergement insertion et inversement. Au</li> </ul>

<p>la veille sociale, de l'accès au logement ; Outre confronter l'offre et la demande d'hébergement/logement, il permet une discussion partenariale des orientations. Ce dispositif peut être le support adapté à l'articulation avec les acteurs du secteur médico-social (notamment les CLIC, référents « PA/PH » des CG, E.S.M.S. PA/PH...) afin de développer une évaluation partagée et améliorer la qualité des orientations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des partenariats, conventions, ont été ponctuellement mis en place entre les acteurs du dispositif accueil hébergement insertion et des établissements de santé</li> </ul>	<p>regard de la segmentation de la prise en charge et du développement récent de nouveaux dispositifs, les professionnels sociaux, médico-sociaux, sanitaires ont besoin d'une information et d'une compréhension partagées du rôle de chacun à l'échelon du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité d'évaluer par une équipe pluridisciplinaire la personne dans son lieu de vie (et non dans le cadre d'une hospitalisation) afin de préconiser et assurer une orientation adaptée</li> </ul>
<b>Accès aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes en situation de handicap</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre médico-sociale haut-normande <ul style="list-style-type: none"> <li>o pour personnes âgées dépendantes</li> <li>o pour personnes en situation de handicap</li> </ul> </li> <li>- structuration progressive des CSAPA comme organisme ressource pour l'information, la prévention, l'accompagnement (cf. chapitre – Pratiques addictives)</li> <li>- expérimentations ponctuelles de modalités de contractualisation (ex contrat de prise en charge individuelle, conventions de partenariat) entre le secteur médico-social et sanitaire afin d'assurer l'accès, le maintien, voire le retour à l'hébergement d'origine si l'accompagnement médico-social ne répond pas au besoin de la personne. Il s'agit de rendre possible les accompagnements en organisant le partage de la prise de risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance du public des CHRS et représentation qui freinent l'accès aux E.S.M.S. (ex. alcool)</li> <li>- Besoin d'un examen attentif des demandes de dérogation d'âge pour accéder en EHPAD pour les personnes précaires présentant un vieillissement prématuré (moins de 60 ans)</li> <li>- Les E.S.M.S. PA/PH (excepté un projet d'EHPAD sur Le Havre qui prévoit la création d'une unité de vie spécialisée) n'ont pas pris en compte l'accompagnement des personnes vieillissantes des CHRS et FTM au sein de leur projet d'établissement (ex. admission, modalités de prise en charge, cohabitation entre une personne âgée et une personne connaissant un vieillissement prématuré...)</li> <li>- Les équipes médico-sociales des E.S.M.S. PA/PH ne sont pas sensibilisées et formées à l'accueil et l'accompagnement des personnes démunies</li> <li>- Besoin d'améliorer les liens avec la psychiatrie</li> <li>- Besoin d'un référent assurant l'orientation, l'accès et le maintien de la personne démunie au moment de son entrée en établissement</li> <li>- Nécessité de prendre en compte les besoins d'accompagnement des personnes âgées d'origine migrantes résidant en FTM</li> </ul>
<b>Accès aux droits et aux soins</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement de douze PASS en Haute-Normandie et travail régional en cours</li> <li>- Quatre équipes mobiles psychiatrie précarité et un réseau régional</li> <li>- développement des équipes de liaison hospitalières en addictologie afin de couvrir l'ensemble des services des centres hospitaliers, y compris psychiatrie</li> <li>- Articulation S.R.O.M.S./PRAPS</li> <li>- Existence de CLIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoin de compétences médicales au sein des PASS</li> <li>- Besoin de réinterroger le positionnement des PASS (conforter leur rôle de porte d'entrée vers le système de santé), d'harmoniser les organisations et les pratiques</li> <li>- Nécessité « d'aller vers » la personne démunie afin de démystifier le sanitaire, et notamment le soin psychiatrique. Besoin d'assurer des permanences au sein des CHRS</li> <li>- Nécessité de préparer la sortie d'hospitalisation en amont</li> </ul>

## 2. Objectifs opérationnels et actions

---

Les objectifs opérationnels et actions présentés dans le tableau ci-après visent à répondre aux enjeux suivants :

