

SROMS



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Schéma régional d'organisation médico-sociale

2012 / 2017



Personnes âgées

p. 3



Personnes handicapées

p. 45



Addictologie

p. 91



SROMS

Schéma régional
d'organisation médico-sociale



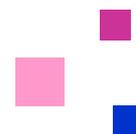
**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

Personnes âgées

2012 / 2017





Contexte

p. 8

Thème 1 Développer les dispositifs d'orientation et de soutien aux aidants

p. 9

Orientation

1

Développer le dispositif « Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA)

p. 9

- 1.1 Poursuivre le déploiement des dispositifs MAIA dans les territoires de santé
- 1.2 Assurer, via les dispositifs MAIA, une continuité de prise en charge entre structures sanitaires et médico-sociales dans le territoire

Orientation

2

Développer les formations d'aide aux aidants

p. 12

Thème 2 Poursuivre la diversification de l'offre en développant les services et les alternatives à l'hébergement permanent

p. 14

Orientation

1

Conforter l'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

p. 14

- 1.1 Favoriser l'accès aux SSIAD pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus

Cartographie des implantations existantes

p. 16

- 1.2 Améliorer la capacité des SSIAD à prendre en charge les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Cartographie des implantations existantes

p. 18

Orientation

2

Développer et diversifier les structures de répit

p. 19

- 2.1 Structurer et développer les accueils de jour
2.2 Développer les plateformes d'accompagnement et de répit
2.3 Structurer et développer les hébergements temporaires

Cartographie des implantations existantes

p. 23

Orientation

1

Adapter l'offre de logement et d'hébergement pour répondre à la diversité des besoins des personnes âgées

- 1.1 Encourager la création de logements intermédiaires adossés à des EHPAD
- 1.2 Privilégier l'accueil des personnes âgées dépendantes dans les EHPAD

Orientation

2

Favoriser l'équité d'accès dans la région

- 2.1 Redéployer des places d'hébergement permanent entre bassins de santé d'un même territoire
- 2.2 Évaluer les besoins complémentaires

Cartographie des implantations existantes

Orientation

3

Adapter la prise en charge en établissement aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

- 3.1 Développer la création de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)
- 3.2 Développer la création d'unités d'hébergement renforcées (UHR)
- 3.3 Améliorer la capacité des EHPAD non équipés de PASA/UHR à prendre en charge les personnes âgées présentant des troubles du comportement

Cartographie des implantations existantes

Orientation**1****Assurer l'amélioration de la qualité
de prise en charge en EHPAD**

- 1.1 Améliorer la qualité médicale des prises en charge et l'évaluation des EHPAD
- 1.2 Renforcer la professionnalisation en EHPAD

Orientation**2****Promouvoir l'efficacité
des établissements et services**

- 2.1 Développer les coopérations, mutualisations et regroupements
- 2.2 Accompagner les EHPAD en convergence tarifaire pour un retour à l'équilibre



Le présent schéma a pour objet, après concertation avec les huit Conseils généraux, de définir les orientations de la politique régionale médico-sociale en faveur des personnes âgées pour les équipements et services qui relèvent de la compétence de l'Agence régionale de santé.

Ces orientations prennent en compte, à double titre, les schémas départementaux élaborés par les Conseils généraux :

- du fait de la compétence générale des Conseils généraux en matière d'action sociale, qui leur confère en particulier une mission de coordination en faveur des personnes âgées ;
- du fait d'une compétence partagée entre l'ARS et les Conseils généraux pour les équipements et services qui bénéficient d'une tarification ternaire : EHPAD, accueil de jour, hébergement temporaire.

L'évolution de l'offre doit répondre au vieillissement de la population qui va se traduire par une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, estimée par l'INSEE à + 8,5% sur 5 ans.

Compte-tenu des autorisations et engagements accordés antérieurement au SROMS, le nombre de places d'EHPAD augmentera de 3% à l'horizon 2014.

Les lignes de forces du schéma régional d'organisation médico-sociale en faveur des personnes âgées sont les suivantes :

- Pour répondre au souhait de la majorité des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, l'ARS poursuivra la diversification et le développement des services d'accompagnement à domicile pour assurer une offre de proximité dans chaque bassin de santé : soins infirmiers à domicile, équipe spécialisée Alzheimer, plateforme de répit, accompagnement des aidants et, en concertation avec les Conseils généraux, accueil de jour, hébergement temporaire. Par ailleurs, l'ARS concertera avec les Conseils généraux pour que les MAIA s'adaptent aux dispositifs qu'ils ont déployés.
- Pour les personnes âgées qui ne veulent ou ne peuvent plus rester à domicile, l'ARS proposera aux Conseils généraux de diversifier l'offre de logement et d'hébergement, en encourageant la création de logements intermédiaires adossés à des EHPAD. Parallèlement, elle proposera aux EHPAD volontaires de privilégier l'accueil des personnes âgées dépendantes pour fluidifier la filière gériatrique.

Un bilan de ces orientations sera réalisé à mi-parcours. Des créations de places en EHPAD pourront alors être envisagées, le cas échéant. De plus, l'ARS poursuivra le déploiement du programme IQUARE sur l'amélioration de la qualité médicale en EHPAD.

Ces orientations, relatives au secteur médico-social, sont complétées par les objectifs inscrits dans le schéma de prévention, sur la préservation de l'autonomie et dans le schéma régional d'organisation des soins sur l'organisation de la filière gériatrique.

La commission spécialisée « Prise en charge et accompagnement médico-sociaux » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) a contribué à la construction de ce schéma. Elle sera associée à sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Développer le dispositif « Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA)

L'organisation du système de soins et d'aide auprès des personnes en perte d'autonomie se caractérise par des fragmentations multiples.

Les Conseils généraux assurent, dans les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), l'accueil, l'information et la coordination de la prise en charge des personnes âgées. Cette organisation permet avant tout d'assurer une bonne articulation entre les secteurs social et médico-social. Il est à présent nécessaire d'intégrer ce dispositif avec le secteur sanitaire.

La mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en Midi-Pyrénées doit permettre de décloisonner ces différents secteurs en créant un véritable partenariat sur une zone géographique donnée et une réelle lisibilité des organisations, notamment pour les malades et les aidants.

En complément de ce dispositif, le maintien à domicile doit être facilité par la prise en considération des aidants et la nécessité de les soutenir en leur proposant des formations adaptées.

1.1 Poursuivre le déploiement des dispositifs MAIA dans les territoires de santé

Le dispositif MAIA vise à créer un partenariat entre les acteurs qui prennent en charge dans un territoire donné, les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle quelle que soit la nature de leurs besoins.

La MAIA poursuit deux objectifs :

- Un objectif collectif : la coordination de tous les acteurs et le partage des outils et protocoles.
- Un objectif individuel : la gestion des cas complexes avec un suivi personnalisé par un gestionnaire de cas.

L'enjeu de ce dispositif est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles, face à une multitude de services présents dans les territoires mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge coordonnée.

Face au défi du vieillissement démographique, le développement des dispositifs intégrés MAIA optimise les ressources en services d'aide et de soins. Il favorise la fluidité et la simplification des parcours des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou plus largement de maladies apparentées et des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle.

Chaque MAIA dispose d'une instance de pilotage institutionnel au niveau du territoire de santé (une seule instance par territoire quel que soit le nombre de MAIA) et d'une instance de pilotage opérationnel au niveau du bassin de santé d'implantation de la MAIA.

1.1.1 Organiser des appels à candidature

L'organisation d'appels à candidature se fera avec l'appui de la commission régionale consultative de sélection des projets MAIA mise en place en 2011, qui comprend les représentants des huit Présidents des Conseils généraux, ainsi que les représentants de l'Assurance maladie et des usagers.

Le déploiement des dispositifs MAIA, de taille infra-territoriale, doit permettre de couvrir chaque bassin de santé de la région.

- Projets MAIA validés en 2011 : couverture de six bassins de santé dans quatre territoires de santé.
 - 1 MAIA dans l'Ariège : bassin de santé de Saint-Girons ;
 - 1 MAIA dans l'Aveyron : bassin de santé de Decazeville (projet devant s'étendre rapidement à celui d'Espalion) ;
 - 1 MAIA dans le Gers : bassin de santé d'Auch ;
 - 1 MAIA dans les Hautes-Pyrénées : bassin de santé de Lourdes et bassin de santé de Lannemezan.
- En 2012, l'ARS labellisera six projets MAIA.
- En 2013, ces dispositifs feront l'objet d'une évaluation.

Sur la base de cette évaluation, l'ARS assurera d'ici 2016 la mise en place d'un dispositif MAIA dans chaque territoire de santé, couvrant l'ensemble des bassins de santé.

Assurer le conventionnement et l'intégration des dispositifs MAIA :

Le dispositif intégré MAIA démarre lorsque deux conditions sont réunies : la signature d'une convention entre l'ARS et le porteur sélectionné et la prise de fonction de la personne qui assure le pilotage.

La convention définit les engagements mutuels des parties et notamment le montant des financements alloués ainsi que les modalités de suivi du dispositif par l'ARS :

- L'ARS Midi-Pyrénées assure le financement du pilote et du fonctionnement ainsi que le recrutement de deux gestionnaires de cas par MAIA.
- Le conventionnement permet à l'ARS de préciser les indicateurs de suivi définis par l'instance de pilotage institutionnelle et utilisés pour l'évaluation.

L'ARS, en partenariat avec le Conseil général, suivra avec une attention particulière les modalités d'installation du guichet intégré MAIA : validation des procédures communes et des modalités de partage des outils. Elle s'assurera que les gestionnaires de cas utilisent l'outil d'évaluation multidimensionnel mis en place au niveau national.

1.2.1 Accompagner la certification par l'obtention du label qualité MAIA

Un processus d'obtention du label qualité doit débuter dès le démarrage de la MAIA :

- Une première période de ce processus (18 mois) s'achèvera par la validation ou non de la MAIA et la poursuite du processus d'intégration par l'ARS.
- Une seconde période (de 18 à 36 mois) débouchera sur l'obtention d'un label qualité (en mode certification). A l'issue de ce processus, le label qualité MAIA sera délivré à l'ensemble des partenaires du dispositif.

Le porteur doit transmettre annuellement à l'ARS un rapport d'activité qui comprend notamment les caractéristiques du territoire MAIA ainsi que les indicateurs demandés.

Favoriser la coordination des MAIA avec les autres dispositifs existants :

La problématique des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et la complexité de la maladie d'Alzheimer mêlant troubles comportementaux, aux conséquences sociales parfois dramatiques, et dépendance, nécessitent une meilleure articulation entre les professionnels de santé et les intervenants médico-sociaux afin de proposer au patient et à sa famille, un parcours de soins adapté et efficace.

Le gestionnaire de cas est l'interlocuteur privilégié du médecin traitant qui devra assurer une continuité de la prise en charge entre tous les acteurs intervenant.

L'ARS s'assurera que les dispositifs MAIA favorisent la coordination des dispositifs existants en intégrant les différentes structures composant la filière gériatrique.

Elle intégrera notamment :

- Les nouvelles ressources développées pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer :
 - équipes spécialisées Alzheimer à domicile,
 - plateformes d'accompagnement et de répit,
 - pôles d'activités et de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé,
 - unités cognitivo-comportementales.
- Les projets expérimentaux menés en Midi-Pyrénées :
 - la plateforme d'évaluation de la fragilité et d'orientation gérontologique installée au niveau du territoire de santé, en charge de l'évaluation médicale et sociale approfondie et de l'élaboration d'un projet personnalisé de soins.
 - l'animation des bassins de santé par une équipe constituée de professionnels du premier recours et des représentants des secteurs sanitaire et médico-social.

