

Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale *de Haute-Normandie* 2012-2017

Bilan d'étape et actualisation des orientations
Août 2015



Arrêté du 6 août 2015 relatif au bilan d'étape et à l'actualisation des orientations du schéma régional de l'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS) de Haute-Normandie (2012-2017) ainsi qu'à la révision du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de Haute-Normandie (PRIAC) (2015-2019)

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie,

Vu :

- Le code de l'action sociale et des familles et notamment ses articles L.312-5-1, L.312-5-2 et L.313-1, L.313-3, L.313-6, L.314-3 ;
- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment le titre IV, chapitre III article 124 ;
- Le décret du 14 mars 2013 portant nomination de M. Amaury de SAINT-QUENTIN en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie ;
- La circulaire DGCS/DGOS/DGS/DSS/CNSA du 30 août 2013 relative à la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 ;
- La circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2015/137 du 23 avril 2015 relative aux orientations de l'exercice 2015 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- L'instruction DGCS/SD3A/CNSA/2013/405 du 22 novembre 2013 relative au financement des équipes relais et de places nouvelles en établissements et services médico-sociaux spécifiquement dédiées au handicap rare ;
- L'instruction ministérielle DGCS/SD3B/DGOS/SRD4/DGESCO/CNSA/2014/52 du 13 février 2014 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'actions, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3^{ème} plan autisme (2013-2017) ;
- L'arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie en date du 1^{er} octobre 2010 relatif à la définition des territoires de santé ;
- L'arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie en date du 7 mars 2012 arrêtant le schéma régional d'organisation de l'offre médico-sociale (2012-2017) ;
- L'arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie en date du 28 juillet 2014 relatif au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie actualisé pour la période 2014-2018 ;
- Les notifications de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en date du 5 décembre 2011 et du 13 février 2012, relatives aux autorisations d'engagement de mesures nouvelles et par anticipation – établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées ;
- La notification anticipée de mesures du plan autisme 2013-2017 adressée par la CNSA à l'ARS de Haute-Normandie le 12 décembre 2013 et validée par le CNP le 6 décembre 2013 et en référence à la circulaire DGCS/DGOS/DGS/DSS/CNSA du 30 août 2013 relative à la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017

- Les courriers de saisine adressés en date du 20 mai 2015 au président du Conseil départemental de Seine-Maritime et au président du Conseil départemental de l'Eure pour recueillir leur avis ;
- Les courriers de saisine adressés en date du 20 mai 2015 au préfet de la région Haute-Normandie, au président du Conseil régional de Haute-Normandie et aux maires des communes de Haute-Normandie ;
- L'avis favorable formulé par la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux lors de sa séance du 20 mai 2015 ;
- L'avis favorable formulé par la commission des prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie de Haute-Normandie lors de sa séance du 17 juin 2015 ;
- L'avis favorable formulé par la commission plénière de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie de Haute-Normandie lors de sa séance du 2 juillet 2015 ;
- L'avis favorable formulé par la commission permanente du Conseil départemental de Seine-Maritime lors de sa séance du 6 juillet 2015 ;
- L'avis favorable formulé par la commission permanente du Conseil départemental de l'Eure lors de sa séance du 6 juillet 2015 ;
- Les avis formulés pendant la phase de consultation réglementaire.

ARRETE

Article 1 :

Le bilan d'étape et l'actualisation des orientations du schéma régional de l'organisation de l'offre médico-sociale 2012-2017 sont validés conformément au document annexé.

Les dispositions de l'arrêté du 28 juillet 2014 portant publication du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie pour la période 2014-2018 sont abrogées.

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de la région Haute-Normandie 2015-2019 est arrêté conformément au document annexé.

Article 2 :

Le bilan d'étape et l'actualisation des orientations du schéma régional de l'organisation de l'offre médico-sociale 2012-2017 ainsi que le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de la région Haute-Normandie 2015-2019 sont consultables et téléchargeables sur le site Internet de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie.

La version papier de ces documents est consultable au siège de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie.

Article 3 :

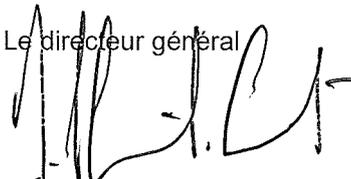
Cet arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 4 :

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région et des Préfectures de département.

Fait à Rouen, le 6 août 2015

Le directeur général



Amaury de SAINT-QUENTIN

Table des matières

TABLE DES MATIERES	3
PREAMBULE	4
DONNEES CHIFFREES	8
1. PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES FRAGILES	9
1.1. 2012-2014 : FAITS MARQUANTS ET EVOLUTIONS A VENIR	9
1.2. ANTICIPER ET PREVENIR LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT	10
1.3. DEVELOPPER LES EVALUATIONS MULTIDIMENSIONNELLES	11
1.4. AGIR EN FAVEUR DU MAINTIEN A DOMICILE	12
1.5. CONSOLIDER ET ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE.....	15
2. PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	39
2.1. 2012-2014 : FAITS MARQUANTS ET EVOLUTIONS A VENIR	39
2.2. REPERAGE, DIAGNOSTIC ET ACCOMPAGNEMENT PRECOCE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP 40	
2.3. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES SPECIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES	42
2.4. SCOLARISATION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP	46
2.5. INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : LE TRAVAIL EN MILIEU ORDINAIRE ET LE TRAVAIL PROTEGE.....	50
2.6. LE PLAN REGIONAL D'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES AVEC AUTISME	54
2.7. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	59
2.8. ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES	66
2.9. ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES TRAUMATISEES CRANIENNES CEREBROLESEES.....	71
2.10. ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP RARE DANS LE CADRE DE L'INTER-REGION SANITAIRE.....	76
2.11. AMELIORER L'ACCES A LA PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	81
3. PERSONNES EN DIFFICULTES AVEC DES PRATIQUES ADDICTIVES	85
3.1. BILAN D'ETAPE	85
3.2. PERSPECTIVES.....	86
4. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES, PSYCHIQUES, MEDICO-SOCIAUX DES PERSONNES DEMUNIES RELEVANT DU DISPOSITIF ACCUEIL HEBERGEMENT INSERTION	94
4.1. BILAN D'ETAPE	94
4.2. PERSPECTIVES.....	95

Préambule

Le bilan à mi parcours du Projet Régional de Santé (PRS) est l'occasion de rappeler les enjeux de la politique de santé, les grands principes du schéma régional de l'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS) avec en perspective des évolutions majeures voire pour certaines structurelles : la future loi de santé, la loi d'adaptation de la société au vieillissement, le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 et la réforme territoriale.

Il s'agit de :

- prendre en compte l'augmentation du nombre des personnes âgées fragiles avec des pathologies complexes et/ou chroniques et des personnes handicapées vieillissantes ;
- garantir un accompagnement, tout au long de la vie, via une meilleure coordination des interventions des nombreux professionnels de santé (libéraux et hospitaliers), médico-sociaux, sociaux, éducatifs sur les territoires, et agir sur les cloisonnements institutionnels¹.
- réduire les inégalités territoriales et de santé : à ce titre, la lutte contre le non recours et pour l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap demeure une priorité de santé publique.

Le SROMS a également affirmé le principe de subsidiarité qui permet ainsi d'assurer que toute personne âgée, handicapée, en situation de précarité accède en priorité au droit commun et cela dans tous les domaines : prévention, soins, accompagnement médico-social, social, scolarisation, emploi, logement ... Le maintien à domicile pour les personnes âgées, l'inclusion en milieu de vie ordinaire pour les enfants et adultes handicapés constituent donc une priorité.

L'approche parcours de vie et de santé des personnes âgées, en situation de handicap, de vulnérabilité : un axe stratégique de la politique régionale

Le PRS de Haute-Normandie 2012-2017 et le SROMS en particulier ont retenu comme axe stratégique l'approche parcours de vie et de santé qui place la personne âgée fragile, la personne en situation de handicap et la personne en situation de précarité au cœur de notre système de santé.

Ainsi, ce n'est pas à la personne âgée, en situation de handicap ou de vulnérabilité de s'organiser mais c'est aux institutions, aux établissements, aux professionnels de s'adapter aux besoins de chaque personne. Nous sommes sur des enjeux de transformation de l'offre de services, d'évolution des pratiques professionnelles pour permettre des prises en charges et accompagnements plus fluides, plus adaptés et plus efficaces.

Cette approche est partagée avec les deux Départements et inscrite en tant que telle dans les schémas départementaux de l'autonomie.

Dans le contexte de la réforme territoriale, la question de l'organisation de l'offre de première ligne de services (soins et services sociaux, médico-sociaux) réaffirmée dans le projet de loi de santé revêt une actualité toute particulière.

Elle doit garantir pour les personnes âgées, handicapées et aux personnes en grande précarité, une offre de services de proximité et un accès organisé aux spécialités afin d'améliorer le repérage précoce des fragilités, le diagnostic, les évaluations, la prise en soins, les accompagnements sociaux et médico-sociaux adaptés à chaque situation.

¹ Cf. Rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches

➤ **Organiser une palette de services via le développement et l'adaptation de l'offre**

Depuis 2012, les actions mises en œuvre dans le cadre du PRS ont permis de :

- Développer, transformer et diversifier l'offre de prévention (coopération offre de prévention promotion de la santé avec les acteurs médico-sociaux, appels à projets spécifiques...), sanitaire (création d'équipes territoriales d'appui au diagnostic de l'autisme, de réseau de santé de réhabilitation psychosociale, renforcement des filières de soins gériatriques...) et médico-sociale (cf. Données chiffrées page 8) ;

Dans ce contexte privilégiant l'adaptation de l'offre, des politiques de formation initiale et continue ambitieuses s'imposent. L'ARS en fait une priorité dans le cadre des appels à projets et des CPOM.

- Favoriser l'implantation de nouveaux professionnels sur les territoires, notamment les plus fragilisés :
 - Aide à l'installation et communication vers les élus territoriaux, les professionnels de santé installés et les étudiants sur les dispositifs existants (incitation à l'installation ou au maintien, guichet unique d'installation des professionnels de santé notamment) ;
 - Contractualisation avec les médecins spécialistes en médecine générale pour une première installation en zone fragile / déficitaire (PTMG : praticien territorial de médecine générale) ;
 - Accompagnement des projets de regroupement des professionnels de santé (maisons de santé pluridisciplinaires dans ou « hors les murs »).

De plus, l'ARS a favorisé la création d'instituts de formation dans les métiers de la rééducation : création en 2014 de 20 places supplémentaires de Kinésithérapie, 35 places d'ergothérapeute, création en 2013 de 20 places augmentée à 28 en 2014 d'orthophonie à Rouen et création de 20 places de psychomotricien en 2015 au CHU ;

- Développer les dispositifs d'appui et de coopération sanitaires et médico-sociaux tels que la télémédecine, équipes mobiles gériatriques et psychiatriques, formations croisées.

➤ **Organiser cette palette de services à l'échelle d'un territoire de parcours et de vie pertinent**

Dès 2012, le PRS a intégré le concept **de territoire de parcours de vie et de santé** en tenant compte de la double contrainte :

- de simplification/proximité pour l'utilisateur
- et de l'accès à une offre de spécialité.

A titre d'exemple, un territoire de parcours de santé de la personne âgée fragile doit nécessairement disposer d'une filière de soins gériatrique complète.

Sur la base de ces critères, le PRS 2012-2017 avait initialement défini huit territoires de parcours de vie et de santé pour la personne âgée fragile.

Des ajustements sont aujourd'hui nécessaires pour intégrer des stratégies notamment mises en œuvre avec le déploiement des MAIA². L'actualisation du SROMS redéfinit donc le nombre de territoire de parcours à sept selon la cartographie présentée en annexe n°1 et validée par la commission médico-sociale de la CRSA du 17 février 2015.

² MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

Il en est de même pour les personnes en situation de handicap avec le souci de s'adapter aux types de handicap :

- Le territoire de santé en tant que territoire de parcours de vie et de santé a été privilégié, avec néanmoins des aménagements pour rester dans les limites départementales ;
- Pour l'autisme, l'offre de services s'organise au sein de trois territoires : territoires de santé Rouen/Elbeuf/Dieppe, Le Havre et le département de l'Eure ;
- Pour le handicap rare, la CNSA a retenu une organisation à l'échelle interrégionale : Haute et Basse-Normandie/Picardie/Nord-Pas de Calais.

Une nouvelle gouvernance de l'organisation des parcours :

Au-delà des créations de places (27 appels à projets de 2011 à 2014 – voir annexe n°2), l'adaptation de l'offre, l'évolution des pratiques professionnelles, le développement des collaborations constituent un impératif pour apporter la juste réponse au bon endroit, au bon moment pour toute personne âgée, handicapée, en situation de précarité.

Pour atteindre ces objectifs, la Haute-Normandie a fait le choix de la généralisation progressive des méthodes d'action pour l'intégration des acteurs afin de favoriser la cohérence des politiques et des interventions auprès des usagers. Elle est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un « ensemble de techniques et de modèles organisationnels pour créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les acteurs des champs sanitaires, médico-social et social. A l'inverse de la coordination entre acteurs qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant ».

Cette méthode est potentiellement bénéfique à toutes les populations en demande de services et plus particulièrement à celles qui utilisent de façon intensive à la fois les services et prestations sanitaires, médico-sociales, sociales, éducatives, en priorité les personnes âgées, handicapées, en situation de grande précarité, les personnes atteintes de maladie chronique.

Elle impose d'agir de manière simultanée à trois niveaux :

- **1^{er} niveau** : celui de l'harmonisation des politiques publiques en faveur d'une organisation cohérente des parcours, d'une gouvernance partagée des stratégies sanitaire, éducative, médico-sociale, sociale, entre institutions : l'ARS et les Départements en premier lieu, mais aussi avec la Région, l'Education Nationale, les organismes de protection sociale, les fédérations d'établissements et services, les unions régionales des professions de santé, les usagers...

Le protocole signé entre l'ARS et le Département de Seine-Maritime pour un pilotage partagé de l'organisation des parcours des personnes âgées (joint en annexe n°3) ; la convention entre l'ARS et l'Education Nationale portant sur la scolarisation des enfants handicapés ; les contrats locaux de santé illustrent cette gouvernance conjointe qui nécessite de s'appuyer sur des outils d'observation.

La mise en place prochaine du pilotage partagé de la fonction d'observation du handicap, la mise en œuvre par les deux MDPH du suivi des orientations en ESMS, constituent des avancées significatives.

Le déploiement de Via trajectoire dans les EHPAD devrait permettre d'améliorer également l'observation des besoins médico-sociaux pour les personnes âgées.

- **2^e niveau** : celui de la mobilisation des acteurs et de l'organisation de l'offre des services à l'échelle des territoires de parcours au sein d'instances permettant de construire de nouvelles réponses : évolution des projets d'établissements, structuration du partenariat autour de projets communs, transformation de l'offre pour des besoins nouveaux ou mieux repérés.

Des instances de ce type, co-animées par l'ARS et les Départements, ont d'ores et déjà été installées en Haute-Normandie : les tables territoriales de l'autonomie pour les personnes âgées ou tables tactiques, les instances techniques de concertation pour les personnes handicapées, personnes en situation de précarité, les tables territoriales de l'autisme.

- **3^e niveau** : celui de la coordination des interventions avec la personne et sa famille. Ce sont la mise en place de guichets intégrés pour les personnes âgées dans le cadre des MAIA, le rôle d'assemblage et d'ajustement régulier des interventions des MDPH pour les personnes handicapées et leurs familles, la gestion de cas (18,5 ETP), la révision du rôle des acteurs de coordination en collaboration avec le Département de Seine-Maritime (coordonnateur CLIC, référent autonomie, gestionnaire de cas, coordonnateur réseau gérontologique), la réflexion engagée sur les intervenants pivots dans le champ de l'autisme.

En conclusion, le bilan du SROMS de Haute-Normandie est le fruit de l'engagement de l'ensemble des acteurs haut-normands dont la mobilisation se poursuivra dans la mise en œuvre des chantiers à cours et à venir.

Données chiffrées

34,2 millions d'€ installés permettant l'ouverture de **1 870 places ESMS, CMPP et offre innovante** au 31/12/2014 dans le cadre de mesures nouvelles (hors transformation et redéploiement de l'offre).

Installations de mesures nouvelles médico-sociales sur les exercices 2012 à 2014

		Etablissements		Inclusion et maintien à domicile		Offre innovante	Montant total
		places	montant	places	montant	montant	
Personnes âgées		<ul style="list-style-type: none"> ➢ 573 pl. EHPAD ➢ 324 pl de PASA ➢ 41 pl. d'UHR 	5 688 220 € 1 476 468 € 631 023 €	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 74 pl d'hébergement temporaire ➢ 102 pl accueil de jour ➢ 224 pl de SSIAD ➢ 40 pl. d'ESA 	842 302 € 1 112 412 € 2 688 000 € 600 000 €	Projet innovant et offre alternative de répit : 300 000 €	13 338 425 €
Personnes en situation de handicap	Enfants	2 pl d'IME poly/pluri-handicap	105 732 €	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 40 pl de CAMSP ➢ 2 CMPP et extension ➢ 113 pl SESSAD + 10 places issues redéploiement ➢ 7 pl unité d'enseignement autisme ➢ 1 centre d'accueil familial spécialisé 	630 800 € 1 363 513 € 2 376 539 € 93 333 € <i>(sur 4 mois)</i> 200 000 €	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Offre répit autisme : 175 000 € ➢ 35 pl de service d'accompagnement expérimental : 626 815 € + 6 places issues de redéploiement 	5 571 732 €
	Adultes	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 158 pl de MAS ➢ 69 pl de FAM 	10 526 249 € 1 714 561 €	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 28 pl de SAMSAH ➢ 40 pl d'accueil temporaire 	448 000 € 2 312 985 €	<ul style="list-style-type: none"> ➢ centre ressources handicap et professions : 183 226 € ➢ service expérimental : 90 000 € 	15 275 021 €
	Intégration					<ul style="list-style-type: none"> ➢ Pilote autisme : 74 000 € 	74 000 €
Total		1 167 places d'hébergement complet	20 142 253 €	668 places et 10 places de SESSAD par redéploiement et un CAFS	12 667 884 €	1 449 041 €	34 259 178 €

1. Parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles

1.1. 2012-2014 : faits marquants et évolutions à venir

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement adopté en première lecture vient renforcer les grandes orientations du PRS. Il s'agit pour le gouvernement de répondre à une demande forte des citoyens d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques dans leur ensemble.

Projection de la population des personnes âgées de plus de 75 ans en Haute-Normandie ; une augmentation très significative à partir de 2020.

	Eure		Seine-Maritime	
	2020	2040	2020	2040
0 à 60 ans	463 288	464 661	932 735	887 669
+ de 65 ans	119 121	167 913	256 073	327 360
+ de 75 ans	51 731	94 588	117 412	119 726

Source : INSEE

1.1.1. Bilan d'étape de la mise en œuvre de la gouvernance :

94 % des orientations du volet personnes âgées du SROMS et plus globalement du PRS entre 2012 et 2014 ont été engagées.

La mise en œuvre de ce volet a été marquée par :

- La mise en place d'une nouvelle gouvernance de l'organisation des parcours dans les **territoires** avec l'installation des **MAIA**, la mise en place progressive des instances de concertation et des projets de territoire élaborés à partir de diagnostics de territoire.

Il était prévu initialement 8 territoires de parcours de santé et de vie de la personne âgée fragile ; 7 territoires ont finalement été retenus et validés par la CRSA médico-sociale de février 2015. Ces parcours de santé et de vie de la personne âgée sont structurés autour des 7 filières de soins gériatriques.

Les modifications concernent, le territoire de parcours de Gournay/Gisors initialement envisagé. Le secteur Gisors/Gaillon est désormais rattaché au territoire de parcours d'Evreux/Vernon/Verneuil et le territoire de proximité de Gournay-en-Bray est intégré au territoire de parcours de Rouen (dynamique locale des partenariats et politique de consolidation de la filière de soins d'Evreux).

S'agissant du territoire de parcours de Bernay/Pont-Audemer, il est maintenu au regard des relations construites depuis plusieurs années entre les professionnels de santé. L'organisation de la filière gériatrique et gérontologique de ce territoire devra être analysée dans le cadre du regroupement des deux Normandie et dans le respect de l'organisation gérontologique mise en place de manière coordonnée sur le territoire actuel.

Sur ces 7 territoires de parcours, 11 territoires MAIA sont prévus :

- 4 MAIA sur le territoire de parcours de Rouen : Rouen, Yvetot, Pays de Bray, pourtour nord de l'agglomération ;
- 2 sur le territoire de parcours d'Evreux : Evreux/ Verneuil, Gisors/Vernon ;
- 1 MAIA pour chacun des territoires de parcours restants : Le Havre, Fécamp/Bolbec/Lillebonne, Dieppe, Elbeuf/Louviers, Bernay/Pont-Audemer.

A ce jour, 8 MAIA sont installées.

En outre, une fonction de chargé de mission « Parcours personnes âgées » a été créée au sein de l'ARS pour accompagner le déploiement de ces MAIA via le fonds d'intervention régional (FIR).

- **La mise en œuvre de deux plans gouvernementaux** lancés afin de permettre le développement d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes : il s'agit du plan solidarité grand âge (**PSGA (2007-2012)**) et du **plan Alzheimer (2008-2012)**, déclinés dans le PRIAC actualisé chaque année.

Ces plans sont arrivés à échéance. L'ensemble des nouvelles places de SSIAD a été autorisé et installé, 100% des objectifs du plan Alzheimer concernant les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), les unités d'hébergement renforcé (UHR), les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et les plateformes de répit (PFR) ont été atteints, voire au-delà pour les PASA et les UHR. En Haute-Normandie, seules 28 places d'hébergement permanent et 10 places d'hébergement temporaire restent à autoriser.

1.1.2. Perspectives :

- Consolider la gouvernance stratégique de l'organisation des parcours.
- Poursuivre le déploiement des MAIA. Un appel à candidatures est en cours pour la création de deux nouvelles MAIA en 2015.
- Mettre en œuvre les mesures du nouveau plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) et notamment ajuster l'objectif n°5 « organisation de l'offre pour les malades Alzheimer et maladies apparentées » ; prendre en compte l'ensemble des publics spécifiques à savoir les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, parkinson et sclérose en plaque) mais également les autres publics spécifiques (les personnes handicapées vieillissantes et les personnes âgées les plus démunies) avec l'appui des pilotes MAIA.

L'ARS est dans l'attente de sa feuille de route, néanmoins l'actualisation du PRIAC en 2015 intègre des ajustements en termes de développement de l'offre qui s'ajouteront aux mesures du nouveau plan : la création de 2 UHR, de 3 dispositifs de répit, de 10 places de SSIAD et une expérimentation pour l'accueil en EHPAD des personnes handicapées vieillissantes.

1.2. Anticiper et prévenir les effets du vieillissement

1.2.1. Bilan d'étape :

Au regard de l'enjeu de repérage et d'identification des facteurs de risque de perte d'autonomie, les partenaires se mobilisent pour engager des actions dans ce domaine ; les contrats locaux de santé servent de levier pour les renforcer.

- Elaboration d'outils de repérage
 - l'outil « ABCDEF » créé par le Professeur CHASSAGNE et le Docteur PESQUET, suite aux travaux d'élaboration du SROMS, a pour objectif de repérer simplement et rapidement (10 minutes), 6 caractéristiques majeures établies sur des données de la littérature comme étant péjoratives en termes de santé. Il a été présenté lors du congrès interrégional fin 2014 ;
 - la « fiche alerte » développée dans le cadre de la mise en œuvre des guichets intégrés et permettant un repérage et un accompagnement précoce de la fragilité, notamment par les acteurs du 1^{er} recours ;

- Développement d'actions de prévention et promotion de la santé :
 - Organisation de plusieurs journées d'information et d'échanges dans les territoires autour de différents thèmes : la dénutrition, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, la prévention des chutes des personnes âgées et l'iatrogénèse médicamenteuse dans le cadre du programme « qualité et efficience des soins en EHPAD » piloté avec l'Assurance Maladie ;
 - Actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie auprès des EHPAD sur l'iatrogénèse médicamenteuse, la prévention buccodentaire et auprès des médecins généralistes sur l'iatrogénèse médicamenteuse ;
 - Lancement d'un appel à candidatures en 2014 "Activité physique et sportive adaptée aux personnes âgées fragiles et dépendantes" ; il visait à promouvoir les activités physiques et sportives comme facteur positif de santé et de prévention des chutes. Les 16 projets retenus concernaient les personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie, soit vivant à domicile, soit accueillies en EHPAD. Il répond à deux objectifs du PRS : lutter contre l'inactivité physique et améliorer la qualité et l'efficience des prises en charge en EHPAD et à domicile.