- Renforcer la connaissance mutuelle des dispositifs et acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires,
- Garantir l'accès des personnes les plus démunies à une évaluation sociale, médico-sociale et psychiatrique dans leur lieu de vie et à une orientation pluridisciplinaire,
- Développer un dispositif d'appui afin d'apporter les garanties nécessaires au maintien de la personne démunie en ESMS,
- Adapter l'accompagnement aux besoins spécifiques des personnes démunies en ESMS et en établissements sanitaires.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	S.R.P.	S.R.O.S.	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
<b>OBJECTIF N°1 : RENFORCER LA CONNAISSANCE MUTUELLE DES DISPOSITIFS ET DES ACTEURS DU CHAMP SOCIAL, SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL ET DEFINIR LES ARTICULATIONS CONCRETES</b>						
Elaborer un outil commun d'information et de communication (annuaire et cartographie des services)– support : portail internet A.R.S.	Région				PDAHI 76 et 27	Création de l'outil et mise à jour
Favoriser les rencontres entre les structures d'hébergement, les CLICs, les unités territoriales d'actions sociales des départements, la MDPH et les E.S.M.S. PA-PH- addictologie	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	×		Mise en œuvre (PRAPS)	PDAHI 76 et 27	Temps de concertation au sein des instances existantes en comité de veille sociale...
Intégrer dans les contrats de locaux de santé, les projets et actions en direction des populations démunies	CODAH, Dieppe, Evreux, Elbeuf		×	×	DRJSCS DDCS	Intégration des actions vers les populations démunies dans les CLS
<b>OBJECTIF N°2 : DEVELOPPER UNE EVALUATION ET UNE ORIENTATION PLURIDISCIPLINAIRE (SOCIALE, MEDICO-SOCIALE, PSYCHIATRIQUE...) ET REACTUALISEE</b>						
Développer les sessions médico-sociales du SIAO pour permettre l'orientation des personnes vers les E.S.M.S. PA-PH et dispositifs médico-sociaux d'hébergement (LHSS, appartements de coordination thérapeutique, appartements relais CSAPA)	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe				PDAHI 76 et 27 et volet Addicto	Nombre de personnes orientées
Mettre en place des formations pluri-professionnelles et pluridisciplinaires relatives aux dispositifs médico-sociaux, aux outils d'évaluation PA (AGGIR), PH (GEVA), à l'accueil du public démunie dans le cadre des plans de formations des établissements (en collaboration avec les OPCA) et projets de territoire	Rouen, Le Havre, Dieppe	×			PDAHI 76 et 27	Nombre de formations
Poursuivre les actions d'accompagnement santé-social menées au sein des foyers de travailleurs migrants (prévention, accès aux droits et aux soins, médication) dans le cadre du référentiel partagé de l'accompagnement	Ter. de proximité Rouen, Le Havre, Evreux, Vernon	×		Mise en œuvre (PRAPS)	PRIPI	Indicateur PRAPS

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	S.R.P.	S.R.O.S.	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
Formaliser des conventions de partenariat entre établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires afin d'assurer les articulations	4 territoires de santé			×	PDAHI 76 et 27	Nombre de conventions signées
<b>OBJECTIF N°3 : APPUYER LES EQUIPES SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES ET APPORTER LES GARANTIES NECESSAIRES POUR RENDRE ACCEPTABLE L'ACCUEIL ET LE MAINTIEN DES PERSONNES DEMUNIES EN E.S.M.S.</b>						
Formaliser dans chaque projet d'établissement, social, médico-social le positionnement d'un référent en charge de préparer l'orientation en E.S.M.S. PA/PH et s'assurer, à l'entrée, des conditions de l'accompagnement de la personne démunie	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	×			PDAHI 76 et 27	Nombre de référents
Permettre des accueils et hébergements temporaires en E.S.M.S. PA/PH afin d'expérimenter et répondre au projet de vie de la personne démunie / Définir des modalités permettant un retour au sein de leur hébergement d'origine si la prise en charge en E.S.M.S. PA/PH n'a pas répondu aux besoins de la personne démunie dans le cadre de contrat de prise en charge individuel	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	×			PDAHI 76 et 27	Nombre de personnes orientées en hébergement temporaire
Renforcer le dispositif d'appui avec l'intervention des CSAPA auprès des professionnels et publics admis en E.S.M.S PA/PH	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	×			PDAHI 76 et 27	Nombre d'interventions
Assurer le déploiement de l'équipe mobile psychiatrie précarité RESPIRE pour couvrir les besoins du public sur l'ensemble du département de l'Eure	Dpt 27			×		Couverture du département (% de la population générale)
Elaborer un projet commun entre l'équipe mobile psychiatrie précarité et le CHRS afin de définir les modalités d'intervention auprès du public et l'appui aux équipes	Terr. de proximité Dieppe			×	PDAHI 76 et 27	Convention entre le CHRS et l'équipe mobile
<b>OBJECTIF N°4 : ADAPTER LES STRUCTURES SOCIALES, SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES AFIN DE REpondre AUX BESOINS ET PROJET DE VIE DE LA PERSONNE DEMUNIE</b>						
Définir et structurer au sein des projets d'établissements et services PA-PH un accompagnement adapté des personnes des CHRS et	Dpt 27, territoire de	×				Révision des projets d'établissement

