

Projet de

Schéma régional de l'Organisation

Médico-Sociale

Document soumis à la consultation

7/12/2011

SOMMAIRE

1^{ère} partie : LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE DECLINE LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

1. Le SROMS s'inscrit dans les objectifs prioritaires du Plan Stratégiques Régional de Santé
2. Le SROMS est établi au regard des schémas départementaux
3. La nécessité d'adapter et d'optimiser l'offre médico-sociale au regard des enjeux du plan stratégique régional de santé et de l'analyse des besoins
4. L'amélioration de la connaissance des besoins de la population : une priorité incontournable

2^{ème} partie : LES AXES PRIORITAIRES DU SCHEMA

AXE 1 Améliorer la fluidité des parcours de vie et de soins pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Les objectifs généraux :

- Améliorer l'analyse et la hiérarchisation des besoins afin d'optimiser l'offre médico-sociale
- Soutenir la vie à domicile et optimiser la souplesse des modes d'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées
- Optimiser la prévention et l'accès aux soins
- Optimiser les réseaux de dépistage et la prise en charge précoce des situations de handicap
- Renforcer la continuité dans les parcours de scolarisation, de formation professionnelle et d'accès à l'emploi
- Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
- Evaluer la place de la région Auvergne dans le cadre du schéma national « handicaps rares »
- Prévenir la dépendance et développer des réponses adaptées aux besoins des personnes âgées
- Coordonner l'accompagnement des personnes âgées pour prévenir les situations de rupture

AXE 2 Améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité du dispositif médico-social

Les objectifs généraux :

- Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance
- Renforcer la qualité et la sécurité du service rendu aux usagers
- Accompagner la professionnalisation des acteurs et la formation continue
- Améliorer l'efficacité et encourager les coopérations
- Recomposer l'offre médico-sociale pour mieux répondre aux besoins

PREAMBULE

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a profondément modifié les modalités de l'action publique dans le domaine de la politique de santé, qui intègre non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale.

Cette transversalité dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé vise à permettre une meilleure articulation dans les prises en charge et à améliorer la fluidité du parcours de vie et de soins.

Ce schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) 2011 - 2015 a pour ambition de **favoriser l'autonomie**, tout au long de la vie, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il est construit en articulation avec le schéma régional d'organisation des soins ainsi qu'avec le schéma régional de prévention, à partir des objectifs stratégiques fixés par le Plan Stratégique Régional de Santé.

Il a été élaboré en privilégiant la plus large concertation avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap et les représentants des usagers. En particulier, la recherche de la cohérence avec les schémas départementaux d'organisation médico-sociale arrêtés par les Conseils Généraux, commandée par la loi mais plus encore par l'intérêt général et le pragmatisme, a nécessité de conduire une démarche spécifique tout au long de la procédure d'élaboration.

Ce schéma prend également en compte les plans et programmes pluriannuels nationaux en cours prévoyant des orientations ou des mesures concrètes pour améliorer la prise en charge et la vie quotidienne des personnes atteintes d'un handicap: le plan solidarité grand âge (2007 – 2012), le plan Alzheimer (2008 – 2012), le plan autisme (2008 – 2012), le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010 – 2012), le plan handicap visuel (2008 – 2011), le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées (2008 – 2014), le schéma national d'organisation social et médico-social pour les handicaps rares (2009 – 2013).

C'est donc à l'issue d'un processus novateur, particulièrement complexe, que ce premier schéma régional d'organisation médico-sociale a été élaboré.

LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE DECLINE LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

1. Le SROMS s'inscrit dans les objectifs prioritaires du Plan stratégiques Régional de Santé

Constituant le socle commun du Projet Régional de Santé, le Plan Stratégique Régional de Santé s'attache tout particulièrement à développer cette transversalité dans l'action publique. Celle-ci trouve pleinement sa place au sein du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale qui, aux termes de la loi, a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux afin de répondre aux besoins de prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

En effet, l'organisation de l'offre médico-sociale doit garantir aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de handicap, **la possibilité d'un parcours de vie et de soins sans rupture dans les prises en charge et accompagnements à toutes les périodes de la vie.**

Ce principe, affirmé avec force par le Plan Stratégique Régional de Santé, sera au cœur des préoccupations de ce schéma et en constituera le premier axe.

L'enjeu du vieillissement de la population et son corollaire, la dépendance, porté par le Plan Stratégique Régional de Santé, sous-tend une grande partie des orientations régionales portées par le SROMS pour les cinq années à venir.

Pour mieux répondre aux besoins des Auvergnats, cette offre de prise en charge et d'accompagnement doit être accessible à toute la population concernée et donc être répartie harmonieusement sur le territoire régional, en tendant à réduire les inégalités territoriales et pour répondre à des besoins bien identifiés. Il s'agit, là encore, d'un enjeu fort du Plan Stratégique Régional de Santé.

Les adaptations quantitatives de l'offre médico-sociale encore nécessaires se feront principalement en recomposant l'offre existante afin de réduire les inégalités dans la répartition territoriale, tout en veillant à ne pas en générer d'autres.

Il s'agira en outre de proposer des services de qualité au meilleur coût et dans les meilleures conditions de sécurité notamment en développant la coopération :

L'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience du dispositif médico-social est le deuxième enjeu porté par ce schéma et en constituera le deuxième axe.

Les cinq priorités stratégiques transversales auvergnates dégagées par le Plan Stratégique Régional de Santé sont ainsi déclinées autour du parcours de vie et de soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

➤ Accompagner le vieillissement

Cet enjeu stratégique pour l'Auvergne se doit de constituer un point marquant du SROMS, fortement articulé avec les politiques départementales menées par les Conseils Généraux compte tenu des compétences croisées dans ce domaine. En outre, la multiplicité des intervenants auprès des personnes âgées dépendantes nécessite à l'évidence de mettre l'accent sur la coordination des structures concernées.

La prévention de la perte de l'autonomie, l'optimisation de la souplesse des modes d'accueil des personnes âgées, le soutien à la vie à domicile sous toutes ses formes sont des priorités affirmées de ce schéma.

L'organisation de filières gériatriques structurées prenant en compte les personnes âgées dans leur globalité, du domicile à l'hôpital et dans le secteur médico-social est proposée.

Mais il est également indispensable d'améliorer la coordination de l'accompagnement des personnes âgées pour prévenir les situations de rupture de prise en charge.

Cette politique doit être accompagnée d'une politique de promotion de la qualité et de la sécurité : la bientraitance notamment doit encore être développée au sein des établissements comme à domicile.

➤ Promouvoir l'autonomie et la qualité de vie

Ce schéma régional vise en premier lieu à optimiser les réseaux de dépistage et la prise en charge précoce des situations de handicap.

La continuité dans les parcours de scolarisation, de formation professionnelle et d'accès à l'emploi des personnes handicapées doit être renforcée, notamment en favorisant l'inclusion des personnes concernées.

Il s'agit également d'améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

➤ Maîtriser les risques pour la santé

L'accent est mis dans ce schéma sur l'accessibilité aux soins somatiques de premier recours des personnes en situation de handicap ainsi que des personnes âgées, qui doit encore être améliorée. La promotion de la vaccination, la prévention des risques environnementaux en lien avec les bâtiments s'inscrivent également dans la cadre de cette priorité.

La qualité des prises en charge, au travers de la lutte contre la maltraitance, des évaluations internes et externes auxquels sont soumis les établissements et services médico-sociaux, est un facteur important de la maîtrise des risques pour la santé.

➤ Éduquer à la santé dès le plus jeune âge

Tant les personnes en situation de handicap que les personnes âgées sont concernés par l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique. Ce schéma prend en compte les structures médico-sociales en tant qu'appui pour favoriser l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique, en lien avec les orientations du schéma de la prévention.

➤ Préserver la santé mentale

L'organisation de l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées et des personnes en situation de handicap est prise en compte de façon approfondie en lien étroit avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, notamment dans le cadre de la structuration des filières gériatriques et du parcours de soins des personnes en situation de handicap.

2. Le SROMS est établi au regard des schémas départementaux

S'il appartient à l'Agence Régionale de Santé d'arrêter un schéma régional d'organisation médico-sociale, la loi du 13 août 2004 a confié aux conseils généraux l'élaboration des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Aux termes de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires, le schéma régional d'organisation médico-sociale est établi et actualisé au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux.

En outre, le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé prévoit que « le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé ».

Il était donc indispensable de conduire une démarche spécifique préalable à l'élaboration du SROMS visant à assurer la cohérence entre les enjeux émergeant des schémas départementaux et les orientations du futur schéma régional.

A cette fin, l'Agence Régionale de Santé a confié au CREAHI Auvergne la mission de mettre en perspective les orientations des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS), avec les objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé.

En outre, dans ce cadre, des réunions techniques de travail ont associé les délégués territoriaux de l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne et les services des quatre conseils généraux afin d'actualiser les éléments dégagés, de faire un bilan de la mise en œuvre des schémas départementaux, de mettre en évidence les points de blocage et les leviers et de faire émerger les priorités actuelles.

Cette méthode a permis d'identifier, en amont et au cours de la réflexion globale sur les orientations du SROMS, les préoccupations communes à l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne et aux Conseils Généraux. Ces préoccupations ont été traitées par thématiques selon une logique de parcours. Ont ainsi été abordées :

- les thématiques transversales aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, avec d'une part les aspects liés au soutien pour la vie à domicile, l'aide aux aidants et l'accessibilité sociale, et d'autre part la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, qui inclut la promotion de la bientraitance, l'accessibilité des structures, la professionnalisation, la formation et la gestion des ressources humaines ainsi que le travail en réseau et les coopérations

- les thématiques relatives aux personnes en situation de handicap, sous l'angle du dépistage et de la prise en charge précoce, du parcours de scolarisation et de formation, de l'accès à l'emploi et du vieillissement, puis des typologies de handicap (autisme, autres handicaps psychiques, troubles sévères du langage notamment)
- les thématiques relatives aux personnes âgées, avec la problématique des filières gériatriques et la spécificité de la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Périodes de couverture des schémas « Personnes en situation de handicap »

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
63	Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés							
43				Schéma départemental en faveur des enfants et adultes en situation de handicap				
03		Schéma départemental en faveur des personnes handicapées adultes						
	Schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés							
15			Schéma d'organisation de l'offre de services aux personnes handicapées					

Périodes de couverture des schémas « Personnes âgées »

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
63				Schéma gérontologique				
43				Schéma départemental en faveur des personnes âgées				
03		Schéma départemental en faveur des personnes âgées						
15			Schémas d'organisation de l'offre de services aux personnes âgées					

3. La nécessité d'adapter et d'optimiser l'offre médico-sociale au regard des enjeux du plan stratégique régional de santé et de l'analyse des besoins

La méthode adoptée pour analyser les besoins ainsi que pour structurer l'offre transcende les frontières administratives pour mieux s'attacher aux réalités humaines. La région a été divisée en 15 bassins de santé intermédiaires, qui résultent du regroupement des 123 bassins de proximité, qui sont ceux des pratiques spatiales de la vie quotidienne en matière d'accès aux soins de premier recours.