1.2.2.Perspectives :

- Déployer les outils de repérage de la fragilité auprès de l'ensemble des acteurs du 1^{er} recours. L'outil déployé auprès des médecins généralistes devra être accompagné d'un outil d'aide à la décision.
- Poursuivre les actions d'accompagnement des ESMS sur notamment la prévention buccodentaire, l'iatrogénèse médicamenteuse, la promotion des activités physiques,
- Intégrer ce volet anticipation/prévention dans tous les contrats locaux de santé (CLS) signés avec les collectivités territoriales permettant ainsi la mobilisation mise en exergue dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

1.3. Développer les évaluations multidimensionnelles

1.3.1.Bilan d'étape :

- Création de 6 équipes mobiles d'évaluation à domicile (EMED), impliquant 8 CLIC.

Lors de la rédaction du SROMS, le groupe de travail « personnes âgées » avait identifié le besoin de compléter les évaluations réalisées par les CLIC au domicile des personnes par des évaluations médicales. Cette compétence sanitaire a été apportée aux CLIC par du temps médical et infirmier, orienté sur l'évaluation médicale et psychologique.

A noter également que les réseaux de santé gérontologiques de Fécamp et Dieppe doivent permettre de réaliser des évaluations alliant compétences médicales, paramédicales et compétences des CLIC au domicile des personnes.

- Labellisation de 8 consultations mémoires réparties sur 11 sites principaux et 6 sites de consultations avancées.

A noter, le rôle actif des infirmiers libéraux dans le dispositif de repérage de situations complexes et de coordination des soins. Ils sont impliqués notamment dans les signalements aux CLIC et aux MAIA (file active de près de 23 000 personnes concernées).

1.3.2.Perspectives :

- Mettre à plat les interventions entre tous les acteurs de l'évaluation ; engager une réflexion à partir d'une enquête pour bien positionner les différents acteurs de l'évaluation de la personne âgée fragile (réseaux de santé, CLIC, EMED, ESA, SSIAD, etc.).
- Développer et acter les dispositifs de coordination d'infirmiers facilitant la prise en charge à domicile,
- Faciliter les sorties d'hospitalisation avec l'appui des intervenants du domicile (mise en place d'outil comme des fiches de liaison ou le carnet de coordination à destination des personnes âgées permettant l'identification des acteurs de soins ou sociaux qui interviennent auprès de ces personnes).

1.4. Agir en faveur du maintien à domicile

1.4.1.Bilan d'étape

Le PRS a fait du maintien à domicile des personnes âgées une grande priorité. Dans ce contexte, de nombreuses actions ont été menées devant améliorer les parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles :

- Les professionnels de santé libéraux sont impliqués directement dans la prise en charge, notamment les médecins traitants, les infirmiers libéraux et les pharmaciens. L'article 36 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (HPST) confirme le rôle pivot du médecin traitant.
- Faciliter l'accès au service par la mise en place progressive des guichets intégrés dans chaque territoire sous l'impulsion du pilote MAIA, élaboration d'outils communs d'orientation (réseau, CLIC...)

A noter que la fédération de l'URPS infirmier a développé un « carnet de coordination » à destination des personnes âgées de 75 ans et plus qui recense les professionnels de santé référents ainsi que les éventuelles structures impliquées dans leur prise en charge (SSIAD, etc....) Cette fiche doit permettre de contacter les professionnels impliqués dans la prise en charge si besoin (hospitalisation aux urgences...).

- Développement de l'offre : 156 places de SSIAD ont permis de compléter l'offre en 2013 et 2014, suite au lancement d'un appel à projet. Deux nouveaux SSIAD ont été créés ex nihilo (20 places à Canteleu, 22 places au Havre). Le taux d'équipement régional est de 20,77 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans (20,69 ‰ en Seine-Maritime, 20,96 ‰ dans l'Eure) en 2014, chiffre supérieur au taux national (19,7 ‰).
- Incitation des SSIAD à intervenir auprès des anciens travailleurs migrants et des populations en situation de grande précarité au sein des structures qui les accueillent (foyers pour travailleurs migrants, résidence sociales, centres d'hébergement et de réinsertion sociale). Les premières interventions en foyers ADOMA, CHRS et structures d'accueil social ont débuté dès 2013.
- Lancement de deux appels à candidatures en 2013 pour créer 39 places de SSIAD dits d'urgence (33 créations et 9 redéploiements de places classiques) afin de faciliter les retours au domicile après un séjour hospitalier, voire éviter les hospitalisations. Ce dispositif porté par 7 SSIAD référents "urgence", permet des prises en charge en 24h/48h et le passage de relai sous 15 jours au SSIAD ou SAAD du domicile des personnes accompagnées. Mis en place progressivement à compter de décembre 2013, ces services couvrent tous les territoires de parcours à l'exception des territoires d'Evreux et de Fécamp en l'absence de candidature à l'appel à projet.

- Ecriture en cours d'un référentiel de bonnes pratiques (RBPP) en SSIAD : harmonisation des critères d'inclusion dans le service, nouvelle gestion de la file active, place de l'IDEC dans la mise en œuvre du projet personnalisé et la coordination du projet de vie et de santé en collaboration avec les autres acteurs de l'accompagnement et du maintien à domicile, développement des collaborations avec les SAAD (projet de mise en place de "SSIAD Ressources"), permettant ainsi d'anticiper les orientations de la loi d'adaptation au vieillissement de la population à travers la création de services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD).
- A noter, l'implication plus grande de l'ARS dans le suivi des services d'aide et d'accompagnement à domicile : (SAAD)
 - participation aux travaux du groupe de travail mis en place à l'échelle régionale et piloté par le Conseil départemental de Seine-Maritime pour définir le périmètre d'intervention et la coordination des interventions ;
 - depuis 2012, pilotage de la répartition du fonds d'aide exceptionnelle, délégué par la CNSA et le Ministère des affaires sociales pour accompagner les SAAD dans leur restructuration et leurs efforts de retour à l'équilibre financier. Entre 2012 et 2015, en collaboration étroite avec les partenaires de l'aide à domicile (Départements, DIRECCTE, CARSAT, Fédération d'associations gestionnaires) et DRFIP, l'ARS a ainsi attribué un total de 4 242 119€ à une trentaine de SAAD de la région. A ces montants se sont ajoutés des crédits exceptionnels (1 250 000€) versés en 2014 par le conseil départemental de Seine-Maritime sous la forme de fonds de concours pour couvrir les besoins exprimés. Un reliquat de 363 797€ devrait permettre de poursuivre cette aide en 2015.
- Développement d'une palette diversifiée de structures de répit dans les territoires de parcours :
 - Création de 248 places d'accueil de jour depuis 2010, tous en conformité avec le seuil réglementaire d'un minimum de 6 places pour les accueils de jour adossés à des EHPAD (cf. décret du 29 septembre 2011) ;
 - Création de 128 places d'hébergement temporaire créées depuis 2010 ;
 - Ouverture de 4 plateformes de répit et d'accompagnement. Chaque territoire de santé dispose ainsi d'une plateforme dont les missions sont : le répit à domicile (à la journée ou à la demi-journée uniquement), une écoute et un soutien auprès des aidants (bistrot mémoire, etc.), proposer des activités favorisant la poursuite du lien social (activité commune pour le couple aidant-aidé) et mission de communication auprès des partenaires.
 - Création de 12 équipes spécialisées Alzheimer soit 120 places. Le but de l'intervention est de maintenir les capacités résiduelles, pour quelques mois, par des séances de réhabilitation dès le début de la maladie. Un volet éducation thérapeutique des aidants (écoute, sensibilisation, conseil) est également prévu. Un maillage théorique de l'ensemble du territoire a été réalisé.
 - Financement de 52 sessions de formation des aidants. Entièrement gratuite pour les aidants familiaux, elles ont pour objectif de leur apporter « des connaissances, ainsi que des savoir-être et faire » visant à éviter les situations d'épuisement, à améliorer l'accompagnement des personnes malades et à prévenir d'éventuelles situations de maltraitance. Toutefois, il s'agit de la seule mesure du plan Alzheimer pour laquelle il est constaté une sous-réalisation des objectifs initiaux.

- Lancement de 2 appels à projet « formules innovantes de répit » afin de répondre aux besoins non pris en compte dans les dispositifs financés dans le cadre du plan Alzheimer (besoin de répit sur plusieurs jours consécutifs à domicile, répit en soirée, la nuit ou les week-ends, accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, etc.). En 2013 sur le territoire de santé de Rouen puis en 2014 sur le territoire de santé du Havre. Ils visaient notamment à optimiser l'accès et le fonctionnement des différentes offres de répit du territoire et à l'utilisation coordonnée et complémentaire de l'offre existante (accueil de jour, hébergement temporaire, équipe spécialisée Alzheimer...).

1.4.2.Perspectives :

- La généralisation des forfaits d'équipe (cf. arrêté du 27 février 2015) doit permettre aux équipes de soins de premier recours organisées de prendre en charge de manière coordonnée les patients âgés complexes. Ces forfaits d'équipe sont liés à l'organisation des réunions pluridisciplinaires pour les patients les plus complexes, dont les patients âgés en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté.
- Développer les liens entre les intervenants du premier recours, notamment le médecin traitant et les services et structures contribuant au maintien à domicile, en sortie d'hospitalisation des patients (anticipation, préparation du retour à domicile...).
- Poursuivre les interventions des SSIAD auprès des populations démunies au sein des structures d'accueil. L'organisation, en collaboration avec la DDCS, d'une journée de rencontre régionale entre l'ensemble des SSIAD, les CHRS et les FTM en juin 2015 a pour objet d'accélérer le déploiement de ces modalités d'intervention auprès des personnes vieillissantes dans leur structure d'accueil.
- Finaliser l'écriture du référentiel de bonnes pratiques professionnelles et favoriser son appropriation. Des indicateurs ciblés permettront de valider les évolutions dans les pratiques mises en œuvre. La communication autour de ces nouveaux modes de fonctionnement et organisations sera menée en 2016 auprès des partenaires du domicile notamment dans le cadre des tables territoriales / tactiques de concertation animées par les pilotes MAIA ;
- Intégrer les SSIAD dans le dispositif de sortie d'hospitalisation PRADO mis en place par l'Assurance maladie ;
- Articuler l'hôpital et les SSIAD à l'occasion de la consultation de fin de traitement, dans le cadre du plan Cancer 2014-2019, pour s'assurer du suivi, à domicile, des personnes fragiles (personnes âgées, isolées) et des populations en difficulté (situation de précarité, handicap), appui au médecin traitant en lien avec les autres acteurs de la prise en charge (réseau de santé, maison de santé, HAD, etc.) ;
- Renforcer les partenariats SSIAD/HAD dans le cadre du suivi du SROS HAD 2012-2017 pour améliorer l'organisation de parcours de vie et de santé des personnes fragiles sans rupture ;
- Mobiliser une enveloppe « soins lourds », sur des crédits non reconductibles, dans l'attente de la mise en place de la nouvelle tarification des SSIAD, favoriser l'accompagnement de patients avec des soins coûteux via des conventions de collaboration signées entre les SSIAD et les infirmiers libéraux. En effet, les infirmiers libéraux jouant un rôle prépondérant dans les soins et le maintien à domicile des personnes âgées, les articulations et coopérations entre les professionnels des SSIAD et les infirmiers libéraux doivent être soutenues. Y contribueront :
 - l'actualisation, à fin 2015, de la convention spécifique réglementaire entre SSIAD et IDEL, en collaboration avec l'URPS Infirmier, les CPAM et les services. La refonte d'un document type permettra de prendre en compte les évolutions mutuelles de pratiques et les dispositions conventionnelles des IDEL avec l'Assurance maladie ;

- Déployer les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), conformément à la mesure 20-21 du PMND et au projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement : expérimenter des SPASAD à partir des « SSIAD ressources » définis dans le référentiel, favoriser le fonctionnement en mode SPASAD par convention comme par exemple entre l'ADMR et un SSIAD de la Croix-Rouge française ;
- Poursuivre l'optimisation et le développement de l'offre de répit sur les territoires, en lien notamment avec la nouvelle feuille de route du PMND :
 - élargir les dispositifs de répit existants à l'ensemble des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative ;
 - faire réaliser, par les pilotes MAIA, un diagnostic des offres de répit existantes pour chaque territoire de MAIA ;
 - conforter et poursuivre le déploiement de formules de répit innovantes contribuant au répit des aidants familiaux, en lien avec le développement de la « silver économie »
 - poursuivre le développement de l'offre de formation des aidants familiaux ;
 - optimiser l'offre en accueil de jour / hébergement temporaire au regard notamment des diagnostics réalisés ;
 - poursuivre le déploiement des ESA en fonction de la nouvelle feuille de route, expérimentation de temps de psychologue en SSIAD notamment pour ceux disposant d'une ESA ou de places pour personnes en situation de handicap ;
 - poursuivre le déploiement d'unité cognitivo-comportementale en service de soins de suite et de réadaptation

1.5. Consolider et adapter l'offre de service sanitaire et médico-sociale

1.5.1. Bilan d'étape

- Finalisation de la structuration des filières de soins gériatriques :

Un des objectifs du plan solidarité grand âge 2008-2012 concernait l'adaptation du système hospitalier pour répondre à l'augmentation du nombre de personne âgée de plus de 75 ans et à leurs besoins spécifiques. Des mesures ont donc été prises afin de conforter et/ou de compléter chaque filière en s'intégrant dans la structuration des parcours par territoire. La filière de soins gériatriques représente un acteur incontournable de l'élaboration du parcours de la personne âgée fragile notamment lors du diagnostic et de l'élaboration du projet thérapeutique. Le développement des complémentarités entre les établissements aura pour effet d'éviter les ruptures dans les parcours de vie de santé des personnes âgées fragiles mais aussi d'augmenter l'attractivité des professionnels de santé.

- renforcement de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) du CHU de Rouen afin qu'elle puisse se déplacer dans les EHPAD de son territoire et création d'une EMG à Fécamp en 2013 ;
- renforcement de 3 lits d'évaluation gériatrique aux urgences en unité d'hospitalisation de courte durée sur Evreux dans le but d'éviter de fluidifier le parcours des personnes âgées dès les urgences. Création d'une consultation gériatrique dédiée aux urgences ;
- création de 22 lits de court séjour gériatrique sur le site de VERNON ;
- création de 15 lits de court séjour gériatrique au CHI Elbeuf- Louviers ;

- création d'USLD au centre hospitalier Eure-Seine et au CH de Barentin
 - déploiement du dispositif d'appui aux ESMS : télé expertises, télé staff et de téléconsultations en gériatrie, gérontopsychiatrie, dermatologie ;
 - déploiement des équipes mobiles psychiatrie auprès des EHPAD. Actuellement l'EMPPA intervient dans 30 EHPAD et 6 SSR ; Elle s'appuie sur le dispositif de télé médecine permettant de proposer des évaluations cliniques et thérapeutiques à distance des téléconsultations, ainsi que des télé expertises augmentant ainsi son efficience
 - Déploiement en 2010 d'unité de coordination en onco-gériatrie (UCOG) au niveau national dans le but de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres, de contribuer au développement de la recherche et de soutenir la formation et l'information en onco-gériatrie. L'UCOG a été labellisée au CHU de Caen. Il existe en Haute Normandie une antenne (AOG) rattachée à l'unité (UCOG) de Basse Normandie qui porte les missions de diffusion des bonnes pratiques, de recherche et de formation des professionnels.
 - déploiement de formations et d'outils de concertation en onco-gériatrie auprès des gérialtres,
 - formations en onco-gériatrie, aux protocoles de soins auprès des professionnels de santé.
- Adaptation de l'offre médico-sociale:
- amélioration de la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : depuis 2010 création de 47 pôles d'accueil et de soins adaptés (PASA), 4 unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD et 6 en unités de soins de longue durée (USLD) ;
 - 58 renouvellements de convention tripartite/avenants/nouvelles conventions pour un montant de 9 024 265€ ;
 - poursuite des efforts financiers pour améliorer les conditions d'hébergement et moderniser les EHPAD via le plan d'Aide à l'investissement et les crédits non reconductibles (une trentaine d'opération de modernisation d'EHPAD, pour un montant total de 24 362 777€, PAI et CNR confondus) ;
 - lancement d'un appel à projet en 2013 visant à favoriser l'accueil en EHPAD de personnes précaires vieillissantes, connaissant des difficultés spécifiques (troubles du comportement, consommation potentiel d'alcool, etc.) : 4 établissements ont été retenus.

1.5.2.Perspectives

- Mettre en place un groupe de travail pour élaborer le cahier des charges préalable à la labelliser les filières de soins gérialtriques ;
- Mettre en place des projets médicaux de filière de soins gérialtriques (multi-sites) par territoire de parcours, définir les relations entre l'établissement support de la filière et les établissements membres;
- Poursuivre le déploiement de la télésanté dans les EHPAD ;

- Formaliser, par des conventions, les organisations territoriales et les règles de bonnes pratiques professionnelles en cours afin de mieux organiser les parcours et éviter les passages aux urgences notamment entre CH et EHPAD ;
- Accompagner les personnes atteintes de maladie neuro dégénératives au sein de dispositifs spécifiques (UHR, PASA, etc.) ;
- Poursuivre les efforts de médicalisation et d'amélioration des conditions d'hébergement en EHPAD ;
- Engager une réflexion, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, sur « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (PHV) » : mise en place de groupes projets sur les territoires avec les pilotes MAIA. Il s'agira de définir des modalités opérationnelles d'accompagnement des PHV en établissement PH, en EHPAD (ex. formations, conventionnement...) ou à domicile (ex. offre de répit). Une expérimentation est prévue dans le cadre de l'actualisation du PRIAC en 2015.

Les actions sont détaillées par objectifs dans les tableaux ci-après :

		Transversalité					Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS			
		Territoires concernés	Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Nouveaux territoires : nouvelle configuration des territoires prenant en compte le déploiement des MAIA (ajustement Le Havre, Fécamp-Bolbec-Lillebonne, Yvetot, Dieppe, Neufchâtel-Gournay), la structuration des filières de soins gériatriques (Evreux-Vernon-Gisors)										
A prévoir, travail sur articulation CLIC-EMED-réseaux-gestion de cas										
Objectif 1 : définir l'organisation des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile										
	<u>Objectif 1-1</u> : Repérer les partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux, ambulatoires et de la prévention des parcours de vie et de santé	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (<i>révision : 7 territoires</i>)	X	X	X		Diagnostic par territoire	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> :</p> <p>Diagnostic territorial (dont le recensement des acteurs) : 1ère étape de mise en place de la MAIA. Fin 2014, 7 MAIA/8 l'ont réalisé (pilote de la MAIA Bernay-Pont Audemer recruté début 2015). 3 diagnostics sont initialisés et 4 sont avancés. 3 diagnostics ont été formalisés (document de diagnostic). L'ensemble des éléments recueillis dans le cadre de ces diagnostics a été validé par les instances de concertation stratégique et tactique des territoires MAIA. Un travail de référentiel métier a été initié sur le département de Seine Maritime par les pilotes MAIA, outil qui sera complété par l'annuaire propre à chaque territoire MAIA.</p> <p><u>Perspectives</u> :</p> <p>Diagnostics réalisés sur les 11 territoires MAIA d'ici 2017. Formalisation des diagnostics sur les 11 territoires via la rédaction du projet de territoire de chaque MAIA. Elargissement des diagnostics au domaine de la prévention : travail sur l'articulation avec les 22 coordinateurs de réseaux locaux de promotion de la santé et/ou ASV.</p>
	<u>Objectif 1-2</u> : Créer huit instances de coordination sur les huit parcours et définir leurs modalités de fonctionnement	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (<i>révision : 7 territoires</i>)	X	X	X		Composition des huit instances	Partiellement	Objectif ajusté	<p><u>Réalisé</u> :</p> <p>Mobilisation du FIR au service de l'organisation des parcours : financement d'un poste de chargé de mission parcours personnes âgées auprès des deux départements et de l'ARS. Nouvel objectif : Définir 7 territoires de parcours de santé et de vie de la PA fragile. Il était prévu initialement 8 territoires de parcours de santé et de vie de la PA fragile, 7 territoires ont finalement été retenus et validés par la CRSA médico sociale de février 2015 (cf. annexes : cartographie et note stratégique CRSA du 17/02/15). Les 7 territoires de parcours de santé et de vie de la PA sont structurés autour des filières de soins gériatriques. Sur ces 7 parcours, 11 territoires MAIA sont prévus (4 MAIA sur le territoire de parcours de Rouen à terme, 2 sur le territoire de parcours d'Evreux à terme, 1 MAIA pour chacun des territoires de parcours restants). <u>Nouvel objectif</u> : Mettre en place les instances de concertation animées par les pilotes MAIA et</p>

										<p><u>réunissant les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social sur chaque territoire MAIA</u>- Les modalités de fonctionnement de ces instances de concertation sont définies dans le cahier des charges national MAIA et sont dénommées tables territoriales de l'autonomie pour le département de Seine-Maritime et tables tactiques pour le département de l'Eure. Pour le département de Seine-Maritime, les modalités de fonctionnement ont été redéfinies dans le protocole ARS/CG76 définissant l'organisation des parcours PA, clarifiant le rôle des acteurs de la coordination (CLIC, réseaux, gestion de cas) et l'articulation des partenaires des différents champs. Ce protocole établit une gouvernance stratégique commune pour les MAIA du département : le collège organisation des parcours PA du Copil départemental de l'autonomie.- Fin 2014, sur 8 territoires couverts par une MAIA, 6 instances de concertation existent, animées par les pilotes MAIA. Pour le territoire d'Elbeuf Louviers Le Neubourg, la concertation a débuté en 2012 avec une expérimentation de parcours PA type PAERPA, l'instance de concertation débutera en 2015 avec l'implantation de la MAIA depuis fin 2014.- Disparités dans la dynamique de ces instances en fonction des territoires (de 1 à 4 tables de concertation organisées/an).</p> <p><u>Perspectives</u> : - Couverture globale de la région avec l'implantation de deux MAIA dès 2015 sur 2 des 3 territoires non couverts (Rouen/agglomération sud, agglomération nord de Rouen, Vernon-Gisors). - Renforcer la concertation tactique sur certains territoires en augmentant le nombre de réunions.</p>
	<u>Objectif 1-3</u> : Identifier la structure responsable de la coordination	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)	X	X	X		Huit structures identifiées	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> :</p> <p>Le portage des MAIA est divers : hospitalier (2), conseil général (1), CCAS (2), associatif porteur également de CLIC, réseaux (3).</p> <p>Une convention de collaboration a été signée entre le CH de Bernay et le CH de Pont Audemer pour le portage de la MAIA Bernay/Pont Audemer.</p> <p><u>Perspectives</u> :</p> <p>Identifier des porteurs pour les futures MAIA. Appel à candidatures en ligne pour deux MAIA en 2015.</p>
	<u>Objectif 1-4</u> : Elaborer un diagnostic partagé des territoires de parcours	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)	X	X	X		Document validé par l'instance de coordination	Partiellement	Objectif maintenu	<p>Diagnostic territorial : première étape de la mise en place des MAIA.</p> <p><i>Supra objectif n° 1.1</i></p>