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	S.R.P.	S.R.O.S.	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
des FTM (politique d'admission, modalités d'accompagnement...)	santé Rouen, Le Havre, Dieppe					
Prioriser la couverture des besoins du public vieillissant hébergé en CHRS et FTM dans le cadre du plan de développement des places de SSIAD et SPASAD	Ter. de proximité Rouen, Le Havre, Elbeuf, Evreux, Vernon	×				Prise en compte de ce public dans les appels à projet
Soutenir les projets hauts-normands pour l'attribution de lits d'accueil médicalisés (expérimentation sous pilotage national)	Territoires de santé de Rouen, Le Havre, Evreux					Nombre de places créées
Evaluer les dispositifs LHSS et ACT et les besoins supplémentaires de développement	Région					Rapport d'évaluation
Soutenir la candidature du RRAPPP pour la mise en œuvre du dispositif « un chez soi d'abord » (expérimentation sous pilotage national)	Territoire de santé de Rouen					Création
Mettre en place un groupe de travail pour la structuration d'une filière d'accompagnement et de soin concernant le syndrome de Korsakoff	A déterminer			Mise en œuvre		
Organiser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les ESSMS disposant de LHSS	4 territoires de santé			Mise en œuvre		
Organiser une réflexion sur les critères de dérogation d'âge en lien avec les Départements 76 et 27	Région	×				Mise en place d'un groupe de travail
Harmoniser le fonctionnement des PASS et amorcer la réflexion sur leur médicalisation (consolider les équipes pluridisciplinaires par l'intégration de médecins au dispositif/groupe de travail national)	Terr de proximité Rouen, Le Havre, Dieppe, Fécamp,			×	MSP	Indicateur SRP

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation
		Schémas départementaux	S.R.P.	S.R.O.S.	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation
	Pont-Audemer, Evreux, Elbeuf					
Formaliser par les établissements de santé bénéficiaires de la MIG précarité, les moyens mobilisés pour la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité (moyens mis en œuvre, objectifs de qualité, indicateurs)	4 territoires de santé			× MSP		Inscription dans les CPOM
Rédiger des protocoles entre établissements sociaux et de santé (généralistes et psychiatriques) veillant à organiser en amont la sortie de la personne démunie	4 territoires de santé			× MSP	Mise en œuvre PDAHI	Inscription dans les CPOM

⑥ **Qualité, performance,  
efficacité des services et  
établissements médico-  
sociaux**

## **Au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la performance vise à :**

---

- améliorer l'état de santé de la population,
- répondre aux attentes des personnes,
- et assurer un financement équitable.