Dans le secteur du handicap, l'adéquation de l'offre aux besoins est essentiellement étudiée au regard des données démographiques, des listes d'attentes, de la bonne adéquation de la réponse apportée par les établissements et services spécialisés à la spécificité de la demande de prise en charge, et des taux d'équipements par bassins de santé intermédiaires quand cette donnée est pertinente.

En ce qui concerne l'offre en faveur des personnes âgées, la bonne répartition de l'offre de prise en charge a également été étudiée au regard des taux d'équipement par bassins de santé intermédiaires tant pour l'hébergement permanent que pour les services de soins infirmiers à domicile. La problématique particulière de la maladie d'Alzheimer a été étudiée au regard des prises en charge au titre de l'ALD 15.

La réduction des inégalités territoriales dans la répartition de l'offre de prise en charge, parfois accentuées par les évolutions démographiques et la répartition territoriale des professionnels, est un autre enjeu important du SROMS. La réorganisation de l'offre de soins doit tendre à un rééquilibrage de cette offre, tout en s'adaptant à des besoins croissants mais évolutifs dans leur nature : le maintien dans l'environnement ordinaire doit être privilégié et favorisé.

Tant en ce qui concerne les personnes âgées que les personnes en situation de handicap, la situation auvergnate se caractérise par l'existence de disparités territoriales parfois marquées en termes de taux d'équipements. L'évolution de l'offre dans les cinq ans devra permettre d'atténuer ces écarts, dans un contexte budgétaire marqué par un ONDAM médico-social qui se stabilise (+ 5.8% en 2010, + 3.8% en 2011, + **4,2% en 2012**).

A cette fin, l'adaptation de l'offre au service des personnes âgées et des personnes en situation de handicap devra se faire par recombinaison du dispositif, c'est-à-dire prioritairement par transformation de l'offre existante, après une évaluation précise des possibilités d'optimisation des équipements existants, par le développement des coopérations et par apports de moyens supplémentaires permettant la création d'équipements. Les bassins de santé intermédiaires les moins bien équipés au regard de la moyenne régionale pourront bénéficier des ressources ainsi libérées par l'adaptation de l'offre ainsi que, le cas échéant, de moyens complémentaires.

4. L'amélioration de la connaissance des besoins de la population : une priorité incontournable

Le constat a été fait tout au long du processus d'élaboration de ce schéma des difficultés à cerner de façon précise les besoins de la population auxquels le dispositif médico-social doit répondre et, sans en négliger aucun, de les hiérarchiser entre eux.

Les données disponibles sont détenues par de multiples acteurs et sont parfois difficiles à consolider au niveau régional, notamment dans le secteur du handicap en l'absence parfois de système d'information homogène.

La contribution au respect de l'ONDAM, en donc en particulier de l'objectif global de dépenses (OGD), est une des premières missions des agences régionales de santé. Elle implique donc en permanence d'optimiser les moyens qui leur sont alloués pour les diriger vers les besoins les plus prioritaires. Pour être acceptée, cette priorisation ne peut naturellement qu'être objective et partagée avec les partenaires de l'ARS

Aussi la mise en place d'une méthodologie partagée d'observation, d'analyse et de hiérarchisation dans l'espace et dans le temps des besoins, en vue de les prioriser, notamment au regard des moyens à engager, **associant l'ensemble des acteurs du champ médico-social**, sera le premier objectif fixé par ce schéma.

* * * * *

2^{ème} partie

LES AXES PRIORITAIRES DU SCHEMA

AXE 1

**Améliorer la fluidité des parcours de vie
et de soins pour mieux répondre aux besoins
des personnes âgées
et des personnes en situation de handicap**

Enjeux et problématique

Si de nombreuses données d'observation sont disponibles dans le secteur médico-social, ces éléments sont souvent hétérogènes, voire parcellaires.

La valorisation, la consolidation des données au niveau territorial souhaité (régional ou infrarégional) s'avèrent souvent difficiles voire impossibles.

Il est cependant indispensable d'évaluer en continu et de façon prospective le plus précisément possible les besoins afin d'en avoir une vision exhaustive et d'optimiser l'offre.

Cette méthodologie, pour être efficace, doit être rigoureuse, objective mais aussi partagée par l'ensemble des acteurs du champ médico-social.

Objectif opérationnel :

- **Mettre en place une méthodologie partagée de repérage, d'analyse et de hiérarchisation des besoins dans le champ médico-social**

Leviers :

- ❖ **Mettre en place, dans le cadre des travaux de la commission de coordination des politiques publiques, une méthodologie permettant une meilleure connaissance de l'état et de l'évolution des besoins et de l'offre, partagée avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ médico-social.**

Cette méthodologie devra permettre

- l'observation et l'analyse prospective des besoins selon l'approche territoriale souhaitée,
- la convergence régionale des données produites par les différents partenaires,
- la définition d'indicateurs pertinents selon l'approche territoriale conduite
- la hiérarchisation concertée et progressive, dans l'espace et dans le temps, des besoins repérés

❖ Mobiliser la procédure d'appel à projets sur la base de cette méthodologie partagée

Les projets de création, transformation ou extension s'inscriront en réponse à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (directeurs généraux des agences régionales de santé, présidents de conseils généraux) sur la base de diagnostics et analyses de besoins réalisés en concertation avec les acteurs de la démocratie sanitaire au niveau territorial pertinent.

❖ Améliorer la connaissance des listes d'attentes dans les établissements et services médico-sociaux

- en favorisant la mise en place d'outils de gestion partagés des places disponibles.
- en associant les MDPH à la réflexion commune pour ce qui concerne le champ particulier du handicap

❖ Développer des outils de lecture prospective

- sur les flux des populations en situation de handicap accueillies en établissements et services médico-sociaux
- sur l'adéquation entre population accueillie et agréments

Objectif général n° 2

Soutenir la vie au domicile et optimiser la souplesse des modes d'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Enjeux et problématique

La meilleure prise en compte des choix de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pose les enjeux du maintien à domicile, de l'inclusion sociale, de l'accès aux dispositifs de droit commun.

Pour répondre à ces enjeux, des réponses existent : le développement des services intervenant au domicile, la diversification des modes d'accueil qui permet de préparer la personne à la séparation sur le plan affectif et qui peut aussi sécuriser le maintien à domicile, les gérontechnologies.

Acteurs essentiels du maintien à domicile, les aidants naturels ou familiaux des personnes âgées et des personnes en situation de handicap doivent être soutenus dans leur rôle tout en veillant à leur qualité de vie.

Objectifs opérationnels :

- **Soutenir l'accompagnement à la vie en milieu ordinaire : favoriser les processus d'inclusion dans la cité**
- **Favoriser le recours aux solutions de répit et leur diversification**
- **Soutenir les aidants**

Soutenir l'accompagnement à la vie en milieu ordinaire : favoriser les processus d'inclusion dans la cité

Leviers :

❖ **Améliorer l'accès aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

- en évaluant le fonctionnement des SSIAD (services rendus, organisation, réalité de la couverture géographique) ;
- en ajustant l'organisation territoriale des SSIAD à partir du bilan établi. La création d'antennes pourra être envisagée afin d'optimiser le fonctionnement des services ;
- en améliorant la couverture territoriale des SSIAD. La couverture complète de la région devra être assurée, et l'offre de prise en charge dans les bassins de santé intermédiaires les moins bien équipés au regard de la moyenne régionale devra être confortée, en tenant compte des évolutions démographiques ainsi que de l'activité du secteur infirmier libéral ;
- en favorisant le développement de formations spécifiques destinées aux professionnels des SSIAD pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

❖ **Soutenir l'accompagnement des adultes en situation de handicap**

- en évaluant le service rendu par les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) en complémentarité des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ;

- en étendant la couverture territoriale des SAMSAH par transformation de l'offre existante ou par création en lien avec les ressources des établissements médico-sociaux spécialisés et/ou sanitaires (handicap psychique / handicap moteur / polyhandicap / autisme).

❖ **Identifier les modalités d'interventions effectives des Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) sur l'ensemble de la région Auvergne pour repérer les bassins de santé intermédiaires (BSI) non couverts ou insuffisamment couverts.**

❖ **Poursuivre la couverture territoriale des SESSAD par transformation de l'offre existante ou création.**

- en déployant des SESSAD spécialisés pour les déficiences sensorielles (auditive, visuelle), motrice, troubles sévères du langage, troubles psychiques, autisme, troubles envahissants du développement, polyhandicaps et troubles du caractère et du comportement, compte tenu de la spécificité de ces types de handicaps et de déficiences nécessitant des prises en charge très spécifiques, des équipes formées et l'intervention de différents professionnels para médicaux ou médicaux. Ces services s'appuieront utilement sur les structures spécialisées existantes, dans le cadre d'une redéfinition équilibrée de l'offre d'internat.
- en privilégiant des SESSAD dits polyvalents, s'appuyant sur des dispositifs existants, couvrant les zones rurales ou semi urbaines, avec des places dédiées à vocation spécialisée, tout en cherchant à maintenir une taille critique par unités.

Le caractère innovant des prises en charge et des projets de services sera recherché.

- en développant des réponses qui s'appuieront sur une spécialisation des savoir-faire et des technicités à travers la poursuite de la politique de formation, qualification et professionnalisation des équipes.

Favoriser le recours aux dispositifs de répit et leur diversification

Leviers :

❖ **Optimiser les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire existants**

- en adaptant la capacité des accueils de jour existant aux besoins, en tenant compte de la nécessité d'un dimensionnement minimal pour une prestation de qualité au meilleur coût ;
- en veillant à ce que les structures proposant un accueil de jour organisent le transport des personnes âgées et en situation de handicap pour certaines ;
- en apportant une meilleure visibilité des structures de répit proposées, tant aux professionnels qu'aux usagers.

❖ **Développer l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire** dans les bassins de santé intermédiaires les moins bien équipés au regard de la moyenne régionale, en tenant compte des évolutions démographiques.

❖ **Favoriser les expérimentations telles que l'accueil de nuit et en assurer une évaluation** avant d'envisager leur développement.