	<p><u>Objectif 1-5 :</u> Expérimenter en vue de les modéliser des parcours de vie et de santé avec les filières de soins gériatriques de Fécamp, Dieppe, Elbeuf-Louviers, Evreux et leurs partenaires</p>	<p>Territoire de santé Dieppe, territoires de proximité Elbeuf-Louviers/Le Neubourg, Evreux/Verneuil/Vernon, Les Andelys Gaillon, Fécamp/Bolbec-Lillebonne</p>	X	X	X		Méthodologie	Oui	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> :Initialement, 4 territoires avaient été identifiés pour mener des expérimentations de démarche d'intégration. Celles-ci se sont appuyées sur les MAIA de Fécamp (2011), Dieppe et Evreux (2012) et le projet pilote parcours de santé de la personne âgée sur Elbeuf Louviers (2012).La méthodologie retenue pour la mise en place des parcours de vie et de santé est la méthodologie d'intégration. Les rapports d'étape 2011 à 2014 servent de bilan à ces expérimentations.Le projet pilote parcours de vie et de santé de la personne âgée s'est inscrit dans la démarche de type "PAERPA" : - coordination clinique de proximité. Celle-ci sera relancée en 2015 par le pilote MAIA. - un accueil de jour, sans reste à charge pour l'utilisateur, à destination des personnes âgées à risque de chute dépistées aux urgences : évaluation puis programme de prise en charge de 4 jours afin de favoriser le retour à domicile et prévenir les réhospitalisations.<u>Perspectives</u> : Formalisation des bilans de ces expérimentations. Identifier les initiatives (coordination clinique de proximité, accueil de jour, numéro unique...).</p>
--	---	--	---	---	---	--	--------------	-----	-------------------	--

Objectif 2 : renforcer la coordination et les articulations des acteurs et partenaires des parcours de vie et de santé

	<p><u>Objectif 2-1 :</u> Formaliser des coopérations entre les acteurs et partenaires des parcours</p>	<p>8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)</p>	X	X	X		GCSMS, conventions entre SSR gériatriques et CLIC, MAIA, conventions de prise en charge, de mutualisation...	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> : Les tables territoriales de l'autonomie (76) ou tables tactiques (27) favorisent la coopération entre les acteurs et garantissent l'organisation de ces coopérations. Un des enjeux des coopérations est l'articulation entre les coordinations : CLIC, réseaux, SSIAD... Plusieurs types de conventionnement ont été signés : - convention de partenariat entre associations et centres hospitaliers afin de favoriser le décloisonnement, - convention entre établissements de santé (FSG) et les acteurs sociaux, médico-sociaux, - convention de collaboration avec des secteurs de prise en charge spécifique (psychiatrie), - convention organisant l'intervention d'équipes mobiles ou HAD en EHPAD, - convention de mutualisation des moyens d'intervention entre EHPAD, - convention de collaboration SSIAD-SAAD (travail dans le cadre du référentiel de bonnes pratiques professionnelles SSIAD). <u>Perspective</u> : Poursuivre l'organisation de l'articulation entre les différents acteurs de coordination : professionnels des soins primaires, réseaux, SSIAD, HAD...</p>
--	--	---	---	---	---	--	--	---------------	-------------------	---

	<u>Objectif 2-2</u> : Développer la formation interprofessionnelle et les échanges de pratiques entre les acteurs et partenaires d'un parcours	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)	X	X	X		Actions de formation	Non	Objectif maintenu	L'objectif est d'aboutir à un langage commun pour les acteurs des différents champs. Pour cela, le niveau stratégique est nécessaire afin de reprioriser cet objectif et d'identifier les besoins à l'échelle des territoires des MAIA. <u>Perspective</u> : Identifier un plan de formation par territoire de MAIA sous la responsabilité du pilote (projet de territoire).
	<u>Objectif 2-3</u> : Développer le téléenseignement permettant des formations entre les acteurs des parcours de vie et de santé	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)	X		Mise en œuvre		Inscription dans le programme de télésanté	Partiellement	Objectif ajusté	Le téléenseignement ne relève pas de la compétence du SCAHN Santé (schéma concerté d'aménagement de l'espace numérique santé de Haute-Normandie) ; néanmoins la tenue de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) et de staffs à distance via les stations de télé médecine est prévue dans le SCAHN Santé et actuellement expérimentée en gastro-entérologie.
Objectif 3 : renforcer et fluidifier les filières de soins gériatriques										
	<u>Objectif 3-1</u> : Renforcer et compléter les filières existantes : - renfort des équipes mobiles de gériatrie incomplètes création d'équipes mobiles à Fécamp et Gisors - renfort des lits d'évaluation aux urgences à Evreux - augmentation du court séjour gériatrique d'Elbeuf Louviers - inscription des SSR gériatriques dans les filières	Région			Mise en œuvre		Mesures nouvelles Recomposition hospitalières Conformité aux autorisations (SSR)	Partiellement	Objectif ajusté	<u>Réalisé</u> : - Structuration de la filière : * Territoire de santé d'Evreux-Vernon : suite aux travaux menés par la Conférence de territoire sur le renforcement des coopérations territoriales entre les acteurs du territoire de santé, il a été décidé le rapprochement de deux filières (CHES et CH de Gisors) ainsi que la création d'un poste de coordonnateur. Il est chargé de structurer la filière sur le département de l'Eure sauf Le Neubourg et Bernay. Identification d'une filière sur le territoire de Bernay/Pont Audemer. - Pour les autres territoires de santé, plusieurs études/actions sont en cours pour structurer les différentes filières (Rouen, Le Havre et Dieppe). Au total, la région compte 7 filières de soins gériatriques. - Suite à la campagne de conformité des autorisations SSR gériatriques qui a été réalisée en 2014 tous les établissements support, en dehors du CHES, comporte un SSR gériatrique. - Mesures nouvelles * Renfort de l'EMG du CHU de Rouen. * Renfort de 3 lits d'évaluation gériatrique aux urgences en unité d'hospitalisation de courte durée sur Evreux. * Augmentation de 12 lits de court séjour gériatrique au CHI Elbeuf. * Création de l'équipe mobile gériatrique à Fécamp en 2013.

										<p>* Renfort des USLD (infra objectif n°7-4). * Déploiement des équipes mobiles de psychiatrie pour PA (supra objectif n°...).</p> <p><u>Perspectives</u> :</p> Poursuivre les complémentarités entre le CH de Gisors et le CHES notamment pour faciliter le recrutement de gériatre. Poursuivre la structuration de la filière Bernay/Pont Audemer. mettre en place un groupe de travail pour élaborer le cahier des charges préalable à la labellisation des filières de soins gériatriques ;
	<u>Objectif 3-2</u> : Identifier une filière de soins gériatriques Bernay-Pont-Audemer	Bernay-Pont-Audemer			Mise en œuvre		Identification d'un court séjour gériatrique et d'une équipe mobile de gériatrie	Partiellement	Objectif maintenu	Supra n° objectif 3-1.
	<u>Objectif 3-3</u> : Développer et formaliser des coopérations entre établissements support et établissements membres de la filière	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)			Mise en œuvre		Convention constitutive de la filière	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> :</p> Des coopérations entre établissements supports et membres de la filière de manière systématique mais non formalisées. Certains établissements membres de la filière ont des conventions avec les établissements supports de la filière mais il n'existe pas d'instance de coordination des filières sous le pilotage du responsable de filière. <p><u>Perspectives</u> :</p> Elaborer un projet médical de filière afin de renforcer et fluidifier le parcours des personnes âgées fragiles au sein des filières de soins gériatriques.
	<u>Objectif 3-4</u> : Organiser l'accès à la filière de soins gériatriques	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)	X		Mise en œuvre		Numéro unique de téléphone	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> :La filière de Rouen a mis en place une plateforme téléphonique qui ouvre l'accès à l'offre de soins du service de médecine interne gériatrique. Les autres établissements ont des outils mais non formalisés (numéro des gériatres diffusés aux partenaires) et adresses emails. <u>Perspective</u> :Préconiser la mise en place d'un numéro unique au sein des 6 autres filières de soins gériatriques.</p>
	<u>Objectif 3-5</u> : Limiter les hospitalisations via les urgences par l'accès direct en court séjour et en SSR	8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)	X		Mise en œuvre		Protocole d'accès direct pour les médecins traitants	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>Réalisé</u> :</p> 60% des filières ont un protocole d'accès à la filière, les autres sont accessibles directement mais non formalisés. <p><u>Perspectives</u> :</p> Travailler sur l'harmonisation des pratiques. Des protocoles d'accès direct en court séjour et en SSR ont été formalisés sur deux territoires MAIA.

	<p><u>Objectif 4-2</u> : Garantir l'accès à des évaluations et réévaluations médico-psycho-sociales quel que soit le lieu de vie afin de mieux orienter la personne, diminuer les hospitalisations évitables en anticipant les situations de crises... :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer l'action des équipes mobiles vers les EHPAD en fonction des territoires desservis, - mettre en place des équipes mobiles mixtes entre le secteur du domicile et l'hôpital 	<p>8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)</p>	<p>X</p>		<p>Mise en œuvre</p>		<p>Evaluations conjointes CLIC-UTAS, SSIAD, Consultations d'évaluation gérontologique, EMG intra et extra hospitalières, équipes mixtes à domicile SSR-CLIC</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Objectif maintenu</p>	<p><u>Réalisé</u> :</p> <p>*Evaluation : travail entre CLIC et CHRS : expérimentation menée à terme à Rouen sur les CHRS "URAS" et Abbé Bazire", démarche formalisée ARS-CG76 pour une diffusion des modalités de travail développées dans ce cadre.</p> <p>*EMG : mesures nouvelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en 2012, renforcement de l'équipe mobile du CHU pour intervention auprès des EHPAD, - création en 2013 de l'EMG du CH de Fécamp, - renforcement de l'EMG du CH Eure Seine, - analyse des bilans annuels d'activité. <p>* Déploiement des EMPPA en appui aux EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - territoire de santé Rouen-Elbeuf : EMPPA du CH du Rouvray à destination de plus de 30 EHPAD, 6 SSR - territoire du Havre : interventions ponctuelles des psychiatres de la Clinique Océane en EHPAD et EMPPA du GHH, - territoire Evreux-Vernon : EMPPA du CH de Navarre à destination de 10 EHPAD, - territoire de Dieppe : EMPPA à destination des EHPAD du territoire + avis psychiatrique organisé pour 5 EHPAD. <p>*Des évaluations conjointes multidimensionnelles ont été développées sur chacun des territoires MAIA en fonction des ressources du territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CLIC/SSIAD, Réseau thématique PA/CLIC... <p>*création de 6 EMED fonctionnelles à partir du SSR gériatrique en priorité dans les territoires non pourvus de réseaux thématiques PA : 5 en 2011 et 1 en 2012,</p> <ul style="list-style-type: none"> - évolution des périmètres d'intervention en raison des réorientations des réseaux de santé gérontologiques et de l'implantation nouvelles des MAIA. <p><u>Perspectives</u> :</p> <p>Déploiement des EMG vers les EHPAD. Création de l'EMG du CH de Bernay et Pont-Audemer sous réserve des financements disponibles. Mise à plat des articulations entre tous les acteurs de l'évaluation (mission pilote MAIA).</p>
--	--	---	----------	--	----------------------	--	---	----------------------	--------------------------	---

Objectif 5 : Organisation de l'offre pour les malades Alzheimer et maladies apparentées Objectif ajusté : organisation de l'offre pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaque) et autres publics spécifiques

	<p><u>Objectif 5-1</u> : Poursuivre la généralisation des MAIA pour couvrir les huit territoires de parcours</p>	<p>8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)</p>	<p>X</p>				<p>Au moins une MAIA par territoire de parcours</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Objectif maintenu</p>	<p>Supra objectif n°1. //\ : La MAIA concerne l'accompagnement de toutes les personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie (y compris personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative et les personnes handicapées vieillissantes) ainsi que leurs aidants.</p>
	<p><u>Objectif 5-2</u> : Renforcer le soutien des aidants familiaux : - mettre en œuvre des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), - développer l'offre de formation des aidants familiaux.</p>	<p>8 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (révision : 7 territoires)</p>	<p>X</p>				<p>Actions développées par les plateformes d'accompagnement et de répit Couverture territoriale des actions de formation des aidants</p>	<p>Oui</p>	<p>Objectif maintenu</p>	<p><u>Réalisé</u> : *Chaque territoire de santé dispose d'une PFR, soit un total de 4 PFR portées par des accueils de jour : EPD de Grugny, EHPAD "La Pommeraie" de Criquetot l'Esneval, CH Bernay en partenariat étroit avec le CH de Pont Audemer et "Michel Grand Pierre" à St Etienne-du-Rouvray, en partenariat étroit avec le CHU de Rouen. 4 missions : répit à domicile (à la journée ou à la demi-journée), écoute et soutien auprès des aidants (bistrot mémoire, etc.), activité favorisant la poursuite du lien social (activité commune pour le couple aidant-aidé) et mission de communication auprès des partenaires (<i>objectif du plan atteint</i>). * Suite à 2 appels à projets, déploiement de 2 formules de répit innovantes (AAP 2013 : EHPAD de Maromme et AAP 2014 EHPAD de Criquetot l'Esneval pour le développement d'une offre de répit adaptée aux besoins du territoire de l'agglomération havraise, avec une mise en œuvre effective en 2015). Dispositifs à destination également des PHV. * Mise en place d'une expérimentation de répit : Musée Malraux au Havre / Musée des Beaux-Arts de Rouen. * Poursuite des formations aux aidants (52 sessions sur la période 2011/2015), cette mesure n'a pas eu le succès escompté (plusieurs freins identifiés).</p> <p><u>Perspectives</u> : Optimiser et développer l'ensemble de l'offre de répit sur les territoires, conformément aux orientations du nouveau PMND et de la loi d'adaptation de la société au vieillissement : * élargir les dispositifs de répit existants à l'ensemble des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative ; * réalisation, par les MAIA, d'un diagnostic des offres de répit existantes pour chaque territoire de MAIA, * conforter et poursuivre le déploiement de formules de répit innovantes contribuant au répit des aidants familiaux, en lien</p>

<p><u>Création d'un Objectif 5-6</u> : Adapter l'intervention auprès des publics spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en compte des publics spécifiques dans les projets d'établissements - formation du personnel à la prise en charge de ces publics - faciliter les transitions avec les structures d'origines - Mettre en place un temps d'éducateur (création ou mutualisation) en EHPAD lorsque le besoin est identifié (personne démunie, PHV notamment) - Mise en place de groupes de travail co-animés par les pilotes MAIA afin de définir des modalités opérationnelles et/ou innovantes d'accompagnement des PHV en établissement ou à domicile 	7 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile	x				Révision des projets d'établissements, plan de formation, partenariat PH/PA, groupe de travail, appel à projet		Nouvel objectif	
Objectif 6 : renforcer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles									
<p><u>Objectif 6-1</u> : Promouvoir le dépistage de la fragilité par le médecin traitant à l'aide d'un outil partagé (cf. objectif n°4-1)</p>	Région			X		Grille de dépistage développée conjointement avec l'URPS	Partiellement	Objectif maintenu	Supra n° objectif n°4-1

									Rouvray (avenant prévu sur Pont Audemer). <u>Perspective</u> : Continuer à intégrer ce public dans les contrats locaux de santé (CLS).	
	<u>Objectif 8-2</u> : Accompagnement des établissements dans la mise en place de démarches de prévention des risques psychosociaux	7 territoires des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile			X		Nombre de CLACT financé		<u>Réalisé</u> : CLACT financés : 2014 + 5 / 2013 + 2 dont détail : * sur crédit CNR 2014 : 4 (Grugny - 2 EHPAD CHI E/V - CEGAR - EHPAD Le Mesnil-Esnard) * sur crédit FIR 2014 : 1 EHPAD Conches. * sur crédit FIR 2013 : IDEFHI - Communauté de Verneuil. Actions de soutien : 4 EHPAD GPMC : 2 groupes EHPAD public autonome soit 20 établissements - 6 EHPAD privés - 1 handicap EPAEMSL - 1EPD Grugny (soit 28 ets MS). <u>Perspectives</u> : Appui aux établissements en difficultés : audit- formation soutien psychologique etc... Projet de réunion "lieu d'échange de bonnes pratiques" etc....	
Objectif n° 9 : Structurer l'oncogériatrie										
	<u>Objectif 9-1</u> : Obtenir la reconnaissance d'une unité de coordination en onco-gériatrie (UCOG) en Haute-Normandie	Région			Mise en œuvre		Création de l'UCOG	Non	Objectif ajusté	Pas d'UCOG en Haute-Normandie mais il existe une antenne en Basse-Normandie.
	<u>Objectif 9-2</u> : Sélectionner un outil de dépistage commun à l'oncologie et à la gériatrie	Région			Mise en œuvre		Identification de l'outil	Partiellement	Objectif maintenu	Existe un outil (G8) utilisé par les oncologues pour adressage aux gériatres, les gériatres réalisent une évaluation onco-gériatrique qui est transmise en RCP.
	<u>Objectif 9-3</u> : Former et sensibiliser les libéraux, les oncologues et les gériatres à l'outil de dépistage avec l'appui du réseau onco-normand	Région			Mise en œuvre		Taux de professionnels formés	Partiellement	Objectif maintenu	L'AOG assure des actions de sensibilisation décrites dans son plan d'actions. L'AOG est coordonnée par un binôme (DR Idrissi et le Dr Rigal) et appuyée par le RON (Dr Chéru)
	<u>Objectif 9-4</u> : Développer des formations interdisciplinaires : - oncogériatrie pour les oncologues et les gériatres, - échanges de pratiques, partage d'outils entre équipes soignantes de	Région			Mise en œuvre		Taux de professionnels formés	Partiellement	Objectif maintenu	Formations de niveau 1 en cours sur chaque territoire.

		gériatrie et d'oncologie									
		<u>Objectif 9-5</u> : Pratiquer des évaluations gériatriques préalables aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)	Région			Mise en œuvre		Taux d'évaluation gériatriques dans les comptes rendus de RCP	Partiellement	Objectif maintenu	Fonction du G8, si évaluation onco-gériatrique réalisée, elle figure dans le compte rendu de RCP.
		<u>Objectif 9-6</u> : Inscrire l'aval de la prise en charge oncologique dans le protocole personnalisé de soins (PPS)	Région			Mise en œuvre		Taux de PPS incluant l'aval de prise en charge oncologique	Partiellement	Objectif maintenu	L'aval de la prise en charge oncologique relève non du PPS (soin) mais du PRAC (plan personnalisé après cancer) prévu dans le plan cancer 3. <u>Perspectives</u> : Mesurer le taux de PRAC pour s'assurer que les volets gériatriques sont traités et relayés vers les acteurs. Veiller à ce que les besoins spécifiques des personnes âgées soient bien pris en compte dans le traitement des pathologies graves ou dans les parcours de soins complexes.
		<u>Objectif 9-7</u> : Développer un dispositif d'infirmier de coordination facilitant l'organisation de la prise en charge de la personne âgée à domicile	Région			Mise en œuvre		Nombre d'IDE de coordination par établissements autorisés pour le traitement du cancer	Partiellement	Objectif maintenu	En cours de déploiement, les IDE coordonnatrices en onco-gériatrie sont en cours de formations dans le cadre du réseau onco-normand. Participation des SSIAD à la consultation de fin de traitement à mettre en place dans le cadre du plan Cancer pour assurer la continuité de prise en charge.
		<u>Objectif 9-8</u> : Développer la télésanté : diffusion de l'information, téléenseignement, aide décisionnelle	Région			Mise en œuvre		Inscription dans le Programme de télésanté	Oui	Objectif maintenu	

2. Parcours de vie et de santé des personnes en situation de handicap

2.1. 2012-2014 : faits marquants et évolutions à venir

La mise en œuvre du volet handicap du SROMS et plus globalement du PRS entre 2012 et 2014 est marquée par :

- L'installation de la fonction observation régionale du handicap en lien avec les observatoires départementaux, l'OR2S et le CREAL en janvier 2015 ;
Dans ce cadre, une étude du parcours (sanitaire, médico-social, éducatif) des enfants et adultes présentant un trouble sensoriel sera engagée afin de définir des orientations en termes d'évolution de l'offre.
- L'installation des instances techniques de concertation inter-établissement sur les 4 territoires de santé et les deux premières tables territoriales de l'autisme dans le cadre de la mise en œuvre du plan régional d'action autisme. Ces lieux d'échange et de concertation, co-animés avec les Départements, entre directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux mais également les représentants de l'éducation nationale, de l'insertion professionnelle... ont permis de faire émerger des projets de territoire (ex. réflexion sur les hébergements temporaires sur le territoire de santé du Havre...), de nouvelles coopération entre les acteurs (ex. réflexion concertée sur les modalités d'intervention des équipes mobiles d'appui au situation complexe sur le territoire de santé de Dieppe...), d'ajuster et adapter l'offre sanitaire et médico-sociale afin de répondre aux besoins du territoire.
- L'élaboration de plans d'actions régionaux spécifiques suite à la réalisation d'études par le CREAL de Normandie en association avec les établissements sanitaires et médico-sociaux et dans le cadre de groupes de travail régionaux.

Ces plans d'actions concernent :

- les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques et du comportement
- les adultes traumatisés crâniens cérébrolésés
- l'accès aux soins des personnes en situation de handicap psychique suite aux travaux portant sur les publics accueillis en FAM/MAS Foyer de vie
- L'intégration du 3^e plan autisme 2013-2017, du 1^{er} schéma national handicap rare et l'amélioration de l'accès à la prévention-promotion de la santé et l'accès aux soins
- Le développement et l'ajustement de l'offre sur l'ensemble de la région par le biais
 - du lancement des appels à projets en lien avec les Départements ;
 - de la signature de CPOM dans la mesure du possible avec les Départements ;
 - de l'appui à l'évolution des compétences et pratiques via, notamment, des formations ;
 - de l'agrément des services spécifiant le nombre de places autorisées et précisant que la file active pouvait être supérieure à l'agrément. (modulation du nombre d'intervention et d'accompagnements mis en place au regard des besoins de la personne).
- La coopération renforcée avec les ESMS dans le cadre de la signature de 8 CPOM, couvrant ainsi 20 % des ESMS de la région, correspondant à 30% de l'enveloppe régionale de crédits. 12 autres contrats sont en cours de négociation et 4 associations ont signé un CPOM spécifique dans le cadre du dispositif ITEP.
- L'installation par les MDPH de Seine-Maritime et de l'Eure du dispositif « situations critiques » en lien avec l'ARS et les Départements.
- L'ouverture d'un chantier prioritaire au sein de chaque instance technique de concertation sur la sortie des amendements Creton co-piloté avec les Départements et les MDPH.

2.2. Repérage, diagnostic et accompagnement précoce des enfants en situation de handicap

Au regard des besoins et enjeux de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce des enfants en situation de handicap, une orientation spécifique est intégrée dans le cadre de l'actualisation du SROMS afin de :

- Renforcer le repérage des troubles du développement lors de la petite enfance (PMI, CAMSP, CMP, CMPP, médecins généralistes, pédiatres....) via la mobilisation voire la réorganisation des réseaux de santé concernés (périnatalité, troubles spécifiques du langage des apprentissages) et l'appui du centre de référence des troubles spécifiques des apprentissages et du centre ressources autisme de Haute-Normandie ;
- Diffuser la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques ANESM relatives aux CAMSP et rendre lisible l'activité des CAMSP (diffusion et mise en œuvre du rapport d'activité type) ;
- Estimer les besoins d'accompagnement précoce des enfants en établissement médico-social via une étude en hôpital de jour, CMP, CMPP, CAMSP....

Par ailleurs, l'HAS a publié en décembre 2014 une recommandation « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ».