Les MAIA constitueront un annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et associatives mobilisables.

Les droits de l'aidant et son accès à la formation doivent encore être renforcés. Il convient d'apporter aux familles qui accompagnent un parent atteint d'une maladie d'Alzheimer les connaissances essentielles à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de son environnement et au maintien de la relation.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a passé convention avec l'association France Alzheimer qui assure des formations destinées aux aidants.

Pour répondre à l'objectif de développement des formations, et en complément de l'intervention de l'association France Alzheimer, l'ARS lancera des appels à candidature afin de sélectionner les opérateurs qui réaliseront des actions de formations auprès des aidants.

L'ARS mettra en place une commission régionale de sélection des opérateurs comprenant les représentants des huit Conseils généraux et des représentants des usagers, par le biais de l'association France Alzheimer.

Le porteur de projet devra :

- justifier d'une expérience dans le domaine de la maladie d'Alzheimer, du soutien aux aidants ainsi que celui de la formation,
- prendre contact avec France Alzheimer afin de proposer une collaboration et une complémentarité avec ce partenaire dans le territoire de santé,
- avoir formalisé des partenariats solides avec des acteurs des champs sanitaire, associatif, familial ou du secteur de l'aide à domicile, qui seront à l'initiative de cette formation,
- être un acteur connu et reconnu dans le territoire de santé.

Pour être retenu, le porteur de projet devra également avoir engagé une réflexion sur les possibilités de prise en charge de la personne malade pendant les périodes de formations des aidants. Ils pourront notamment se rapprocher des plateformes d'accompagnement et de répit, des accueils de jour mais aussi des Conseils généraux afin d'organiser cette prise en charge.

De plus, ils devront prévoir une information générale afin de faire connaître aux aidants ce dispositif de formation par des actions de communication.

Les sessions de formation comprennent entre 8 et 15 personnes (chaque formation nécessite plusieurs réunions de quelques heures).

Chaque année, en moyenne 3 000 personnes sont admises en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15) en Midi-Pyrénées. L'ARS a pour objectif de proposer à chaque nouvel aidant, d'être formé dans les deux ans suivant l'admission de la personne malade en ALD 15.

Dès 2012, en fonction du nombre de projets déposés et validés en réponse à l'appel à candidature lancé fin 2011, l'ARS programmera des actions de formation des aidants, en priorité dans les bassins de santé retenus, pour mettre en place les dispositifs suivants :

- plateforme d'accompagnement et de répit,
- MAIA,
- plateforme d'évaluation gériatrique,
- expérimentation pour l'animation des bassins de santé,
- contrat locaux de santé.

A partir de ce retour d'expériences, l'ARS programmera de nouvelles actions pour les années suivantes et lancera un nouvel appel à candidature.

Au terme du projet régional de santé, l'objectif est d'assurer des formations dans chaque bassin de santé.

Orientation

1

Conforter l'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

En Midi-Pyrénées, selon les données de 2008, 70.6 % des bénéficiaires de l'APA sont des personnes âgées vivant à domicile.

Le maintien à domicile correspond, dans une grande majorité des cas, au souhait des personnes âgées.

Afin qu'il se déroule dans de bonnes conditions, les personnes âgées et leur famille doivent disposer d'une palette de réponses de proximité dans chaque territoire de santé : places d'hébergement temporaire, places d'accueil de jour, plateformes d'accompagnement et de répit, services de soins infirmiers à domicile et équipes spécialisées Alzheimer à domicile.

1.1 Favoriser l'accès aux SSIAD pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus

L'objectif est d'améliorer l'offre de proximité en favorisant l'accès aux SSIAD pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus et de réduire les inégalités de l'offre dans la région.

La structuration des services de soins infirmiers à domicile doit également les préparer à la réforme de la tarification.

1.1.1 Programmer des extensions de capacité pour couvrir les zones moins dotées

Le taux d'équipement régional au 01/01/2012 (places autorisées et financées) est de 23.4 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (y compris les équipes spécialisées Alzheimer).

Le taux d'équipement national au 01/01/2010 (FINESS) est de 19.6 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Au niveau des bassins de santé, 17 bassins sont identifiés comme prioritaires, compte tenu de leur taux d'équipement :

- 6 bassins de santé avec une offre faible (inférieure au taux d'équipement moyen national) : Saint-Affrique (12), Villefranche-de-Lauragais (31), Toulouse (31), L'Isle-Jourdain (32), Tarbes-Vic (65) et Castres-Mazamet(81).

- 11 bassins de santé avec un taux d'équipement moyen (compris entre le taux d'équipement moyen national et régional) : Foix (09), Decazeville (12), Millau (12), Villefranche-de-Rouergue (12), Saint-Jean-l'Union (31), Muret (31), Figeac (46), Cahors (46), Bagnères-de-Bigorre (65), Lourdes (65), Montauban (82).

Quatre « zones blanches » non couvertes par un SSIAD sont identifiées dans la région :

- 2 zones blanches se situent en Ariège au sein des bassins de santé de Foix et de Lavelanet.
- 2 zones blanches en Aveyron : une dans le bassin de santé d'Espalion et une dans le bassin de santé de Villefranche-de-Rouergue.

Les places de SSIAD qui seront créés devront cibler en priorité :

- les zones blanches (réorganisation des zones d'intervention des SSIAD afin de les couvrir),
- les communes classées en zone très sous dotée, sous dotée ou intermédiaire des 6 bassins de santé présentant une offre faible,
- les communes classées en zone très sous dotée, sous dotée ou intermédiaire des 4 bassins de santé présentant une offre moyenne et dont la démographie en infirmières libérales est inférieure à la moyenne régionale : Decazeville (12), Saint-Jean-l'Union (31), Muret (31) et Figeac (46).

1.1.2 Évaluer les besoins complémentaires

L'ARS souhaite analyser les besoins d'extension de capacités en SSIAD au-delà de 2013.

Une première étape consistera à évaluer le fonctionnement des SSIAD sur la base d'un rapport d'activité annuel, que les services devront transmettre à l'ARS. Le but étant de connaître et d'analyser les listes d'attente, les délais moyens d'attente pour une prise en charge en SSIAD dans chaque bassin de santé et le nombre de patients par GIR.

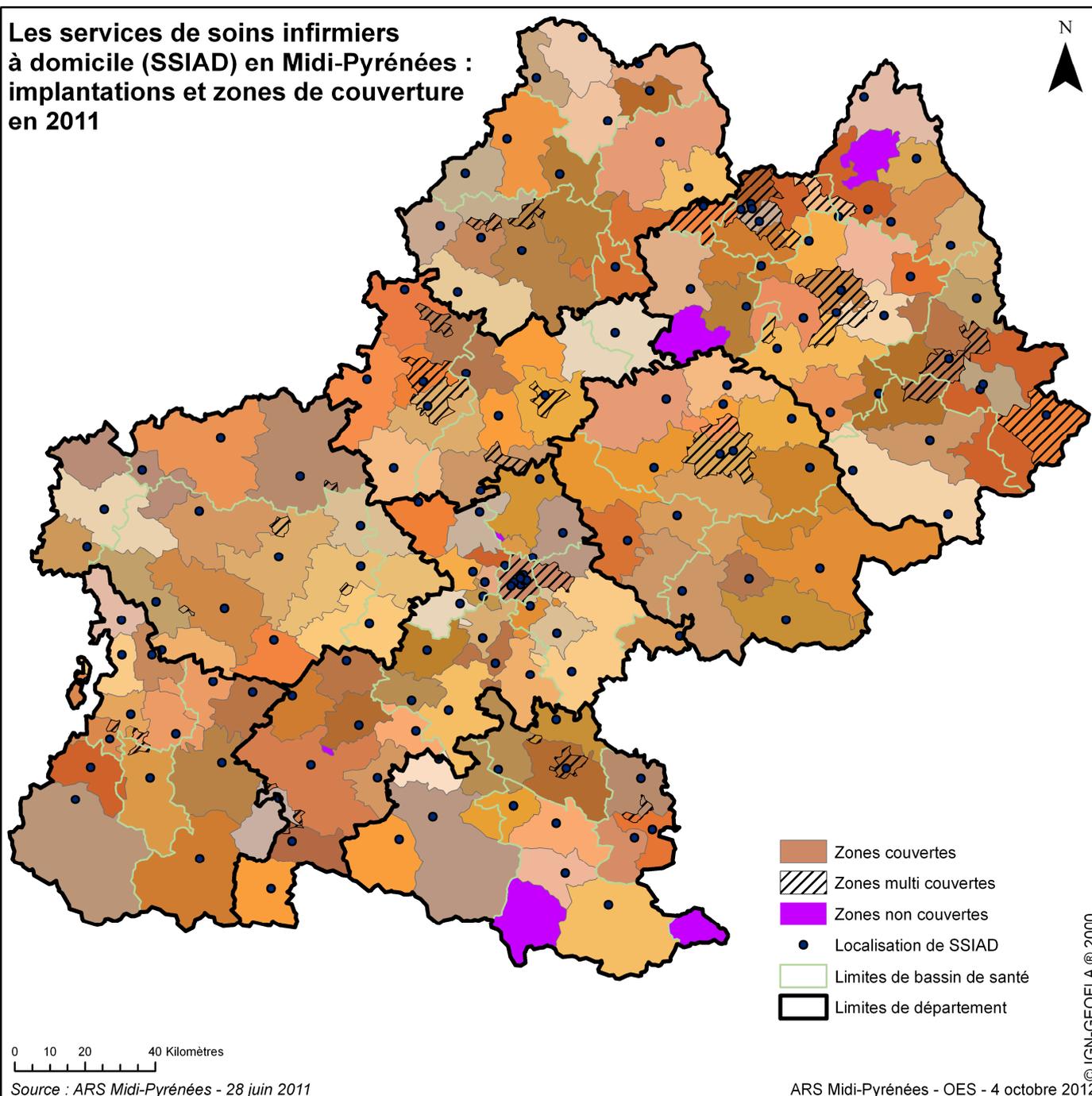
Les zones multi-couvertes seront également répertoriées dans le but de retravailler les zones d'intervention des SSIAD concernés.

Dans un second temps, cette analyse sera croisée avec l'évolution démographique, par bassin de santé, les indicateurs de précarité des personnes âgées et mis en perspective avec le classement des communes en fonction de leur niveau de dotation en infirmiers libéraux (arrêté ARS du 12 juillet 2012 portant détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux).

L'analyse des besoins prendra également en compte les taux d'équipement en hébergement permanent afin de privilégier le développement des SSIAD dans les bassins de santé présentant une offre en EHPAD inférieure à la moyenne régionale.

A partir de cette analyse, l'ARS autorisera des extensions non importantes de capacité ou lancera des appels à projet pour la programmation d'extensions de capacité en SSIAD, dans les bassins de santé le nécessitant.

Les services de soins infirmiers
à domicile (SSIAD) en Midi-Pyrénées :
implantations et zones de couverture
en 2011



1.2 Améliorer la capacité des SSIAD à prendre en charge les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Les SSIAD seront amenés à prioriser l'admission des personnes âgées les plus dépendantes, notamment pour les services ayant une dotation supérieure à la moyenne régionale.

L'objectif est de développer dans certains services de soins infirmiers à domicile la constitution d'équipes de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (psychomotricien et/ou ergothérapeute, avec l'appui d'assistants de soins en gérontologie).

Ces équipes spécialisées Alzheimer devront desservir une zone géographique plus large que la zone d'intervention du SSIAD. Cette zone sera susceptible d'évoluer dans le cadre d'une généralisation de ce dispositif à l'ensemble du territoire de santé afin d'assurer une couverture totale des bassins de santé.