❖ **Favoriser le développement coordonné des gérontechnologies**

Les gérontechnologies regroupent des instruments, parmi lesquels figure la domotique, qui jouent un rôle dans les soins apportés aux personnes âgées, et qui concernent également leur environnement social et cognitif. Leur introduction au sein des établissements ou à domicile oblige à repenser l'ensemble de l'organisation du travail des différents intervenants autour de la personne âgée.

Soutenir les aidants

Aujourd'hui, l'essentiel de l'aide au domicile est apporté par les familles. Cette aide est souvent fatigante, voire usante, pour les parents, les conjoints parfois très âgés et pour les fratries.

Le soutien aux aidants est pris en compte de façon transversale dans l'ensemble des objectifs de ce schéma. Les leviers d'action de cette priorité sont développés dans le cadre de la déclinaison de l'ensemble de ces objectifs.

Leviers :

- ❖ **Développer l'accompagnement au maintien dans le milieu ordinaire**
- ❖ **Développer et diversifier les solutions de répit**
- ❖ **Soutenir les actions d'information et de sensibilisation à destination des aidants en lien avec les Conseils généraux**
- ❖ **Favoriser des actions de formation des aidants familiaux**
- ❖ **Développer l'éducation et/ou l'aide à la parentalité**

Objectif général n° 3

Optimiser la prévention et l'accès aux soins

Enjeux et problématique

La prévention et l'éducation à la santé sont des leviers importants pour améliorer la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et doivent encore être développés, L'accès aux soins de premier recours reste souvent problématique tant pour les personnes en situation de handicap que pour les personnes âgées, ceci pour plusieurs raisons : mobilisation difficile, moyens de transports, notamment adaptés, réduits , difficulté pour donner l'alerte : la verbalisation d'une souffrance chez une personne lourdement handicapée sensorielle, psychique ou une personne démente est difficile.

L'accès aux soins psychiatrique nécessite également d'être pris en compte de façon spécifique : en effet, la psychiatrie de la personne âgée ou en situation de handicap ne peut être confondue avec celle des autres patients. De même, une personne malade psychiatrique vieillissante nécessite elle aussi une prise en charge particulière.

Indiscutablement, l'accès aux soins pose la question des ressources médicales et paramédicales de la région Auvergne. Les difficultés liées à la démographie médicale rendent indispensable la mutualisation de ces ressources.

La prise en charge de la douleur participe de la préservation de l'autonomie et de la qualité de la vie des personnes. Les répercussions en cascade d'une douleur négligée ou non traitée peuvent être dramatiques : aggravation des handicaps, accélération de la perte d'autonomie, repli sur soi, anxiété, dépression, anorexie, dénutrition, troubles du sommeil et de façon générale une dégradation psychosomatique.

La douleur est le plus souvent un signal d'alarme soulignant un processus pathologique qu'il faut identifier pour adapter les traitements.

La prise en charge de la douleur est, par ailleurs, un soin primordial constitutif des soins palliatifs définis comme : « des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser le souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » lorsque la prise en charge curative n'a plus lieu d'être.

Objectifs opérationnels :

- **Promouvoir et développer la prévention**
- **Développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique**
- **Favoriser l'accès aux soins**
- **Optimiser les ressources médicales et paramédicales**
- **Améliorer la prise en charge de la douleur et accompagner la fin de vie**

Promouvoir et développer la prévention

L'ensemble des professionnels du secteur médico-social a un rôle prépondérant dans la mise en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé

Les établissements et services devront inscrire dans leurs projets de soins un chapitre portant sur ces thèmes.

Leviers :

- ❖ **Sensibiliser les professionnels des établissements et services médico-sociaux à l'intérêt de vacciner les résidents et les professionnels de santé, en particulier contre la grippe et le pneumocoque, et à les tenir à jour de leur immunisation contre le tétanos.**
- ❖ **Prévoir un bilan bucco-dentaire systématique avant l'entrée en institution médico-sociale, afin de permettre un bilan initial de référence**

et d'identifier le chirurgien-dentiste du résident. Prévoir également les modalités de contrôles périodiques durant le séjour.

- ❖ **Sensibiliser les professionnels de santé à la spécificité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée**
- ❖ **Améliorer le dépistage des situations de dénutrition et promouvoir la mise en place d'actions correctrices**
- ❖ **Prendre en compte systématiquement la prévention des chutes dans le cadre des projets d'établissement et de soins**

Développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique

Leviers :

- ❖ **Favoriser l'inscription de la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et formation des personnels dans les projets d'établissement ou de service, les conventions tripartite et CPOM en matière de :**
 - conduites addictives et notamment l'alcoolisme chronique
 - nutrition
 - hygiène
 - Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
 - Pathologies psychiques
- ❖ **Favoriser la participation des professionnels du secteur médico-social à la structuration de l'offre en éducation thérapeutique sur les bassins de santé intermédiaire en encourageant les coopérations ville – hôpital – structures médico-sociales**
 - pour les publics concernés (*diabètes, scléroses en plaque, maladies cardiovasculaires ...*)

Favoriser l'accès aux soins

Il est nécessaire de mieux sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans le cadre de la formation initiale et continue. De même il est important de dispenser une information renforcée sur les dispositifs médico-sociaux à disposition, tant pour les malades que pour les professionnels de santé.

Par ailleurs, s'agissant de l'insuffisance rénale chronique, il est constaté que les personnes dépendantes de machines et les hospitalo-requérant rencontrent des difficultés pour être accueillis en structures médico-sociales. Cette situation, et la position de l'Auvergne au regard des taux de recours à la dialyse péritonéale nécessitent de développer cette activité.

Leviers :

❖ **Faciliter l'accès aux soins de premier recours (bucco dentaires/ORL/ophtalmologie/gynécologie)**

- en sensibilisant et formant les professionnels à la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées tant lors des formations initiales que des formations continues ;
- en repérant et rendant disponibles les moyens spécifiques pour répondre aux besoins de ces personnes (accueil, techniques et moyens spécifiques adaptés tels que les fauteuils dentaires...);
- en organisant la prise en charge continue des soins bucco-dentaires dans les établissements médico-sociaux.

❖ **Favoriser la prise en charge des troubles psychiatriques**

- en développant l'intervention de soutien du secteur psychiatrique dans les structures médico-sociales.
- en encourageant la formation des personnels à la prise en charge spécifique des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- en prévoyant la sensibilisation des personnels des SSIAD pour le repérage des situations à risque ;

- en développant l'offre de prise en charge des personnes âgées nécessitant un accompagnement psychiatrique dans les bassins de santé intermédiaires les moins bien équipés au regard de la moyenne régionale, en tenant compte des évolutions démographiques et en lien étroit avec les centres hospitaliers spécialisés de proximité ;
- en développant l'offre de prise en charge médico-sociale des personnes adultes en situation de handicap nécessitant un accompagnement psychiatrique (MAS et/ou FAM) par transformation de l'offre de soins hospitalière, dans les bassins de santé intermédiaires les moins bien équipés au regard de la moyenne régionale, en lien avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins.

❖ Renforcer le recours à la dialyse péritonéale

- en développant ce type de prise en charge dans les EHPAD

Optimiser les ressources médicales et paramédicales, en lien avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire

Leviers :

❖ Encourager le développement de la télé médecine

- en développant la télé expertise afin de permettre l'accès à un avis de médecin gériatre dans le cadre de chaque bassin de santé intermédiaire, en privilégiant les bassins de santé intermédiaire dans lesquels :
 - ▶ la démographie médicale pose problème
 - ▶ le vieillissement de la population est le plus important
 - ▶ les EHPAD peinent à trouver un médecin coordonnateur
- en développant la télé expertise afin de permettre l'accès par les ESMS du champ du handicap à un avis de médecin spécialiste (psychiatre notamment...) en soutenant des expérimentations sur des bassins intermédiaires où des attentes sont identifiées.

❖ Faciliter l'installation des professionnels médicaux

- En mobilisant les outils prévus selon les orientations du schéma régional de l'offre de soins

❖ **Encourager la mutualisation des ressources médicales et paramédicales**

- entre les acteurs médico-sociaux
- entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire

En prenant appui sur les expériences existantes, en les développant et en favorisant les innovations.

Améliorer la prise en charge de la douleur et accompagner la fin de vie en institution et au domicile

Il convient de rappeler que la non prise en compte de la douleur entre dans la classification - définissant la notion de maltraitance - que le Conseil de l'Europe a établie en 1992, au titre des violences médicales ou médicamenteuses au même titre que le manque de soins de base, la non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation.

Leviers :

- ❖ **Faciliter l'accès des établissements et services médico-sociaux aux prestations du centre anti douleur**
- ❖ **Favoriser l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements et services médico-sociaux ainsi qu'au domicile**
- ❖ **Veiller à la prise en compte de la lutte contre la douleur et de l'accompagnement de la fin de vie dans les projets d'établissements (Formation des personnels, protocoles de repérage et traitement de la douleur, ...)**
- ❖ **Conforter l'utilisation de l'échelle de la douleur y compris, dans la mesure du possible, chez des patients ayant des difficultés à l'exprimer,**

Enjeux et problématique

Les dépistages, s'ils ne permettent pas d'empêcher la survenue d'un problème de santé, participent à la limitation des atteintes prématurées à la santé et la préservation de l'autonomie tout au long de la vie.

Par la détection précoce de déficiences ou de lésions à un stade peu évolué, ils rendent possible bien souvent une prise en charge qui permettra de limiter les incapacités et handicaps, d'opter pour des traitements moins lourds ou ralentissant l'évolution naturelle de la maladie.

On constate en région Auvergne un accès parfois encore tardif au dépistage (notamment des troubles autistiques et sensoriels).

De plus, bien que la couverture territoriale ait été renforcée ces dernières années, les structures de dépistage (CAMSP, CMPP) proposent une offre de service hétérogène pouvant générer parfois une absence de prise en charge médico-sociale globale après l'annonce du diagnostic

Pour l'Auvergne, un des enjeux est donc de développer davantage le dépistage et le diagnostic précoces des différentes formes de handicap et de favoriser une prise en charge ou un accompagnement rapides.

Objectifs opérationnels :

- **Renforcer la précocité du dépistage à tout âge**
- **Favoriser la prise en charge dans la continuité du dépistage**

Renforcer la précocité du dépistage à tout âge

Il s'agit d'organiser une précocité du dépistage à toutes les étapes de la vie en actionnant des leviers sur les zones d'interventions des acteurs du dépistage ainsi que sur leur articulation. Il s'agit également de renforcer la formation et l'information de tous les acteurs pouvant jouer un rôle dans le dépistage (dans le registre médical, scolaire, de la petite enfance...).