En termes de bilan, un CAMSP régional sur les troubles du développement cérébral a été autorisé. Son action s'inscrit en complémentarité des autres CAMSP de la région afin de poursuivre les accompagnements en proximité du lieu de vie de l'enfant et de sa famille.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS			
		Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Nouvel Objectif 1 : Assurer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des handicaps (0-6ans)									
<u>Objectif 1-1</u> : Renforcer le repérage des troubles du développement lors de la petite enfance (PMI, CAMSP, CMP, CMPP, médecin généraliste, pédiatre...) <i>Mobilisation des réseaux de santé périnatalité, TSLA, centre ressources autisme et centre de référence des troubles des apprentissages</i>		X		X		<i>A définir avec les professionnels</i>		Nouvel objectif	
<u>Objectif 1-2</u> : Créer un CAMSP sur les troubles du développement cérébral de l'enfant en complémentarité avec les autres CAMSP de la région	Région	X					Oui	Objectif réalisé	Installation du CAMSP au CHU de Rouen. Perspectives : suivi de l'activité et du partenariat avec les CAMSP de proximité
<u>Objectif 1-3</u> : Garantir la diffusion et la mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques ANESM relatives aux CAMSP et rendre lisible leur activité par le remplissage du rapport d'activité harmonisé des CAMSP dès 2015	Région	X				100 % des rapports d'activité de CAMSP transmis		Nouvel objectif	
<u>Objectif 1-4</u> : Estimer le besoin d'accompagnement précoce des enfants en établissement médico-social via une étude auprès des hôpitaux de jours, CMP, CMPP, CAMSP...	4 territoires de santé	X		X		Réalisation de l'étude		Nouvel objectif	

2.3. Accompagnement des enfants et adolescents présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages

2.3.1. Bilan d'étape

85 % des actions ont été engagées :

- Elaboration d'un cahier des charges régional organisant le parcours des enfants présentant un trouble spécifique du langage et des apprentissages (repérage, diagnostic, soin et accompagnement) sur les 4 territoires de santé a été élaboré.
- Diffusion d'un socle de connaissance sur le langage par le CRTA, les réseaux de santé et des professionnels de santé libéraux. Cette action a été conduite prioritairement sur le territoire de santé de Dieppe et sur dans le département de l'Eure.
- Développement de l'offre médico-sociale afin d'améliorer le diagnostic et les accompagnements adaptés des enfants et adolescents par la création (ou la finalisation d'installation) de CMPP sur les territoires déficitaires : Territoire de santé Le Havre, Territoire de proximité de Gournay, territoires de proximité de Vernon/Les Andelys/Gaillon et Gisors ;

2.3.2. Perspectives

La CNSA a publié en décembre 2014 un dossier technique à l'attention des MDPH « Troubles dys : guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages ».

En termes d'actions, la priorité sera portée sur :

- Poursuivre les actions de sensibilisation-formation des structures médico-sociales conduites par le centre de référence et les réseaux ;
- Mobiliser les ESMS ne disposant pas d'agrément spécifique et les ITEP à l'accompagnement des enfants et adolescents ayant un trouble spécifique du langage et des apprentissages.
- Installation d'une nouvelle offre de SESSAD spécialisés (2015) et un CMPP sur Pont-Audemer/ Bernay.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS			
		Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 2 : Améliorer le repérage et l'accompagnement des enfants présentant des TSLA									
Objectif 2-1 : assurer le repérage, le diagnostic et la prise en charge précoce des enfants									
<p><u>Objectif 2-1-1</u> : Poursuivre et assurer le repérage précoce des troubles des apprentissages dans le cadre de partenariats renforcés entre le centre de référence (et ses antennes), les réseaux et l'Education Nationale et les services de santé des conseils généraux (PMI)</p>	4 territoires de santé	X		X	Education Nationale		Oui	Objectif maintenu	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et validation en COPIL régional d'un cahier des charges régional organisant le parcours des enfants présentant des TSLA - Participation de l'ARS aux travaux conduits par la PMI du Département de l'Eure - <u>Perspectives</u> : Organisation d'un COPIL au 2e semestre 2015
<p><u>Objectif 2-1-2</u> : Conforter le rôle des CMPP dans le diagnostic de première ligne dans les troubles des apprentissages</p>	4 territoires de santé					Projets d'établissements	Partiellement	Objectif ajusté	<ul style="list-style-type: none"> - Lancement d'appels à projets visant la création de 2 CMPP et réaffirmant le rôle des CMPP dans le diagnostic et l'accompagnement des publics TSLA - action de sensibilisation-conseil-formation visant à "l'approfondissement des connaissances des équipes de proximité sanitaires et médico-sociales" conduites par le Centre de référence des troubles des apprentissages en lien avec les réseaux et professionnels de santé libéraux, conformément au cahier des charges régional, sur les territoires de santé de Dieppe et dans l'Eure. 2 CMPP ont ainsi bénéficiés de cette action - <u>Perspectives</u> : extension aux 2 autres territoires de santé (Le Havre et Rouen-Elbeuf) - <u>Objectif réécrit</u> : Conforter le rôle des CAMSP et CMPP dans le diagnostic de 1ère ligne des troubles spécifiques du langage et des apprentissages et de l'autisme

Objectif 2-2 : Améliorer l'accès et la coordination des acteurs concourants à l'accompagnement et la prise en charge des enfants

<p><u>Objectif 2-2-1</u> : Formaliser les coopérations entre le centre de référence et les établissements et services médico-sociaux afin de garantir un accompagnement adapté –Mission : centre de référence-réseaux</p>	4 territoires de santé			X		Protocole de travail en commun	Partiellement	Objectif maintenu	<p>- Validation du cahier des charges régional qui recentre également le CRTA sur ses missions de 3e ligne - <u>Perspectives</u> : poursuivre la formalisation des coopérations sur les territoires</p>
<p><u>Objectif 2-2-2</u> : Poursuivre les actions de sensibilisation, conseil, formation auprès des acteurs médico-sociaux et de l'Education Nationale afin d'assurer un accompagnement et une prise en charge adaptée des enfants présentant des troubles des apprentissages et du langage conformes aux recommandations de l'HAS Mission des réseaux en lien avec le centre de référence</p>	4 territoires de santé				Education Nationale	Nombres de professionnels des établissements et services, Education Nationale	Oui	Objectif maintenu	<p>- Mise en œuvre du cahier des charges régional : action de sensibilisation-conseil-formation visant à "l'approfondissement des connaissances des équipes de proximité sanitaires et médico-sociales" conduites par le Centre de référence des troubles des apprentissages en lien avec les réseaux et professionnels de santé libéraux sur les territoires de santé de Dieppe et dans l'Eure. <u>Perspectives</u> : extension aux 2 autres territoires de santé (Le Havre et Rouen-Elbeuf) Formation des acteurs de l'Education nationale</p>
<p><u>Objectif 2-2-3</u> : Définir des critères communs (groupe de travail MDPH 76, 27, Centre de référence, EN) permettant de graduer la sévérité du trouble et les besoins de l'enfant afin d'harmoniser l'orientation, l'accompagnement, et les adaptations pédagogiques</p>	Région	X			Education Nationale	Cf. 3.2. Amélioration, évaluation, suivi	Non	Objectif maintenu	<p>Diffusion et mise en œuvre du dossier technique publié par la CNSA en décembre 2014 à l'attention des MDPH "Troubles dys : guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages".</p>
<p><u>Objectif 2-2-4</u> : Prendre en compte dans les projets d'ESMS spécialisés devant prendre en charge des troubles apprentissages sévères les enfants avec des co-morbidités, notamment troubles du comportement en lien avec l'échec scolaire, l'hyperactivité, les troubles anxio-dépressifs...</p>	4 territoires de santé					Projets d'établissements révisés	Partiellement	Objectif maintenu	<p>Intégré dans les réflexions des CPOM <u>Objectif maintenu et ajusté</u> : Accompagner les ESMS ayant un agrément spécifique TSLA, les enfants avec des co-morbidités</p>

<u>Objectif 2-2-5</u> : Mobiliser l'ensemble des ESMS ne disposant pas d'agrément spécifique et ITEP à l'accompagnement des enfants et adolescents avec un TSLA (articulation avec les réseaux de santé, le CRTLA, formation des professionnels...)	4 territoires de santé					Intégration dans les CPOM		Nouvel objectif	
Objectif 2-3 : développer une offre de SESSAD spécifique sur les territoires déficitaires									
<u>Objectif 2-3-1</u> : Renforcer l'offre	Dieppe, Evreux- Vernon, Rouen- Elbeuf					Appel à projet	Oui	Objectif réalisé	- Inscription au PRIAC 2014-2018 de 54 places de SESSAD TSLA sur les 4 territoires de santé (installation 2014-2015) - instruction en cours d'appel à projet

2.4. Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

2.4.1. Bilan d'étape

100 % des actions sont engagées.

- Renforcement de la collaboration institutionnelle entre l'ARS et les services de l'Education Nationale depuis 2012 à travers, notamment,
 - La réunion, plusieurs fois par an, du groupe technique régional relatif à la scolarisation des enfants en situation de handicap associant l'Education nationale (DSDEN et/ou Rectorat), les MDPH et l'ARS ;
 - La signature d'une convention cadre entre l'Académie de Rouen et l'ARS en 2012 réaffirmant l'élaboration commune de stratégies pour développer les parcours personnalisés de jeunes en situation de handicap et pour permettre la scolarisation en milieu ordinaire d'un plus grand nombre de jeunes actuellement en établissements médico-sociaux. Elle reprend les grands objectifs du SROMS à 5 ans pour ce public commun.
- Mise en place du dispositif « passerelle » expérimental régional à la rentrée scolaire 2012 facilitant les parcours des jeunes en établissements vers le milieu scolaire ordinaire. Ce dispositif permet, avec l'accord de la famille, de l'école ou du collège et de l'EMS, la scolarisation en milieu ordinaire de jeunes en établissement hors notification de la CDAPH.
- Développement de formations et d'actions de sensibilisation en direction des professionnels de l'Education Nationale, notamment sur les troubles spécifiques du langage et des apprentissages, les troubles du spectre autistique...

Dans le cadre de l'expérimentation en « dispositif ITEP » (cf. 1.1.6 Accompagnement des enfants avec des troubles psychiques) les parcours de scolarisation (procédure d'orientation scolaire en place fin 2013) sont facilités en positionnant l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) comme pilote du changement de parcours scolaire.

2.4.2. Perspectives

Dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route de la conférence nationale pour le handicap du 11 décembre 2014, un objectif a été identifié d'externalisation d'unités d'enseignements actuellement implantées dans les structures médico-sociales vers des écoles ordinaires dès la rentrée 2015.

Cette orientation nationale fait écho avec à l'objectif 2 du volet scolarisation du SROMS « Développer les parcours de scolarisation en milieu ordinaire » visant également à poursuivre le développement du dispositif de classes externalisées d'établissements médico-sociaux dans des établissements scolaires ordinaires.

Un groupe de travail national élaborera un guide d'externalisation des unités d'enseignements afin de poursuivre cette dynamique.

Par ailleurs, les travaux suivants seront menés ou poursuivis :

- Poursuivre le groupe de travail parcours de scolarisation des jeunes d'ITEP dans le cadre de l'expérimentation en « dispositif ITEP » (outils pour faciliter les parcours, formations des enseignants ...) et poursuivre en 2015 2016 la formation « croisée » équipes médico-sociales et enseignants (spécialisés ou non) sur le "parcours de soins des jeunes d'ITEP" ;
- Poursuivre la constitution de réseaux territoriaux ESMS et Education nationale (conventions d'unités d'enseignements, CPOM, appui sur les fiches actions du groupe de travail parcours de scolarisation ITEP) pour faciliter les parcours de scolarisations vers le milieu ordinaire ;
- Actualiser les données relatives à la scolarisation, du SROMS 2012, et établir une cartographie commune médico-social /Education Nationale.

		Transversalité				Evaluation à mi-parcours et perspectives				
		Territoires	Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 3 : scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap										
Objectif n°3-1 : Développer la coopération entre le champ médico-social et l'Education Nationale										
	<u>Objectif 3-1-1</u> : Mettre en place un groupe technique régional, prévu par le décret du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants handicapés, chargé du suivi de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation.	Région				Education Nationale	Nombre de réunions du groupe par an Convention ARS Rectorat	Oui	Objectif maintenu	- 4 à 8 réunions par an (planification, mise en œuvre de dispositifs communs, préparation rentrée scolaire ...). - Convention de coopération ARS Rectorat signée en juillet 2012. - Demi-journée informations échanges ESMS/ Education Nationale en septembre 2013. - <u>Perspectives</u> : Actualisation de la convention
	<u>Objectif 3-1-2</u> : Organiser une planification concertée Education nationale /A.R.S. des dispositifs spécialisés (CLIS/ULIS) et de l'offre médico-sociale (ESMS).	Région				Education Nationale	Nombre de réunions du groupe par an	Oui	Objectif maintenu	- Echanges annuels sur la planification. - Participation Education nationale à la commission de sélection appel à projets ARS ESMS.
	<u>Objectif 3-1-3</u> : Mettre en place un outil d'observations de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés à travers une base de données commune Rectorat/A.R.S. en lien avec les MDPH.	Région	X			Education Nationale	Cf., 3.1. Observatoire du handicap	Partiellement	Objectif maintenu	- <u>Perspectives</u> : actualiser les données relatives à la scolarisation, du SROMS 2012, et établir une cartographie commune ESMS/dispositifs spécialisés Education Nationale.
	<u>Objectif 3-1-4</u> : Développer l'utilisation des outils communs d'évaluation scolaire par les équipes pédagogiques des EMS (Socle commun de compétences) afin notamment de faciliter par les MDPH la rédaction du Projet Personnalisé de Scolarisation et l'orientation.	Région	X			Education Nationale	Nombre de journées de formation des enseignants aux outils communs.	Partiellement	Objectif maintenu	- <u>Perspective</u> : Utilisation du GEVASco (à faire valider par EN et MDPH)

	Objectif 3-1-5 : Développer des réseaux territoriaux Education Nationale (enseignants référents/écoles ordinaires) et ESMS (unités d'enseignement/équipes ESMS) pour la scolarisation des élèves handicapés via les conventions de coopération (classes externalisées, scolarité partagée...).	4 territoires de santé	X			Education Nationale	Nombre et nature de conventions de coopérations.	Partiellement	Objectif maintenu	- <u>Perspectives</u> : signatures communes Education Nationale et ARS des conventions d'unités d'enseignement d'EMS, projets de classes supplémentaires externalisées ITEP, fiche-action développement du partenariat ITEP et établissements scolaires de proximité et de référence de l'élève (groupe de travail parcours scolarisation jeunes ITEP).
OBJECTIF N°3-2 : Développer les parcours de scolarisation en milieu ordinaire										
	Objectif 3-2-1 : Expérimenter un dispositif d'immersion en milieu ordinaire d'enfants et adolescents des Etablissements Médico-Sociaux (dispositif dérogatoire de séjours d'essai en milieu scolaire ordinaire formalisé par la signature d'un contrat engageant les parents, l'Education Nationale et les Etablissements Médico-Sociaux (EMS).	4 territoires de santé	X			Education Nationale	Nombre de contrats d'immersion par an et durée d'immersion / contrat	Oui	Objectif maintenu	- Lettre de cadrage du dispositif expérimental "passerelle" Recteur/Directeur général ARS signée en juillet 2012. - <u>Perspectives</u> : évaluer sur le plan qualitatif et quantitatif avec l'Education Nationale le dispositif "passerelle" mis en place en 2012.
	Objectif 3-2-2 : Développer les scolarités partagées entre ESMS et milieu scolaire ordinaire.	4 territoires de santé	X			Education Nationale	Nombre de conventions signées Cible : taux de scolarité partagée national (19 %)	Partiellement	Objectif maintenu	Objectif mis en œuvre à travers les objectifs 2-1-5 et 2-2-1 et 2-2-5
	Objectif 3-2-3 : Poursuivre le développement du dispositif de classes externalisées d'établissements médico-sociaux dans des établissements scolaires ordinaires et réaliser des bilans annuels.	4 territoires de santé (Eure en particulier)	X			Education Nationale	Nombre de classes externalisées	Partiellement	Objectif maintenu	-Evaluation classes externalisées ITEP en cours. - <u>Perspective</u> : fiche-action aide à la mise en place de classes externalisées.

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

2.5.1. Bilan d'étape

70% des objectifs ont été engagés. Les actions majeures ont portées sur :

- la construction d'un partenariat renforcé entre l'ARS et la DIRECCTE et la participation aux travaux d'élaboration du PRITH. L'intégration du champ médico-social dans le plan régional d'insertion des travailleurs handicapés s'est traduit par la définition d'un volet spécifique « accompagnement des publics sensibles » ;
- la création du Centre de Ressources Handicap et profession porté par l'association ARAMIS constitue un axe fort de la coordination régionale des actions en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées notamment, dans un premier temps, sur le champ de l'enfance (ateliers découverte métier, journées d'information en direction des professionnels des ESMS. Sa récente participation aux instances techniques de concertation permet d'entrevoir la construction d'une stratégie commune de préparation à l'insertion professionnelle par l'ensemble des acteurs médico-sociaux d'un même territoire.

Au titre de cette coordination régionale et des accompagnements individualisés réalisés par le centre ressources, une subvention dans le cadre du PRITH a été allouée en fin d'exercice 2014 et va permettre la mise en stage de deux groupes de dix jeunes dans un centre de formation professionnelle pour adultes (AFPA).

Concernant les prises en charge spécifique, le centre ressources a adhéré au réseau de réhabilitation psycho-sociale REPsyRED76 et contribue à ce titre à la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.

La stratégie régionale a fait l'objet d'une évolution, notamment, sur la question de l'accompagnement des jeunes par les SESSAD vers l'insertion professionnelle. Les objectifs 3-3-1 et 3-3-3 ont été ainsi réécrits : « Faire de l'insertion professionnelle et de l'accès aux études supérieures un axe fort des projets d'établissements des ESMS enfants et adultes via la reconnaissance des compétences, l'accès à des formations diplômantes, à l'apprentissage, à des études supérieures... »

Les différents appels à projets de SESSAD lancés ont pris en compte cet objectif.

2.5.2. Perspectives

- Coordonner et harmoniser la politique de formation et d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap notamment dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques associant le Conseil régional, les Départements et la DIRECCTE
- Conforter le partenariat entre le centre ressources handicap et professions et les établissements et services du secteur de l'enfance (IMPRO, SESSAD) adultes handicapés (ESAT – SAMSAH, SAVS) et approfondir les besoins d'accompagnement spécifiques de certains types de publics (troubles du caractère et du comportement, autisme et TED, handicap psychique) afin de faire de l'insertion professionnelle un axe fort des projets d'établissements

		Territoires	Transversalité				Evaluation à mi parcours et perspectives			
			Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 4 : Insertion professionnelle des personnes en situation de handicap : le travail en milieu ordinaire et le travail protégé										
Objectif 4-1 : coordonner la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées entre l'ARS et le Service Public de l'Emploi en Région										
	Objectif 4-1-1 : Participation de l'ARS à la commission handicap du SPER afin de faire reconnaître les enjeux spécifiques du secteur médico-social au niveau du service public de l'emploi en région (sortie d'IMPro/SIPFP, ITEP et ESAT)	Région	X			DIRECCTE Conseil régional Conseils départementaux	Actions retenues dans le PRITH	Partiellement	Objectif ajusté	- Inscription d'un axe "public sensible" dans le PRITH et octroi de moyens financiers (subvention) du PRITH au centre ressources "handicap et profession" - Travail de partenariat à poursuivre avec la DIRECCTE (co-pilotage ARS DIRECCTE des réunions régionales ESAT et EA) - <u>Perspectives</u> : Permettre la coordination de la politique de formation et d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap via la commission de coordination des politiques publiques associant le Conseil Régional, les Conseils généraux et la DIRECCTE
Objectif 4-2 : consolider la création du centre régional "Ressources Handicap et Professions"										
	Objectif 4-2-1 : Délivrer l'autorisation de création du Centre ressources à vocation régionale porté par l'association ARAMIS	Région				DIRECCTE	Inscription au PRIAC Reconnaissance juridique du dispositif	Oui	Objectif réalisé	- Autorisation en 2013 du centre ressources handicap et professions. - Allocation d'une subvention dans le cadre du PRITH en 2014 afin de permettre la mise en stage de 2 groupes de 10 jeunes dans un centre de formation professionnelle pour adultes AFPA

Objectif 4-4 : renforcer la construction des projets professionnels : évaluation de l'employabilité et outils d'accompagnement

	<p><u>Objectif 4-4-1</u> : Engager une réflexion en lien, les MDPH, le centre ressources et les établissements en vue de construire un outil d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées (base grille GEVA)</p>	Région	X				Mise en place d'un outil partagé	Partiellement	Objectif maintenu	<p>Participation au COPIL MDPH 76 (expérimentation nationale en vue de déterminer le cadre définitif de généralisation du processus d'employabilité des PH primo demandeurs d'AAH) Lot 1 prestation généraliste : JLO EMPLOI Lot 2 - personnes en situation de handicap psychique : APF</p>
	<p><u>Objectif 4-4-2</u> : Généraliser l'utilisation par les établissements (ITEP, IME, SESSAD...) les outils développés par le centre régional « ressources handicap et professions »</p>	4 territoires de santé					Nombre d'établissements utilisant le livret de présentation de la personne	Partiellement	Objectif maintenu	<p><u>bilan 2014</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - % d'ESMS ayant eu au moins un contact avec le CRHP : 88 % des IME IMPRO IEM ; 50 % des ITEP ; 50 % des SESSAD ; 32 % des ESAT - % des ESMS ayant participé aux ateliers découverte métiers : 56 % des IME IMPRO IEM ; 40 % des ITEP ; 20 % des SESSAD ; 23 % des ESAT
	<p><u>Objectif 4-4-3</u> : Conforter le partenariat entre les établissements (ITEP, IME, SESSAD, ESAT) et le centre ressources (travail sur la définition et l'évaluation des projets professionnels, découverte métiers, soutien aux professionnels des établissements,...)</p>	4 territoires de santé					Conventionnement entre le centre ressources et les établissements	Partiellement	Objectif maintenu	<ul style="list-style-type: none"> - Montée en charge du centre ressources "handicap et profession" avec la perspective d'identification d'une plateforme régionale insertion professionnelle. - <u>Perspectives</u> : lettre de mission au CRHP priorisant un appui auprès des ITEP, SESSAD et ESAT

2.6. Le plan régional d'action en faveur des personnes avec autisme

2.6.1. Bilan d'étape

Par anticipation du 3^e plan autisme 2013-2017 et dans la continuité dans plans antérieurs et des actions engagées en Haute-Normandie, 3 objectifs spécifiques avaient été fixés dans le SROMS en lien avec le SROS.

90 % des objectifs ont été menés. Les actions majeures ont portées sur :

91

- L'accès gradué au diagnostic de l'autisme : formation des acteurs de 1^{ère} ligne, création d'une équipe territoriale d'appui au diagnostic de l'autisme (2^e ligne) sur le territoire de santé du Havre
- Le développement d'une nouvelle offre médico-sociale pour les enfants et adolescent avec un trouble du spectre autistique : création de 40 places de SESSAD et d'une offre/alternative et de répit sur l'ensemble de la région
- La poursuite des actions de sensibilisation-formation aux recommandations et bonnes pratiques et déploiement de l'équipe de 8 formateurs régionaux
- L'élaboration d'une grille d'indicateur par le CRAHN, les MDPH et des représentants des ESMS permettant de transmettre à la MDPH un dossier complet.

A noter également, l'accent porté à l'appui des établissements via la télémédecine (5 établissements connectés sur la région).

Ces objectifs, ajustés pour certains, se poursuivent dans le cadre plan régional en faveur des personnes avec autisme, déclinaison du 3^e plan autisme.

2.6.2. Perspectives

Conformément au 3^e plan autisme et aux instructions ministérielles, un comité de pilotage autisme a été constitué et un état des lieux régional réalisé permettant de définir un plan d'action régional 2013-2017.

➤ Synthèse de l'état des lieux régional au 31 décembre 2013³

L'état des lieux a mis en évidence :

- Sur le volet repérage, des actions de sensibilisations/formations des acteurs du repérage enfants menées par le CRAHN à poursuivre et structurer ; une identification très partielle des acteurs du repérage adultes.
- Sur l'accès au diagnostic, des actions de sensibilisation/formations réalisées auprès des professionnels des structures sanitaires et médico-sociales par le CRAHN mais un déficit d'appropriation et de mise en œuvre, une hétérogénéité dans les outils et méthodes (y compris au sein d'une même équipe), des pratiques non protocolisées et non intégrées aux organisations ; pas de réponses structurées en proximité (et un CRAHN sollicité pour des diagnostic de forme simple) ; des professionnels libéraux rencontrant des difficultés de coordination avec le secteur sanitaire.
- Des interventions précoces non structurées ou inexistantes sur les territoires conduisant à des prises en charges morcelées, non adaptées (orientation par défaut) et à des délais d'attente important pour y accéder.