Programmation de création des équipes spécialisées :

La création d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile doit permettre de couvrir l'ensemble des bassins de santé de la région.

Chaque équipe est autorisée à hauteur de 10 places supplémentaires par rapport à la capacité initiale du SSIAD porteur du projet.

- 2010/2011 : l'ARS a lancé un appel à candidature auprès des SSIAD de la région pour la création de 10 équipes spécialisées Alzheimer par an.
- 2012 : un nouvel appel à candidature sera lancé pour la création de 9 équipes supplémentaires dans des bassins de santé non encore pourvus.

Les porteurs de projets doivent être des SSIAD d'une capacité d'au moins 60 places. Or, seuls 30 SSIAD de la région ont une capacité égale ou supérieure à 60 places : Ariège (2), Aveyron (1), Haute-Garonne (10), Gers (3), Lot (1), Hautes-Pyrénées (1), Tarn (9), Tarn et Garonne (3).

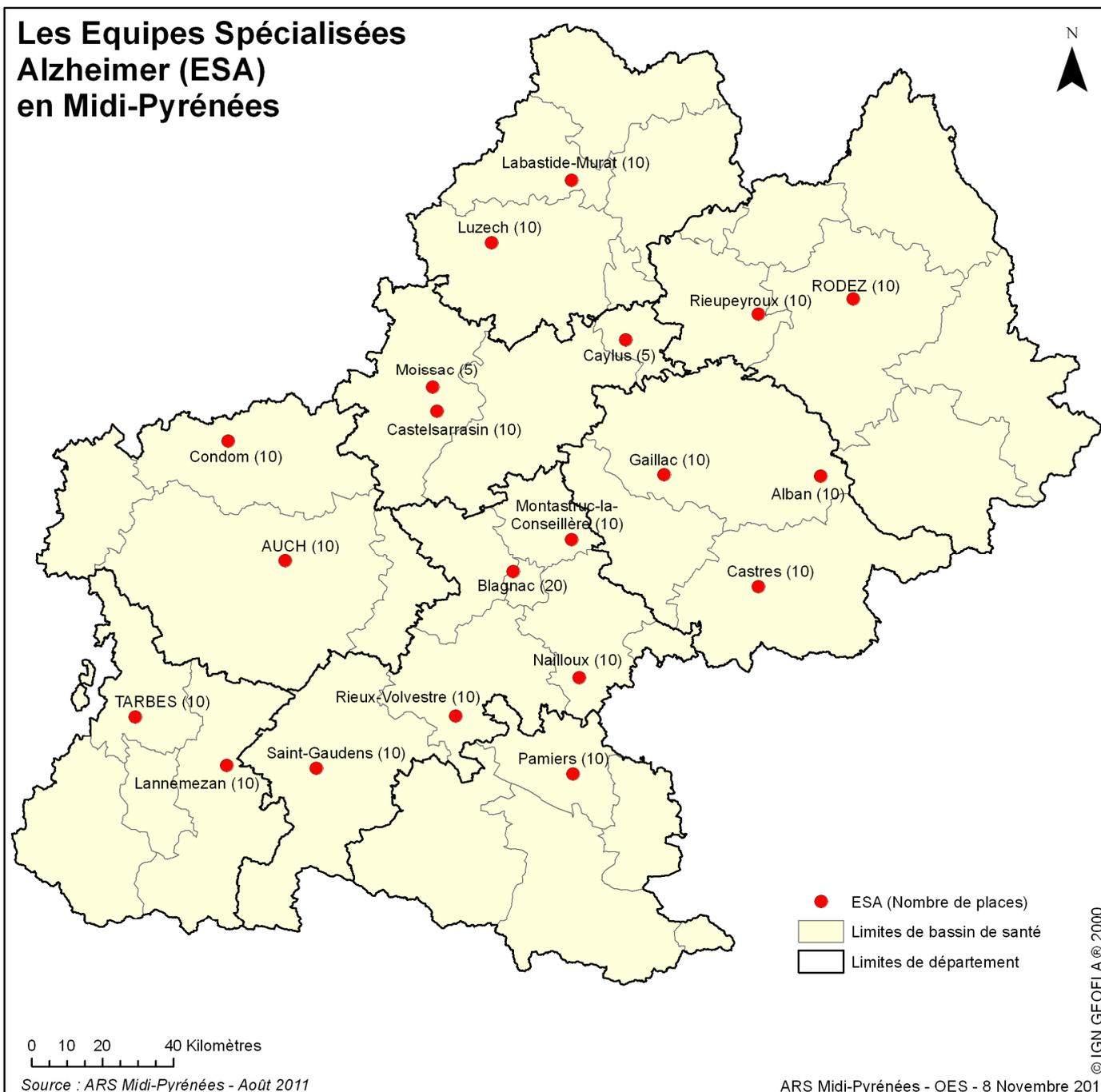
Ainsi, il est demandé aux SSIAD de développer des coopérations pour créer des équipes spécialisées, en signant des conventions de partenariat afin d'atteindre la taille minimale requise.

Chaque équipe autorisée fera l'objet d'une évaluation qui devra permettre d'analyser la réponse aux besoins et notamment la nécessité d'étendre la zone d'intervention de l'équipe existante ou de prévoir le développement de nouvelles places. Cette évaluation se fera notamment sur la base du rapport d'activité que le service de soins infirmiers à domicile porteur d'une équipe spécialisée Alzheimer devra transmettre annuellement à l'ARS.

Au terme du schéma, une équipe spécialisée Alzheimer devra intervenir dans chaque bassin de santé. Pour cela, il sera tenu compte de la démographie des 75 ans et plus afin d'ajuster les créations d'une ou plusieurs équipes dans les bassins de santé les plus importants ou d'une équipe spécialisée Alzheimer inter-bassins, pour les bassins de santé de plus petite taille.



Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) en Midi-Pyrénées



Poursuivre la diversification de l'offre en développant les services et les alternatives à l'hébergement permanent

Orientation

2

Développer et diversifier les structures de répit

Les alternatives à l'hébergement permanent doivent notamment permettre d'assurer les relais nécessaires en cas d'indisponibilité des familles, ou de répondre périodiquement aux besoins de prise de distance des aidants.

Aussi, l'équipement en accueil de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT) devra être développé pour couvrir tous les bassins de santé, tout en respectant un seuil minimal permettant une organisation efficiente.

Enfin, la mise en place de plateformes d'accompagnement permettra de diversifier les mesures en faveur des aidants par une large palette d'actions de soutien et de répit.

2.1 Structurer et développer les accueils de jour

2.1.1 Structurer les accueils de jour par la mise en place du seuil minimum

La capacité minimale requise pour les accueils de jour adossés à un EHPAD est de 6 places et 10 places pour un accueil de jour autonome.

Selon l'état des lieux réalisé au 1^{er} janvier 2012, 40 accueils de jour ont une capacité inférieure à ces seuils :

- 31 accueils de jour installés en EHPAD ont une capacité inférieure à 6 places :
 - 7 AJ en Aveyron dans 3 bassins de santé : Rodez (5 AJ), Saint-Affrique (1 AJ) et Millau (1 AJ).
 - 3 AJ en Haute-Garonne dans 2 bassins de santé : Muret (2 AJ) et Cornebarieu (1 AJ).
 - 2 AJ dans le Gers dans 2 bassins de santé : l'Isle-Jourdain (1 AJ) et Auch (1 AJ).
 - 8 AJ dans le Lot dans les 4 bassins de santé : Cahors (4 AJ), Figeac (2 AJ), Saint-Céré (1 AJ) et Gourdon (1 AJ).
 - 11 AJ dans le Tarn dans les 3 bassins de santé : Albi (6 AJ), Castres (3 AJ) et Lavaur (1 AJ).
- 9 accueils de jour en EHPAD autorisés mais non encore installés ont une capacité inférieure à 6 places :
 - 1 AJ en l'Aveyron dans le bassin de santé de Decazeville
 - 4 AJ en Haute-Garonne dans 3 bassins de santé : Muret (1 AJ), Saint-Gaudens (2 AJ) et Saint-Jean-l'Union (1 AJ).
 - 1 AJ dans le Gers dans le bassin de santé de Condom.
 - 3 AJ dans le Tarn dans le bassin de santé de Castres (2 AJ) et de Lavaur (1 AJ).

L'objectif est de régulariser la situation des 40 accueils de jour ne disposant pas du seuil minimal de 6 places, en accord avec les Conseils généraux.

Ces régularisations pourront être réalisées par la création de places supplémentaires via des mesures nouvelles (*cf supra*), par transfert d'autorisation en vue d'un regroupement d'activité sur un même site ou par suppression de l'activité.

2012 : plan d'action pour chaque département concerné élaboré par l'ARS et le Conseil général.

2013 : mise en œuvre des plans d'action validés.

L'ARS réalisera, en concertation avec les groupes de travail de la commission spécialisée médico-sociale de la CRSA, un cahier des charges de ces unités d'accueil de jour.

De plus, l'ARS vérifiera le respect de l'application du cahier des charges assurant une prise en charge de qualité des personnes âgées accueillies dans l'ensemble des accueils de jour. Ces derniers feront l'objet d'une évaluation sur la base notamment de l'enquête annuelle nationale.

2.1.2 Impulser les créations de places d'accueil de jour dans les bassins de santé moins dotés

L'état des lieux de l'offre existante indique que le taux d'équipement régional au 01/01/2012 (places autorisées et financées) est de 2.37 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce taux est supérieur au taux d'équipement national au 01/01/2010 (FINESS) : 2 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, mais masque de fortes disparités infra-régionales et infra-territoriales, entre bassins de santé.

Au niveau des bassins de santé : 14 sont identifiés comme prioritaires (taux d'équipement inférieur au taux d'équipement moyen régional) :

- 8 bassins de santé avec un équipement nul ou quasi-inexistant (moins d'une place pour 1 000 habitants) : Saint-Affrique (12), Villefranche-de-Lauragais (31), Cornebarrieu (31), Toulouse (31), Nogaro (32), l'Isle-Jourdain (32), Gourdon (46), Cahors (46).
- 7 bassins de santé avec un équipement faible (de 1 à 2.37 places pour 1 000 habitants) : Lavelanet (09), Villefranche-de-Rouergue (12), Saint-Gaudens (31), Muret (31), Auch (32), Condom (32), Tarbes (65)

Compte tenu de ces éléments, et dans une volonté d'augmentation de la part des alternatives à l'hébergement permanent au regard de l'équipement global, l'ARS proposera aux Conseils généraux de créer des places d'accueil de jour dans les bassins de santé où le taux d'équipement est inférieur à la moyenne régionale.

2012/2013 : Conjointement entre ARS et Conseils généraux, lancement d'appels à projet ou financement par extensions non importantes de capacité (en conformité avec les seuils cf. infra) dans les huit bassins de santé avec un taux d'équipement nul ou quasi-inexistant.

2014/2016 : Lancement des appels à projets ou financement par extensions non importantes de capacité (en conformité avec les seuils, cf infra) dans les sept bassins de santé où un équipement faible est identifié et dans les trois bassins de santé où le taux d'équipement restera faible : Villefranche-de-Lauragais, Cornebarrieu et Toulouse.

La poursuite du développement de places d'accueil de jour se fera en fonction de l'analyse globale des besoins, et notamment au regard du taux d'équipement en hébergement permanent afin de privilégier le développement de l'alternative à l'hébergement permanent dans les bassins de santé présentant une offre en EHPAD, inférieure à la moyenne régionale.

2.2 Développer les plateformes d'accompagnement et de répit

Les plateformes d'accompagnement et de répit, programmées dans le plan Alzheimer, ont pour objectif d'offrir dans chaque territoire de santé une palette diversifiée de dispositifs de répit, correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants.