Leviers :

- ❖ **Assurer l'ensemble des missions des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) :** dépistage / diagnostic/ prévention / soin (cure ambulatoire) / accompagnement / intégration sociale) sur l'ensemble des territoires dans une dimension de polyvalence des compétences de ce type de dispositif.
- ❖ **Prévenir et dépister les risques d'atteintes aux fonctions cognitives pour les grands prématurés**
- ❖ **Étudier les orientations des enfants vers les Centres Médico-Psychopédagogiques (CMPP) et garantir une égalité d'accès aux diagnostics et aux accompagnements dispensés par les CMPP sur l'ensemble de la région Auvergne.**
- ❖ **Préciser le rôle du Centre de ressources autisme** en matière de dépistage des troubles envahissants du développement (TED) et de l'autisme (enfants et adultes), afin d'apporter une réponse identique sur l'ensemble de la région Auvergne.
- ❖ **Optimiser le rôle et la couverture géographique des Centres Médico-Psychologiques (CMP)** en matière de prévention et de dépistage de la pathologie psychiatrique, en lien avec les orientations du SROS
- ❖ **Favoriser le travail en réseau des CAMSP, CMPP, et de la pédopsychiatrie** afin d'organiser des parcours coordonnés et des partenariats entre la psychiatrie et le secteur médico-social pour éviter les situations de crise.
- ❖ **Conduire une analyse régionale sur le dépistage et la prise en charge précoce des enfants et des adolescents présentant des déficiences visuelles et auditives et au regard de cette étude, poursuivre l'articulation entre l'offre de service des CAMSP polyvalents et les acteurs de la déficience sensorielle et notamment auditive (SAFEP)**

Favoriser la prise en charge dans la continuité du dépistage

Les conséquences des délais d'attente de prise en charge de l'enfant après le diagnostic sont importantes : risque de surhandicap, parcours morcelé, repli voire désocialisation de la famille qui doit déjà affronter l'annonce du handicap, surinvestissement de la famille

Ce constat est accentué par la problématique de démographie médicale, paramédicale et rééducative (difficulté de recrutement) dans la région.

Il s'agit donc de créer une chaîne de dépistage et de prise en charge précoce s'appuyant sur des coopérations formalisées et des partages d'outils dans les territoires.

Leviers :

❖ Formaliser des coopérations entre :

- le réseau régional périnatalité
- les structures médico-sociales (CAMSP, CMPP, SAFEP, IME, SESSAD)
- la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- les professionnels de santé
- la pédopsychiatrie

pour éviter les risques de rupture entre le dépistage et **permettre la mise en place rapide d'une** réponse adaptée à la situation de handicap.

❖ Développer des outils de partage d'information entre professionnels et **parents** garants de la traçabilité des parcours de soin dans le respect de la confidentialité des informations.

❖ Sensibiliser les professionnels au dépistage précoce pour qu'ils adressent **les enfants beaucoup plus rapidement vers une consultation :**

- généralistes, pédiatres
- médecins scolaires
- professionnels des structures d'accueil petite enfance

Enjeux et problématique

Afin d'accompagner la politique de scolarisation en milieu ordinaire accentuée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les capacités d'accompagnement en SESSAD ont été globalement augmentées en Auvergne ces dernières années.

Toutefois, la couverture territoriale des SESSAD reste à optimiser en appui des dispositifs mis en œuvre par l'Education nationale

En outre, un risque de rupture de parcours subsiste encore pour les jeunes de 16 à 25 ans.

En effet, on relève de nombreuses demandes d'admissions pour le secteur médico-social qui correspondent à l'âge de fin de la scolarité obligatoire. Ces jeunes adultes, sans passé institutionnel, peuvent rencontrer des difficultés pour s'intégrer tardivement dans des structures spécialisées.

On constate également :

- le maintien (amendement Creton) de jeunes adultes en IM-pro soit sans solution soit orienté en structures médico-sociales et en attente d'une place disponible,
- l'augmentation du nombre de jeunes adultes présentant des situations complexes : jeunes « sans solution » orientés par défaut en foyer de vie ou pris en charge en hôpital psychiatrique ou présentant un niveau d'employabilité insuffisant pour travailler en ESAT ou en milieu ordinaire.

Ces jeunes adultes voient alors leur niveau d'employabilité diminuer. Ces situations demandent un renforcement du dispositif de formation pré-professionnelle et professionnelle qui sous-entend l'adaptation des réponses pour ce public et le décloisonnement des secteurs scolarisation et professionnalisation.

La politique d'accès à l'emploi en milieu ordinaire s'inscrit à la frontière de plusieurs autres politiques publiques, développées dans le cadre du programme régional pour l'insertion des travailleurs Handicapés (PRITH) ou conduites par l'AGEFIPH, le FIPHFH, les référents professionnels des MDPH.

Concernant le travail en milieu protégé, plusieurs évolutions ont marqué les ESAT ces dernières années :

- Le niveau d'employabilité des travailleurs d'ESAT et la difficile mise en œuvre du droit au retour en ESAT, en cas d'échec, freinent fortement les sorties vers le milieu ordinaire.
- Si les insertions définitives en milieu ordinaire restent très minoritaires, les activités proposées par les ESAT constituent en soi une insertion professionnelle et économique reconnue et renforcée par la loi de 2005 qui conduit les ESAT à développer :
 - les actions de formations professionnelles et de validation des acquis et de l'expérience,
 - toutes les formes de mises à disposition de travailleurs et d'externalisation des activités des ESAT auprès des entreprises ordinaires.

Les publics accueillis en ESAT ont fortement évolué ces dernières années (changement de typologie de population, vieillissement des travailleurs handicapés...). Les agréments des structures ne correspondent plus à la population réellement accueillie.

Objectifs opérationnels :

- **Soutenir la scolarisation des élèves en situation de handicap en veillant à servir et préserver l'intérêt de l'enfant**
- **Améliorer l'accompagnement préprofessionnel des jeunes adultes handicapés âgés de 16 ans à 25 ans**
- **Favoriser l'accès à l'emploi des personnes handicapées et/ou soutenir les projets professionnels des personnes handicapées**

Soutenir la scolarisation des élèves en situation de handicap

Il s'agit de renforcer l'articulation entre les services de l'Education Nationale et le secteur médico-social et d'optimiser le déploiement des ressources des établissements médico-éducatifs et des SESSAD sur les lieux de scolarisation, dans une recherche de complémentarité au bénéfice des enfants. Cette articulation s'inscrira dans une dimension de contractualisation.

Leviers :

- ❖ **Renforcer l'articulation des compétences et des professionnels entre l'Éducation Nationale et le secteur médico-social**

❖ **Renforcer la coopération entre l'Education Nationale et les établissements et services médico-sociaux autour de la mise en œuvre du projet individualisé d'accompagnement**

❖ **Poursuivre la couverture territoriale des SESSAD**

par transformation de l'offre existante ou création afin de venir en appui des dispositifs mis en œuvre par l'Education nationale, notamment CLIS et ULIS, permettant ainsi d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire autour de l'enfant.

❖ **Optimiser le déploiement des ressources des établissements médico-éducatifs sur les lieux de scolarisation**

dans le cadre d'un dialogue contractualisé entre les acteurs concernés.

❖ **Mettre en place les groupes techniques départementaux de suivi de la scolarisation des enfants, adolescents ou jeunes adultes handicapés, prévus par le code de l'action sociale et des familles, avec la mise en œuvre d'un comité de pilotage au niveau régional pour assurer une cohérence de mise en œuvre des politiques sous l'égide conjointe du Rectorat et de l'Agence Régionale de Santé.**

Améliorer l'accompagnement préprofessionnel des jeunes adultes handicapés de 16 à 25 ans

Il s'agit de renforcer la complémentarité des offres de services en matière de formation professionnelle entre les IM-pro et entre les IM-Pro, les Centres de rééducation professionnelle et les ESAT et les acteurs de droit commun dont les Entreprises Adaptées, tout en adaptant les compétences des structures médico-sociales en matière d'accompagnement professionnel.

Leviers :

❖ **Rendre complémentaire l'offre de formation et de pré-formation proposée par chacun des IM-Pro de la région** notamment en distinguant :

- une approche découverte métiers pour les plus jeunes usagers
- une approche plus professionnalisante pour les plus âgés

et ajuster cette offre aux offres proposées par les ESAT ou les Entreprises adaptées.

- ❖ **Mutualiser les plateaux techniques de formation entre les IM-Pro et avec les autres acteurs de la formation professionnelle** : Éducation Nationale : lycées professionnels, Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), CRP, PJJ, ASE, organismes de formation...
- ❖ **Renforcer les coopérations des IM-Pro avec les autres acteurs de la formation et de l'insertion professionnelle** : CFAS, CRP, ESAT, missions locales, organismes de formation
- ❖ **Développer les compétences des SESSAD en matière d'accompagnement pré-professionnel** (positionnement dans le réseau de l'insertion professionnelle, approche des entreprises, etc.)

En soutenant les expériences innovantes telles que l'offre de service « mixte » SESSAD et SAVS pour les jeunes adultes de 16-25 ans proposant un suivi professionnel en milieu ordinaire, en lien avec les services d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement (SARIL), dans une logique d'accompagnement du handicap lié à des pathologies chroniques à évolution longue qui nécessitent un accompagnement étayé, au long cours.

Favoriser l'accès à l'emploi des personnes handicapées et soutenir des projets professionnels des personnes handicapées

Il s'agit de poursuivre la création de dispositifs permettant de soutenir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire d'une part, et de soutenir les projets professionnels des travailleurs accueillis en ESAT et ESAT « hors murs » d'autre part.

- ❖ **Poursuivre la création de dispositifs permettant de soutenir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire**

avec, par exemple, l'incitation à la création de places d'ESAT hors murs, le développement des mises à disposition en milieu ordinaire,

- ❖ **Conduire un travail d'analyse qualitative**

- de la population réellement accueillie au regard des agréments
- des listes d'attentes des usagers des ESAT,
- de l'activité réelle des structures afin d'anticiper des diminutions d'activité constatées sur certains bassins,

- ❖ **Mettre en œuvre une politique de révision des agréments visant à une cohérence avec les besoins constatés et l'activité des structures : ce travail pourra être utilement mené en lien avec la révision des conventions d'aide sociale**

- ❖ **Soutenir le projet professionnel des travailleurs handicapés d'ESAT**
 - en évaluant l'employabilité (capacités professionnelles, orientation MDPH, pré-orientations, évaluations métiers en centres de rééducation professionnelle)
 - en favorisant la mobilité des travailleurs handicapés entre les ESAT et l'ouverture vers les Entreprises adaptées ;
 - en encourageant les démarches en cours, de valorisation et de développement des compétences (VAE) des travailleurs en ESAT et en favorisant les échanges d'expériences.