³ Au 31 décembre 2013

- Des projets personnalisés d'intervention élaboré au fil du diagnostic mais non coordonnées entre les acteurs (absence de stratégie globale objective) ; préconisations au regard des ressources du territoire et non des besoins et attentes (biais au regard de l'offre), recommandations des professionnels ne sont pas toujours suivies par les MDPH (absence d'outil permettant aux MDPH de disposer d'un dossier complet) ; moment d'errance post-diagnostic des familles.
- Une offre médico-sociale essentiellement composée d'établissements (82 %). Aussi, la majorité des enfants et adultes avec autisme sont accompagnés dans des ESMS ne disposant pas d'agrément spécifique (59 % des enfants et 64 % des adultes) ; déficit d'échanges de pratiques ; des méthodologies et stratégies différentes entre ESMS engendrant des problèmes de transition (enfants/adultes) besoin de formations ; nécessité de développer un socle d'appui et de ressources aux ESMS ne disposant pas d'agrément spécifique
- La scolarisation en milieu ordinaire est privilégiée et largement pratiquée. Les professionnels de l'Education nationale ont bénéficié d'actions de formations. Néanmoins, des établissements scolaires émettent des réticences quant à l'accueil d'enfants avec autisme (manque de ressources et de formations) ; des tranches d'âges sont propices à des ruptures de parcours (entrée à l'école, passage primaire/collège, orientation professionnelle) ; des besoins d'attribution, de formation et de continuité d'accompagnement par des auxiliaires de vie scolaire (AVS) formées ; un déficit de réel dialogue transversal parents, AVS, enseignant référent et MDPH.
- L'inclusion en milieu ordinaire des adultes (accès et maintien dans le logement, formation, accès aux études supérieures, insertion professionnelle, accès aux loisirs et à la culture, à la citoyenneté...) demeure à construire malgré des initiatives engagées par des acteurs (ex. handisup, projet habitat regroupé...).

➤ **Un plan régional d'actions structuré autour de 8 axes forts et la méthode de l'intégration de l'offre de services**

1. Organiser la gouvernance de la politique régionale en faveur des personnes avec un trouble du spectre autistique (TSA)
2. Organiser le repérage des troubles, l'accès au diagnostic des personnes ayant un TSA (enfants et adultes)
3. Organiser les interventions le plus précocement possible des personnes ayant un TSA (enfants et adultes)
4. Favoriser l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle
5. Accompagner tout au long de la vie
6. Organiser l'accès aux soins (psychiatriques et somatiques) des personnes avec un TSA
7. Soutenir et associer les familles
8. Former l'ensemble des acteurs à l'autisme

Le plan d'action régional autisme est détaillé en annexe (cf. Annexe n° 4).

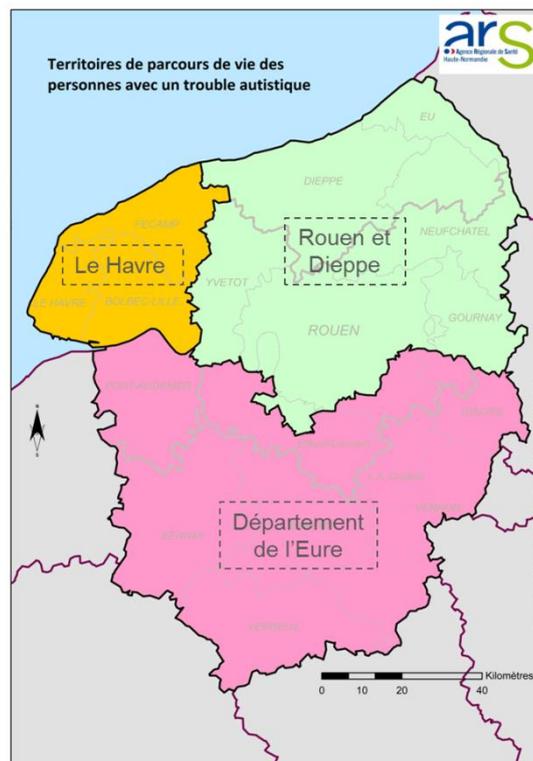
L'ARS de Haute-Normandie a choisi d'appliquer au champ de l'autisme la méthode d'intégration de l'offre de services pour répondre aux enjeux d'organisation des parcours.

➤ Trois territoires de parcours de vie des personnes avec autisme

Les parcours de vie sont organisés sur des territoires identifiés et cohérents. Ils comportent une offre de services diversifiée permettant d'organiser, en proximité, les interventions adaptées auprès de l'utilisateur en lien avec sa famille et son entourage.

Sans être exhaustif, ce territoire comporte de manière minimale :

- Un établissement de santé disposant de structures de 1^{ère} ligne de diagnostic et de prise en charge (CMP, HDJ...). Cet établissement de santé dispose (ou disposera) d'une équipe de diagnostic de 2^e ligne (équipe territoriale d'appui de diagnostic de l'autisme)
- Des établissements sociaux et médico-sociaux avec ou sans agrément autisme enfants et adultes
- Des professionnels de santé libéraux
- Des acteurs de l'inclusion sociale, professionnelle, du loisir, etc.



En Haute-Normandie, trois territoires de parcours de vie sont identifiés :

- ✓ Le territoire de parcours de vie du Havre
- ✓ Le territoire de parcours de vie de Rouen-Dieppe
- ✓ Le territoire de parcours de vie du département de l'Eure

Des aménagements infra-territoriaux seront organisés pour optimiser l'accès aux services.

	Territoires concernés	Transversalité				Evaluation à mi parcours			
		Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Observations et perspectives	
Objectif 5 : accompagnement des personnes avec autisme et des troubles envahissants du développement - enfants et adultes									
Objectif spécifique 5-1 : Organiser le repérage des troubles et l'accès au diagnostic									
	Objectif 5-1-1 : Réaliser un état des lieux de l'offre sanitaire - adultes et enfants Constitution d'un groupe de travail pour élaborer le questionnaire Mission CRAHN en lien avec le CREA en vue d'abonder l'observatoire régional du handicap – Calendrier 2012	Région			X			Oui	Etat des lieux réalisé équipes sanitaires et médico-sociales en mesure de réaliser des diagnostics conformes aux RBP
	Objectif 5-1-2 : Développer des équipes ressources sanitaires (CMP, CATTP, HDJ...) et médico-sociales (CAMSP, CMPP) sur les territoires de santé - enfants Mission CRAHN- Calendrier 2012 : expérimentation sur Le Havre	4 territoires de santé	X		X		Nombre d'équipes ressources constituées sur chaque territoire de santé	Partiellement	- Rédaction d'un cahier des charges régional organisant l'accès gradué au diagnostic de l'autisme (2013) - Ouverture en mai 2014 de la 1ère équipe territoriale d'appui au diagnostic de l'autisme sur le territoire de santé du Havre (ETADA) - Financement DAF psychiatrie - Perspectives : Installation de 2 autres ETADA dans les 2 autres territoires de parcours de vie conformément au PRA
	Objectif 5-1-3 : Organiser l'évaluation de première intention des adultes avec autisme ou TED au sein des ESMS (formation aux outils)		X				Nombre d'établissements formés	Oui	2012 : réunion de l'ensemble des ESMS et définition d'une méthodologie partagée. 8 jours de formation réalisés entre 2012 et 2013
	Objectif 5-1-4 : Poursuivre les actions de sensibilisation, conseil, formation auprès des acteurs sanitaires et médico-sociaux conforme aux recommandations	4 territoires de santé	X		X		Nombre de personnes formées par territoire de santé et structures	Oui	- Organisation par le CRAHN d'action de sensibilisation, formation conseil délocalisées sur les territoires. 2012 : 121 actions de sensibilisation (683 personnes) - Actions de formations des acteurs de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} ligne poursuivie dans le PRA avec objectif de lisibilité
Objectif spécifique 5-2 : Améliorer l'accès et la coordination des acteurs concourant à l'accompagnement et à la prise en charge									
A	Objectif 5-2-1 : Conforter le rôle du CRAHN	Région			X		Lettre de mission annuelle entre l'A.R.S. et le CRAHN	Oui	Rédaction de lettres de mission du DGARS à l'attention du CRAHN

		<u>Objectif 5-2-2</u> : Mobiliser les E.S.M.S. non spécifiques à l'accueil des autistes (adultes et enfants) en lien avec les MDPH	4 territoires de santé	X					Nombre d'E.S.M.S. mobilisés par territoire de santé	Oui	Mobilisation de l'équipe des formateurs régionaux pour sensibiliser les ESMS enfants sans agrément spécifique des territoires de santé de Dieppe et du département de l'Eure. 13 sessions réalisées ; 238 bénéficiaires <u>Perspectives</u> : bilan janvier 2014 avec les ESMS concernés et définition d'un nouveau programme de formation en lien avec la mise en œuvre du PRA
		<u>Objectif 5-2-3</u> : Organiser les coopérations des acteurs en s'appuyant sur l'équipe mobile régionale intervenant auprès des structures sanitaires et médico-sociales – plus de 15 ans et adultes	4 territoires de santé				X		Nombre d'établissements couverts	Oui	Intervention de l'UMOSTED dans les ESMS adultes et enfants et établissements de santé de l'ensemble de région
		<u>Objectif 5-2-4</u> : Favoriser la mise en place d'une unité d'hospitalisation dédiée	Région				X		Mise en place effective	Non	<u>Perspectives</u> : Intégré dans le PRA (sous réserve de crédits DAF)
Objectif 5-3 spécifique : Développer une offre spécifique sur les 4 territoires de santé											
		<u>Objectif 5-3-1</u> : Créer des places de SESSAD Appels à projet – redéploiement ou mesures nouvelles	4 territoires de santé						Nombre de places créées/territoire de santé	Oui	Lancement de 2 appels à projets permettant la création de 40 places de SESSAD autisme sur les 4 territoires de parcours (installation 2013-2014) <u>Perspectives</u> : poursuite du développement dans le cadre du PRA
		<u>Objectif 5-3-2</u> : Diversifier l'offre médico-sociale : structures alternatives, offre de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...)	4 territoires de santé						Appel à projet (redéploiement)	Oui	Création 4 offres alternatives et de répit sur les 4 territoires de santé (installation 2013 et 2014) <u>Perspectives</u> : Groupe de travail relatif à l'accueil temporaire et offre de répit associant des représentants d'usagers (janvier 2015) conformément au PRA

2.7. Accompagnement des enfants avec des troubles psychiques et adultes en situation de handicap psychique

2.7.1. Bilan d'étape

84 % des actions ont été engagées.

VOLET ENFANTS ET ADOLESCENTS

Les actions en faveur des enfants et adolescents ont été enrichies à partir d'une étude menée en 2012 sur les ITEP /SESSAD

- Expérimentation régionale du dispositif ITEP pilotée par la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie et la Direction générale de la Cohésion Sociale, menée en Haute-Normandie depuis septembre 2013 dans un premier temps pour un an, puis prolongée jusqu'en décembre 2017. Son objectif est de permettre une fluidité du parcours des jeunes en dispositif ITEP et au final une meilleure adaptation de l'accompagnement aux besoins des jeunes :
 - Lancement de l'expérimentation (signature d'une convention par les partenaires, réunions d'informations auprès des acteurs de terrain (pédopsychiatrie, enseignants référents...), comités de pilotage interrégionaux, mise en place d'outils régionaux (procédure d'orientation notamment scolaire, fiches de liaison ...)) ;
 - Mise en place de 2 groupes de travail (parcours de soins, et parcours de scolarisation et formation)
- Lancement d'un appel à projet spécifique en direction des jeunes avec troubles psychiques en 2014 :
 - création d'un centre d'accueil familial spécialisé à vocation régionale de 6 places en septembre 2014 ;
 - création de 4 services expérimentaux d'accompagnement d'ITEP de 41 places pour des adolescents avec troubles psychiques et mesures de protection de l'enfance disposant d'une mission d'évaluation hors orientation CDAPH et d'une mission d'accompagnement en septembre 2014 ;
 - création de 13 places d'internat dans l'Eure (2016).
- Appui sanitaire aux ESMS : équipes mobiles de pédopsychiatrie dédiés aux adolescents (financement DAF) et télémédecine (7 établissements IME ou ITEP connectés)

VOLETS ADULTES :

- Développement d'une offre en hébergement adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap psychique : installation de 104 places d'hébergement complet en MAS et 26 places en FAM ;
- Développement d'actions en faveur de l'inclusion en milieu de vie ordinaire (insertion par l'emploi et le logement) :
 - Création de 2 réseaux de santé de réhabilitation psychosociale (RépsyRed sur les territoires de santé de Dieppe et Rouen-Elbeuf, RECOP SMS 27 dans le département de l'Eure et engagement d'une réflexion sur Le Havre) financés via le FIR ;
 - Lancement de 2 appels à projets conjoints avec les Départements permettant de disposer d'un maillage territorial satisfaisant en SAMSAH ; Installation, sur les exercices 2014 et 2015, de 96 places de SAMSAH en Seine-Maritime et instruction en cours de l'appel à projet

- Développement de places d'accueil temporaire en MAS : 15 places installées.
- Accompagnement par l'ARS des groupes d'entraide mutuelle rencontrant des difficultés, création d'un nouveau GEM en Seine-Maritime et renfort des moyens des GEM de l'Eure sous-dotés.
- Développement des articulations et coopérations sanitaires et médico-sociales via des formations croisées organisées par GRAFISM (financement crédits FIR - santé publique), la création des réseaux de santé (cf. supra), le développement de la télémédecine...

2.7.2.Perspectives

VOLET ENFANTS/ADOLESCENTS :

- Poursuivre l'adaptation de l'offre d'ITEP par l'adaptation des agréments des dispositifs (vers les plus jeunes et les plus de 16 ans et les filles), la poursuite du maillage territorial (création d'un ITEP sur le territoire de santé de Dieppe) ;
- Evaluer les quatre Services Expérimentaux d'Accompagnement au terme des 3 ans d'autorisations ;
- Poursuivre l'expérimentation en dispositif ITEP (2ème phase septembre 2014 décembre 2017) :
 - Poursuite des groupes de travail au niveau régional pour le thème « parcours de scolarisation » et au niveau local pour le thème « parcours de soins » ;
 - Mise en place de travaux « formation/insertion professionnelle » ;
 - Mise en place d'un groupe de travail avec les MDPH « gestion et évaluation des fiches de liaison sur les parcours en dispositif » ;
 - Etude des parcours de jeunes d'ITEP dans le cadre d'une action de recherche sous l'égide de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et en lien avec l'AIRe (association des ITEP).
 - Déploiement de la formation « parcours de soins des jeunes d'ITEP » à destination des équipes d'ITEP avec l'appui des secteurs psychiatriques et du Centre de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) sur 2015 2016.
 - Bilan d'évaluation de l'expérimentation à réaliser en 2017 sous le pilotage de la CNSA/DGCS.

VOLET ADULTES

- Extension de l'activité du réseau RépsyRed au TS du Havre afin d'améliorer les parcours des personnes en situation de handicap psychique et permettre la régionalisation des deux réseaux ;
- Missionner les réseaux de réhabilitation psychosociale pour organiser les parcours via la méthode d'intégration de l'offre de services sanitaire, médico-sociale et sociale ;
- Poursuivre l'installation des places de SAMSAH pour personnes en situation de handicap psychique (2015-2016 sur les 2 départements).

		Transversalité				Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS				
		Territoires concernés	Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 6 : accompagnement des enfants avec un trouble psychique et adultes en situation de handicap psychique										
Objectif 6-1 : améliorer la qualité de l'évaluation des publics										
	Objectif 6-1-1 : Mettre en place un groupe de travail avec les MDPH et les partenaires du champ sanitaire et médico-social afin de choisir des outils partagés d'évaluation à partir de recommandations nationales	Région	X		X		Cf. 3. 2. Evaluation, orientation, suivi de la personne	Partiellement	Objectif maintenu	Réalisation d'une grille d'évaluation MDPH 76/ réseau de santé RépsyRed
	Objectif 6-1-2 : Améliorer l'évaluation et l'accompagnement des situations complexes par les services expérimentaux d'accompagnement (adolescents avec troubles psychiques et mesures de protection de l'enfance)	4 territoires de santé							Nouvel objectif	Inscription d'un nouvel objectif en lien également avec les appels à projets lancés qui ont permis la création de places SEA - Perspectives : COPIL annuel de suivi de l'expérimentation
Objectif 6-2 : adapter l'offre à l'accompagnement des publics										
	Objectif 6-2-1 : Définir et structurer au sein des projets d'établissements et services non spécifiques les modalités d'accompagnement du public en situation de handicap psychique (y compris via la médicalisation pour les ESMS adultes) – adultes et enfants	4 territoires de santé	X				Nombre de projets d'établissements révisés	Partiellement	Objectif maintenu	- 26 places médicalisées de foyer de vie/occupationnels installées (TS Le Havre) - intégration dans les CPOM signés des établissements concernés
	Objectif 6-2-2 : Structurer des pôles de santé entre ESMS par la mutualisation des moyens des établissements afin de favoriser les articulations avec les professionnels de santé – Adultes et enfants	4 territoires de santé			X		Nombre de pôles créés/territoire de santé	Non	Objectif ajusté	Objectif réécrit : Structurer des pôles de santé/handicap inter-établissement entre ESMS et avec des établissements de santé afin de favoriser les articulations avec les professionnels de santé et l'accès aux soins – Adultes et enfants

	<u>Objectif 6-2-3</u> : Créer une offre médico-sociale adaptée au regard du diagnostic réalisé dans le cadre du SROS conformément au guide de la MNASM sur les inadéquations hospitalières	Territoires à déterminer				X		Oui	Objectif maintenu	- Installation de 104 places d'hébergement complet, 15 places d'accueil temporaire en MAS et 26 places de FAM pour adultes en situation de handicap psychique - Lancement au 2e semestre 2014 d'une étude sur les hospitalisation au long cours au sein du GHH
	<u>Objectif 6-2-4</u> : Adapter l'offre d'ITEP dans chaque territoire de santé (renforcement et diversification de l'offre internat/CAFS/accueil temporaire/services, adaptation des agréments pour les plus jeunes et les plus de 16 ans et les filles, maillage territorial) <i>Mise en place du plan d'action ITEP</i>	4 territoires de santé					Nombre et nature de structures créées. Agréments révisés. Lieux d'implantation.		Nouvel objectif	-Installation d'un CAFS (6 places), de 41 places de services expérimentaux d'accompagnements (SEA) pour adolescent(e)s avec troubles psychiques et mesures d'aide sociale à l'enfance, autorisation de 13 places internat (installation 2016). - Relocalisation d'unités d'ITEP au Havre. - <u>Perspectives</u> : adaptation des agréments des dispositifs ITEP via les CPOM et instances techniques de concertation, création d'un ITEP sur le territoire de santé de Dieppe, évaluation des 4 SEA de la région.
	<u>Objectif 6-2-5</u> : Faire de l'inclusion scolaire et de l'insertion professionnelle un axe fort des projets d'établissements des ITEP et SESSAD spécialisés (cf. objectif 4.3.1. de l'orientation relative à l'insertion professionnelle)	4 territoires de santé							Nouvel objectif	- Evaluation des classes externalisées - Création des services expérimentaux d'accompagnement - <u>éaPerspectives</u> : 2015, organisation d'un groupe de travail ; développement de classes externalisées
	<u>Objectif 6-2-6</u> : Organiser le parcours des jeunes et adolescents accompagnés par les ITEP, SESSAD spécialisés <i>Expérimentation du "dispositif ITEP"</i>	4 territoires de santé					Conventions d'expérimentation signées. Bilan d'évaluation de l'expérimentation.		Nouvel objectif	- Mise en place de l'expérimentation avec les partenaires concernés, en lien avec la Basse-Normandie depuis septembre 2013 (convention engagements, outils, groupes de travail). - <u>Perspectives</u> : poursuivre l'expérimentation avec l'identification de nouveaux partenaires dans la convention (conseils généraux, PJJ, CAF), poursuivre les groupes de travail scolarisation (régional) et formation, et parcours de soins (infrarégional) mettre en place un groupe de travail gestion et évaluation des fiches de liaison sur les parcours en dispositif », mettre en place l'étude des parcours de jeunes d'ITEP dans le cadre d'une action de recherche sous l'égide de l'EHESS, et évaluer l'expérimentation à horizon 2017.

Objectif 6-3 : Organiser le dispositif d'appui aux établissements sociaux et médico-sociaux sur les territoires										
	Objectif 6-3-1 : Mieux formaliser les dispositifs d'appui pour les situations complexes des ESMS et/ou renforcer les moyens extrahospitaliers (ex. équipes mobiles de psychiatrie...)	4 territoires de santé			Mise en œuvre		Conventions établies entre équipes et établissements prioritaires repérés	Oui	Objectif maintenu	- Création de 4 équipes mobiles d'appui aux situations complexes adolescents sur les 4 territoires de santé (2011 : Eure, 2012 : Dieppe, 2013 : Havre et 2014 : Rouen) - Renfort équipe mobile adultes du GHH - EM2R <u>Perspectives</u> : suivi du fonctionnement au regard du cahier charge équipe mobile ado et des besoins du territoire
	Objectif 6-3-2a : Enfance en danger - Créer des groupes opérationnels de concertation soin, handicap, scolarisation, enfance en danger	4 territoires de santé	X		X	Education nationale, PJJ	Rapports d'activités	Oui	Objectif maintenu	Création de 4 GOLC positionnés sur chacun des 4 territoires de santé. Règlement de fonctionnement
	Objectif 6-3-2b : Enfance en danger - Créer une commission régionale d'articulation soin, handicap, scolarisation, enfance en danger (recours et observation)	Région	X		X	Education nationale, PJJ	Rapport d'activité	Oui	Objectif ajusté	Création d'une instance de recours régionale aux GOLC. Cette dernière est désormais remplacée par le dispositif des situations critiques créé en 2014
	Objectif 6-3-3 : Développer la télémédecine entre les établissements de santé et les MAS/FAM ; IME et ITEP	4 territoires de santé			X		Nombre d'équipements implantés	Oui	Objectif maintenu	Plus d'une quinzaine d'établissements médico-sociaux ont déjà bénéficié de crédits ponctuels pour l'implantation d'une station de télémédecine. Priorité : établissements isolés et ITEP
	Objectif 6-3-4 : Augmenter le nombre de professionnels formés à la spécificité de la santé mentale et à la souffrance médico-psycho-sociale au sein des E.S.M.S. pour enfants et adultes (y compris G.E.M.) dans le cadre de : - la formation continue (plan de formation des ESMS), - de formations-actions croisées dans le cadre de projets territorialisés (sensibilisation au handicap psychique des professionnels médico-sociaux, sensibilisation des professionnels de santé au fonctionnement des	4 territoires de santé	X	X	X		Nombre de personnes formées	Oui	Objectif maintenu	- Organisation de formations croisées sur le volet adultes par GRAFISM en lien avec les réseaux de santé sur les territoires de Rouen, Dieppe et dans l'Eure. <u>Perspectives 2015-2016</u> : organisation d'une formation parcours de soins des jeunes d'ITEP dans le cadre du plan d'actions ITEP et de l'expérimentation en dispositif ITEP.