Ces objectifs impliquent

- une évaluation et réévaluation pluridisciplinaire sur le lieu de vie de la personne
- la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge (à l'entrée, en cours de prise en charge et à la sortie) au regard des attentes de la personne et de son environnement (projet de vie et de soins individualisée et projet d'accompagnement personnalisé),
- un déclouement de l'ensemble des acteurs (sociaux, médico-sociaux, sanitaires) d'un territoire pertinent lié au parcours de vie de la personne et dans le respect de la singularité des professionnels (coopération),
- L'observation, la définition d'indicateurs pertinents et systèmes d'information en tant qu'outils d'aide à la décision et de prospective,
- Une politique de ressource humaine (formation initiale et continue, gestion prévisionnelle des emplois et compétences...),
- Une politique patrimoniale (adaptation du bâti...),
- L'équilibre budgétaire et des structures financières.

## **1. Qualité de l'accompagnement et de la prise en charge au sein des établissements et services médico-sociaux**

---

### **1.1. Renforcer la politique de ressources humaines**

Le Volet ressources humaines – démographie médicale est traité dans le PRS et dans le cadre d'un plan d'action détaillé.

La question des ressources humaines se pose de manière prégnante pour les E.S.M.S. :

- difficulté de recrutement de certaines professions, et plus particulièrement les métiers de la rééducation (aide-soignant, aide médico-psychologique, infirmier...), ainsi que les directeurs d'établissements et services médico-sociaux ;
- gestion des prévisionnelle des emplois et compétences.

#### **1.1.1. La formation des professionnels**

Il s'agit de

**Favoriser les recrutements, la stabilisation des professionnels médicaux et non médicaux dans la région, les acquisitions et le développement permanent des compétences** - Actions volontaristes en matière de formation initiale non médicale

- Augmenter les quotas d'Institut de formation des masseurs kiné (IFMK), ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, infirmier en accord avec le conseil régional. et/ou l'université.
- Développer des modes de formation innovants comme les contrats de formation sanitaire (apprentissage) en partenariat étroit avec les orientations du contrat de plan régional de développement des formations du Conseil régional, les organismes paritaires collecteurs agréés Association nationale pour la formation des personnels hospitaliers (ANFH), UNIFAF...sur les métiers de la santé comme IDE, masseurs-kinésithérapeute, ergothérapeute...

## Contribuer de façon volontariste à la professionnalisation des acteurs de santé

- Suivre et analyser les enquêtes sur les métiers en tension tant dans les champs sanitaire que médicosocial afin de contribuer à l'actualisation du contrat de plan régional de développement des formations (CPRDF) et des appareils de formations
  - Réalisation d'une enquête métiers en tensions champ sanitaire, résultats fin premier trimestre 2012
  - Réalisation d'une enquête métiers en tension champ médico-social personnes âgées, résultats fin troisième trimestre 2012
  - Réalisation d'une enquête métiers en tension champ médico-social personnes handicapées, résultats fin premier trimestre 2013
- Contribuer au développement et à l'adaptation des appareils de formation pour les métiers en tension, notamment ceux de la rééducation (Kiné, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, cadre de santé)
  - Accompagnement du projet d'augmentation des quotas des formations de la rééducation
  - Evaluer l'universitarisation de la formation Infirmier diplômé d'état,
  - Développer et soutien des voies de formation par Contrat de formation sanitaire...

## Valoriser les professionnels du secteur médico-social et rendre attractif, notamment, les métiers de la gérontologie

### 1.1.2. Gestion Prévisionnelle des emplois et des compétences

Compte tenu des évolutions importantes que connaissent les établissements de santé et leurs conséquences sur la gestion des ressources humaines, le Ministère de la santé propose un accompagnement financier dans la mise en œuvre d'une gestion des métiers et des compétences. L'objectif est d'apporter un soutien aux établissements afin d'initier les étapes nécessaires à une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

Il a été confié aux ARS la décision d'attribution de fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) via une instruction ministérielle en 2010 et en 2011.

L'ARS de Haute-Normandie en partenariat avec l'ANFH depuis 2010, a mis en place une démarche régionale de GPMC en concertation avec les établissements de santé publics et privés, et a initié un projet à titre expérimental avec 11 EHPAD autonomes publics qui s'engageront dans la mise en place de la GPMC au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012 avec l'aide d'un consultant financé par l'ARS et des formations financées par l'ANFH. L'extension aux établissements médico-sociaux s'appuiera sur cette expérimentation, dans la mesure où une enveloppe sera attribuée sur ce secteur.