Seuls les accueils de jour, autonomes ou adossés à un EHPAD, ayant une capacité minimale de 10 places pourront développer ce type de dispositif.

Ces accueils de jour pourront à travers leur mission de plateforme proposer diverses prestations de répit ou de soutien (répit à domicile, garde itinérante de nuit, accueil de nuit, activités sociales et culturelles, séjours de vacances adaptés...).

Pour développer ces plateformes, un appel à candidature est organisé par l'ARS en 2011 et 2012 avec diffusion d'un cahier des charges.

Au 1er août 2011, la région Midi-Pyrénées comptait 35 accueils de jour d'une capacité au moins égale à 10 places, répartis comme suit :

- 3 en Ariège,
- 4 en Aveyron,
- 7 en Haute-Garonne,
- 1 dans le Gers,
- 2 dans le Lot,
- 5 dans les Hautes-Pyrénées,
- 8 dans le Tarn,
- 5 dans le Tarn-et-Garonne.

L'objectif est de créer 9 plateformes dans la région, une par territoire de santé, excepté pour la Haute-Garonne où deux plateformes seront mises en place.

Trois projets ont été retenus et financés suite au premier appel à candidature lancé en 2011. Ainsi, les territoires de santé du Tarn et de la Haute-Garonne sont désormais dotés respectivement d'une et de deux plateformes d'accompagnement et de répit. En 2012, 6 plateformes d'accompagnement et de répit devront être créées dans les territoires de santé non encore pourvus sur la base d'un nouvel appel à candidature. A la suite de ces créations, une évaluation des plateformes sera réalisée afin d'étudier la nécessité de développer d'autres projets sur les bassins de santé non couverts.

2.3 Structurer et développer les hébergements temporaires

2.3.1 Structurer et développer les hébergements temporaires

L'ARS sera vigilante à la mise en place d'un véritable projet personnalisé pour chaque résident accueilli en hébergement temporaire assurant une prise en charge de qualité. L'ensemble des hébergements temporaires fera l'objet d'une évaluation sur la base notamment de l'enquête annuelle nationale.

Ces places d'hébergement temporaire doivent concourir au maintien à domicile des personnes âgées et venir en appui des aidants lors de situations difficiles mais provisoires. La durée moyenne de séjour doit être limitée à un mois, sauf dérogation, mais toujours dans l'objectif de favoriser le retour à domicile.

2.3.2 Impulser les créations de places d'hébergement temporaire dans les bassins de santé moins dotés

Le taux d'équipement régional au 01/01/2012 (places autorisées et financées) est de 1.84 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Le taux national au 01/01/2010 (FINESS) : 1.7 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Comme pour les accueils de jour, le taux d'équipement régional masque des disparités infra-régionales et infra-territoriales.

Au niveau des bassins de santé, 19 sont identifiés comme prioritaires (taux d'équipement inférieur au taux d'équipement moyen régional) :

- 5 bassins de santé avec un équipement nul ou quasi inexistant (moins d'une place pour 1000 habitants) : Lavelanet (09), Espalion (12), Villefranche-de-Rouergue (12), Millau (12), Cornebarrieu (31),
- 14 bassins de santé avec un équipement faible (de 1 à 1.84 places pour 1000 habitants) : Foix (09), Saint-Affrique (12), Saint-Gaudens (31), Muret (31), Toulouse (31), Auch (32), Nogaro (32), Gourdon (46), Cahors (46), Figeac (46), Tarbes-Vic (65), Bagnères-de-Bigorre (65), Castres-Mazamet (81), Moissac (82).

Compte tenu de ces éléments, et dans une volonté d'augmentation de la part des alternatives à l'hébergement permanent au regard de l'équipement global, l'ARS proposera aux Conseils généraux que les créations de places d'hébergement temporaires soient impulsées de la façon suivante :

- Dans les territoires de santé considérés comme bien dotés en hébergement permanent (Taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale dans l'Aveyron, le Gers et le Tarn) : redéploiement, au moins partiel, de l'hébergement permanent vers l'hébergement temporaire.
- Dans les territoires avec un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale : création de places par mesures nouvelles.

2012-2016 : Lancement conjoint ARS/Conseils généraux des appels à projet ou autorisations d'extension non importante.

Prioritaires de rang 1 (bassins de santé avec équipements quasi nul) :

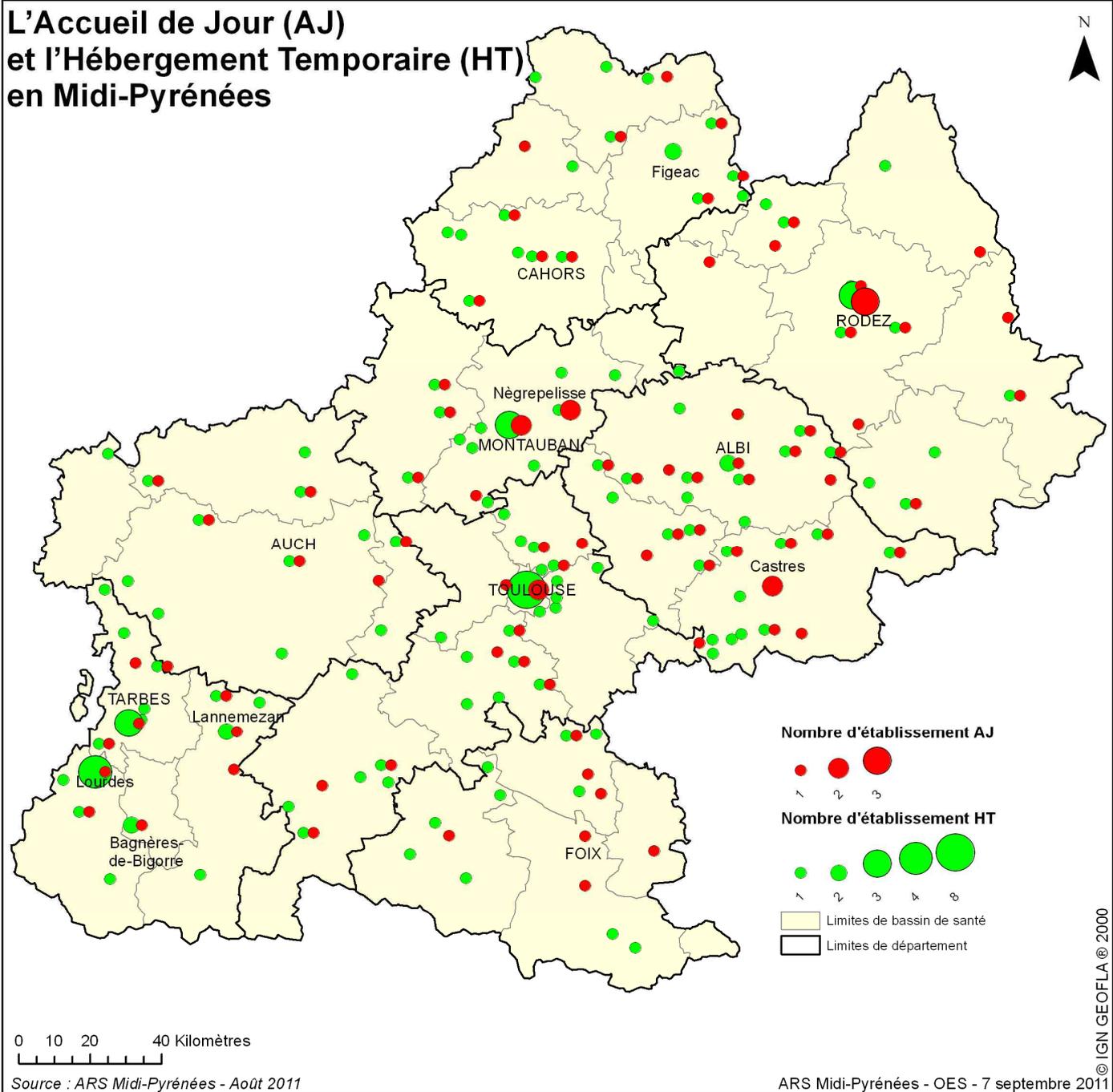
- Redéploiement infra territorial : Espalion (12), Villefranche-de-Rouergue (12), Millau (12),
- Création par mesures nouvelles : Lavelanet (09), Cornebarrieu (31).

Prioritaires de rang 2 (bassins de santé avec équipement faible) :

- Redéploiement infra territorial : Saint-Affrique (12), Auch (32), Nogaro (32), Castres-Mazamet (81),
- Création par mesures nouvelles : Foix (09), Saint-Gaudens (31), Muret (31), Toulouse (31), Gourdon (46), Cahors (46), Figeac (46), Tarbes-Vic (65), Bagnères-de-Bigorre (65), Moissac (82).

La poursuite du développement de l'hébergement temporaire se fera en fonction de l'analyse globale des besoins, et notamment au regard du taux d'équipement en hébergement permanent, afin de privilégier le développement de l'alternative à l'hébergement permanent dans les bassins de santé présentant une offre en EHPAD, inférieure à la moyenne régionale.

**L'Accueil de Jour (AJ)
et l'Hébergement Temporaire (HT)
en Midi-Pyrénées**



Orientation

1

Adapter l'offre de logement et d'hébergement pour répondre à la diversité des besoins des personnes âgées

De nombreuses places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été créées ces dernières années. Cependant des inégalités d'équipement perdurent dans la région, le poids « historique » des implantations expliquant en partie cette situation.

Les données 2009 des Conseils généraux sur les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) mettent en avant que la part des personnes classées en GIR 5 et 6 vivant en établissement est différente d'un territoire à un autre, de 9 % en Haute-Garonne à 14,5% dans les Hautes-Pyrénées.

L'ARS souhaite proposer, en concertation avec les Conseils généraux, une offre de logement et d'hébergement diversifiée pour répondre à la variété des situations des personnes âgées, tant en termes de dépendance et d'état de santé qu'en termes d'environnement social et de conditions de vie. Elle a également pour objectif de réduire les inégalités territoriales relatives à l'offre en établissements.

Par ailleurs, le nombre croissant de malades d'Alzheimer contraint les établissements à adapter leur prise en charge ainsi que l'architecture de leurs locaux afin de sécuriser des unités spécifiques.

1.1 Encourager la création de logements intermédiaires adossés à des EHPAD

Pour les personnes âgées peu dépendantes, classées en GIR 5 et 6 et qui ne nécessitent pas une charge en soins importante, l'offre de logement adapté doit prendre en compte les attentes et les besoins de ces personnes :

- La capacité à accomplir certains actes de la vie quotidienne, dont le maintien est un garant de la préservation de l'autonomie.
- Le besoin de sécurité avec la présence d'une personne pouvant intervenir en cas de chute ou de malaise.
- La possibilité de faire appel à certaines prestations (portage de repas, animation...).
- La nécessité de pouvoir être orientée vers une prise en charge en EHPAD en cas d'apparition et/ou d'aggravation de la dépendance.

L'adossement d'une petite unité de vie à un EHPAD permet de remplir ces conditions, sans imposer à la personne âgée un changement de lieu de vie, lorsque le transfert en EHPAD s'impose.

L'ARS proposera aux Conseils généraux intéressés d'élaborer un cahier des charges concernant la prise en charge dans ce type de structure et de le promouvoir auprès de promoteurs potentiels.

1.2 Privilégier l'accueil des personnes âgées dépendantes dans les EHPAD

Conformément au souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible au domicile, l'ARS préconise que les EHPAD priorisent l'admission des plus dépendants (GIR 1 à 4) qui nécessitent une prise en charge en soins importante. Les dotations soins des établissements seront réajustées en fonction de la charge en soins des résidents accueillis, via la validation du PATHOS.