	ESMS, étude de cas, définition et redéfinition des outils d'accompagnement et de coopération...) - la formation universitaire (ex. DU Souffrance individuelle, psychopathologie et lien social)									
Objectif 6-4 : Soutenir l'activité des GEM pour personnes en situation de handicap psychique										
	<u>Objectif 6-4-1</u> : Sensibiliser les représentants des G.E.M. et leurs parrains au nouveau cahier des charges national afin d'en favoriser l'appropriation et la mise en œuvre (pilotage A.R.S.)	Région					Nombre de rapports d'activité conformes	Oui	Objectif réalisé	Réunion régionale des GEM organisée en janvier 2012 (usagers, animateurs, parrains) afin de présenter le cahier des charges
	<u>Objectif 6-4-2</u> : Consolider les GEM existants et en poursuivre le développement sur les territoires déficitaires	Territoires de proximité Pt- Audemer, Andelys, Elbeuf, Yvetot, Neufchâtel -Gournay					Mise en place effective	Oui	Objectif maintenu	- Accompagnement de 5 GEM en difficulté en lien avec les usagers et les parrains (reprise de gestion par une association dans l'Eure, convention de gestion en Seine-Maritime) afin de conforter le fonctionnement de ces structures. - Création d'un GEM à Yvetôt en 2014 - <u>Perspectives</u> : territoires prioritaires : Elbeuf, Est du département de l'Eure, Pays de Bray, Pont-Audemer
Objectif 6-5 : Permettre l'insertion et la réinsertion sociale des personnes en situation de handicap psychique par le logement et le travail										
	<u>Objectif 6-5-1</u> : Favoriser l'accès au logement ordinaire ou adapté (ALT, résidence sociale) avec un accompagnement des personnes en situation de handicap psychique	Eure et Seine-Maritime	X		X	PDALPD-PDAHI	- conventions établissements de santé résidence accueil/ pensions de familles - Implication des bailleurs (PDAHI)	Oui	Objectif maintenu	- lancement d'appels à projets permettant la création de places de SAMSAH entre 2014 et 2016 sur l'ensemble des territoires de santé. Les SAMSAH ont pour mission de favoriser l'accès et le maintien de dans le logement. Ils interviennent également au sein de résidences accueil dans le cadre de convention. Sur Dieppe, ouverture d'une résidence accueil par la DDCCS 76 en lien avec le projet de création de places de SAMSAH - prise en compte dans des CLS - <u>Perspectives</u> : Elaboration d'un plan d'actions avec la DREAL, la DDTM, les CG et les DDCCS

		<u>Objectif 6-5-2</u> : Garantir une couverture satisfaisante de SAMSAH sur les territoires de santé	4 territoires de santé	X			PDALPD-PDAHI	Nombre de SAVS médicalisés	Oui	Objectif réalisé	Lancement de 2 appels à projets dans la Seine-Maritime et dans l'Eure permettant la création de places de SAMSAH spécifiques - Seine-Maritime : 96 places installées entre 2014 et 2015 - Eure : instruction en cours de l'appel à projet (installation prévisionnelle en 2015 et 2016)
		<u>Objectif 6-5-3</u> : Garantir l'accès au travail protégé par un accompagnement adapté	Territoires de proximité					Nombre de projets d'établissements d'ESAT révisés	Partiellement	Objectif ajusté	Action prioritaire des réseaux de santé de réhabilitation psychosociale (cf. objectif 5-5-6) visant à améliorer l'accès à l'emploi adapté (ou non). Partenariat avec les ESAT
		<u>Objectif 6-5-4</u> : Au regard de l'évaluation de l'ESAT de l'ADAPT (Eure), organiser la réadaptation sociale des personnes en situation handicap psychique prises en charge dans des établissements de santé dans le cadre d'un ESAT de transition Calendrier de l'évaluation : début 2013	4 territoires de santé			X		Cible à définir au regard de l'évaluation	Non		Bilan partagé à conduire avec l'ADAPT, le Nouvel Hôpital de Navarre et les acteurs du milieu ordinaire au 2e semestre 2015
		<u>Objectif 6-5-5</u> : Expérimenter un ESAT en centre pénitentiaire (Val de Reuil)	Territoire de proximité de Louviers					Rapport d'évaluation	Oui	Objectif réalisé	- Ouverture de l'ESAT en février 2014 géré par l'ALEFPA (arrêté d'autorisation : décembre 2012). - Poursuite du suivi de l'expérimentation en lien avec l'administration régionale pénitentiaire (COFIL)
		<u>Objectif 6-5-6</u> : Encourager le développement de coordinations psychique, social et médico-social (ex. Réseau de coordination psychiatrie, social et médico-social de l'Eure, créé par l'association La Ronce, l'ADAPT et le CHS de Navarre)	4 territoires de santé			X		Nombre de coordinations créées/territoire	Partiellement	Objectif maintenu	- Création de 2 réseaux de santé de réhabilitation psychosociale : RépsyRed sur le TS de Rouen-Elbeuf (2012) et RECOPSMS27 (2013) - <u>Perspective</u> : - Couverture du territoire du Havre via l'extension du réseau RépsyRed (2015) et régionalisation des 2 réseaux de santé - Missionner les réseaux de réhabilitation psychosociale pour organiser les parcours de vie et de santé via la méthode d'intégration de l'offre de services sanitaire, médico-sociale et sociale

2.8. Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vieillissantes

2.8.1. Bilan d'étape

65 % des actions ont été engagées :

- Amélioration de la connaissance du public à travers les enquêtes (FAM, MAS, FV, ESAT), l'analyse de l'enquête ES 2010 et la réalisation d'un benchmarking des réponses mises en place en France et des outils d'évaluation élaborés en France et à l'étranger ;
- Organisation d'un premier groupe de travail réunissant acteur du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- Evolution de l'offre médico-sociale :
 - Médicalisation de 36 places de foyers de vie ;
 - Prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans les appels à projets suivants :
 - Création d'une offre de répit sur le territoire de parcours de vie du Havre pour les personnes âgées et les personnes handicapées ;
 - Création de places de SSIAD sur la région ;
 - Création de places de SAMSAH dans l'Eure et la Seine-Maritime.

2.8.2. Perspectives

L'ANESM a édité en mars 2015 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » qui décline 4 axes en cohérence avec les orientations du SROMS de Haute-Normandie :

- Anticipation des risques liés au vieillissement de la personne handicapée,
- Repérage des signes et effets du vieillissement ;
- Graduation des réponses aux besoins de la personne ;
- Prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Poursuite des travaux régionaux permettant l'élaboration d'une grille d'évaluation à destination des professionnels en institution et à domicile et réunissant la chargée de mission régionale MAIA, les Départements, des représentants d'ESMS personnes âgées et personnes handicapées, des pilotes MAIA...
- Installation de groupes projets sur les territoires au sein des instances et avec les pilotes MAIA afin de définir des modalités opérationnelles (ex. formations, conventionnement...) d'accompagnement des PHV en établissement PH, en EHPAD, ou à domicile (ex. offre de répit).
Ces travaux sont articulés avec ceux relatifs à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (cf. Orientation n°10 du SROMS)
- Engagement d'une réflexion régionale sur la problématique du vieillissement en ESAT dans le cadre du COPIL national « plan d'adaptation du travail protégé » - volet temps partiel en ESAT.

		Transversalité				Evaluation à mi parcours et perspectives				
		Territoires	Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 7 : Le vieillissement des personnes handicapées : un défi majeur pour le secteur médico-social										
Objectif 7-1 : Affiner le diagnostic des besoins et de l'offre régionale PHV dans le cadre du dispositif d'observation partagée										
	Objectif 7-1-1 : Mettre en œuvre un dispositif d'observation pour garantir un suivi annuel des publics de plus de 40 ans pris en charge au sein des établissements et services pour personnes handicapées (Cf. action prioritaire sur le dispositif d'observation partagée)	Région	X				Cf. 3.1. Observatoire du handicap	Partiellement	Objectif maintenu	- Dans le cadre de l'étude portant sur les personnes accueillies en MAS, FAM et foyers de vie, l'âge moyen est de 45,5 ans (44,9 ans ES 2010). - Réalisation d'un outil de suivi des publics d'ESAT et de leur profil dans le cadre du COPIL national DGCS/DGEFP sur le volet "temps partiel en ESAT" 2015 : Recueil et étude des données haut-normandes
	Objectif 7-1-2 : Poursuivre le diagnostic de l'offre en direction des PHV au sein des établissements PH avec l'appui des Départements	Région	X				Réalisation diagnostic partagé	Oui	Objectif réalisé	Cf. objectif 7-1-1
	Objectif 7-1-3 : Affiner l'état des lieux des besoins à partir de l'enquête ES 2010 lorsqu'elle sera disponible (ratio d'encadrement, répartition du public par tranche d'âge, type de structure et par territoire, etc.)	Région	X				Analyse de l'enquête ES 2010	Oui	Objectif réalisé	cf. objectif 7-1-1
	Objectif 7-1-4 : Affiner l'état des lieux des besoins en interrogeant les EHPAD afin de déterminer le nombre de PHV accueillies et leur provenance	Région	X				Réalisation de l'enquête	Non		

Objectif 7-2 : Mettre en place un dispositif d'évaluation et de repérage des PHV									
Objectif 7-2-1 : Elaborer des grilles d'évaluation à destination des professionnels en institution/domicile en lien avec la MDPH	Région	X				Mise en place d'un groupe de travail – Elaboration de l'outil	Partiellement	Objectif ajusté	<ul style="list-style-type: none"> - benchmarking des outils existant en région, en France et à l'étranger réalisé - 1ère réunion du groupe de travail organisée avec l'appui du chargé de mission MAIA - <u>Perspectives</u> : Poursuite et évolution de la réflexion en lien avec les objectifs 7-2-1, 7-2-2 ajustés : <ul style="list-style-type: none"> > organisation d'un groupe de travail régional permettant l'élaboration d'une grille d'évaluation à destination des professionnels en institution et à domicile (Chargé de mission MAIA, CG, ESMS PA et PH, pilotes MAIA) > mise en place de groupes projets au sein des instances techniques de concertation territoriales, avec les pilotes MAIA, afin de définir des modalités opérationnelles (ex. formations, conventionnement...) et/ou innovantes d'accompagnement des PHV en établissement PH et EHPAD, ou à domicile (ex. offre de répit)
Objectif 7-2-2 : Actions de formation des professionnels : formation pluridisciplinaire favorisant les échanges entre les professionnels des 2 secteurs	4 territoires de santé	X				Plans de formations	Non	Objectif maintenu	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse à l'AAP AGIRC ARCCO par l'ARS en vue de lancer une ingénierie de projet "formation des professionnels d'ESMS" : projet non retenu. - Groupe de travail régional à relancer avec l'appui du pilote régional MAIA. - <u>Perspectives</u> : Elaboration d'un programme de formations communes aux acteurs PA et PH en lien avec les travaux des groupes projets organisés sur les territoires (cf. objectif 7-2-1)
Objectif 7-2-3 : Favoriser l'accès aux équipes mobiles (gériatriques et gérontopsychiatriques) par le biais des EHPAD (coopération)	4 territoires de santé	X				Nombre de partenariats formalisés	Non	Objectif maintenu	<ul style="list-style-type: none"> <u>Perspectives</u> : Réflexion organisée dans le cadre du groupe projet (cf. objectif 7-2-1)
Objectif 7-2-4 : Développer un partenariat avec l'unité St Gervais attachée au CH du Rouvray en vue de favoriser l'évaluation des personnes handicapées	Territoire de santé de Rouvray			X		Conventions signées	Partiellement	Objectif ajusté	<ul style="list-style-type: none"> Evolution de la stratégie : objectif engagé via le volet handicap psychique (création du réseau REPSYRED 76)

Objectif 7-3 : Garantir dans chaque territoire de santé l'adaptation de l'offre et des projets institutionnels										
	Objectif 7-3-1 : Garantir l'accueil de PHV au sein de structures alternatives (accueil de jour, hébergements temporaires, plateformes de répit, accueil familial, etc.) et/ou la médicalisation	4 territoires de santé	X				Création de places	Partiellement	Objectif maintenu	- médicalisation de foyers de vie (36 places) - <u>Perspectives</u> : Réflexion organisée dans le cadre des groupes projets (cf. objectif 7-2-1)
	Objectif 7-3-2 : Favoriser dans le cadre d'expérimentations des solutions innovantes d'accompagnement des PHV	4 territoires de santé					Appel à projet	Partiellement	Objectif maintenu	- Lancement en 2014 d'un appel à projet sur territoire de parcours de vie de la MAIA du Havre d'un appel à projet visant la création d'une offre de répit pour personnes âgées mais également pour personnes handicapées vieillissantes - <u>Perspectives</u> : Poursuite des travaux au sein des groupes projets (cf. objectif 7-2-1)
	Objectif 7-3-3 : Réfléchir au travers des projets d'établissements PA/PH aux modalités d'accompagnement des PHV (projets de soins, projets de vie, référent assurant un continuum de prise en charge au moment de l'orientation et entrée en ESMS), y compris pour les ESAT	4 territoires de santé	X				Révision des projets d'établissements Evaluation interne / externe	Partiellement	Objectif maintenu	- Sur le volet PH : inscription d'objectifs liées à la prise en compte de la problématique PHV lors de la négociation de CPOM - AAP : Intégration d'un volet relatif à l'accompagnement des PHV dans le cadre des appels à projets SAMSAH ; prise en compte du public PH dans les AAP SSIAD, offre de répit PA - organisation par le Département de l'Eure d'un groupe de travail relatif aux PHV en ESAT animé par le Département de l'Eure - Objectif maintenu en lien avec les recommandations de bonnes pratiques ANESM (évolution des projets d'établissements)
	Objectif 7-3-4 : Développer la télémédecine entre établissements de santé et MAS/FAM	4 territoires de santé			X		Nombre d'équipements implantés	Non		
	Objectif 7-3-5 : Impulser au niveau de l'A.R.S. et des départements une politique de rapprochement et mutualisation entre les secteurs PA et PH	4 territoires de santé	X		X		Appels à projets	Partiellement	Objectif maintenu	Présentation des données ES 2010 et du benchmarking aux représentants des secteurs PA et PH Lancement d'un groupe de travail régional avec l'appui du pilote MAIA <u>Perspectives</u> : Poursuite des travaux dans le cadres des groupes projets sur les territoires (cf. objectif 7-2-1)

	<u>Objectif 7-3-6</u> : Favoriser les échanges entre les professionnels des deux secteurs PA/PH, sur leur pratique, leur connaissance de la population accueillie afin de favoriser un meilleur accueil et un meilleur suivi des PHV et ce, quel que soit le type de structure.	4 territoires de santé	X				Réunions d'échange de pratiques	Non	Objectif ajusté	Objectif intégré à l'objectif 7-2-1 réécrit (groupes projets sur les territoires)
	<u>Objectif 7-3-7</u> : Développer une politique de coopération avec le secteur social en vue de favoriser l'accès au logement, notamment pour les sortants d'ESAT	Départements 76 et 27	X			PDALPD / PDAHI	Révision des projets d'établissement	Non	Objectif maintenu	- Prise en compte dans le schéma de l'autonomie 76 (proposition 2-2-1 et 2-23 : renforcer l'attractivité de l'offre en foyers logements ; expertiser et sécuriser les solutions alternatives d'habitat semi-autonome) - Schéma départemental handicap de l'Eure : Faciliter le maintien ou l'installation à domicile des PHV. Un groupe de travail relatif au vieillissement en ESAT a été organisé par le CG 27 - <u>Perspectives</u> : Réflexion dans les groupes projets en lien avec le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement
	<u>Objectif 7-3-8</u> : Organiser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les ESMS PA/PH	4 territoires de santé	X		mise en œuvre			Partiellement	Objectif maintenu	Bilan chiffré en fin de schéma
Objectif 7-4 : Favoriser le maintien à domicile										
	Objectif 7-4-1 : Prévenir l'épuisement des aidants en favorisant la mise en place d'offres de répit diversifiées (Cf. objectif 6-3)	4 territoires de santé	X					Partiellement	Objectif maintenu	Objectif intégré à l'objectif 7-2-1 réécrit

2.9. Accompagnement des personnes traumatisées crâniennes cérébrolésées

2.9.1. Bilan d'étape

100 % des objectifs prévus ont été engagés.

- Réalisation d'une étude, confiée au CREAI, afin d'identifier les besoins et enjeux d'évolution dans le champ sanitaire et médico-social. Cette enquête a été étendue au secteur du domicile. Le rendu finalisé est prévu pour le début 2015.

L'enquête a notamment mis en évidence :

- des données de flux : environ 4000 patients hospitalisés en 2011 en court séjour pour une lésion cérébrale acquise (hors AVC ischémique), dont 1 900 pour une lésion grave ; environ 700 patients hospitalisés en SSR en 2012 ;
 - des données de stock : au 10 avril 2013, 255 patients étaient hospitalisés en Haute-Normandie pour une lésion cérébrale grave, soit 5 % des patients des établissements ayant répondu à l'enquête ; au 31 décembre 2012, 113 personnes cérébrolésées résidaient en établissement médico-social (MAS, FAM ou foyer de vie) soit 6 % de la capacité des établissements ayant répondu à l'enquête ;
 - la perfectibilité de la coordination des acteurs de la filière sur les thématiques de l'insertion professionnelle, du retour et du maintien à domicile ;
 - des inadéquations d'accompagnement : elles concernent un tiers des patients accueillis en établissement de santé au moment de l'enquête et environ un quart des usagers résidant en MAS, FAM et foyer de vie ;
 - des besoins d'accompagnement en aval de l'hospitalisation qui expliquent en partie les situations d'inadéquation : besoin d'accompagnement médical, social et médico-social au domicile, y compris auprès des aidants ; besoins d'accompagnement complémentaires en hébergement médicalisé (MAS et FAM principalement) ; besoin de soutien pour les ESMS sans agrément spécifique accueillant des personnes cérébrolésées.
- Adaptation de l'offre en établissement et services :
 - Concernant l'hébergement médicalisé, deux unités de MAS spécifiquement dédiées au public ont été autorisées (25 places dont une temporaire), dont 12 places créés par fongibilité asymétrique (conversion d'activité de SSR). Installation de ces structures en 2016-2017 ;
 - Pour faciliter le retour et le maintien à domicile, notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation, les appels à projets relatifs à la création de places de SAMSAH ont pris en compte ce public. 12 places, co-portée par l'APF et le centre « Les Herbiers » de l'UGECAM ont été autorisées en Seine-Maritime (installation en septembre 2015). L'appel à projet est en cours d'instruction dans l'Eure.

2.9.2.Perspectives

Les travaux conduits dans le cadre de l'enquête ont permis d'affiner les orientations du PRS (SROMS et SROS) et de définir un nouvel objectif spécifique « Améliorer le parcours de vie des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées ». Les enjeux portent sur l'amélioration de :

- La connaissance mutuelle des acteurs et de lisibilité de l'offre pour les usagers et professionnels, y compris dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle ;
- La coopération entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, lors notamment des sorties d'hospitalisation,
- l'appui du secteur sanitaire aux acteurs médico-sociaux et plus particulièrement, ceux ne disposant pas d'un agrément spécialisé pour personnes traumatisées crâniennes cérébrolésées ;
- La coordination de l'ensemble des services intervenants à domicile ;
- L'insertion professionnelle.

La mise en œuvre opérationnelle sera confiée, pour partie, au groupe chargé de la coordination de la filière dans le cadre d'une lettre de mission. Le CREAL apportera également une contribution. Les instances techniques de concertation des territoires de santé seront sollicitées, notamment autour de la question du maintien à domicile.

		Transversalité				Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS				
		Territoires concernés	Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 8 : Accompagnement des personnes traumatisées crâniennes et cérébr olésées										
Objectif 8-1 : Identifier les besoins des traumatisés crâniens cérébr olésés pris en charge en établissement sanitaire et médico-social										
	<p><u>Objectif 8-1-1</u> : Réaliser une enquête auprès des établissements de santé et des établissements médico-sociaux pour identifier les besoins sur un plan quantitatif et qualitatif des traumatisés crâniens et cérébr olésés accueillis (de façon inadéquate) ou en attente de place Mandat : CREAL (calendrier 2012-2013)</p>	Région	X		X		Restitution de l'enquête aux acteurs concernés, en CRSA médico-sociale Cf. 3.1. observatoire du handicap	Oui	Objectif réalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats de l'enquête présentés aux acteurs de la filière en juin 2014 - Diffusion large de documents de restitution prévue pour début 2015
Objectif 8-2 : Développer une offre médico-sociale adaptée, diversifiée et coordonnée avec le secteur sanitaire										
	<p><u>Objectif 8-2-1</u> : Mettre en place un dispositif dédié à la coordination de la filière de prise en charge des personnes traumatisés crâniennes et blessés médullaires</p>	Région	X		Mise en œuvre		Cf. SROS	Oui	Objectif ajusté	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions du comité de pilotage mises en places associant acteurs du sanitaire (CHU, GHH, clinique de l'Europe, CMPR des herbiers, hôpital de la Musse, CMPR de l'ADAPT) du médico-social (APF, SAMSAH la Musse, MAS de Grugny, UEROS de l'ADAPT), des représentants d'usagers (AFTC 27), des représentants institutionnels (MDPH, CG) - Perspectives : Suite à l'enquête, le groupe de travail constitué voit son rôle évoluer (Cf. le nouvel objectif 7-3 d'amélioration des parcours de vie et de soin des personnes cérébr olésées)
	<p><u>Objectif 8-2-2</u> : Création d'un UEROS Création d'une MAS</p>	Seine-Maritime Région			X	Acteurs de l'insertion professionnelle	Appels à projets / redéploiement enveloppe sanitaire et médico-sociale	Partiellement	Objectif ajusté	<ul style="list-style-type: none"> - Installation programmée fin 2015 sur le territoire de santé de Rouen-Elbeuf d'une unité de 13 places (dont une temporaire) au sein d'une MAS gérée par l'association "Accueil saint aubin" - installation programmée courant 2016 de 12 places de MAS gérée par l'hôpital de "la Musse" par conversion d'activité de SSR sur le territoire de santé d'Evreux-Vernon (fongibilité asymétrique) - Objectif relatif à l'insertion intégré au 7-3 (7-3-6): améliorer l'insertion professionnelle via le développement et l'adaptation de l'offre existante

	Objectif 8-2-3 : Lancement d'appels à projet au regard des besoins identifiés dans le cadre de l'enquête	4 territoires de santé	X		X			Oui	Objectif réalisé	Appels à projets permettant la création de places de SAMSAH dédiées au public cérébrolésé : - 12 places co-portées par l'APF et le centre des "herbiers" (UGECAM) - installation en 2015 - instruction en cours pour le département de l'Eure
	Objectif 8-2-4 : Favoriser la création de 2 G.E.M. en Haute-Normandie dans le cadre d'instructions de la CNSA/DGCS	Rouen, Le Havre,					Création de 2 G.E.M. (Rouen, Le Havre, Evreux)	Partiellement	Objectif maintenu	- Création d'un GEM géré par l'AFTC dans le Département de l'Eure (2011) - Les résultats de l'enquête ont confirmé la plus-value des GEM pour les personnes cérébrolésées et leur proches. La création de GEM dépend des délégations de crédits nationaux
Objectif 8-3 : Améliorer le parcours de vie des personnes traumatisées crâniennes cérébrolésées (Nouvel objectif)										
	Objectif 8-3-1 : Améliorer la connaissance et la lisibilité de l'offre sanitaire (hospitalière et libérale) et médico-sociale pour les professionnels et les usagers via l'élaboration d'un guide ressources. <i>Mandat CREAMI 2015-2016</i>	Région	X		X		Réalisation du guide ressources		Nouvel objectif	<u>Perspectives</u> : 2015, organisation d'un groupe de travail
	Objectif 8-3-2: Améliorer l'insertion professionnelle via la coordination des acteurs de l'insertion professionnelle. 1ère phase : état des lieux des ressources, de leur rôle et champ d'intervention dans le cadre du guide ressources (objectif 7-3-1) <i>Mandat CREAMI 2015-2016</i> pour cette première phase	4 territoires de santé	X			DIRECCTE, acteurs de l'insertion pro	Réalisation du guide ressources pour son volet insertion professionnelle		Nouvel objectif	
	Objectif 8-3-3 : Favoriser le repérage des troubles cognitivo-comportementaux consécutifs à la lésion cérébrale notamment pour les traumatisés crâniens légers <i>Mandat groupe de coordination régionale de la filière</i>	4 territoires de santé			Mise en œuvre		Plan d'actions		Nouvel objectif	
	Objectif 8-3-4 : Favoriser l'organisation des transitions entre établissements de santé et ESMS et acteurs du domicile pour éviter les ruptures de parcours en sorties d'hospitalisation <i>Mandat groupe de coordination régionale de la filière</i>	4 territoires de santé	X		X	Professionnels de santé libéraux	Plan d'actions		Nouvel objectif	

	<p><u>Objectif 8-3-5:</u> Organiser un appui aux ESMS avec ou sans agrément spécifique via des formations croisées et/ou formalisation de l'appui du sanitaire vers le médico-social : pour les établissements (MAS, FAM, FV) et principalement pour les services (SSIAD, SAVS, SAAD) <i>Mandat groupe de coordination régionale de la filière</i></p>	Région et 4 territoires de santé	X		X	Professionnels de santé libéraux	<ul style="list-style-type: none"> -Conventions de partenariat -Nombre de structures ayant bénéficié de formations 		Nouvel objectif	
	<p><u>Objectif 8-3-6:</u> Favoriser la coordination de l'ensemble des services intervenant dans la vie au domicile (associations d'usagers, SAMSAH, SAVS, SSIAD, SAAD, libéraux, dispositifs de répit)</p>	4 territoires de santé	X		X	Professionnels de santé libéraux	Organisation sur les territoires au sein des instances techniques		Nouvel objectif	

2.10. Accompagnement des personnes en situation de handicap rare dans le cadre de l'inter-région sanitaire

2.10.1. Présentation de la politique relative aux handicaps rares

La définition actuelle de la notion de handicap rare est notamment issue des travaux du conseil scientifique de la CNSA en 2008. Une situation de handicap rare est à la fois :

- La conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs, ou de troubles psychiques dont les combinaisons sont définies par l'article D312-194 du CASF⁴
- Une situation complexe dans la vie quotidienne qui n'est pas la simple addition de déficits
- Une situation dont la réponse requiert une expertise fine et coordonnée entre différents acteurs et qui implique la mise en œuvre de techniques d'accompagnement complexes

Les situations de handicap rare concernent potentiellement toutes les catégories d'âge ; elles peuvent être de naissance ou acquises, stables ou évolutives ; elles peuvent être la conséquence, ou non, d'une maladie rare.