Les « têtes de réseaux » apportent un appui au développement de démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Ainsi, l'URIOPSS Haute-Normandie, sur un financement de la DIRECCTE Haute-Normandie, a accompagné plus de 40 associations du secteur sanitaire, social et médico-social depuis 2004 et créés des outils de gestion des ressources humaines adaptés.

### 1.1.3. Contrat locaux d'aménagement des conditions de travail (CLACT)

En 2007 l'ARH puis en 2010 et 2011, l'ARS cofinance des actions d'amélioration des conditions de travail sous réserve de la signature d'un contrat entre l'établissement de santé et les organisations syndicales représentatives. La répartition des crédits de l'enveloppe régionale consacrée au CLACT se fait dans le cadre d'un appel à projet sur la base d'une instruction ministérielle concernant les établissements publics de santé et les établissements de santé publics d'intérêt collectif (ESPIC).

Cette procédure pourra être appliquée aux établissements médico-sociaux dès lors qu'une enveloppe sera déléguée en région pour financer l'axe amélioration des conditions de travail.

Enfin, lorsqu'une enveloppe de crédits sera fléchée en faveur des ressources humaines des

établissements médico-sociaux, des actions en faveur de la promotion professionnelle ou de la mobilité pourront-être envisagés au même titre que les établissements de santé.

## **1.2. Promouvoir la bientraitance**

Dans la continuité des actions en faveur de la bientraitance engagées depuis les années 2000<sup>131</sup>, une circulaire du 23 juillet 2010 vise à renforcer de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et personnes handicapées et le développement de la bientraitance dans les E.S.M.S. relevant de la compétence des A.R.S. Cette circulaire fixe, notamment, trois objectifs :

- améliorer la détection et le signalement des situations de maltraitance
- renforcer l'efficacité, et la fréquence des contrôles et l'accompagnement des E.S.M.S.
- améliorer la connaissance de la maltraitance.

Le pilotage de ces politiques dans le champ médico-social relève de l'A.R.S. en concertation avec les préfets de département, les conseils généraux et la D.R.J.S.C.S.

Concernant les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les Départements se sont engagés dans une politique de professionnalisation des intervenants à domicile et de l'encadrement (formations, procédure de traitement des signalements de suspicion de maltraitance).

### **1.2.1. Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité - Evaluation interne et externe**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a promu le droit des usagers et décliné sept outils<sup>132</sup> afin d'en garantir la mise en œuvre et prévenir tout risque de la maltraitance. Elle introduit également une obligation d'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par l'E.S.M.S. au regard des procédures, références et pratiques professionnelles définis, notamment, par l'ANESM. Plus globalement, la démarche d'évaluation s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de recherche d'efficience et de performance des organisations.

Le renouvellement total ou partiel de l'autorisation est subordonnée aux résultats de cette évaluation externe qui doit être réalisée par un organisme ayant obtenu une habilitation de l'ANESM.

Parmi les 500 structures médico-sociales en Haute-Normandie relevant de la compétence exclusive de l'A.R.S. ou conjointe A.R.S./Conseil général, 200 établissements et services, dont l'autorisation initiale expirera le 2 janvier 2017, sont tenus d'adresser leurs résultats d'évaluation interne avant le 31 décembre 2013 et externe avec le 31 décembre 2014.

#### **Etat des lieux des évaluations internes et externe menées au sein des ESMS<sup>133</sup> :**

- 60 % des ESMS accueillant des personnes handicapées ont conduit (ou sont en cours) une évaluation interne ; 1% ont réalisé une évaluation externe
- 51 % des SSIAD et SPASAD ont menés (ou sont en cours) une évaluation interne ; 7% ont réalisé une évaluation externe.

Un recensement identique auprès des établissements pour personnes âgées dépendantes doit être réalisé par l'ARS en 2012.

<sup>131</sup> Plan de développement de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et personnes handicapées, Circulaire du 15 octobre 2008 prévoyant la mise en place dans les EHPAD une démarche d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance reconduite en 2010

<sup>132</sup> Outils de la loi 2002-2 : le projet d'établissement, le livret d'accueil comportant en annexe la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge, le conseil de la vie sociale, la conciliation par une personne qualifiée.