Cette orientation sera proposée en priorité aux EHPAD gérées par des établissements de santé afin de faciliter l'accès aux personnes âgées venant de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation.

Orientation

2

Favoriser l'équité d'accès dans la région

Territoires de santé	Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus	Bassins de santé	Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus
Ariège	113	Foix	96
		Lavelanet	74
		Pamiers	113
		Saint-Girons	159
Aveyron	151	Decazeville	109
		Rodez	161
		Saint-Affrique	151
		Espalion	217
		Villefranche-de-Rouergue	130
		Millau	137
Haute-Garonne	119	Toulouse	84
		Saint-Gaudens	138
		Villefranche-de-Lauragais	171
		Saint-Jean-l'Union	119
		Muret	122
		Cornebarrieu	151
Gers	124	Nogaro	130
		L'Isle-Jourdain	140
		Auch	122
		Condom	118
Lot	110	Figeac	129
		Gourdon	124
		Saint-Céré	116
		Cahors	93
Hautes-Pyrénées	114	Lannemezan	158
		Lourdes	124
		Bagnères-de-Bigorre	93
		Tarbes-Vic	98
Tarn	126	Castres-Mazamet	137
		Albi	121
		Lavaur	107
Tarn-et-Garonne	118	Moissac	111
		Montauban	121

Source : ARS Midi-Pyrénées - Mars 2012 – Insee RP 2008

Hors Foyers-Logements bénéficiant de forfaits soins courant avec GMP < à 300

La recherche de l'équité territoriale nécessitera la mise en œuvre de redéploiements infra-départementaux concertée avec les Conseils généraux.

La réorganisation de l'offre en établissements médicalisés pour personnes âgées (EHPAD et USLD), sur les 5 ans à venir se fondera en premier lieu sur des redéploiements vers les secteurs géographiques les moins dotés, pour une meilleure répartition des équipements dans la région et une égalité d'accès des personnes âgées quelles que soient leur lieu de résidence.

Le taux d'équipement régional EHPAD + USLD au 01/01/2012 (places autorisées et financées) est de 123 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le taux d'équipement national EHPAD + USLD au 01/01/2010 (FINESS) est de 113 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Les taux d'équipement sont très hétérogènes selon les bassins de santé.

Pour la situation de Toulouse, le coût de l'immobilier a eu pour conséquence la création de nombreux établissements en périphérie toulousaine. C'est pourquoi, dans ce territoire de santé, il est préférable d'analyser l'offre sur la communauté du grand Toulouse, qui comprend 37 communes. Ainsi, 2 075 places d'EHPAD réparties sur les bassins de santé de Muret (88 places), Villefranche-de-Lauragais (293 places), Saint-Jean-l'Union (368 places) et Cornebarrieu (1 055 places) appartiennent à la communauté du grand Toulouse. Ce constat permet de relativiser les taux d'équipement élevés de ces quatre bassins de santé et au contraire de revaloriser celui de Toulouse.

Concernant l'évolution démographique 2007/2015 des personnes âgées de 75 ans et plus :

- Trois territoires de santé ont une projection du vieillissement de leur population faible, il s'agit de l'Ariège, de l'Aveyron et du Tarn.
- Ces caractéristiques accentuent le classement de l'Aveyron et du Tarn comme territoires bien dotés mais permet de relativiser la situation de l'Ariège.
- Quatre territoires de santé devraient connaître une évolution plus conséquente mais qui reste modérée. Il s'agit du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne.
- Seul le territoire de santé de la Haute-Garonne devrait connaître une forte évolution.

2.1 Redéployer des places d'hébergement permanent entre bassins de santé d'un même territoire

L'ARS a identifié les bassins de santé les plus dotés en termes d'établissements médicalisés pour personnes âgées (EHPAD et USLD). Quinze bassins ont un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale : 1 dans l'Ariège, 5 en Aveyron, 3 en Haute-Garonne, 2 dans le Gers, 2 dans le Lot, 2 dans les Hautes-Pyrénées et 1 dans le Tarn.

Des possibilités de redéploiement dans les bassins de santé concernés, seront à étudier avec chaque Conseil général concerné, au regard des évolutions de certaines structures (baisse des taux d'occupation induisant des diminutions de capacité, fermetures de lits consécutives à la réhabilitation de locaux, adaptation des locaux à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer...) et du développement nécessaire des prises en charge alternatives à l'hébergement permanent.

Certains indicateurs comme l'évolution démographique des 75 ans et plus ainsi que la part des 85 ans et plus seront également pris en compte dans l'analyse de chaque situation.

Des extensions ou créations d'établissements par redéploiement de places seront réalisées de manière prioritaire dans les dix bassins de santé qui ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale : Foix (09), Lavelanet (09), Pamiers (09), Decazeville (12), Toulouse (31), Cahors (46), Bagnères-de-Bigorre (65), Tarbes-Vic (65), Lavaur (81), Moissac (82).

Toute demande de création supplémentaire par transferts de places d'EHPAD fera l'objet d'une analyse globale, notamment en ce qui concerne le nombre de places vacantes dans les autres établissements médicalisés du même bassin de santé, les listes d'attente, les équipements alternatifs à l'hébergement permanent, l'évolution démographique,

2012/2013 : Plan d'action avec chaque Conseil général concerné.
Lancement d'appels à projet conjoints ARS/Conseil général, le cas échéant.

2.2 Évaluer les besoins complémentaires

Avant d'envisager de créer de nouvelles places médicalisées dans les EHPAD, l'ARS souhaite apprécier l'impact de l'ouverture des nombreuses places en cours d'installation, du développement des services et de la création d'une offre de logement intermédiaire.

Elle veut également disposer d'une meilleure analyse des besoins. C'est pourquoi, elle proposera à un Conseil général volontaire de mettre en place une liste d'attente unique pour tous les EHPAD. Après évaluation, ce dispositif pourra éventuellement être élargi aux autres territoires de santé de la région.

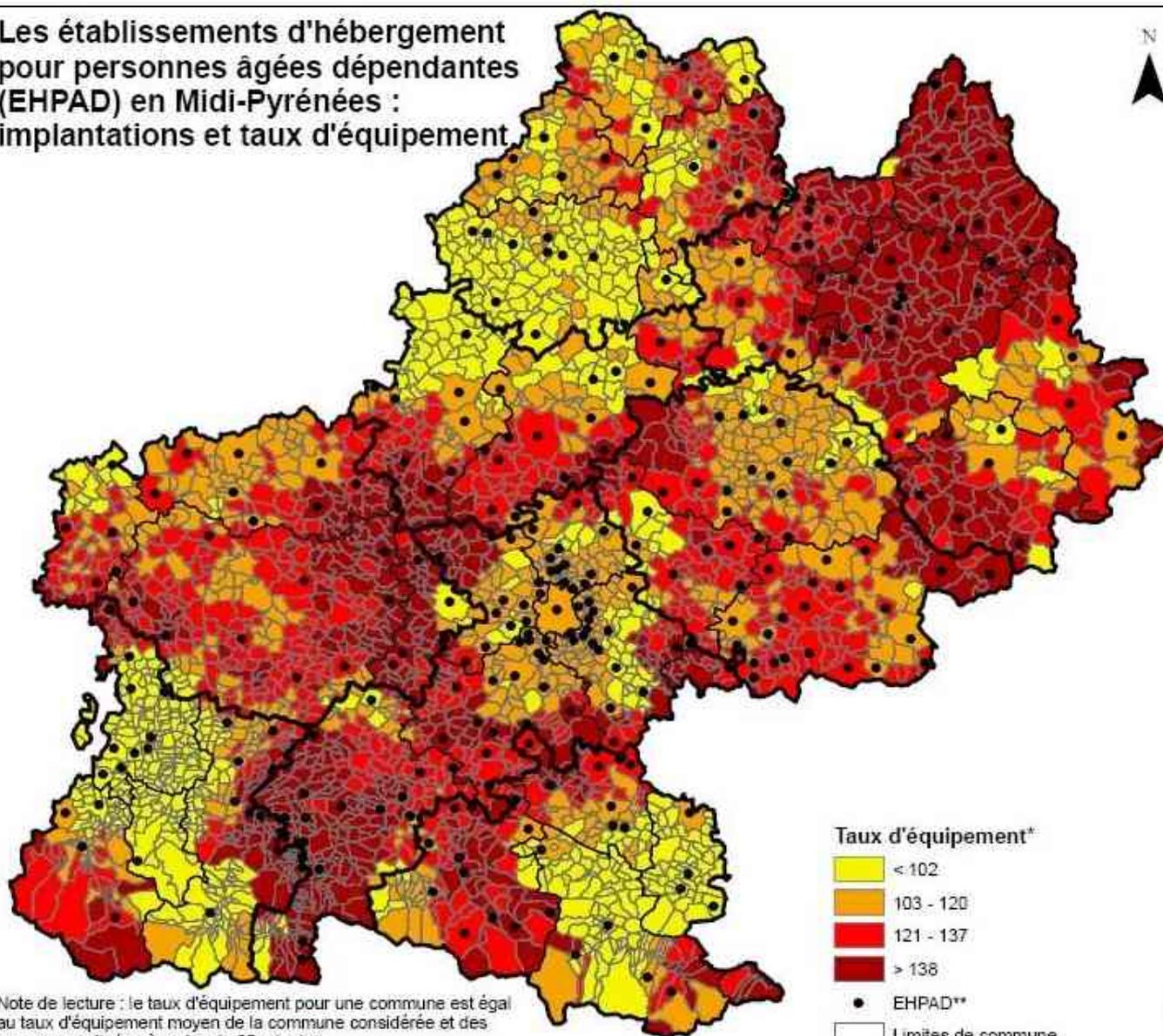
L'ARS réalisera un bilan de l'évolution des besoins et de l'offre en EHPAD à mi-parcours du projet régional de santé, c'est-à-dire début 2015.

La programmation de la création de places nouvelles pourra être revue sur la base de ce bilan.

Dans l'intervalle, des créations de places d'EHPAD pourront être réalisées par redéploiement ou dans le cadre d'opérations de recomposition de l'offre hospitalière.



**Les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD) en Midi-Pyrénées :
implantations et taux d'équipement.**



Taux d'équipement*

- < 102
- 103 - 120
- 121 - 137
- > 138

- EHPAD**
- Limites de commune
- Limites de bassin de santé
- Limites de département

NOTE DE LECTURE : le taux d'équipement pour une commune est égal au taux d'équipement moyen de la commune considérée et des communes situées à moins de 30 minutes.
L'offre de soins potentielle extérieure à la région n'est pas prise en compte.
* Somme des places autorisées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. La discrétisation du taux d'équipement est effectuée selon les quartiles.
** Commune disposant d'au moins un établissement.

0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - 30 juin 2011

ARS Midi-Pyrénées - OES - 5 juillet 2011

© IGN-GEOFLA © 2000

Orientation

3

Adapter la prise en charge en établissement aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Les EHPAD doivent s'adapter à la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, en créant ou en identifiant des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

D'ores et déjà, de nombreux EHPAD ont créé des unités dédiées. Depuis 2010, la création d'unités spécifiques s'est développée en distinguant deux types d'organisation selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées :

- Les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modéré, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé.
- Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont destinées aux résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

Ces unités sont renforcées en personnel avec l'intervention de professionnels spécifiquement formés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des formations pour l'ensemble du personnel de ces EHPAD à la spécificité de la prise en charge. Elles sont également adaptées dans leur architecture et leur aménagement intérieur.