MODALITES DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE :

Au regard de la rareté des situations et des ressources spécialisées, le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013⁵ identifie l'échelon national comme l'échelon pertinent de pilotage et l'échelon interrégional comme l'échelon pertinent de mise en œuvre opérationnelle. Un nouveau schéma national 2014-2018 élaboré par la CNSA est en cours de validation avant publication prochaine et s'inscrit dans la continuité du premier schéma.

Le territoire de mise en œuvre dont dépend la Haute-Normandie est l'inter-région sanitaire Nord-Ouest composé des régions Nord Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie et Basse-Normandie. Des référents handicap rare ont été nommés dans chacune des ARS et une ARS chef de file, l'ARS de Haute-Normandie, a été désignée par les 4 directeurs généraux concernés pour coordonner l'action de leurs institutions.

RESSOURCES NATIONALES SPECIALISEES :

Au regard de la complexité des situations et des réponses à apporter, des centres nationaux de ressources handicap rare (CNRHR) spécialisés sur certaines combinaisons de déficience ont été créés depuis 1998 :

- Le CRESAM situé près de Poitiers, dédié aux personnes en situation de surdité
- Le CNRHR La Pépinière situé près de Lille, dédié aux personnes déficientes visuelles avec déficiences associées
- Le CNRHR Robert Laplane situé à Paris, il est dédié aux personnes sourdes avec déficiences associées et aux enfants atteints de troubles complexes du langage
- Depuis novembre 2013, le CNRHR FAHRES situé à Tain l'Hermitage et Nancy, dédié aux personnes en situation de handicap rare avec épilepsie sévère

⁴ 1° L'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave ; 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 que : a) Une affection mitochondriale ; b) Une affection du métabolisme ; c) Une affection évolutive du système nerveux ; d) Une épilepsie sévère.

⁵ <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Schema-national-Handicap-rare.pdf>

Leurs actions s'articulent autour de 4 grands axes :

- Une évaluation fonctionnelle de situations particulières, un appui à l'élaboration de projets d'accompagnement individualisés et un suivi dans le temps de ces situations
- Un appui aux professionnels et aux structures par la diffusion d'information, la proposition de formations, le développement des réseaux partenariaux, le conseil, le soutien et l'appui aux projets des ESMS et associations
- La constitution de savoirs, le développement et l'évaluation des techniques d'apprentissage, de communication et d'accompagnement
- L'amélioration des connaissances des populations en situation de handicap rare et des modalités d'intervention par la participation et la promotion de travaux de recherche.

Pour coordonner leur action, ils sont réunis au sein du groupement national de coopération handicap rare (GNCHR)

PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE MISE EN ŒUVRE DES ACCOMPAGNEMENTS DES USAGERS :

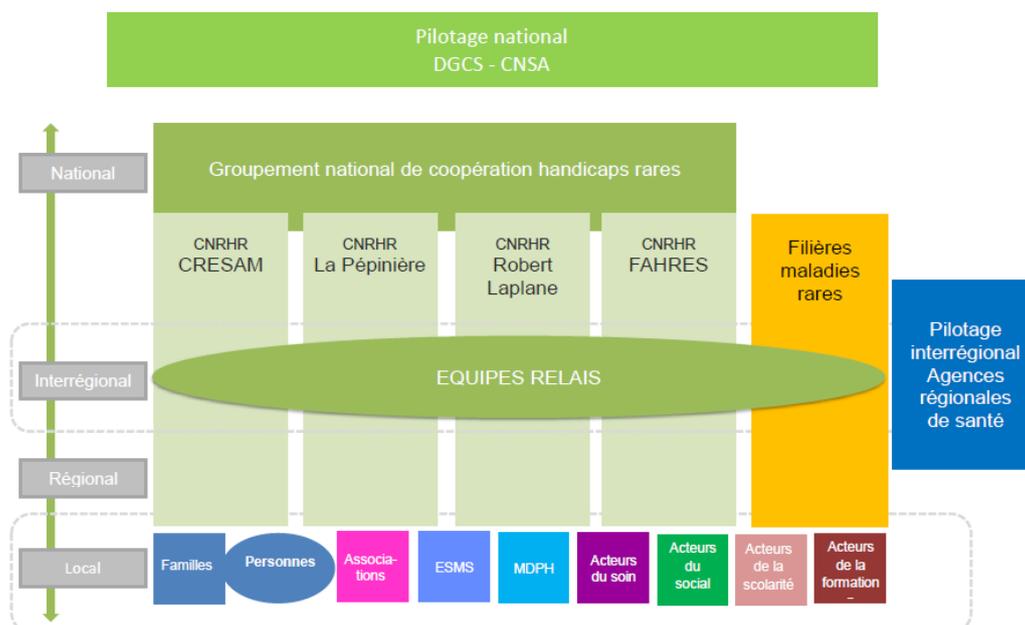
Les différentes situations mettent en évidence les limites des seules modalités d'intervention et d'organisation traditionnelles des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En effet : la rareté et la complexité des techniques d'accompagnement, de compensation, d'intervention à offrir en réponse à ces situations a pour conséquence le fait qu'aucun des acteurs concernés ne peut, isolément, apporter l'ensemble des réponses pertinentes.

Les solutions à mobiliser pour répondre à cette problématique dépassent l'aire départementale voire régionale. L'enjeu du schéma national consiste donc à mettre en œuvre une organisation territoriale qui trouve l'équilibre entre proximité de l'offre et technicité requise pour accompagner les personnes en situation de handicap rare.

Le dispositif de réponse implique donc 3 niveaux de ressources existantes, non hiérarchiquement dépendantes mais fonctionnellement et organiquement intégrées et interdépendantes :

- Ressources d'expertise hyperspécialisées (centre ressources nationaux et GNCHR, centres ressources régionaux, centres de références maladie rares, troubles des apprentissages, certains ESMS ayant développé une expertise pointue spécifique)
- Ressources de proximité accueillant et accompagnant la personne dans son environnement de vie
- l'équipe relais interrégionale assurant l'interface entre les acteurs des deux catégories précédentes

Pour répondre à ces enjeux, la DGCS et la CNSA ont choisi de s'appuyer sur la méthode d'intégration de l'offre de services.



2.10.2. Perspectives

Dans le cadre de l'actualisation du SROMS, des orientations spécifiques sont intégrées. Elles s'inscrivent dans la continuité du 1^{er} schéma national et dans la perspective du second.

- Installation de la gouvernance de la politique interrégionale du handicap rare, de l'équipe relais et engagement de travaux pour organiser les parcours des personnes en situation de handicap rare.

Les ARS ont organisé l'appel à candidature de l'équipe relais handicap rare du territoire et sélectionné un promoteur : le CCAS d'Yvetot. Le pilote a été recruté en début d'année 2015.

- Poursuite du développement et de l'adaptation de l'offre en lien avec le diagnostic territorial conduit par le pilote de l'équipe relais

Une 1^{ère} vague de création de places ont été autorisées par le niveau national, dont un projet de MAS de 45 places sur l'inter région sanitaire (Amiens), pour personnes souffrant de maladies neurologiques à expression motrice et cognitive telles que la maladie de Huntington.

Une 2^e vague de moyens a été alloués aux quatre ARS afin de développer une nouvelle offre. Sur l'année 2014, des temps d'échanges entre les référents handicap rare ont été consacrés pour échanger et s'assurer de la construction d'une programmation cohérente et complémentaire.

		Transversalité				Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS				
		Territoires	Schémas Dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 9 : Améliorer le parcours de vie des personnes en situation de handicap rare										
Objectif 9-1 : Mettre en place le pilotage et engager la structuration des parcours de soins et de vie des personnes en situation de handicap rare										
	Objectif 9-1-1 : en lien avec le travail et les propositions de l'équipe relais, mettre en place une gouvernance inter régionale sur la politique relative au handicap rare	Inter région sanitaire	X		X	Mise en œuvre inter régionale	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'un comité de pilotage stratégique • Réunions au moins annuelles du comité 		Nouvel objectif	Mise en place 2015-2016
	Objectif 9-1-2 : installer l'équipe relais à l'échelle de l'inter région et en lien avec les ressources nationales spécialisées dans le cadre du champ de ses missions : - co-organisation de la concertation stratégique avec les ARS de l'inter région - pilotage du processus d'intégration des ressources sur les différents territoires et appui au réseau d'acteurs - appui aux personnes en situation de handicap rare et à leurs familles - analyse des besoins, production de connaissance et repérage des ressources	Inter région sanitaire	X		X	PRS des autres ARS	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activité de l'ER • Conformité des actions de l'ER avec les objectifs CPOM du porteur 		Nouvel objectif	Montée en charge 2015-2017 sur l'ensemble des missions
	Objectif 9-1-3 : réaliser un diagnostic fonctionnel des ressources et des besoins à l'échelle de l'inter région afin d'élaborer des projets de territoires <i>Mandat équipe relais pour le diagnostic fonctionnel</i>	Inter région sanitaire	X		X	PRS des autres ARS	<ul style="list-style-type: none"> • diagnostic réalisé • projets de territoire élaborés 		Nouvel objectif	Calendrier 2016 pour le diagnostic fonctionnel et 2017 pour les projets de territoire

Objectif 9-2 : Développer et optimiser l'offre médico-sociale en complémentarité avec la programmation des 3 autres ARS											
	Objectif 9-2-1 : Améliorer l'accompagnement des enfants présentant une déficience visuelle et d'autres déficiences associées par le développement et l'adaptation d'une offre incluant des modalités d'intervention précoce	région					PRS des autres ARS	Installation effective second semestre 2015		Nouvel objectif	
	Objectif 9-2-2 : installer une offre régionale en SAMSAH pour les situations de surdicécité incluant des actions d'appui aux autres SAMSAH	région	X				PRS des autres ARS	Installation effective second semestre 2015		Nouvel objectif	
	Objectif 9-2-3 : Lancer un appel à projet en cohérence avec le diagnostic réalisé par l'ER	région				X	PRS des autres ARS	Appel à projet		Nouvel objectif	Suite au diagnostic de l'équipe relais : lancement de l'appel à projet en 2016 pour installation en 2017

2.11. Améliorer l'accès à la prévention et promotion de la santé et aux soins des personnes en situation de handicap

2.11.1. Bilan d'étape

L'accès à la prévention et aux soins est un droit consacré par la loi de 2005. En lien avec le schéma régional de prévention une étude relative aux actions en prévention promotion de la santé (PPS) en faveur des personnes en situation de handicap a été lancée en octobre 2012 et confiée à un cabinet (Acadie-Aurès – Groupe Réflex).

Cette enquête conduite auprès des acteurs de la prévention promotion de la santé et de ceux du handicap a mis en évidence :

- Secteur handicap :
 - Des besoins en actions de prévention promotion de la santé estimés importants par les acteurs ;
 - Un déficit d'appropriation de la notion de promotion de la santé par les professionnels mais des actions conduites au quotidien dans le cadre des accompagnements ;
 - Une intégration formelle d'un volet prévention promotion de la santé dans les projets d'établissement encore insuffisante, en particulier dans les établissements avec hébergement... mais en progression ;
 - Le recours des ESMS à des professionnels de santé pour mener des actions de prévention et peu de sollicitation des acteurs de préventions promotion de la santé ;
 - Les ESMS ont pointé un besoin d'actions d'information en direction des aidants.
- Secteur de la prévention promotion de la santé :
 - Confirmation d'une assez faible implication des acteurs de la prévention promotion de la santé (mais également peu sollicités)... notamment des coordonnateurs des réseaux locaux de promotion de la santé et ateliers santé ville (hors Verneuil, Evreux, Elbeuf)... ;
 - Besoin de formation à la question du handicap ;
 - Faible visibilité des démarches de prévention promotion de la santé existantes dans le champ du handicap.

Cette étude a permis de définir des objectifs présentés dans le tableau ci-après et des actions engagées :

- Organisation d'un colloque régional en décembre 2013 rassemblant des professionnels des deux secteurs et permettant également de valoriser des initiatives locales repérées lors de l'étude ;
- Mise en place de formations des acteurs de la prévention promotion de la santé au handicap et des professionnels du handicap à la notion de prévention promotion de la santé et réflexion pour élaborer un « guide ressources » ;
- Intégration dans les appels à projets et dans les CPOM d'un volet prévention promotion de la santé ;
- Prise en compte et développement d'actions spécifiques dans le cadre du plan « sport santé bien être ».

2.11.2. Perspectives

Dans le cadre de l'actualisation du SROMS, et en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « l'accompagnement à la santé de la personne handicapée » de juillet 2013, les différentes études et rapports nationaux publiés récemment⁶ et les problématiques d'accès aux soins évoqués par l'ensemble des acteurs médico-sociaux dans le cadre des différentes instances mises en place en Haute-Normandie, les caisses primaires d'assurance maladie de Haute-Normandie ont réalisé une enquête auprès des FAM, MAS et SAMSAH.

Cette étude portait sur les démarches de prévention mise en œuvre :

- Vaccination antigrippale ;
- Dépistage du cancer du sein ;
- Dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Soins dentaires ;
- Soins gynécologiques.

Tableau de synthèse des données issues de cette enquête conduite par l'assurance maladie rapportés à la population globale (janvier 2015) :

	MAS	FAM	SAMSAH	Population globale Hte-Normandie
Vaccination antigrippale	64,7 %	61,1 %	33,3 %	51,9 %
Dépistage du cancer du sein	25,7 %	46,5 %	44,4 %	53,2 %
Dépistage du cancer du col de l'utérus	10,6 %	6,9 %	48 %	47,6 %
Soins dentaires	22,2 %	26,2 %	50 %	36,8 %
Soins gynécologiques	14,4 %	19,8 %	48 %	47,6 %

Ces données, moyennes, ne reflètent pas les disparités entre des structures d'une même catégorie d'ESMS.

Une première analyse conjointe ARS/Assurance maladie de ces données a conduit à définir des actions prioritaires :

- Lancement d'une action de sensibilisation des MAS et FAM pour personnes en situation de polyhandicap et pour personnes avec un trouble du spectre autistique relative à l'hygiène bucco-dentaire (déploiement dans le champ du handicap d'une action conduite par l'assurance maladie précédemment auprès des EHPAD) ;
- Organisation au 2^e semestre 2015 d'un colloque régional en direction des établissements et des services médico-sociaux adultes.

Un des enjeux consistent à mobiliser les personnels soignants : médecins et infirmiers intervenant dans ces structures, et de les sensibiliser aux actions de prévention et de promotion de la santé à mettre en œuvre.

⁶ Rapport de M. Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées (avril 2013), rapport de M. Gohé sur l'avancée en âge des personnes handicapées (octobre 2013) ; étude sur la fin de vie en MAS et FAM

	Territoires	Transversalité				Evaluation à mi parcours et actualisation du SROMS			
		Schémas dptx	SRP	SROS	Autres politiques publiques	Indicateurs d'évaluation	Réalisé	Actualisation 2015	Observations et perspectives
Objectif 10 : Améliorer l'accès à la prévention-promotion de la santé et l'accès aux soins des personnes en situation de handicap									
<u>Objectif 10-1</u> : Réaliser une étude sur l'offre en prévention et promotion de la santé pour les personnes en situation de handicap	Région	X	X				Oui	Objectif réalisé	L'étude a défini des préconisations qui ont conduit à un plan d'action décliné dans les objectifs 8-1-2 et suivant
<u>Objectif 10-2</u> : Favoriser le rapprochement des acteurs de prévention-promotion de la santé et des acteurs du champ du handicap (lieux d'échanges, diffusion de bonnes pratiques, organisation des coopérations sur les territoires)	Région et 4 territoires de santé		X			Rapport d'activités des RLPS	Partiellement	Objectif maintenu	- organisation d'un colloque régional le 13 décembre 2013 réunissant des acteurs des 2 champs - invitation des coordonnateurs des réseaux locaux de promotion de la santé et ateliers santé ville aux instances techniques de concertation du territoire de santé de Dieppe - <u>Perspectives 2015</u> : instances techniques de concertation de l'Eure, Le Havre et Rouen-Elbeuf
<u>Objectif 10-3</u> : Former les acteurs de la PPS au champ du handicap <i>Opérateur : pôle régional de compétences porté par l'IREPS</i>	Région		X			<i>A définir en fonction des modalités d'accompagnement qui seront définies</i>	Oui	Objectif maintenu	- Organisation d'une session de formation des coordonnateurs de RLPS et ASV - <u>Perspectives</u> : Poursuite de la réflexion sur les modalités d'accompagnement des acteurs de la PPS
<u>Objectif 10-4</u> : Former les professionnels des ESMS à la prévention promotion de la santé afin de mieux connaître les acteurs à mobiliser dans le cadre d'un projet de prévention-promotion de la santé. <i>Opérateur IREPS</i>	Région		X			Contractualisation ARS/URIOPSS/IREPS	Oui	Objectif maintenu	- Réalisation de sessions de formation à l'attention des professionnels des ESMS - <u>perspectives</u> : réflexion sur les modalités d'accompagnement des ESMS (URIOPSS/IREPS)
<u>Objectif 10-5</u> : Mettre en place un groupe de travail pour élaborer un "dossier de synthèse ressources". <i>Opérateur : IREPS</i>	Région		X			Réalisation du dossier	Partiellement	Objectif maintenu	Groupe de travail constitué. Travaux en cours
<u>Objectif 10-6</u> : Intégrer un volet prévention-promotion de la santé dans les projets d'établissements et services	Région		X			Appels à projets, CPOM	Oui	Objectif maintenu	- Intégration dans tous les appels à projets lancés d'un axe portant sur l'élaboration d'un projet de prévention promotion de la santé - Objectif intégré dans le cadre des négociations de CPOM

<p>Objectif 10-7 : Prendre en compte les personnes en situation de handicap à domicile et en établissement dans le cadre du plan "sport santé bien être"</p>	<p>Région</p>		<p>X</p>		<p>X</p>	<p>Suivi des indicateurs dans le cadre du SSBE</p>	<p>Oui</p>	<p>Objectif maintenu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place de groupes de travail associant des acteurs du handicap dans le cadre du plan - Lancement d'un appel à projet : 10 projets retenus (financement crédits PPS - FIR) - Formation de maîtres nageurs en Seine-Maritime et dans l'Eure - une table ronde organisée en décembre 2014 - Réalisation de plaquettes d'informations comportant un annuaire des clubs sportifs - labellisation de clubs sportif "handicap et autisme" après formation des professionnels par le centre ressources autisme (cf. orientation régionale N° 4 relative à l'autisme) - perspectives : construction d'un annuaire consolidé et détaillé accessible via internet
<p>Objectif 10-8 : Sensibiliser les MAS et les FAM pour personnes polyhandicapées et pour personnes avec un trouble du spectre autistique à l'hygiène bucco-dentaire <i>Mission conduite par l'Assurance maladie</i></p>	<p>4 territoires de santé</p>		<p>X</p>			<p>15 établissements sensibilisés dans la réunion</p>		<p>Nouvel objectif</p>	
<p>Objectif 10-9 : Organiser un colloque régional réunion en direction des établissements et des services médico-sociaux adultes afin de mobiliser les personnels soignants : médecins et infirmiers intervenant dans ces structures, et de les sensibiliser aux actions de prévention et de promotion de la santé à mettre en œuvre.</p>	<p>Région</p>		<p>X</p>			<p>Organisation du colloque</p>		<p>Nouvel objectif</p>	

3. Personnes en difficultés avec des pratiques addictives

Suite à une réflexion globale menée en 2014 sur l'amélioration du pilotage de la stratégie relative aux pratiques addictives, l'ARS a décidé que ce dernier serait assuré par la direction de la santé publique.

Cependant, en 2012, c'est dans le SROMS qu'était présentée la stratégie transversale de l'ARS relative aux pratiques addictives, cette dernière abordant non seulement le dispositif médico-social – fortement marqué par la mise en place des CSAPA-, mais également les éléments relatifs aux volets sanitaires et à la prévention. C'est pourquoi le bilan intermédiaire de la stratégie relative aux pratiques addictives est présenté ci-dessous.

3.1. Bilan d'étape

3.1.1. La mise en place du dispositif médico-social d'addictologie

La création des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en 2010, en remplacement des anciennes structures spécialisées en alcoologie ou en toxicomanie, s'est traduite par une restructuration profonde de l'offre :

- Développement d'une offre de proximité (19 CSAPA, avec développement des antennes et des consultations avancées) ;
- Déploiement de nouvelles pratiques afin de garantir une offre généraliste, centrée sur la personne (et ses différentes problématiques) et non sur les produits (développement d'une offre de toxicomanie à Fécamp par exemple) ;
- Positionnement des CSAPA comme pivot de la filière d'addictologie (l'offre hospitalière n'intervenant qu'en recours, quand une hospitalisation est nécessaire) avec une redéfinition des partenariats territoriaux ;
- Développement de l'intervention précoce, notamment vers les jeunes avec la création de 6 « Consultations Jeunes Consommateurs ».

Par ailleurs, les Centres d'Aide et d'Accueil à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) ont été confortés :

- Passage du statut de structure expérimentale à celui d'établissement médico-social de droit commun ;
- Création d'un CAARUD à Dieppe, achevant le maillage du territoire haut-normand ;
- Création d'une équipe mobile pour les territoires de santé de Rouen et de Dieppe.

Le développement du dispositif et l'évolution des pratiques ont été appuyés par un soutien budgétaire conséquent, l'enveloppe régionale médico-sociale ayant progressée de 11% entre 2012 et 2015.

3.1.2. La structuration progressive de l'offre de prévention

La mise en place d'un appel à projet commun entre l'ARS et la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) en 2015 a marqué une étape importante dans la structuration de la stratégie régionale :

- Abandon des actions isolées, ponctuelles et centrées sur la prévention des risques, dont la preuve de l'inefficacité (voire de l'effet iatrogène) a été faite ;
- Soutien à des programmes d'actions s'inscrivant dans le temps et dans les partenariats territorialisés ;

- Recours aux méthodologies efficaces (tournées vers le développement des compétences psycho-sociales notamment) ;
- Appui à la structuration de pôles de prévention compétents en addictologie afin de garantir la disponibilité locale des savoir-faire nécessaires aux actions de prévention efficaces.

3.1.3.L'offre sanitaire

- Un réseau de santé régional unique (Addict'O normand) a été créé à partir de la fusion des 2 réseaux pré-existants ;
- La filière hospitalière d'addictologie a été redéfinie sur le territoire de santé de Dieppe, permettant de programmer la création d'une offre d'hospitalisation en cours séjour et d'une offre de SSR.