<sup>133</sup> Etat des lieux du déploiement au 31 octobre 2011 – 98 % des ESMS accueillant des personnes handicapées et 96 % des SSIAD et SPASAD au recensement réalisé par l'ARS

L'étude des rapports d'évaluation interne transmis par les E.S.M.S. à l'A.R.S. de Haute-Normandie met en évidence que cette démarche :

- constitue un outil de management qui permet d'associer l'ensemble des professionnels à une réflexion porteuse de sens. Les premières réticences des professionnels sont dépassées par les explications transmises par la direction et les conseils d'administration.
- questionne les pratiques professionnelles, les relations usagers/professionnels (cf. 1.1.2. gestion des plaintes et signalement).
- permet de définir des axes d'amélioration de la qualité de la prise en charge (ex. édition de procédures, des outils de la loi 2002-2...)
- questionne l'organisation de l'établissement ou service et ses relations avec l'environnement.

L'évaluation interne sera systématiquement intégrée aux démarches de contractualisation avec l'A.R.S. (CPOM, et conventions tripartites).

### **1.2.2. Améliorer la détection et accompagner la gestion des plaintes et signalements**

Un observatoire régional des plaintes, auquel sont associés les conseils généraux de l'Eure et de Seine-Maritime, est réuni chaque mois. Le traitement à la fois régionalisé et partagé des plaintes et réclamations permet le partage des informations, professionnalise l'instruction des plaintes et favorise le repérage des risques

L'année 2010 a été marquée par un maintien du nombre de plaintes. Ces 100 plaintes concernent à

- 35 % des difficultés de prise en charge (ex. manque de surveillance médicale et paramédicale, délais de prise en charge trop longs, qualité de l'accueil du patient et de la famille),
- 18 % des phénomènes de maltraitance,
- 9 % des agressions sexuelles,
- 9 % des difficultés d'origine médicale.

48 % des plaintes concernent les établissements pour personnes âgées dépendantes. Une seule plainte a concerné un E.S.M.S. du secteur addictologie.

L'activité d'inspection et d'évaluation porte sur des thèmes et établissements inscrits au programme annuel auquel s'ajoutent les inspections non programmées diligentées suite à des événements signalés ou des plaintes d'une gravité particulière. En 2010, les inspections suivantes ont été menées sur le secteur médico-social

- 4 établissements pour l'enfance handicapée ou les enfants présentant des difficultés d'adaptation
- 3 établissements pour adultes handicapés
- 7 établissements pour personnes âgées.

A terme, il est envisagé d'utiliser l'inspection comme un outil de prévention et d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement.

### **1.3. Améliorer la qualité de l'hébergement**

La modernisation du patrimoine existant reste un sujet d'actualité en Haute-Normandie (chambres multiples, vétusté des bâtiments...).

L'ARS veillera à favoriser la mise en œuvre des projets de réhabilitation et de reconstruction en

- mobilisant le PAI et les autres aides financières, notamment les Prêts locatifs sociaux gérés par la DREAL (dans la limite des enveloppes disponibles)
- limitant l'impact des opérations d'investissement sur les prix de journées acquittés par les résidents ou sur les budgets de fonctionnement (provisions réglementées),

- assurant une fonction de veille sur l'évolution des concepts architecturaux permettant d'intégrer au mieux les différentes contraintes : environnementales (développement durable, accessibilité, économie d'énergie...), financières et respect du projet de vie.
- incitant la mutualisation des compétences et des savoir-faire techniques aux différentes étapes du projet architectural par des coopérations inter établissements (depuis l'étude de faisabilité jusqu'au suivi des travaux),

## 2. L'efficience des établissements et services médico-sociaux

### 2.1. Définir des Indicateurs physico-financiers pertinents

La définition d'indicateurs physico-financiers est une priorité fixée par la CNSA. De même, l'A.N.A.P. expérimente un tableau de bord de pilotage pour les E.S.M.S. pour personnes âgées et personnes en situation de handicap qui couvre 4 domaines (prestations de soins et d'accompagnement, ressources humaines et matérielles, équilibre financier et budgétaire, ouverture de l'établissement sur son environnement, coopération et réponses aux priorités des politiques publiques).