3.1 Développer la création de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)

3.1.1 Créer des PASA en assurant un maillage territorial

L'ARS a lancé un appel à candidature en 2010 et 2011 qui a permis la labellisation de 26 PASA en 2010 et 30 en 2011 implantés dans 28 bassins de santé. Un troisième appel à candidature sera lancé en 2012.

L'objectif de labellisation PASA 2010 -2012 est de 105 unités, soit la création d'un PASA dans un quart des EHPAD de la région. En 2012, 49 PASA pourront être labellisés (cf tableau ci-après).

Afin d'assurer la présence d'un PASA dans chaque bassin de santé, l'ARS labellisera prioritairement des PASA dans les bassins de santé non encore pourvus : Lavelanet (09), Espalion (12), Villefranche-de-Rouergue (12), Figeac (46) et Gourdon (46).

Nombre de PASA labellisés en 2010/2011 et cible 2012* :

Territoires de santé	Bassins de santé	2010	2011	2012
Ariège	FOIX	1		2
	PAMIERS		1	
	LAVELANET			
	SAINT-GIRONS	1	1	
Aveyron	RODEZ	2	1	6
	SAINT-AFFRIQUE	1		
	DECAZEVILLE	1		
	ESPALION			
	VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE			
	MILLAU	2		
Haute-Garonne	CORNEBARRIEU	2		23
	VILLEFRANCHE-DE-LAURAGAIS		2	
	SAINT GAUDENS		2	
	SAINT-JEAN-L'UNION	1	1	
	MURET	1	2	
	TOULOUSE	1	2	
Gers	AUCH	1	1	2
	NOGARO		1	
	L'ISLE-JOURDAN		1	
	CONDOM	1		
Lot	FIGEAC			5
	GOURDON			
	SAINT-CERE		1	
	CAHORS	1	2	
Hautes-Pyrénées	TARBES		2	3
	LANNEMEZAN		1	
	LOURDES	2		
	BAGNERES-DE-BIGORRE	1		
Tarn	ALBI	1	3	5
	LAVAU		1	
	CASTRES-MAZAMET	3	2	
Tarn-et-Garonne	MOISSAC		1	3
	MONTAUBAN	3	2	
MIDI-PYRENEES		26	30	49
		105 PASA		

Source : ARS Midi-Pyrénées

* Répartition par département effectué sur la base du nombre de personnes en ALD 15 et/ou traité par un médicament spécifique de la maladie.

3.1.2 Assurer l'évaluation des PASA

Chaque PASA fera l'objet d'une évaluation globale dans l'année qui suit la labellisation afin de s'assurer du respect des obligations, notamment des critères d'éligibilité. L'ARS sera particulièrement vigilante à ce que les personnels soignants de l'EHPAD aient suivi une formation à l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES) permettant le recueil des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence.

L'autorisation du PASA ne sera pérennisée que lorsque le résultat de l'évaluation globale sera positif.

3.2 Développer la création d'unités d'hébergement renforcées (UHR)

3.2.1 Créer des UHR en assurant un maillage territorial

Sur la base des données recensant par région et par département, les personnes en ALD 15 et/ou traitées par un médicament spécifique de la maladie, la répartition par territoire est la suivante :

- 1 UHR en EHPAD par territoire labellisé en 2011 et 2012,
- 13 UHR en USLD labellisés en 2011 - 2012 - 2013.

La création des UHR en EHPAD devra être faite en coordination avec la création des UHR en USLD, afin de proposer une offre répartie sur l'ensemble des territoires de santé et de permettre une accessibilité satisfaisante.

En complément

SROS

Le SROS Médecine précise dans son orientation 3

« Améliorer la prise en charge des personnes âgées » :

Poursuivre l'extension d'unités d'hébergement renforcées (UHR)

Ces unités prennent en charge au sein des USLD des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de la vie de la personne et des autres résidents.

Sept unités en USLD sont à ce jour identifiées. Au terme du plan Alzheimer, le dispositif devrait être doublé. Leurs implantations seront définies en cohérence avec celles des EHPAD (objectif : une UHR en EHPAD par territoire).

Territoires et bassins de santé prioritaires en 2012 :

Aveyron : 1 UHR USLD (bassin de santé de Villefranche-de-Rouergue),

Haute-Garonne : 2 UHR USLD (bassins de santé de Muret et/ou Saint-Gaudens et/ou Toulouse)

Gers : 1 UHR USLD (un des 3 bassins de santé non pourvu par l'UHR EHPAD)

Tarn : 1 UHR USLD (bassins de santé de Lavaur ou Albi)

Tarn-et-Garonne : 1 UHR USLD (bassin de santé de Montauban).

Au 1er septembre 2011, la région Midi-Pyrénées comptabilisait 6 UHR en EHPAD d'une capacité de 12 à 16 lits répartis sur 6 territoires de santé et 7 UHR en USLD d'une capacité de 10 à 20 lits répartis sur 5 territoires de santé.

Programmation 2012 : Labellisation de 2 UHR en EHPAD et 6 UHR en USLD.

Répartition par territoires de santé :

- Les deux projets d'UHR en EHPAD pour 2012 devront se situer dans les deux territoires de santé non encore couverts (l'Ariège et le Gers).
- Les implantations des six projets d'UHR en USLD pour 2012 devront compléter le maillage territorial mis en place.

L'objectif est d'avoir une répartition géographique (EHPAD et USLD) par territoire de santé permettant la couverture de l'ensemble des bassins de santé (une UHR pouvant couvrir plusieurs bassins).

Nombre d'UHR labellisés en 2010/2011 et cible 2012 :

Territoires de santé	Bassins de santé	UHR en EHPAD 2011	UHR en USLD 2010/2011	Cible 2012 UHR en EHPAD	Cible 2012 UHR en USLD
Ariège	LAVELANET			1	1
	SAINT-GIRONS				
	FOIX				
	PAMIERS				
Aveyron	RODEZ	1			1
	ESPALION				
	SAINT-AFFRIQUE				
	DECAZEVILLE				
	VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE				
	MILLAU		1		
Haute-Garonne	SAINT-GAUDENS				1 ou 2
	MURET				
	VILLEFRANCHE-DE-LAURAGAIS *				
	SAINT-JEAN-L'UNION				
	CORNEBARRIEU	1			
	TOULOUSE		2		
Gers	L'ISLE-JOURDAN			1	1
	NOGARO				
	CONDOM				
	AUCH				
Lot	FIGEAC				
	SAINT-CERE				
	GOURDON	1			
	CAHORS		1		
Hautes-Pyrénées	TARBES-VIC				
	BAGNERES-DE-BIGORRE				
	LOURDES	1			
	LANNEMEZAN		1		
Tarn	ALBI	1			1
	LAVAUUR				
	CASTRES-MAZAMET *		2		
Tarn-et-Garonne	MONTAUBAN				1 ou 0
	MOISSAC	1			
MIDI-PYRENEES		6	7	2	6

Source : ARS Midi-Pyrénées

* Le bassin de santé Castres-Mazamet comprend une partie du département de la Haute-Garonne (bassin de santé Villefranche-de-Lauragais).

3.2.2 Assurer l'évaluation des UHR

Chaque UHR labellisée fera l'objet d'une évaluation globale dans l'année qui suit la labellisation, notamment des critères d'éligibilité (cf. évaluation NPI-ES des résidents accueillis en UHR). L'ARS sera particulièrement vigilante à ce que les personnels de l'EHPAD aient suivi une formation à l'utilisation de cet outil.

L'autorisation de l'UHR ne sera pérennisée que lorsque le résultat de l'évaluation globale sera positif, dans ce cas, un arrêté autorisant à titre définitif le fonctionnement de l'unité sera pris.

Améliorer la capacité des EHPAD non équipés de PASA/UHR à prendre en charge les personnes âgées présentant des troubles du comportement

3.3.1 Adapter l'ensemble des EHPAD

Un guide à destination des directeurs d'EHPAD sera élaboré conjointement avec les professionnels du secteur précisant notamment l'environnement, le personnel et l'activité nécessaire pour la prise en charge de résidents présentant des troubles du comportement.

Ce guide sera validé par la commission de coordination des politiques publiques médico-sociale puis diffusé aux directeurs et médecins coordonnateurs.

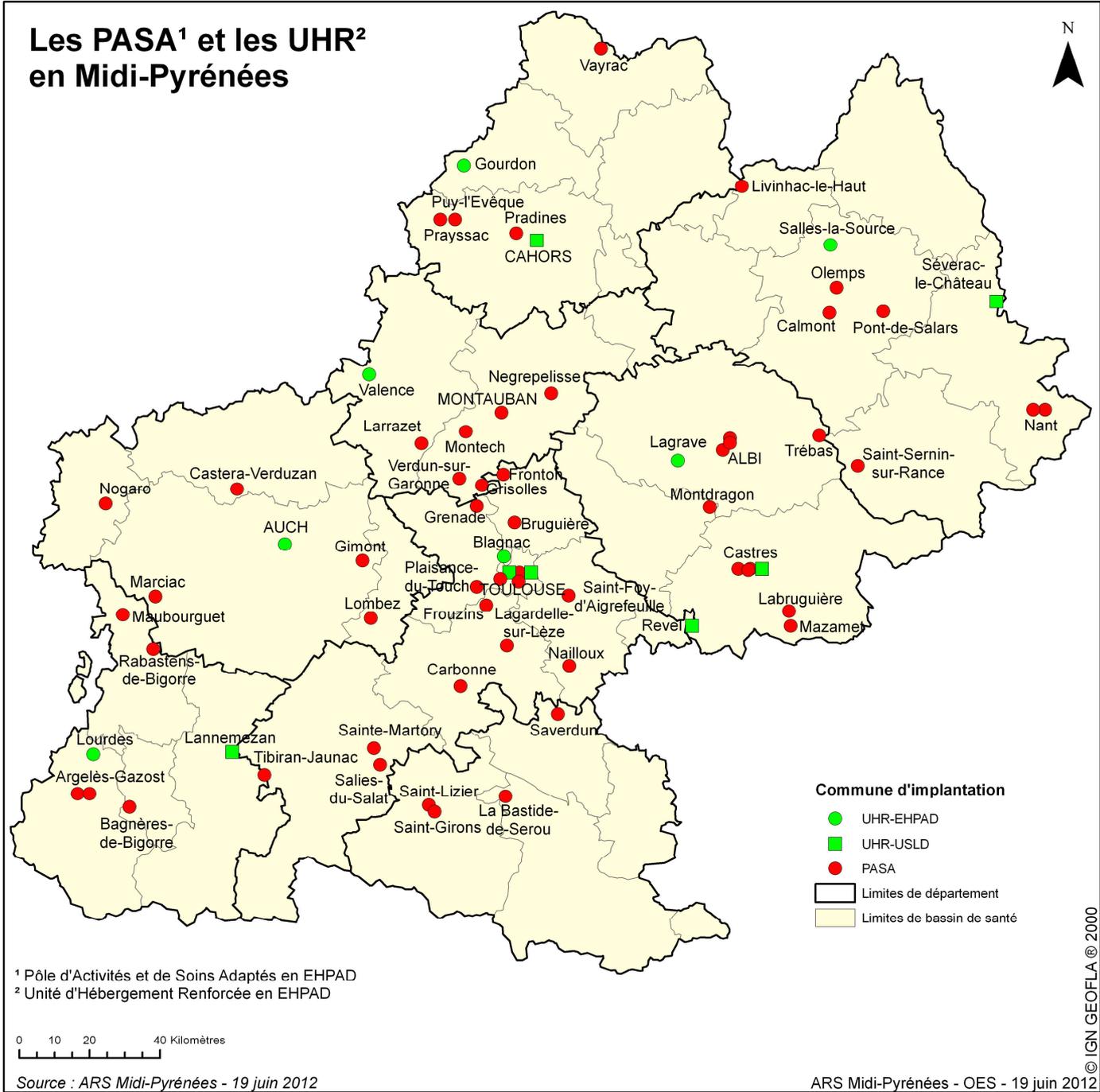
3.3.2 Évaluer les unités sécurisées Alzheimer en EHPAD

De nombreux établissements ont adapté leur architecture et leur fonctionnement à la prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés en aménageant ou en construisant des unités Alzheimer sécurisées.