3.2. Perspectives

- L'appui du dispositif d'addictologie à la médecine de ville doit être mieux structuré (partenariat avec les CSAPA et avec le réseau régional de santé notamment) ;
- Les filières hospitalières d'addictologie (hors Dieppe) restent à clarifier.

	territoires concernés	transversalité				évaluation		
		schémas dptx	SRP	SROS	autres politiques publiques	indicateurs d'évaluation	réalisé	observations
<p><u>Objectif 1-1</u> : Développer la communication sur la nouvelle organisation du dispositif d'addictologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement de la communication de l'ARS et valorisation des outils de communication propres à chaque structure - action du réseau régional en addictologie mobilisation des relais existants (CRES-IREPS, RLPS, pôle libéral de santé publique...) 	région		X	X		<ul style="list-style-type: none"> - Actualisation effective des supports de communication de l'ARS - Mise en œuvre effective par le réseau régional d'une politique de communication 	oui	En routine : actions de communication pour la journée mondiale sans tabac et la journée mondiale de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale ; actions de promotion des CSAPA à poursuivre.
<p><u>Objectif 1-2</u> : Réaffirmer la place du dispositif médico-social en addictologie (déploiement progressif et sélectif des missions des CSAPA)</p>	région		X		PDAHI 76 et 27	Taux de CSAPA ayant déployé l'ensemble des missions obligatoires et facultatives (cible 80%)	oui	Point d'étape réalisé avec les visites de conformité en 2011.
<p><u>Objectif 1-3</u> : Territorialiser le dispositif d'addictologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - définition du champ d'action de chaque structure et d'une feuille de route au sein d'un CPOM - mise en place d'un réseau d'addictologie régional unique - mise en place d'une animation du dispositif d'addictologie à l'échelle du territoire de santé 	région					<ul style="list-style-type: none"> - Taux de structures ayant conclu un CPOM (cible 100%) - mise en place effective du réseau régional unique et de sa déclinaison par territoire de santé 	partiellement	Réseau régional mis en place par fusion des réseaux existants : création d'« Addict'O Normand ».

<p>Objectif 1-4 : Achever la structuration de véritables filières de soin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - systématisation d'un suivi de l'usager par un « référent », y compris en aval de la prise en charge - élaboration systématique de conventions entre structures d'addictologie et avec les structures partenaires (notamment en psychiatrie et dans le champ de l'hébergement social) intervenant dans le suivi de l'usager - redéfinition du rôle du médecin traitant - formalisation des coordinations entre équipes de liaison en addictologie et dispositifs de psychiatrie - évaluer et redéfinir, sur chaque territoire de proximité concerné, le positionnement et l'articulation des consultations d'addictologie hospitalières et les consultations médico-sociales des CSAPA ; - formalisation des articulations entre établissements développant des prestations relevant du niveau 2 de la filière hospitalière structuration du niveau 3 de la filière hospitalière 	région		X	X		<ul style="list-style-type: none"> - taux de structures ayant mis en œuvre le principe du « référent » (cible 100%) - taux de CSAPA ayant mis en place les conventions avec les partenaires du social et de la psychiatrie (objectif 100%) 	partiellement	<p>Filière hospitalière d'addictologie redéfinie à Dieppe.</p> <p>Démarche à réaliser sur les autres territoires.</p>
--	--------	--	---	---	--	--	---------------	---

<u>Objectif 2-1</u> : Réajustement des dotations budgétaires selon les besoins identifiés à l'échelle du territoire de proximité, quel que soit le produit incriminé	région			X		Equilibrage des ratios de pilotage de l'allocation budgétaire pondérant besoins (population + indicateurs de santé) et moyens alloués à l'échelle du territoire de proximité.	oui	Une légère sur-dotation du TS Evreux-Vernon persiste au regard des autres TS.
<u>Objectif 2-2</u> : Généralisation de la prise en charge du tabac et de l'alcool dans l'ensemble des CSAPA dans le cadre de la prise en charge des poly-consommations	région					Cible : 100% des CSAPA	oui	Vigilance à maintenir sur la prise en charge du tabac, souvent banalisé au regard des autres produits.
<u>Objectif 2-3</u> : Développement systématique d'une offre spécifique au tabac dans chaque CSAPA dans le cadre d'un accueil non stigmatisant	région					Cible : 100 % des CSAPA	oui	Idem
<u>Objectif 2-4</u> : Mise en place d'une offre spécifique vers les structures d'accueil pour personnes en grande difficulté économique et sociale	région					Nombre de centres d'hébergement couverts par une intervention d'un CSAPA	partiellement	Partenariat structuré sur les territoires de Dieppe, du Havre et de Rouen. En cours sur le territoire d'Evreux.
<u>Objectif 2-5</u> : Développement de l'offre dans les territoires prioritaires	Dieppe, Eu, Neufchatel, Bernay, Verneuil ; Quartiers politique de la ville des aggro		X	X		Rééquilibrage des ratios de pilotage de l'allocation budgétaire (cf. supra)	oui	Importantes mesures nouvelles attribués aux CSAPA sur ces territoires (avec notamment ouvertures d'antennes locales et de consultations jeunes consommateurs).

<p><u>Objectif 2-6</u> : Structuration du volet toxicomanie de l'offre à l'échelle du territoire de santé autour d'une structure de référence.</p>	<p>Le Havre ; Dieppe</p>					<p>Création d'une offre en toxicomanie à Fécamp. Formalisation effective d'un partenariat entre les CSAPA du territoire et le CSAPA Nautilia.</p>	<p>partiellement</p>	<p>Offre étendue à la toxicomanie à Fécamp. Mais partenariat avec Nautilia non formalisé.</p> <p>Ouverture d'un CAARUD à Dieppe.</p>
<p><u>Objectif 2-7</u> : Structuration d'une offre de prise en charge du syndrome de Korsakoff</p>	<p>région</p>			<p>X</p>		<p>Nb de structures impliquées dans la structuration de la filière</p>	<p>partiellement</p>	<p>Groupe de travail en place sur le TS du Havre. Action en cours.</p>
<p><u>Objectif 2-8</u> : Mise à niveau de l'offre en établissement pénitentiaire</p>	<p>région</p>			<p>X</p>		<p>Désignation effective des CSAPA référents pour chaque étbs pénitentiaire (et convention ad hoc). Mise en place effective de l'intervention d'un CSAPA au Havre et à Evreux</p>	<p>oui</p>	<p>Désignation d'un CSAPA référent par établissement pénitentiaire (EP).</p> <p>Définition des modalités de prise en charge dans les protocoles entre CH et EP, renforcement des moyens des CSAPA référents.</p>
<p><u>Objectif 3-1</u> : Restructurer les dispositifs de réduction des risques : reconnaissance du rôle de structure de référence des CAARUD à l'échelle du territoire de santé formalisation de la répartition des rôles et des articulations entre CSAPA et CAARUD développement de la réduction des risques en alcoologie, notamment par les CSAPA structuration d'un pôle de réduction des risques sur le territoire de santé de Dieppe redéfinition du positionnement spécifique du CAARUD de l'association AIDES</p>	<p>région</p>					<p>Taux de CAARUD ayant conclu un CPOM précisant leur rôle (cible 100%) Nombre de CSAPA ayant conclu une convention avec le CAARUD référent de son territoire. Nombre de CSAPA mettant en œuvre des actions de RDR en alcoologie Mise en place effective d'une offre RDR à Dieppe</p>	<p>partiellement</p>	<p>Ouverture d'un CAARUD à Dieppe. Mais CPOM en cours de négociation.</p>

<p><u>Objectif 3-2</u> : Structuration d'un lien opérationnel systématique entre actions de réduction des risques, actions de prévention et dispositif médico-social</p>	région		X			Taux d'actions de prévention et de RDR ayant inclus un volet d'information et d'orientation vers le médico-social (cible 100%).	partiellement	Dispositif désormais systématique dans les actions de prévention financées par l'ARS et la MILDECA (obligation des appels à projet).
<p><u>Objectif 3-3</u> : Mise en place de dispositifs de repérage et d'orientation précoce, notamment à partir : des urgences et des services de périnatalité des centres hospitaliers, des différents services de justice, des réseaux de travailleurs sociaux (des Conseils Généraux notamment), des services de santé au travail et de santé scolaire.</p>	région		X	X		Nombre de services (urgence ; périnatalité) en lien avec un dispositif d'addictologie (ELSA, CSAPA). Nombre de ressorts judiciaires couverts par une convention « santé / justice » en addictologie (cible : 100%). Nombre d'orientation par les travailleurs sociaux. Nombre d'orientation par les services de santé au travail et de santé scolaire.	Partiellement	
<p><u>Objectif 3-4</u> : Garantir des délais courts pour une première consultation au sein du dispositif médico-social et sanitaire</p>	région					Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous par structure	non	
<p><u>Objectif 3-5</u> : Systématisation des organisations permettant un accueil non stigmatisant</p>	région					Taux de structures ayant inclus cette action dans leur projet d'établissement et leur CPOM (cible 100%)	oui	Visites de conformité CSAPA CAARUD.

Objectif 3-6 : Mobilisation des Maisons des Adolescents	région			X		Nombre de Maisons des Adolescents à prévoir une consultation « addictologie »	oui	Abord des pratiques addictives par les MDA ; partenariats avec les CSAPA.
Objectif 4-1 : Développement des formes d'organisation permettant la mise en place : d'antennes locales ; de consultations avancées, notamment au sein des pôles pluridisciplinaires de santé, des centres médico-sociaux des Conseils Généraux ; de consultations jeunes consommateurs.				X		Taux de CSAPA proposant une prestation « CJC » : cible : 75%.	oui	12 CJC (pour 17 CSAPA)
Objectif 4-2 : Présence renforcée auprès des populations prioritaires (consultations avancées) : structures sociales (CHRS, centres de stabilisation...) ; établissements scolaires et structures accueillant des jeunes services de maternité et périnatalité non couverts par une équipe de liaison hospitalière en addictologie				X	PDAHI 76 et 27	Taux de structures du dispositif « AHI » ayant conclu une convention avec un CSAPA. Taux de CJC intervenant en milieu scolaire (cible : 75%) Taux de services maternité ayant conclu une convention avec un CSAPA ou une ELSA (cible 100%).	partiellement	Actions en cours.
Objectif 4-3 : Définition du cadre de l'intervention médico-sociale à domicile en addictologie						Elaboration effective d'un référentiel et adoption de celui-ci par l'ensemble des CSAPA	partiellement	Action en cours (négociation d'une convention de partenariat entre Inserstaté et l'ensemble des CSAPA)
Objectif 4-4 : Définition de la place des associations d'entraide au sein du dispositif d'addictologie						Elaboration effective d'un référentiel. Nombre d'associations parties prenantes	oui	

<p>Objectif 4-5 : Développement des interventions des CSAPA en soutien des structures partenaires en difficulté avec les pratiques addictives de ses usagers, notamment pour les publics « personnes âgées » et « personnes handicapées ».</p>						<p>Cible : 15 ESMS (PA ou PH) par an</p>	<p>partiellement</p>	<p>Expérimentation "EHPAD - précarité" sur les 4 territoires ; actions de prévention en ESMS PH (notamment public jeunes)</p>
--	--	--	--	--	--	--	----------------------	---

4. Accès aux soins somatiques, psychiques, médico-sociaux des personnes démunies relevant du dispositif Accueil hébergement insertion

4.1. Bilan d'étape

- Le développement des dispositifs spécifiques sous pilotage ARS

Une politique proactive a permis la création de 2 places de Lits Halte Soins Santé (LHSS) au Havre alors que le plan national de création était suspendu, en mobilisant des financements de l'ARS (2012). L'allocation de mesures nouvelles en 2015 permet la création de 11 places supplémentaires.

En plusieurs temps, 12 places d'Appartements de Coordination Thérapeutiques ont été créées, permettant de créer une structure à Rouen, seule agglomération haut-normande qui en était jusqu'ici dépourvue.

Par ailleurs, l'ARS continue de soutenir les projets régionaux nécessaires au développement du parcours de vie et de santé des personnes en situation de précarité :

- La création d'une structure de « Lits d'Accueil Médicalisés » ;
- La mise en place d'une structure de type « un chez soi d'abord » ou « housing first ».

- L'accès aux personnes démunies aux dispositifs de droit commun

L'ARS a agi grâce à des leviers complémentaires :

- L'insertion dans ses appels à projets médico-sociaux de clauses demandant aux opérateurs d'explicitier les modalités d'un accès effectif aux prestations médico-sociales pour les personnes démunies (par exemple dans les appels à projets SSIAD) ;
- La mise en place d'expérimentations permettant de développer des modalités d'intervention rendant possible l'accueil des personnes démunies :
 - Intervention du CLIC dans les CHRS et les FTM (expérimentation « CLIC – URAS/Bazire à Rouen)
 - Appel à projet innovant « EHPAD et personnes démunies » avec sélection d'un établissement sur chaque territoire de santé ;
 - Participation à l'expérimentation « DAPE » (Dispositif d'Accompagnement de Proximité de l'Eure) à Evreux.
- La mise en place des « Commissions d'Harmonisation et de Réinsertion médico-sociales » permettant d'étudier les situations les plus complexes et de travailler collectivement (DDCS, Département, MDPH, acteurs de terrains des champs sanitaires et sociaux) à la mise en place des accompagnements adaptés.

- L'intégration des stratégies et des dispositifs sanitaires et sociaux

La stratégie établie lors de l'élaboration du SROMS a été systématiquement reprise et actualisée lors de la participation de l'ARS aux démarches de planification de ses partenaires du champ social :

- Elaboration des Pactes Territoriaux d'Insertion (PTI) et des Programmes Territoriaux d'Insertion (PDI) des Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime ;
- Déclinaison territoriale du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- Elaboration des « diagnostics 360° » des Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS) de l'Eure et de la Seine-Maritime et préparation des Plans Départementaux d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Démunies (PDALHPD) ;

4.2. Perspectives

- Poursuivre le développement des dispositifs spécifiques (LHSS, ACT, LAM...) ;
- Mener à terme et évaluer les expérimentations en cours, diffuser les bonnes pratiques qui auront été formalisées à cette occasion ;
- Poursuivre et développer l'intégration des actions en faveur des personnes démunies dans le cadre des démarches territorialisées (contrats locaux de santé, structuration des parcours de santé...).

	territoires concernés	transversalité				évaluation à mi parcours et actualisation du SROMS			
		schémas départx	SRP	SROS	autres politiques publiques	indicateurs d'évaluation	réalisé	actualisation 2015	observations et perspectives
<u>Objectif 1-1</u> : Elaborer un outil commun d'information et de communication (annuaire et cartographie des services)– support : portail internet A.R.S.	Région		mise en œuvre (PRAP S)	mise en œuvre (PRAP S)	PDAHI 76 et 27	Création de l'outil et mise à jour	Partiellement	Objectif ajusté	Objectif mis en œuvre à l'échelle territoriale (ex. PST Dieppe). Actualisation du site internet de l'ARS avec les annuaires des structures et services ESMS.
<u>Objectif 1-2</u> : Favoriser les rencontres entre les structures d'hébergement, les CLIC, les unités territoriales d'actions sociales des départements, la MDPH et les E.S.M.S. PA-PH- addictologie	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	X	mise en œuvre (PRAP S)	mise en œuvre (PRAP S)	PDAHI 76 et 27	Temps de concertation au sein des instances existantes en comité de veille sociale...	oui	Objectif maintenu	Expérimentation aboutie avec le CLIC de Rouen (CCAS), le Département, la DDCS, et les CHRS d'Emergence(s) Abbé Bazire et URAS ; 100% des plus de 58 ans ont bénéficié d'une évaluation du CLIC et la définition de leur orientation ou prise en charge a été suivie collectivement par les membres du groupe de travail. Extension à d'autres CHRS programmée par le comité de pilotage (notamment sur le Havre). Interventions des acteurs « santé » dans les réunions des comités de veille sociale.
<u>Objectif 1-3</u> : Intégrer dans les contrats de locaux de santé, les projets et actions en direction des populations démunies	CODAH, Dieppe, Evreux, Elbeuf		X	X	DRJSCS DDCS	Intégration des actions vers les populations démunies dans les CLS	oui	Objectif maintenu	Thématique "précarité" systématiquement abordée dans la négociation des contrats locaux de santé avec définition des actions à mener (cf. contenu des CLS)
<u>Objectif 2-1</u> : Développer les sessions médico-sociales du SIAO pour permettre l'orientation des personnes vers les E.S.M.S. PA-PH et dispositifs médico-sociaux d'hébergement (LHSS, appartements de coordination thérapeutique, appartements relais CSAPA)	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe				PDAHI 76 et 27 et volet Addicto	Nombre de personnes orientées	oui	Objectif maintenu	Cette action a été déployée dans le cadre des "commissions d'harmonisation et de réorientation médico-sociales" en place au Havre et à Rouen. A déployer à Evreux.
<u>Objectif 2-2</u> : Mettre en place des formations pluri-professionnelles et	Dpt 27, territoire de santé	X			PDAHI 76 et 27	Nombre de formations	oui	Objectif maintenu	En cours. Pas de données sur l'état de mise en œuvre.

pluridisciplinaires relatives aux dispositifs médico-sociaux, aux outils d'évaluation PA, PH, à l'accueil du public démunie dans le cadre des plans de formations des établissements et projets de territoire	Rouen, Le Havre, Dieppe								
<u>Objectif 2-3</u> : Poursuivre les actions d'accompagnement santé-social menées au sein des foyers de travailleurs migrants dans le cadre du référentiel partagé de l'accompagnement	Ter. de proximité Rouen, Le Havre, Evreux, Vernon	X	Mise en œuvre (PRAP S)	Mise en œuvre (PRAP S)	PRIPI	Indicateur PRAPS	oui	Objectif maintenu	Réalisé. Actions confortées par l'ARS.
<u>Objectif 2-4</u> : Formaliser des conventions de partenariat entre établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires afin d'assurer les articulations	4 territoires de santé			X	PDAHI 76 et 27	Nombre de conventions signées	Non	Objectif maintenu	
<u>Objectif 3-1</u> : Formaliser dans chaque projet d'établissement, social, médico-social le positionnement d'un référent en charge de préparer l'orientation en E.S.M.S. PA/PH et s'assurer, à l'entrée, des conditions de l'accompagnement de la personne démunie	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	X			PDAHI 76 et 27	Nombre de référents	Partiellement	Objectif maintenu	

<u>Objectif 3-2</u> : Permettre des accueils et hébergements temporaires en E.S.M.S. PA/PH afin d'expérimenter et répondre au projet de vie de la personne démunie / Définir des modalités permettant un retour au sein de leur hébergement d'origine si la prise en charge en E.S.M.S. PA/PH n'a pas répondu aux besoins de la personne démunie dans le cadre de contrat de prise en charge individuel	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	X			PDAHI 76 et 27	Nombre de personnes orientées en hébergement temporaire	Partiellement	Objectif maintenu	Réalisé : Appel à projet EPHAD Précarité : 4 EHPAD inclus dans l'expérimentation (1 par territoire de santé) ; Projets opérationnels à Rouen (CHU - St Julien) et au Havre (Groupe SOS Habitat et soins) ; projets à accompagner à Evreux (CCAS) et Dieppe (CH - Château Michel) ; Création de places de SSIAD orientées vers le public précaire des CHRS et FTM.
<u>Objectif 3-3</u> : Renforcer le dispositif d'appui avec l'intervention des CSAPA auprès des professionnels et publics admis en E.S.M.S PA/PH	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	X			PDAHI 76 et 27	Nombre d'interventions	Partiellement	Objectif maintenu	Projets définis au cas par cas (exemple coopération CSAPA Nautilia / CHRS Mazeline au Havre ; CSAPA Maupassant / CHRS Vauban à Dieppe ; Emergence(s) / CSAPA la Boussole à Rouen...)
<u>Objectif 3-4</u> : Assurer le déploiement de l'équipe mobile psychiatrie précarité RESPIRE pour couvrir les besoins du public sur l'ensemble du département de l'Eure	Dpt 27			X		Couverture du département (% de la population générale)	Non	Objectif maintenu	
<u>Objectif 3-5</u> : Elaborer un projet commun entre l'équipe mobile psychiatrie précarité et le CHRS afin de définir les modalités d'intervention auprès du public et l'appui aux équipes	Terr. de proximité Dieppe			X	PDAHI 76 et 27	Convention entre le CHRS et l'équipe mobile	Oui	Objectif réalisé	Partenariat opérationnel

<u>Objectif 4-1</u> : Définir et structurer au sein des projets d'établissements et services PA-PH un accompagnement adapté des personnes des CHRS et des FTM (politique d'admission, modalités d'accompagnement...)	Dpt 27, territoire de santé Rouen, Le Havre, Dieppe	X				Révision des projets d'établissement	Partiellement	Objectif maintenu	Expérimentation EHPAD précarité (cf. ci-dessus)
<u>Objectif 4-2</u> : Prioriser la couverture des besoins du public vieillissant hébergé en CHRS et FTM dans le cadre du plan de développement des places de SSIAD et SPASAD	Ter. de proximité Rouen, Le Havre, Elbeuf, Evreux, Vernon	X				Prise en compte de ce public dans les appels à projet	Oui	Objectif réalisé	Cf. Appel à projet 2013
<u>Objectif 4-3</u> : Soutenir les projets hauts-normands pour l'attribution de lits d'accueil médicalisés (expérimentation sous pilotage national)	Territoires de santé de Rouen, Le Havre, Evreux					Nombre de places créées	Oui	Objectif maintenu	Accompagnement projet LAM Fondation Armée du Salut à Maromme. Recueil des besoins et projet exprimé au Havre et à Evreux.
<u>Objectif 4-4</u> : Evaluer les dispositifs LHSS et ACT et les besoins supplémentaires de développement	Région					Rapport d'évaluation	Partiellement	Objectif réalisé	Evaluation menée par la DGCS au niveau national. Formalisation d'une stratégie régionale de développement des places (recensement des besoins, des projets, plaidoyer auprès de la DGCS) ; création de 2 places LMHSS sur crédits ARS Haute-Normandie ; appel à projet LHSS 2015 (11 places) ;
<u>Objectif 4-5</u> : Soutenir la candidature du RRAPPP pour la mise en œuvre du dispositif « un chez soi d'abord » (expérimentation sous pilotage national)	Territoire de santé de Rouen					Création	Partiellement	Objectif maintenu	Projet révisé et soutenu auprès de la DIHAL et de la DGCS
<u>Objectif 4-6</u> : Mettre en place un groupe de travail pour la structuration d'une filière d'accompagnement et de soin concernant le syndrome de Korsakoff	A déterminer				Mise en œuvre		Partiellement	Objectif maintenu	Groupe de travail mené au Havre ; mise en œuvre des conclusions en cours

<u>Objectif 4-7</u> : Organiser l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les ESSMS disposant de LHSS	4 territoires de santé			Mise en œuvre				Objectif maintenu	non réalisé
<u>Objectif 4-8</u> : Organiser une réflexion sur les critères de dérogation d'âge en lien avec les Départements 76 et 27	Région	X				Mise en place d'un groupe de travail	Partiellement	Objectif ajusté	Discussion des situations à partir de 58 ans.
<u>Objectif 4-9</u> : Harmoniser le fonctionnement des PASS et amorcer la réflexion sur leur médicalisation (consolider les équipes pluridisciplinaires par l'intégration de médecins au dispositif/groupe de travail national)	Terr de proximité Rouen, Le Havre, Dieppe, Fécamp, Pont-Audemer, Evreux, Elbeuf			X MSP		Indicateur SRP			Travail mené dans le cadre du PRAPS
<u>Objectif 4-10</u> : Formaliser, pour les établissements de santé bénéficiaires de la MIG précarité, les moyens mobilisés pour la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité	4 territoires de santé			X MSP		Inscription dans les CPOM			Travail mené dans le cadre du PRAPS
<u>Objectif 4-11</u> : Rédiger des protocoles entre établissements sociaux et de santé (généralistes et psychiatriques) veillant à organiser en amont la sortie de la personne démunie	4 territoires de santé			X MSP	Mise en œuvre PDAHI	Inscription dans les CPOM			non réalisé

ars



Siège régional

ARS de Haute-Normandie
31, rue Malouet
BP 2061
76040 Rouen Cedex
Téléphone : 02.32.18.32.18
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

www.ars.haute-normandie.sante.fr