- ❖ **Encourager le rôle des ESAT dans l'éducation à la santé, la prévention et l'accès aux soins**
 - en particulier pour les usagers non accueillis en foyer d'hébergement ;
 - au travers des contrats d'aide et de soutien par le travail et du projet d'établissement ;
 - en renforçant les liens avec la médecine du travail.

Objectif général n° 6

Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

Enjeux et problématique

Les personnes handicapées vieillissantes ont des besoins de prise en charge ou d'accompagnement spécifiques.

Les réponses développées pour les personnes handicapées vieillissantes ainsi que leurs effets doivent être évalués afin de rationaliser les approches selon la lourdeur du handicap et de revoir les agréments des structures au regard des besoins.

L'enjeu est d'organiser un accueil adapté qui prenne en compte l'avancement en âge des usagers sans les stigmatiser par rapport aux autres usagers accueillis grâce à une offre de service adaptée et inscrite dans le projet global de la structure.

- ▶ au sein des MAS et FAM : on constate des populations d'âges très hétérogènes et l'admission de personnes handicapées vieillissantes freine l'entrée de jeunes adultes dans ce type de structure ;
- ▶ au sein des EHPAD : les personnes handicapées vieillissantes sont majoritairement plus jeunes que les autres personnes âgées et ont des rythmes de vie et des attentes très différents en termes de prise en charge ;
- ▶ au sein des ESAT : les travailleurs handicapés vieillissants présentent un niveau d'employabilité inférieur aux autres usagers qui nécessitent une adaptation de la prise en charge.

La formation des professionnels et des accueillants familiaux pour un accompagnement adapté de ce public est également un enjeu important, d'autant que les accueillants familiaux avancent eux-aussi en âge.

Objectifs opérationnels :

- **Améliorer la connaissance des besoins des personnes handicapées vieillissantes et leur évolution, et adapter leur prise en charge dans les structures existantes en développant des solutions adaptées**
- **Optimiser la prévention et les parcours de soins des personnes handicapées vieillissantes**

Améliorer la connaissance des besoins des personnes handicapées vieillissantes et leur évolution, et adapter leur prise en charge dans les structures existantes en développant des solutions adaptées

Leviers :

- ❖ **Evaluer les réponses proposées pour les personnes handicapées vieillissantes ainsi que leurs effets**
- ❖ **Poursuivre l'installation d'unités spécifiques adossées aux établissements existants (EHPAD, MAS et FAM) en adaptant les offres de service**

- ❖ **Poursuivre le développement des services qui permettent le maintien à domicile de ces personnes (SSIAD, SAMSAH, SPASAD)**
- ❖ **Favoriser la création de structures de répit (Accueil de jour, accueil temporaire)**
- ❖ **Développer des solutions adaptées pour les travailleurs handicapés avançant en âge avec la mise place et le renforcement des dispositifs de travail à temps partiel, temps séquentiel, ... en lien avec la politique d'hébergement en foyers ou à domicile et d'accompagnement des personnes par des services spécialisés (SAVS, SAMSAH,...)**
- ❖ **Sensibiliser et former les professionnels à la spécificité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes**

Optimiser la prévention et les parcours de soins des personnes handicapées vieillissantes

Levier :

- ❖ **Favoriser la prévention de maladies somatiques au début de l'âge adulte pour éviter le développement de surhandicap conduisant au vieillissement prématuré**

Objectif général n° 7

Evaluer la place de la région Auvergne dans le cadre du schéma national « handicaps rares »

Enjeux et problématique

Le premier schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares a été publié.

Le handicap rare combine trois types de rareté : rareté des publics, rareté des combinaisons de déficience et rareté et complexité des technicités.

L'article D.312-194 du code de l'action sociale et des familles définit cumulativement le handicap rare par un taux de prévalence qui ne doit pas être **supérieur à un cas pour 10 000 habitants** et par l'une des combinaisons suivantes :

- 1 l'association d'une déficience auditive et d'une déficience visuelle graves ;
- 2 l'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves ;
- 3 l'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves ;
- 4 une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience ;
- 5 l'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, telle qu'une affection mitochondriale, une affection du métabolisme, une affection évolutive du système nerveux ou une épilepsie sévère.

La région Auvergne compte-tenu de sa position géographique centrale et des équipements dont elle dispose sur le champ de la déficience visuelle avec une zone d'influence extra régionale (JA Allier notamment), pourrait s'inscrire dans ce schéma et en particulier au regard de l'objectif général1, voire de l'objectif 2 « Structurer territorialement les expertises et les accompagnements médico-sociaux » prévu par le schéma national.

Objectif général n° 1 – constituer des relais interrégionaux

Objectif général n° 2 – développer l'offre de services à domicile et en établissements

Objectif opérationnel :

- **Evaluer la capacité à répondre aux objectifs du schéma national dans le secteur du handicap visuel**

Levier :

- ❖ **Conduire une étude sur l'activité des structures existantes et leur capacité à s'inscrire dans une filière interrégionale**

Enjeux et problématique

L'indice de vieillissement pour la région (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans) était, au 1^{er} janvier 2007, de 92 contre 66,3 en France métropolitaine. Des disparités existent cependant entre les départements : ainsi cet indice est plus important dans les départements du Cantal (119,8) et de l'Allier (109,9).

Les projections démographiques confirment cette situation de région vieillissante. En effet, les projections de l'INSEE indiquent que d'ici 2015 en Auvergne, il faut s'attendre à une augmentation forte du nombre de personnes de 80 ans ou plus : 24 000 personnes supplémentaires.

Le vieillissement augmente le risque de contracter des maladies invalidantes, facteurs de perte d'autonomie et donc de dépendance. Ainsi au 1^{er} janvier 2006, en Auvergne, le taux de dépendance s'élève à 7,3 % pour la population âgée de 60 ans ou plus, soit un peu plus que le taux métropolitain estimé à 6,7 %. D'après une étude menée par l'ORS, le taux de dépendance augmente fortement avec la progression en âge, il s'élève à 9 % entre 75 et 84 ans pour atteindre 30 % au-delà.

Notre pays connaît une augmentation importante de l'espérance de vie. Même si l'espérance de vie en bonne santé augmente plus fortement, cet accroissement de la longévité s'accompagne du développement des maladies liées au vieillissement, comme la maladie d'Alzheimer qui se caractérise par la perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives et s'accompagne de troubles du comportement. Selon les études épidémiologiques, plus de 800 000 personnes seraient touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en France et le nombre de malades serait en augmentation constante avec 160 000 à 225 000 nouveaux cas par an.

Objectifs opérationnels :

- **Prévenir la perte d'autonomie**
- **Améliorer la prise en charge des malades d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives**

Prévenir la perte d'autonomie

« Si l'immense majorité des Aînés souhaitent vivre en logement autonome, l'habitat constitue pour eux le premier lieu du risque : risque d'isolement, d'accidents domestiques, d'abus de confiance, etc. Chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, les chutes constituent plus de 80% des accidents de la vie courante. Un tiers des plus de soixante-cinq ans et la moitié des plus de quatre-vingt-cinq ans font au moins une chute par an, survenant pour les deux tiers d'entre elles à domicile. Les vulnérabilités des personnes vivant à domicile sont également liées à des difficultés à manier des équipements du quotidien (volets, électroménager...), mais aussi des problèmes d'orientation, des difficultés à utiliser les moyens modernes de communication, etc. Ces chutes, souvent causées par un revêtement de sol ou d'un escalier, ont des conséquences sérieuses à court et à moyen termes : 9 300 décès annuels sont répertoriés du fait de ces chutes, qui entraînent une multiplication par cinq de la mortalité dans les six mois suivant la chute quand la personne est restée allongée plus d'une heure au sol. »¹

¹ rapport de la mission « Vivre chez soi » à Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés - Juin 2010

Leviers :

❖ **Développer des actions portant sur la prévention des chutes, la dénutrition, l'iatrogénie médicamenteuse**

❖ **Développer les liens entre les politiques de l'habitat et gérontologiques**

Il s'agit pour l'ensemble des services concourant au maintien à domicile, de s'engager aux côtés des collectivités locales, des bailleurs sociaux, des caisses de sécurité sociale dans la sensibilisation de la population et la promotion de diagnostic personnalisé de l'habitat fondée sur une vision de long terme et une capacité de la personne à maîtriser, en autonomie, son logement. L'apport de la domotique est à cet égard, à prendre en compte.

Améliorer la prise en charge des malades d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives

Compte tenu de la structure d'âge de sa population, l'Auvergne est particulièrement concernée par la maladie d'Alzheimer. Une étude menée par l'ORS estime en 2008 à près de 10 270 personnes âgées de 65 à 84 ans atteintes par cette maladie.

En 2008, le taux de prévalence estimé de la maladie d'Alzheimer est de 2,7% des personnes âgées de 60 ans et plus en Auvergne.

La prévalence de la maladie d'Alzheimer augmente avec l'âge : à partir de 80 ans, une personne sur cinq serait atteinte par cette maladie. Deux-tiers des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer en 2008 en Auvergne seraient des femmes.

Avec le vieillissement de la population et d'après les projections, le nombre de malades atteints par la maladie d'Alzheimer devrait progresser au cours des prochaines années

Le Plan Alzheimer 2008-2012 permet d'agir à la fois pour les malades mais aussi pour leurs proches. **Son objectif : construire un parcours personnalisé pour chaque malade, du diagnostic à la prise en charge à domicile et le cas échéant en établissement.**

Leviers :

❖ Favoriser le diagnostic précoce de la maladie :

- en réalisant un bilan de l'activité et du fonctionnement des structures de diagnostic et en renforçant, si besoin, les consultations mémoire existantes et le CMRR ;
- en poursuivant la labellisation des consultations mémoire ;
- en sensibilisant les médecins généralistes aux bénéfices d'un repérage précoce des symptômes de la maladie ;
- en développant les campagnes d'information « grand public ».

❖ Assurer une meilleure coordination des acteurs

- en poursuivant le déploiement des MAIA afin de couvrir l'ensemble du territoire régional ;
- en renforçant l'articulation avec le secteur psychiatrique pour la prise en charge spécifique des malades d'Alzheimer.

❖ Soutenir la vie à domicile et aider les aidants

- poursuivre le déploiement d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile afin de parvenir à couvrir l'ensemble du territoire régional ;
- développer et diversifier les solutions de répit ;
- développer et optimiser l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire :
- * développer les plateformes d'accompagnement et de répit. D'ici fin 2012, 3 plateformes seront créées en Auvergne afin d'élargir l'offre de répit pour le couple aidant-aidé et mieux répondre à ses besoins,

- ✱ poursuivre le développement des expérimentations de type « baluchonnage » en lien avec les Conseils Généraux, telle que celle développée par l'Association « Aide et Répit »
- développer les actions d'information et de sensibilisation pour les aidants au travers notamment le lancement d'appels à candidatures. Ces actions de formation visent à offrir aux familles qui accompagnent un parent atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement, au maintien de la relation aidant-aidé.