Pour autant, certains de ces EHPAD n'ont pas fait l'objet d'une autorisation spécifique pour ces changements, ni d'une visite de conformité car ces unités ont été réalisées sans extension de capacité.

La Commission spécialisée médico-sociale de la CRSA sera associée à la réalisation d'un cahier des charges relatif à ces unités sécurisées Alzheimer en EHPAD.

L'ARS vérifiera la conformité des unités existantes à ce cahier des charges.



Orientation

1

Assurer l'amélioration de la qualité de prise en charge en EHPAD

Le secteur médico-social fait face à de profondes mutations. Le contexte économique et l'augmentation des exigences en termes de qualité incitent fortement les établissements et services à rechercher l'efficacité de leur organisation pour assurer une meilleure qualité de prise en charge des personnes âgées et une meilleure maîtrise de leurs coûts.

1.1 Améliorer la qualité médicale des prises en charge et l'évaluation des EHPAD

1.1.1 Mettre en œuvre le projet régional de développement de la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD

L'ARS a engagé un vaste programme d'accompagnement des EHPAD. Le projet repose sur une démarche d'évaluation partagée et d'amélioration des pratiques.

L'objectif vise à améliorer la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD par :

- Un état des lieux par EHPAD et par entité géographique.
- Un accompagnement individuel et collectif des EHPAD dans leur environnement.
- Une collaboration entre les établissements de santé, le médico-social et l'ambulatorio.

Ce projet, construit sur un partenariat entre l'ARS et le Gérontopôle, porte à la fois sur les pratiques de soins individuelles, institutionnelles et sur les organisations.

Il doit permettre d'assurer une meilleure adéquation de la prise en charge médicamenteuse, de rechercher une organisation plus rationnelle de la prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, et de favoriser l'intégration des établissements dans leur bassin de santé (lien entre le secteur sanitaire, médico-social et la médecine ambulatoire) pour un meilleur parcours de soins.

Pour mener à bien ce projet, il conviendra de :

- Élaborer des fiches thématiques (appui du Gérontopôle et de l'ORS),
- Proposer un plan d'accompagnement individuel à chaque EHPAD volontaire,
- Contractualiser dans les conventions tripartites des objectifs et indicateurs de suivi pertinents,
- Généraliser le rapport d'activité médical standardisé dans la région en le déployant dans les départements de l'Ariège, de l'Aveyron, du Gers, du Lot et du Tarn-et-Garonne,
- Inscrire à l'issue de l'étude, dans les rapports d'activité médicale standardisée, les indicateurs à suivre en continu.

Ce projet est repris dans le cadre du Programme pluriannuel régional de gestion du risque.

Afin de soutenir les démarches d'amélioration des pratiques professionnelles dans le secteur médico-social, un appui sur les outils Mobiquil, développés par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) est soutenu. Ces outils permettent une actualisation des connaissances, une aide à la pratique et à la décision, un accompagnement méthodologique.

Différents outils sont d'ores et déjà à disposition sur les thèmes suivants : bientraitance – douleurs - soins palliatifs et accompagnement en fin de vie – dépression - nutrition. D'autres sont en préparation : maladie d'Alzheimer - troubles du comportement.

Plusieurs interventions avec une mobilisation autour de ces outils, sont envisagées en Midi-Pyrénées :

- Dans le champ de la gestion des risques, la région Midi-Pyrénées a retenu de développer un travail spécifique sur la nutrition. Ces actions cibleront notamment les professionnels intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD et à domicile via les SSIAD. Une réunion sera organisée avec le concours de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) dans chaque département.
- Des actions particulières pourront également être conduites dans certains bassins de santé engagés dans le projet « Amélioration de la qualité de la prise en charge en EHPAD ».

1.1.2 Prévoir l'intervention d'une infirmière de nuit dans les EHPAD

L'augmentation de la lourdeur des prises en charge et l'accompagnement en soins palliatifs, exigent notamment la possibilité d'intervention la nuit d'une infirmière dans les EHPAD, afin de répondre aux besoins des résidents.

La présence d'une infirmière de nuit doit permettre en particulier de diminuer le nombre d'hospitalisations inadaptées.

L'intervention d'une infirmière de nuit est possible :

- Par mutualisation d'un poste sur plusieurs établissements, proches les uns des autres,
- En faisant appel aux infirmiers libéraux,
- Par organisation interne de l'établissement.

1.1.3 Réaliser l'évaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux

Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région en juin 2011, A travers cette enquête, l'ARS a constaté que tous les établissements et services pour personnes âgées n'ont pas encore réalisé leur évaluation interne et que seul un très petit nombre a mené une évaluation externe.

En 2012, l'ARS organisera avec le soutien de l'ANESM des réunions d'échanges à destination des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.

Ces réunions porteront sur :

- Des retours d'expériences,
- Des expériences de mise en œuvre de référentiels communs entre structures,
- Des bilans des enquêtes régionales : évaluation bientraitance, enquête évaluation de juin 2011...

A la suite de ces journées, l'ARS sollicitera des gestionnaires afin d'initier la mise en place de groupes de travail pour des réunions d'échange et de mise en commun de référentiels.

Cet appui méthodologique permettra aux gestionnaires qui le souhaitent et qui n'ont pas encore opté pour l'un de ces documents de s'orienter plus facilement vers un référentiel correspondant à sa structure (petit établissement, spécificité du projet d'établissement, services ...).

1.2 Renforcer la professionnalisation en EHPAD

Le constat en Midi-Pyrénées est le suivant :

- Les EHPAD ont des difficultés pour recruter des aides soignant (AS) diplômés en EHPAD en raison de la pénibilité du travail, du peu de valorisation de ce secteur d'activité, de la faible attractivité des territoires (28% de postes d'AS vacants en 2011- cf. enquête régionale ARS).
- Le nombre d'agents de service hospitalier (ASH) faisant fonction d'AS est élevé : 56% des EHPAD ont des « faisant fonction » et la situation est très différente d'un département à l'autre (36% en Haute-Garonne et 22% en Ariège pour les deux taux les plus élevés) et d'un EHPAD à l'autre (de 14% dans le Gers à 82% dans certains EHPAD de l'Aveyron et de la Haute-Garonne).
- Les recrutements sont toujours en tension au niveau des postes infirmiers.

1.2.1 Améliorer l'accès à la profession d'aide-soignant et d'infirmier

Formation en Midi-Pyrénées en 2010 :

- Capacité aide-soignant : 852 élèves en formation initiale +10% pour la professionnalisation (Valorisation des acquis de l'expérience, contrats de professionnalisation ou d'apprentissage)
- Quotas infirmiers diplômés d'Etat (IDE) : 1034

L'ARS lancera une enquête régionale pour étudier les besoins concernant les professionnels IDE et aide-soignant en établissements sanitaires et médico-sociaux.

En fonction des résultats de cette enquête et en coordination avec le Conseil régional, les quotas d'IDE et d'AS pourront être revus.

Par ailleurs, l'ARS souhaite travailler avec le Conseil régional afin d'augmenter la proportion des personnes formées par la professionnalisation (VAE) ainsi que le nombre de contrats de qualification et d'apprentissage (formation sur 2 ans).

1.2.2 Rendre attractif le travail des soignants auprès de la personne âgée et fidéliser les infirmiers et aides-soignants en EHPAD

La mise en place d'un projet d'établissement et de soins adapté aux personnes accueillies permet de valoriser le travail d'infirmier en EHPAD.

En effet, la promotion du métier d'aide soignante passera par des actions de communication mettant en avant les conditions d'accès : formation initiale, VAE, contrats de professionnalisation en deux ans et contrats d'apprentissage,

L'ARS mettra en place un groupe de travail en charge de faire des propositions, associant les fédérations du secteur médico-social et sanitaire, les Conseils généraux et le Conseil régional :

- pour l'adaptation des plans de carrière des IDE et des aides soignants afin d'avoir des parcours partagés entre établissements médico-sociaux et sanitaires permettant aux professionnels d'acquérir de nouvelles compétences ;
- pour l'adaptation du cursus de formation des IDE intégrant notamment l'ouverture des stages vers le secteur médico-social, le développement de la spécialité de gériatrie et la valorisation des diplômes universitaires tels que prise en charge de la maladie d'Alzheimer, hygiène hospitalière, diététicienne, plaie et cicatrisation, douleur, ... ;
- pour l'adaptation du cursus de formation des AS, la promotion du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en EHPAD, la progression des diplômés DEAVS vers le diplôme d'AS, et d'AS vers les diplômes d'assistant en soin de gérontologie (ASG) ou IDE.

1.2.3 Réduire le taux de faisant fonction financés sur le budget soins des EHPAD

Un plan d'accompagnement individuel sera mis en place dans les EHPAD qui ont des taux de faisant fonction élevés.

Ces EHPAD feront l'objet d'un suivi par l'ARS pour améliorer la professionnalisation des ASH faisant fonction et pour soutenir le recrutement d'AS diplômées.

Les coopérations et mutualisations doivent permettre aux structures d'améliorer leur efficacité en termes de qualité du service rendu et de coût.

2.1 Développer les coopérations, mutualisations et regroupements

2.1.1 Soutenir les coopérations entre secteur sanitaire et médico-social afin d'améliorer la fluidité du parcours de soin des personnes âgées

- Intégrer les EHPAD à la filière gériatrique :

En complément

SROS

Le SROS Médecine précise dans son orientation 3 « Améliorer la prise en charge des personnes âgées » :

Inciter les établissements et services complémentaires à coopérer afin d'optimiser la gestion d'amont et d'aval des résidents et ainsi améliorer la fluidité du parcours.

L'organisation de la filière de soins et sa connaissance par tous les acteurs du bassin doit permettre l'orientation des personnes âgées dès le repérage du besoin de soin par les professionnels du premier recours, avec l'appui des structures spécialisées.

Cette organisation s'inscrit dans l'objectif premier de permettre le maintien à domicile/EHPAD ou de réunir les conditions qui facilitent le retour.

Elle vise à prévenir, lors du recours aux différents dispositifs, une approche cloisonnée et fragmentée, générant des ruptures dans le parcours de la personne âgée et s'appuie sur une approche globale intégrant le domicile/EHPAD, les dispositifs tant sanitaires que médico-sociaux.

Diminuer les hospitalisations inadaptées de la personne âgée

Dans chaque bassin, un dispositif entre les professionnels du premier recours et les établissements de santé est mis en place pour permettre au médecin traitant, si besoin est, d'asseoir son diagnostic :

- accès à des avis ou des consultations spécialisées ;
- accès à l'hôpital de jour.

La prise en charge en établissement de santé, lorsqu'elle est nécessaire, doit être adéquate :

- accès direct en court séjour gériatrique, en évitant les passages inappropriés par les services d'accueil des urgences ;
- accueil en Unités de Soins de Longue Durée (USLD) si des soins médico-techniques importants sont requis.