L'A.R.S. a mis en place au début de l'année 2011 un groupe de travail régional associant les représentants des fédérations médico-sociales et les « têtes de réseau » afin de déterminer des indicateurs physico-financiers, en nombre limités et pertinents, sur le secteur handicap.

Ces indicateurs sont des outils de comparaison de la gestion budgétaire, comptable et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ils servent à comprendre leurs coûts de fonctionnement, à comparer un même type d'établissements ou de services et à connaître les évolutions. Ils permettent d'établir un dialogue sur des critères objectifs lors de la procédure de financement des établissements médico-sociaux et d'améliorer la performance de l'allocation de ressources.

Ces indicateurs s'appuient sur les sources existantes, notamment les systèmes d'information partagés avec les E.S.M.S.

Des données ont pu être extraites de l'application REBECA<sup>134</sup> (ex. coût à la place, taux d'encadrement..) et présentées au membre du groupe de travail. Néanmoins, les données régionales ne sont pas fiables car l'ensemble des items ne sont pas remplis par les établissements et services médico-sociaux. En outre, ces données nécessitent d'être complétées par des indicateurs pertinents (ex. taux d'encadrement, éducatif, médical, paramédical, coût de transport pour les Instituts médico-éducatifs, coût de l'immobiliser...)

La définition d'indicateurs partagé est un pré-requis à la mise en œuvre des outils de contractualisation.

### 2.2. Généraliser la contractualisation

La démarche de contractualisation est l'un des outils majeurs à dispositions des acteurs du champ médico-social et de l'A.R.S. pour atteindre les objectifs de qualité, d'efficience et de performance.

La loi HPST du 21 juillet 2009 consacre le principe de la démarche de contractualisation<sup>135</sup>. Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) se situe au premier rang de ces outils contractuels puisqu'il devient un outil de pilotage majeur de l'organisation des soins pour une meilleure régulation territoriale de l'offre de santé tant sur les plans organisationnels que financiers.

La signature de conventions triparties pluriannuelles (A.R.S./Conseil général/EHPAD) constitue une obligation réglementaire<sup>136</sup>. Cet objectif a été réalisé puisque 100 % des EHPAD dispose d'une convention.

<sup>134</sup>REBECA permet la remontée informatisée d'informations budgétaires et d'activité issues des comptes

<sup>135</sup> Article L 313-11 du CASF

<sup>136</sup> L 313-12 du CASF

Des CPOM ont été conclus depuis 2008 avec des gestionnaires d'établissements et services du secteur Handicap. Le secteur addictologie n'a pas encore développé une démarche de contractualisation

### Etat des lieux des contrats signés

	CTP avec les EHPAD	CPOM avec les ESMS pour Personnes Handicapées <sup>137</sup>
Nombre de conventions signées	138	4 gestionnaires (29 établissements)
% de lits ou places couverts	100 %	16 %

36 conventions, dont la date d'échéance est antérieure à 2011, sont à renouveler

### Focus sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Ces contrats, d'une durée maximale de 5 ans, permettent la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Le CPOM est élaboré dans le cadre d'un diagnostic partagé afin de déterminer des objectifs stratégiques et opérationnels déterminés selon les points faibles et forts de la structure.

Les thèmes couverts sont :

- Les prestations d'accompagnement aux personnes : notamment, mise en adéquation des agréments et des orientations, personnalisation des droits des usagers et capacité de réponse aux besoins et à leurs évolutions.
- La qualité et l'efficacité : démarche d'amélioration continue de la qualité, efficacité des organisations, performance de la gestion financière (ex. optimisation et mutualisation des ressources)...
- L'inscription de l'établissement ou du service dans la dynamique territoriale : notamment la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu ; sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement

Les objectifs doivent assortis d'indicateurs de suivi pertinents.

Ces CPOM concernent des établissements et services relevant de la compétence de l'A.R.S.. Lorsque l'organisme est également gestionnaire d'établissement ou services relevant d'une compétence conjointe avec les conseils généraux, ceux-ci sont associés à la démarche d'élaboration.