❖ **Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer :**

- en poursuivant la mise en place des unités cognitivo-comportementales ;
- en développant les PASA (41 à horizon 2012), les UHR en EHPAD (3 à horizon 2012) et les UHR en USLD (5 à horizon 2012) selon une répartition territoriale équilibrée ;
- poursuivre le développement des unités Alzheimer dans les EHPAD, au sein des bassins de santé intermédiaires les moins bien équipés au regard de la moyenne régionale et en tenant compte des évolutions démographiques ;
- élaborer un cahier des charges spécifique et conjoint Agence Régionale de Santé – Conseils Généraux pour la création d'unités Alzheimer dédiées au sein de structures existantes.

Objectif général n° 9

Coordonner l'accompagnement des personnes âgées pour prévenir les situations de rupture

Enjeux et problématique

Le constat, partagé par l'ensemble des acteurs, porte sur le **morcellement des parcours des personnes âgées** qui freine l'accès à une palette de structures adaptées sur l'ensemble du territoire.

Bien qu'il **existe des partenariats** entre les acteurs, ces derniers restent hétérogènes d'un territoire à l'autre de la région et ne sont pas suffisamment formalisés pour garantir une continuité dans les parcours.

L'organisation de filières gériatriques et de coopérations entre les structures des différents secteurs (ambulatoire, hospitalier, médico-social et de la prévention) doit donc se poursuivre.

En effet, la qualité de la prise en charge des personnes âgées repose sur la **bonne coordination des parcours accompagnés par les différents acteurs composant une filière gériatrique** permettant ainsi de limiter les risques de rupture. Les filières gériatriques concernent un nombre important d'acteurs du champ sanitaire et du champ médico-social. Si le « modèle idéal » de la filière semble trouver consensus, il devra être adapté en fonction des réalités de chaque territoire.

Un effort particulier de coopération devra être fait au regard de la grande diversité d'organismes gestionnaires et de structures juridiques.

Dans le cadre de ces filières, il est indispensable de préciser les frontières ou limites d'intervention de chaque acteur et de renforcer la connaissance réciproque des acteurs.

Objectifs opérationnels :

- **Poursuivre la mise en place et structurer des filières gériatriques dans chaque bassin de santé intermédiaire, en lien avec les orientations du SROS**
- **Renforcer la coordination entre les acteurs**

Poursuivre la mise en place et structurer des filières gériatriques dans chaque bassin de santé intermédiaire, en lien avec les orientations du SROS

Chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, doit pouvoir accéder à une prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, de proximité, graduée, assurant le recours à un plateau technique.

La constitution d'une filière gériatrique sanitaire et médico-sociale constitue un véritable outil de management pour faire progresser les pratiques professionnelles auprès des personnes âgées et développer des innovations.

Des évolutions importantes ont été conduites ces dernières années dans la mise en œuvre des filières gériatriques dans la région mais ces dernières demeurent souvent incomplètes.

Les perspectives démographiques en Auvergne imposent donc une anticipation de la structuration des filières gériatriques et une coordination efficace entre les différents partenaires notamment les instances de coordination et les CLIC relevant de la compétence des Conseils Généraux.

Leviers :

❖ **Poursuivre le développement des filières de soins gériatriques sur les territoires**

En adaptant l'offre de prise en charge aux besoins afin de permettre l'accès à une offre répartie de façon graduée sur le territoire auvergnat en atténuant les disparités territoriales.

Compte tenu d'une part de l'offre existante, d'autre part des caractéristiques démographiques et géographiques de la région, toute l'offre ne pourra pas être disponible au sein de chaque bassin de santé intermédiaire, mais devra être accessible par une organisation formalisée :

- À l'hôpital, selon les orientations du SROS :
 - ▶ un court séjour gériatrique (CSG) ;
 - ▶ une consultation mémoire ;
 - ▶ une unité d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour afin d'éviter le passage aux urgences ;
 - ▶ une ou plusieurs unités de soins de suite et de réadaptation spécifiques (SSR gériatrique) ;
 - ▶ une ou plusieurs équipes mobiles de gériatrie (EMG) ;
 - ▶ une ou plusieurs unités de soins de longue durée.

Il s'agit du socle de base de la filière de soins gériatrique au sens du Plan Solidarité Grand Âge et de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

- ▶ Il convient également d'organiser l'accès à un service de court séjour spécialisé en géronto-psychiatrie ;
 - ▶ En raison de la rareté des psychiatres, les établissements de santé devront développer des équipes mobiles de gérontopsychiatrie en lien avec la psychiatrie de secteur.
 - ▶ L'accès à une unité mobile de soins palliatifs devra également être possible
- En dehors de l'hôpital :
 - ▶ CLIC et/ou MAIA pour la coordination des différents intervenants
 - ▶ des structures de répit (lits d'accueil temporaire, places d'accueil de jour...) ;
 - ▶ des établissements médico-sociaux (EHPAD) avec des unités dédiées « Alzheimer » ;
 - ▶ des SSIAD (avec développement des équipes spécialisées « Alzheimer ») ;
 - ▶ des services d'aide à domicile.

❖ **Consolider la coordination de l'ensemble des acteurs concernés**

- en identifiant dans chaque bassin de santé intermédiaire un coordonnateur de la filière gériatrique ;

- en formalisant les coordinations et les articulations entre les acteurs de la filière gériatrique ;
- en favorisant le développement des coopérations pour permettre la mutualisation de moyens et des compétences.

❖ **Améliorer les outils de liaison et la qualité de l'échange d'information entre les acteurs**

- en renforçant la communication à destination des professionnels et des usagers ;
- en favorisant l'orientation médicale de la personne âgée au sein de la filière gériatrique. (A l'exemple du projet COGERT porté par le CHU de Clermont-Ferrand) ;
- en formalisant des protocoles relatifs aux modalités d'admission des résidents en EHPAD dans les centres hospitaliers et à leur retour en EHPAD afin d'améliorer les conditions d'entrée et de sortie ;
- en développant des formations communes sur l'organisation, le fonctionnement et les pratiques extra et intra hospitalières afin d'utiliser par la suite des outils communs, dans l'attente de la mise en place du Dossier Médical Partagé.

Renforcer la coordination entre les acteurs

Leviers :

- ❖ **Recenser les lieux spécifiques d'accueil, d'orientation et de coordination et favoriser leur articulation**
- ❖ **Soutenir et accompagner les expérimentations menées par les Conseils Généraux** (*Telles que les Maisons de l'Autonomie dans le Cantal*)
- ❖ **Développer l'articulation entre les établissements de santé et les intervenants à domicile garantissant la continuité de la prise en charge, en lien avec les orientations du SROS**
 - en mettant en œuvre des procédures écrites et communes hôpital/intervenants à domicile (SSIAD, SAAD, professionnels libéraux) ;
 - en formalisant les relations entre HAD et SSIAD sous forme de conventions de partenariat définissant clairement les rôles de chacun, notamment à travers la mise en œuvre de conventions de relais et de mutualisation des ressources, tout en

maintenant la distinction entre ces deux types de prise en charge. (Par ailleurs, les services d'HAD pourront contractualiser avec les EHPAD dans le but d'améliorer la fluidité des parcours et des prises en charges dans ce type d'établissements).

❖ **Améliorer la coordination entre les SSIAD et les SAAD**

- en mettant en cohérence les prises en charge des SSIAD avec celles des SAAD ;
- en formalisant des conventions de partenariat pour déterminer les rôles de chacun ;
- en promouvant le développement de Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)

AXE 2

**Améliorer l'offre médico-sociale
en termes de qualité, de sécurité et d'efficience**

Enjeux et problématique

Améliorer les pratiques de l'accompagnement concourant au bien être global des personnes âgées et handicapées et à la mise en œuvre des principes généraux de bientraitance quelque soit le lieu de vie des personnes constitue un enjeu majeur du SROMS.

La démarche de bientraitance, au sens de la recommandation de l'ANESM (juillet 2008), constitue le cadre de l'action : *« la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque »*

La notion de maltraitance, sans être le contraire de la bientraitance, doit quant à elle être comprise dans une acception large des notions de violence et de maltraitance, en référence à la définition donnée par une commission du Conseil de l'Europe en 1987 est retenue. Il s'agit de *« tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière »*.

La maltraitance peut s'exercer à travers de la violence physique, des abus d'ordre sexuel, des menaces ou préjudices psychologiques, des interventions portant atteinte à l'intégrité de la personne, des abus financiers, les fraudes et les vols, des négligences, abandons et privations, d'ordre matériel ou affectif.

Objectifs opérationnels :

- **Affirmer la politique de promotion de la bientraitance comme un objectif stratégique dans la gestion des établissements et services médico-sociaux**
- **Poursuivre la politique régionale de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS en améliorant le signalement et le traitement coordonné des situations de maltraitance**

Affirmer la politique de promotion de la bientraitance comme un objectif stratégique dans la gestion des établissements et services médico-sociaux

L'engagement de l'établissement ou du service dans la promotion de la bientraitance doit se traduire dans son projet d'établissement mais également être porté par ses instances de gouvernance.

Pour mener cette politique, la structure doit repérer et analyser les pratiques bientraitantes ou maltraitantes. La détection des facteurs de risques doit être favorisée par le biais de procédures internes, connues par les divers professionnels.

La bientraitance doit être inscrite dans les programmes de formation initiale et de développement professionnel continu, par l'introduction d'un module commun de sensibilisation à la bientraitance, à l'analyse et la remise en cause des pratiques et postures professionnelles et par la mutualisation des expériences entre les structures.

La bientraitance doit être appréhendée à différentes phases, dès l'accueil, dans la reconnaissance de la place faite aux usagers et à leurs représentants, dans la mise en place des conditions de la qualité technique, dans un souci de qualité de vie au travail.

Des personnes prises en charge ou leurs représentants peuvent participer à cette évaluation des pratiques par leur association à des groupes de travail, leur participation aux instances institutionnelles (ex conseil de la vie sociale), leur sollicitation à des enquêtes de satisfaction....

De plus, dans les conventions tripartites ou les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées des objectifs liés au développement de la culture de la bientraitance sont inscrits et seront suivis dans leur mise en œuvre.

L'identification de facteurs de risques propres à une structure, pouvant compromettre la sécurité physique des personnes, permet de les analyser et de les traiter et doit figurer comme objectifs dans les documents contractuels formalisant les projets des établissements.