L'analyse des premiers CPOM concluent en Haute-Normandie met en évidence qu'il s'agit d'un outil :

- d'échange entre le gestionnaire d'établissements et services et les autorités de tarification dès le diagnostic mais également dans le cadre du suivi annuel des objectifs,
- stratégique de pilotage,
- de mutualisation de compétences inter-établissements et de recherche d'économie,
- de rééquilibrage de moyens (notamment entre établissements et services de la structure gestionnaire).

Toutefois, la démarche d'élaboration est longue et nécessite un meilleur accompagnement méthodologique et l'élaboration d'outils (tableaux de bords et indicateurs de suivi) plus performants.

Ainsi, le SROMS préconise la mise en place de CPOM de 2e génération :

- définir la méthodologie d'élaboration des CPOM de 2e génération (cahier des charges) ;
- améliorer les outils de suivi du CPOM, notamment dans le cadre du dialogue de gestion, par une meilleure définition des objectifs, indicateurs et tableau de bord de suivi ;
- s'assurer de l'inscription dans le schéma cible d'organisation territoriale avec notamment l'engagement des établissements et services dans des démarches de coopération et de mutualisation ayant un impact sur la qualité (continuité des parcours de la personne) et l'efficacité des établissements.

<sup>137</sup> Au 31 décembre 2010

L'A.R.S. fixe un objectif de signature de CPOM avec l'ensemble des gestionnaires d'établissements et services intervenant sur le champ du handicap et addictologie. (valeur cible : 100 % à 5 ans)

## **2.3. Renforcer la coopération**

### **Modalités de coopération**

Afin de favoriser la coordination, la complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, la loi prévoit différentes formes juridiques de coopération<sup>138</sup>.

De nombreux E.S.M.S. ont établi des conventions, notamment avec des établissements sanitaires, afin de favoriser l'accès aux soins et définir les relations entre établissements (ex. entrée/sortie dans le cadre d'hospitalisation des personnes). Cependant ces documents restent parfois de simples promesses, conclus de manière ponctuelle, non actualisés et peu valorisés.

Par ailleurs, des objectifs en terme de coopération avec des partenaires extérieurs sont intégrés aux projets d'établissements, CPOM et conventions tripartites mais leur réalisation est souvent parcellaire.

Les membres des groupes de travail ont mis en évidence la nécessité de travailler de manière coordonnée afin d'éviter les ruptures des parcours des personnes, de partager les pratiques et échanger les savoirs faire. Aussi, de nombreux objectifs opérationnels du SROMS se déclinent en actions de contractualisation (ex. conventions, contrats individuels de prise en charge...).

### **Perspectives**

Le SROMS préconise la mise en place de coopérations territoriales structurées et formalisées pour répondre à des besoins multiples.

Différents outils de coopérations peuvent être mobilisés : depuis le mode de coopération fonctionnelle (convention, direction commune, groupements d'employeurs...) jusqu'à la coopération organique conduisant à la création d'une nouvelle structure juridique (groupements de coopération de type GCSMS<sup>139</sup>, fusions).

Les dispositifs envisagés de fusion doivent s'accompagner de règles et de principes reposant sur un choix consenti et constructif

L'A.R.S. accompagnera toutes les opérations qui peuvent conduire à renforcer la pérennité des ESMS.

La question de la coopération sera prise en compte dans :

- le cadre de l'élaboration des CPOM de 2<sup>e</sup> génération
- les projets d'établissements et de services
- le cadre des évaluations internes et externes
- le cadre d'opération de restructuration et de réhabilitation

Les projets de mutualisation et de regroupement seront inscrits de façon systématique dans le PRIAC.

---

<sup>138</sup>Article L 312-7 CASF

<sup>139</sup>Les GCSMS, ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires (publics, privés et privés d'intérêt collectif), les établissements publics locaux d'enseignement et les établissements d'enseignement privés et les établissements de santé. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

La Loi Foucarde du 10 août 2011, précise que le GCSMS n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social.

# ars

## **Siège régional**

ARS de Haute-Normandie  
31, rue Malouet  
BP 2061  
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02.32.18.32.18  
Courriel : [ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr)

**[www.ars.haute-normandie.sante.fr](http://www.ars.haute-normandie.sante.fr)**