Pour aider les professionnels à détecter ces risques, l'ARS entend poursuivre la promotion d'outils existant, tels que la programme **MobiQual** ou le guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement.

Leviers :

- ❖ **Intégrer la culture de la bientraitance dans le projet d'établissement comme axe de progrès et d'amélioration continue**

❖ Favoriser l'expression des usagers et la circulation de l'information au sein des structures

par la mise en place effective des outils participant à la mise en œuvre des droits des usagers prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et en particulier le fonctionnement effectif du conseil de la vie sociale.

❖ Développer les formations des professionnels à la bientraitance en favorisant l'analyse et les échanges de pratiques

La politique de promotion de bientraitance implique une prise de conscience et une vigilance à développer au quotidien. Des temps d'analyse de pratiques doivent être généralisés en ce sens qu'ils peuvent également constituer des moments importants dans la vie de l'établissement, avec un regard partagé et critique sur la prise en charge dispensée.

❖ Intégrer dans les objectifs des CPOM et conventions tripartites la mise en œuvre d'une démarche d'identification, d'évaluation et de gestion des risques

Poursuivre la politique régionale de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les ESMS en améliorant le signalement et le traitement coordonné des situations de maltraitance

Une procédure de signalement aux autorités de contrôle des situations de maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (détection interne – signalement – traitement du signal – remontée à l'autorité de contrôle) doit être formalisée et communiquée aux professionnels.

Une approche conjointe de l'ARS et des conseils généraux pour les signalements concernant les établissements relevant de leur compétence conjointe doit être recherchée.

Les situations adressées de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée nécessitent un traitement approprié. Pour les signalements concernant les établissements et services médico-sociaux, relevant de leur compétence conjointe, par exemple, l'ARS et les conseils généraux de la région pourraient travailler à l'élaboration d'une procédure d'analyse conjointe

Afin d'assurer un échange d'information et la définition des suites à donner aux signalements, cette procédure pourrait utilement être élaborée en concertation avec l'autorité judiciaire et en particulier les procureurs et leurs substituts chargés du secteur. Les organisations représentatives des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux pourraient être également utilement associées et/ou consultées.

Enfin, un renforcement des inspections inopinées et des contrôles sera opéré en fonction de la gravité ou de la nature des faits signalés

- ❖ **Poursuivre la veille avec les services des Conseils généraux par le renouvellement des protocoles de signalement ARS/ESMS**
- ❖ **Élaborer une procédure commune ARS / Conseils Généraux de suivi et traitement coordonné des signalements (analyse partagée, conduite à tenir, modalités de suivi) en concertation avec l'autorité judiciaire et avec les représentants des organismes gestionnaires, *dans un souci de partage d'une même finalité : la qualité des accompagnements.***
- ❖ **Renforcer l'efficacité et la fréquence des contrôles**

Objectif général n° 2

Renforcer la qualité et la sécurité du service rendu aux usagers

Enjeux et diagnostic

La personne doit être placée au centre du dispositif de prise en charge et être en capacité d'exprimer un choix éclairé. Un accompagnement adapté, inscrit dans un parcours individuel de vie et de soins, doit lui être apporté. La place des aidants doit également être prise en compte dans ce parcours souhaité de **qualité**.

Dans le cadre de leur démarche d'évaluation, les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont tenus de procéder à une **évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations** qu'ils délivrent.

Le cadre de vie des personnes prises en charge et de leurs proches doit également être amélioré, afin de leur permettre de faire un choix notamment entre le domicile et l'institution. Il s'agit de moderniser le bâti, avec la mise aux normes de sécurité, de penser les projets d'accueil en termes architecturaux.

Objectifs opérationnels :

- **Accompagner les établissements dans l'accomplissement de l'obligation légale de mener l'évaluation de leurs activités et prestations**
- **Garantir la sécurité et améliorer l'accessibilité**

Accompagner les établissements dans l'accomplissement de l'obligation légale de mener l'évaluation de leurs activités et prestations

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 fait de l'amélioration de la qualité des activités et des prestations délivrées par les établissements sociaux et médico-sociaux un axe majeur de l'action sociale et médico-sociale. L'utilisateur est placé au cœur du dispositif de prise en charge et de son accompagnement, afin de bénéficier des prestations les plus adaptées à ses besoins.

L'évaluation interne et externe, au-delà de leur caractère obligatoire, constituent des outils complémentaires permettant une appréciation critique des activités et des prestations réalisées. L'évaluation est un instrument d'aide à la décision stratégique et à l'adaptation permanente du projet de chaque établissement et une opportunité de dialogue entre responsables d'établissements et autorités de tarification.

Conditionnant le renouvellement des autorisations, cette démarche constitue un enjeu qualitatif majeur pour l'ensemble des acteurs du secteur médico-social. Son objectif est d'évaluer l'activité et les prestations délivrées par les structures et leur adéquation aux besoins des bénéficiaires, au regard notamment des recommandations de bonne pratique élaborées par l'Anesm.

Leviers :

❖ **Initier et promouvoir la création d'une plate forme interdépartementale pour l'évaluation et la qualité**

- Pour mettre à disposition de l'information ;
- Pour capitaliser des expériences et proposer des outils;
- Pour diffuser des connaissances afin de faciliter l'entrée dans la démarche d'évaluation.

- ❖ **Élaborer un protocole associant les autorités concernées (ARS et les Conseils Généraux) sur l'exploitation commune des rapports d'évaluation et le règlement des situations litigieuses au regard de l'autorisation**

Garantir la sécurité et améliorer l'accessibilité des locaux

Si la nécessité de vigilance concernant la sécurité physique des personnes relève d'une démarche de bienveillance, la sécurité et l'accessibilité des locaux doivent continuer à faire l'objet d'une forte attention pour ne pas être à l'origine de phénomènes de maltraitance.

Il s'agit donc de poursuivre les efforts déployés pour améliorer la sécurité et l'accessibilité bâtiments accueillant des personnes handicapées et/ou des personnes âgées.

Il convient également de veiller à proposer un cadre de vie favorable à la santé en s'assurant que la santé des résidents ne soit pas soumise aux risques environnementaux en lien avec les bâtiments tels que les légionelles, la présence d'amiante et la pollution de l'air au radon, en particulier.

Leviers :

- ❖ **Poursuivre la mise en conformité en termes d'accessibilité des établissements à destination des personnes handicapées et des personnes âgées**
- ❖ **Veiller à ce que les ESMS s'impliquent dans la gestion des déterminants de santé liés aux milieux de vie en intégrant systématiquement un état des lieux des diagnostics à conduire et des mesures prises et à entreprendre dans les démarches de contractualisation comme les CPOM et les conventions tripartites.**

Enjeux et contexte

L'accompagnement médico-social nécessite l'intervention d'un ensemble de métiers requérant des niveaux de qualification variés, de l'aide-soignante au médecin gériatre en passant par les infirmières, les assistants de soins en gérontologie et des gestionnaires de cas.

La région Auvergne est confrontée aux problématiques suivantes :

- Une démographie des professionnels de santé avec des disparités de densité de professionnels en fonction des professions et des territoires, qui est un enjeu fort auquel le SROS s'attache à répondre.
- Des prévisions de départs en retraite des personnels des établissements et services médico-sociaux pouvant, lorsqu'ils sont importants, entraîner une perte de savoir être et de savoir-faire,
- Un manque, identifié par les professionnels, de formation/information sur l'évolution de leurs pratiques professionnelles, pour accompagner certains publics spécifiques comme les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou les personnes atteintes de troubles envahissants du développement dont l'autisme, ou de troubles du psychisme.

Afin de répondre dans les meilleures conditions possibles aux enjeux sanitaires et sociaux, les solutions à mettre en œuvre passent, dès lors, par une dynamisation du recrutement, une réflexion sur le contenu comme sur les modalités des formations initiales et continues et, enfin, par une action continue de professionnalisation de l'ensemble des salariés du secteur.

Les défis qui se posent dans un contexte de mutation des emplois et des compétences impliquent à la fois l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, l'Education Nationale, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, l'Université, les partenaires sociaux, les employeurs, les fédérations, les OPCA et les associations. Pour faire y face, il conviendra de définir les modalités d'un partenariat permettant de déterminer la poursuite d'objectifs communs ou complémentaires.

La formation continue des professionnels intervenants auprès des personnes âgées a été amorcée mais elle doit être poursuivie. La signature des conventions tripartites (EHPAD/ PASA/ UHR) est un outil incitatif pour les actions de formations des intervenants auprès des personnes âgées.

Objectifs opérationnels :

- **Poursuivre et renforcer l'effort de formation (initiale et continue) des professionnels**
- **Promouvoir les métiers du champ médico-social**

Poursuivre et renforcer l'effort de formation (initiale et continue) des professionnels

Il s'agit de continuer à permettre aux professionnels de bénéficier de formations (initiales et continues) pour adapter leurs compétences aux besoins des publics accompagnés.

L'ANESM, dans sa recommandation sur la bienveillance souligne que « Quelles que soient la pluridisciplinarité et la richesse de l'équipe intervenant au sein de la structure, l'ouverture à des ressources extérieures apporte un potentiel de rencontres, de savoirs et d'inscription dans la vie citoyenne dont il est très intéressant de faire bénéficier les usagers ».

Il est recommandé que les structures recherchent activement les contributions les plus à même de compléter leur propre compétence et savoir-faire : expertises professionnelles complémentaires, accueil de stagiaires, présence et accompagnement bénévole, stages des professionnels accomplis dans d'autres structures, ou encore rencontre des usagers avec des personnes différentes de celles que la structure accueille ou accompagne »

Leviers :

- ❖ **Sensibiliser et former les futurs professionnels médicaux et paramédicaux aux situations de handicap et de perte d'autonomie sur la spécificité de la prise en charge de ces publics (apports théoriques et stages dans les ESMS), de leurs parcours de vie et de soin (connaissance des dispositifs, de l'offre, ...) ainsi que des conditions d'annonce du handicap et/ou des pathologies sévères et/ou létales à court terme**
- ❖ **Développer les métiers permettant de préserver le plus longtemps possible l'autonomie de la personne (ergothérapeute, psychomotricien) :**

- Le projet de création d'un institut d'ergothérapie en Auvergne s'inscrit dans cette dynamique et doit permettre de fidéliser les ergothérapeutes dans la région, afin de satisfaire les besoins repérés.

❖ **Orienter la politique de formation continue dans les ESMS dans le cadre de la contractualisation autour des thématiques suivantes :**

- la bientraitance
- la prise en charge des malades d'Alzheimer dont les formations d'Assistants en Soins en Gériatrie (Aides soignantes et AMP)
- la nutrition,
- la prise en charge de la douleur
- l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies psychiatriques

On notera à ce propos que la CNSA s'est engagé à financer, sur ses crédits de formation, le programme MobiQual de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie qui participe au développement de la qualité de la prise en charge des personnes, en établissements médico-sociaux ou à domicile, en contribuant à la diffusion de nouvelles démarches auprès des professionnels. Les outils de sensibilisation MobiQual mettent l'accent sur les actions de professionnalisation, en complément des actions de soutien aux formations qualifiantes.

Ces orientations de la politique de formation continue devront être proposées à la concertation entre les financeurs et les OPCA du secteur.

❖ **Orienter la politique de formation continue en interstructures (ESMS, sanitaires, ...) pour favoriser la connaissance et les échanges de pratiques**

Promouvoir les métiers du champ médico-social

Il s'agit de développer des politiques de ressources humaines attractives au sein des organisations gestionnaires afin de valoriser les métiers du champ médico-social, en s'appuyant sur les expériences innovantes telles que l'approche conjointe ARS – Conseil Général – Associations développée dans le département du Cantal

Levier :

❖ **Favoriser les initiatives visant à promouvoir les métiers**

Enjeux et diagnostic

► Une efficacité économique qui doit être optimisée

Les écarts de coûts de fonctionnement constatés entre certaines structures comparables sont parfois très importants et ne trouvent pas toujours leur justification à partir de facteurs objectifs tels que les typologies de populations prises en charge. Lorsque l'analyse de ces situations l'impose, ces structures sont soumises à la politique de convergence tarifaire développée par l'agence régionale de santé

Certains établissements ou services sont en situation de fragilité en raison d'une sous activité structurelle, ou d'une taille insuffisante pour optimiser leurs coûts de fonctionnements.

Dans un contexte d'optimisation de la dépense publique, et d'accroissement des contraintes réglementaires, notamment en matière de normes liées à la qualité et à la sécurité, la démarche de performance s'impose aux gestionnaires afin d'identifier, voire d'anticiper les situations difficiles.

La mise en place d'outils de pilotage et d'amélioration de la performance dans le secteur médico-social doit être menée de façon convergente et commune avec les travaux de l'ANAP et de la CNSA. Il s'agit de mettre en adéquation la qualité de la prestation offerte avec les ressources disponibles pour évoluer vers un dispositif plus efficace.

► La nécessité de décloisonner l'action des acteurs du champ médico-social

Chaque structure doit occuper une place reconnue et lisible au sein du parcours de vie et de soins de l'usager, placé au cœur du dispositif de prise en charge. Le positionnement de chaque établissement ou service médico-social au sein du dispositif de santé doit être articulé dans le cadre de dispositifs coordonnés formalisés tels que les filières incluant l'ensemble des acteurs de la santé (prévention, soins, offre médico-sociale)

► La coopération : un levier puissant pour accroître l'efficacité de l'offre

La coopération est une réponse adaptée aux impératifs économiques et à la complexité tant des problèmes de gestion que de prise en charge.

Les coopérations doivent permettre de mieux répartir les rôles entre les différentes institutions et améliorer la coordination des acteurs des secteurs tant du champ médico-social que sanitaire, libéral, social et de la prévention.

Facteur d'amélioration de la qualité des prises en charge, de décloisonnement et de développement des compétences pour les professionnels, la coopération doit être fondée sur une démarche volontaire. Pour autant, elle doit s'appuyer sur des politiques incitatives fortes

En Auvergne elle doit encore être développée en prenant appui sur les expériences locales ou nationales qui ont valeur d'exemple, sans nécessairement chercher à les modéliser.

Objectifs opérationnels :

- **Améliorer l'efficacité économique des établissements et services**
- **Favoriser le positionnement territorial**

Améliorer l'efficacité économique des établissements et services

Leviers :

- ❖ **S'appuyer sur la coopération pour soutenir la consolidation, le renouvellement ou la recomposition de la gouvernance des institutions en situation de fragilité**
- ❖ **Développer des coopérations notamment sur :**
 - le partage des ressources rares ou difficiles à maîtriser isolément (personnels, techniques, pharmacies à usage intérieur, ...)
 - l'évaluation de la qualité des prises en charge (mutualisation de savoir-faire, de pratiques) ;
 - les fonctions logistiques ;
 - la formation.
- ❖ **Prévenir les situations de fragilité des structures par le développement de la démarche de performance.**

Il s'agit de mettre en place, en s'appuyant notamment sur les recommandations et outils diffusés par l'ANAP, des indicateurs de performance et des tableaux de bord portant sur les secteurs clés tels que :

- les prestations de soins et d'accompagnement, leurs effets ;
- les ressources humaines et notamment une démarche appropriée de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ;
- l'équilibre financier et budgétaire.

❖ **Poursuivre la politique de convergence tarifaire pour réduire progressivement les disparités non justifiées entre structures comparables.**

Favoriser le positionnement territorial

Leviers :

❖ **Organiser, au sein de chaque bassin de santé intermédiaire, la concertation entre structures visant à développer les initiatives de coopérations et de recomposition de l'offre à partir de l'analyse des besoins et de l'offre existante.**

Ces coopérations associeront l'ensemble des acteurs de la santé (prévention, soins, offre médico-sociale).

❖ **Formaliser les coopérations mises en place, en retenant parmi les formules juridiques possibles celle qui paraît la mieux adaptée au projet**

Objectif général n° 5

Recomposer l'offre médico-sociale pour mieux répondre aux besoins

Enjeux et diagnostic

L'Auvergne se caractérise par un nombre important d'établissements et services médico-sociaux, souvent de taille modeste, et parfois relativement isolés.

Cette offre de service est globalement supérieure à la moyenne nationale, mais avec des disparités territoriales parfois importantes. Ce constat prévaut tant en termes d'équipements mis à la disposition de la population que de dépenses par usagers concernés, dans un contexte budgétaire contraint.

L'offre médico-sociale d'hébergement en institution est encore sur représentée par rapport à l'offre d'accompagnement au maintien à domicile et dans la vie ordinaire.

Certaines de ces structures médico-sociales fonctionnent avec des agréments anciens, qui ne sont plus en adéquations avec les populations accueillies, ou connaissent des difficultés d'occupation que les évolutions démographiques et le progrès médical vont inéluctablement accentuer.

Dès lors, les ressources médico-sociales dont l'utilisation n'est pas optimale, seront redéployées vers le financement des priorités du SROMS pour mieux répondre aux besoins de la population auvergnate

Objectif opérationnel :

- **S'appuyer sur les enjeux et les priorités du SROMS pour orienter la recomposition de l'offre de prise en charge médico-sociale en réduisant les disparités territoriales**

C'est par l'optimisation de l'offre de prise en charge et d'accompagnement existante que l'amélioration quantitative et qualitative de la réponse aux besoins de la population et le rééquilibrage territorial se poursuivront.

Les structures dont l'offre de service n'est plus en adéquation avec les besoins et/ou n'est pas efficiente, devront s'adapter aux besoins de la population. Une attention particulière sera donc portée aux taux d'occupation des équipements existants et aux moyens de les optimiser, lorsque c'est nécessaire.

Levier :

❖ Adapter l'offre aux besoins de la population :

- ➔ **prioritairement par transformation de l'offre soit au sein du bassin de santé intermédiaire d'implantation si un besoin n'est pas couvert, soit par redéploiement des ressources dégagées vers un territoire déficitaire,**
- ➔ **par des coopérations renforcées ou nouvelles**
- ➔ **par création de nouveaux dispositifs.**

Si cette recomposition de l'offre de prise en charge permettra le développement de tous les types de prises en charge dès lors que seront établis des besoins, elle s'appliquera :

- ✓ par la transformation de l'offre d'hébergement permanent en offre de service et/ou en offre de prise en charge séquentielle
- ✓ par la révision des agréments
- ✓ prioritairement pour la mise en œuvre des priorités du schéma liées à l'amélioration du parcours de vie et de soins :
 - le soutien à la vie au domicile ;
 - l'accompagnement au maintien dans le milieu de vie ordinaire ;
 - le développement des solutions de répit ;
 - l'organisation du dépistage précoce du handicap et de la précocité de l'intervention médico-sociale ;
 - le soutien à la scolarisation et à l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap ;
 - l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ;
 - la prise en charge de *la maladie d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives* ;
 - la structuration des filières gériatriques ;
 - le développement des mutualisations de moyens notamment pour optimiser les ressources rares.

GLOSSAIRE

AGEFIPH	association de gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ALD	affection de longue durée
AMP	aide médico-psychologique
ANAP	agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière
ANESM	agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux
ASE	aide sociale à l'enfance
BSI	bassins de santé intermédiaires
CAMSP	centre d'action médico-sociale précoce
CFAS	centre de formation d'apprentis spécialisé
CLIC	comité local d'information et de coordination
CLIS	classe pour l'inclusion scolaire
CMP	centre médico-psychologique
CMPP	centre médico psycho-pédagogique
CMRR	centre mémoire de recherche et de ressources
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COGERT	coordination gérontologique aidée par télé-médecine
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAHI	centre régional d'études et d'actions en faveur des handicaps et des inadaptations
CRP	centre de rééducation professionnelle
CSG	court séjour gériatrique
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	équipe mobile de gériatrie
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ESMS	établissements sociaux et médico-sociaux
FAM	foyer d'accueil médicalisé
FIPHFP	fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GPEC	gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	hospitalisation à domicile
IJA	institut de jeunes aveugles
IME	institut médico-éducatif

IMpro	institut médico-professionnel
IST	infection sexuellement transmissible
MAIA	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	maison d'accueil spécialisé
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
ONDAM	objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA	organisme paritaire collecteur agréé
ORS	observatoire régional de la santé
PASA	pôle d'activités et des soins adaptés
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PJJ	projection judiciaire de la jeunesse
PMI	protection maternelle et infantile
PRITH	programme régional pour l'insertion des travailleurs handicapés
PRS	projet régional de santé
PSRS	plan stratégique régional de santé
SAFEF	service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SAMSAH	service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	service d'accompagnement à la vie sociale
SDOSMS	schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
SESSAD	service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SFGG	société française de gériatrie et de gérontologie
SPASAD	service d'accueil, de protection, de soutien et d'accompagnement à domicile
SROMS	schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et de réadaptation
TED	trouble envahissant du développement
UCC	Unité cognitivo comportementale
UHR	unité d'hébergement renforcé
ULIS	unité localisé pour l'inclusion scolaire
USLD	unité de soins de longue durée
VAE	validation des acquis de l'expérience