Les interventions transversales des équipes mobiles de gériatrie optimisent l'orientation dans la filière. Les équipes peuvent intégrer des compétences spécialisées en, notamment, psychiatrie, neurologie, cardiologie, oncologie et ont vocation à intervenir en EHPAD sur les situations complexes pour apporter un avis spécialisé : évaluation de situation, orientation dans la filière, conseil et soutien aux équipes soignantes....

Les dispositifs de prise en charge spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer :

Les consultations mémoire accessibles sur chaque bassin de santé, permettent d'évaluer la réalité, la nature et l'étendue des troubles de la mémoire et, dans l'affirmative, de commencer à en rechercher l'origine.

Les unités d'hébergement renforcées prennent en charge au sein des USLD des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de la vie de la personne et des autres résidents.

Les outils partagés structurent l'échange et le partage des informations relatives au patient, entre les différents acteurs sanitaires :

Le dossier médical partagé ;

Les supports qui seront définis par les COTER concernant :

- le dossier de liaison d'urgence (EHPAD/urgence) à adapter à l'hospitalisation programmée ;
- la sortie d'hospitalisation qui est aménagée : le médecin traitant doit disposer en temps réel
- du compte-rendu d'hospitalisation et du courrier de sortie d'hospitalisation (traitement médical, conduite à tenir...);
- des réunions de professionnels libéraux, hospitaliers, du médico-social autour de cas complexes ou d'un thème ;
- des fiches de dysfonctionnement.

Les établissements adresseurs mettront en place des dispositifs permettant de garantir l'orientation en SSR adaptée à l'état du patient par l'élaboration d'un programme personnalisé de soins (PPS) avec recours à un avis spécialisé de gériatre ou MPR si nécessaire. Ce PPS devra figurer au dossier du patient. Il intégrera le dispositif Trajectoire à sa mise en place. Les établissements adresseurs et receveurs devront acter dans leur convention de coopération qu'un bilan annuel de ces PPS sera prévu et réalisé.

- Développer la prise en charge palliative dans les EHPAD :

En complément

SROS

Le SROS « Soins palliatifs » précise dans son orientation 2 les modalités d'amélioration de la prise en charge palliative des personnes âgées (Partie 2.2) :

L'amélioration de la prise en charge palliative des personnes âgées, en particulier en institutions, sera soutenue par l'élaboration et la diffusion de référentiels spécifiques, élaborés par le COTER « ancer-Douleur-Soins Palliatifs », en lien avec le COTER « Vieillesse » et ONCOMIP.

Le développement de démarches intégrées de soins palliatifs dans les EHPAD, notamment avec :

- le déploiement de l'outil MOBQUAL,
- le soutien des équipes mobiles de soins palliatifs et/ou des réseaux de soins palliatifs,
- la continuité paramédicale dans les EHPAD.

Des conventions permettant lorsque c'est nécessaire le transfert des résidents dans des lits identifiés de soins palliatifs sans passage par les urgences ; ces conventions seront accompagnées de mesures permettant dès que c'est possible le retour du résident dans son EHPAD.

- Soutenir le développement des nouvelles technologies :

L'ARS souhaite promouvoir le recours à l'expertise gériatrique, notamment par le développement de la télémédecine, des réunions de concertation pluridisciplinaires, des équipes mobiles de gériatrie intervenant en EHPAD.

La télémédecine en EHPAD peut apporter au médecin traitant l'avis d'un gériatre ou d'un interniste sur l'état de santé d'un patient et sur le traitement. Une telle expertise peut éviter des hospitalisations, ou dans d'autres cas contribuer à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Les deux projets RESATER dans le Couserans en Ariège et à Figeac dans le Lot, ont vocation à mettre en relation les EHPAD avec l'établissement de santé en proximité, pour diffuser ces techniques. D'autres projets sont en préparation.

2.1.2 Soutenir les mutualisations ou les regroupements entre structures médico-sociales

Les mutualisations entre établissements et services médico-sociaux :

Le secteur médico-social fait face à de profondes mutations. Le contexte économique et l'augmentation des exigences en terme de qualité incitent fortement à la restructuration du secteur, par le biais de la contractualisation et de la coopération, en privilégiant notamment les outils existants : les conventions tripartites, les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et les GCSMS (groupements de coopération sociale et médico-sociale).

La mutualisation des moyens, au regard de l'environnement des établissements concernés, sera un point à intégrer dans la préparation des conventions tripartites entre l'ARS, le Conseil général et l'EHPAD.

L'ARS soutiendra la mise en place de Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), qui pourront permettre la mise en commun de moyens (personnel soignant...), de services et la mutualisation des pratiques (qualité..).

L'ARS portera particulièrement son attention sur les mutualisations suivantes :

- Mutualisation des moyens techniques : organisation de la dispensation des médicaments, matériel médical...
- Mutualisation des fonctions support notamment par le développement de systèmes d'information via le Groupement de coopération sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées.
- Mutualisation des ressources humaines :
 - partage de postes entre structures pour les personnels spécialisés tels que les nutritionnistes, responsables qualité, psychomotriciens, ergothérapeutes.
 - coopération entre plusieurs EHPAD permettant de disposer d'un temps d'infirmier de nuit sur la base d'astreintes mutualisées, notamment pour les établissements disposant d'unités spécialisées pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
 - mutualisation des pratiques : échanges de procédures, retour d'expériences, expertises, protocoles, formations... notamment pour la prise en charge des personnes âgées présentant de troubles du comportement. La mutualisation des pratiques doit permettre notamment aux EHPAD de mettre en place des protocoles d'astreinte ou de permanence pour les IDE de nuit.

L'ARS préconise également un rapprochement des établissements et services afin d'avoir des regroupements entre EHPAD, hébergements temporaires autonomes, accueils de jour autonomes et services de soins infirmiers à domicile.

Les regroupements de structures ou d'associations gestionnaires :

Au 1er janvier 2012, la région comptabilisait un nombre de gestionnaires d'établissements proche de 365 pour 430 EHPAD. Le secteur est morcelé avec toutefois des situations différentes d'un département à l'autre. Le département de la Haute-Garonne présente le nombre de gestionnaires multi EHPAD le plus important. Pour les autres départements, ce nombre est faible, voire très faible.

Compte tenu des évolutions du secteur (personnes âgées de plus en plus dépendantes, convergence tarifaire, normes qualité, ...), l'ARS demande aux gestionnaires d'établissements de mener une réflexion sur leur possibilité de coopérations.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, il est préconisé aux établissements de travailler à des regroupements ou mutualisations afin d'atteindre une capacité cible de 80 places, seuil admis comme permettant une organisation optimale de la structure, et donc une amélioration de la qualité de prise en charge, en particulier s'agissant des recrutements du personnel paramédical (infirmières de nuit ...).

Coopération ne signifie pas systématiquement regroupement sur un même site. Le seuil de 80 places peut être notamment retenu comme une cible pour les projets de mutualisation ou d'éventuels projets de reconstruction.

Capacité des EHPAD en lits d'hébergement permanent et temporaire en 2012 :

Territoires de santé	Nombre d'EHPAD (entité juridique)	Nombre de lits d'hébergement permanent et temporaire	Capacité moyenne des EHPAD	EHPAD dont la capacité est < à 80 lits	
				Nombre d'EHPAD	en %
Ariège	29	2 063	71	18	62,1%
Aveyron	67	5 127	76	42	62,7%
Haute-Garonne	128	10 198	80	36	28,1%
Gers	35	2 788	80	17	48,6%
Lot	36	2 377	66	27	75%
Hautes-Pyrénées	35	2 855	82	20	57,1%
Tarn	63	5 398	86	33	52,4%
Tarn-et-Garonne	30	2 849	95	15	50%
MIDI-PYRENEES	424	33 655	79	210	49,6%

Source : ARS Midi-Pyrénées - Janvier 2012

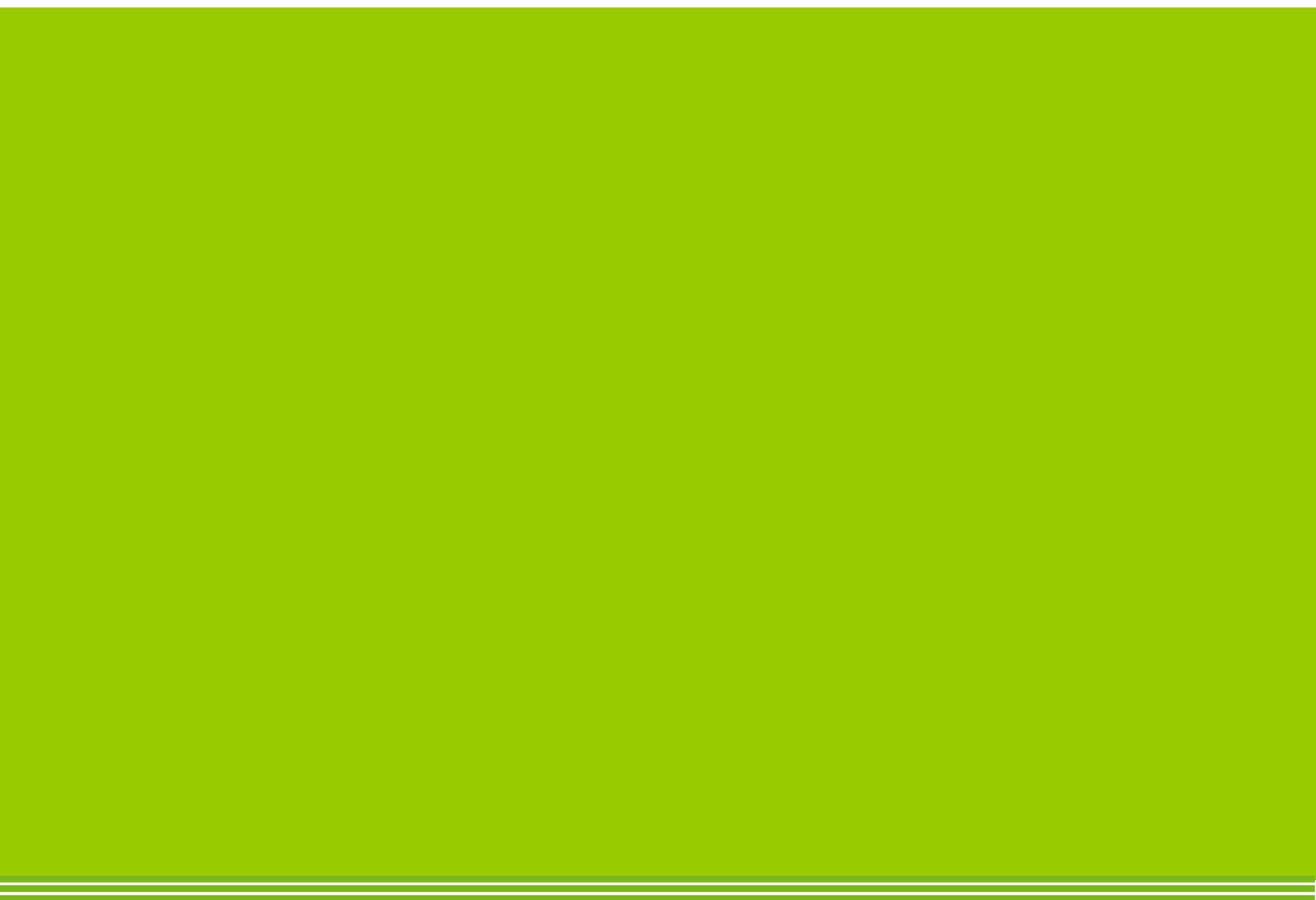
2.2 Accompagner les EHPAD en convergence tarifaire pour un retour à l'équilibre

Au 1er janvier 2011, 65 EHPAD de la région sont en situation de convergence tarifaire.

L'objectif est de réduire les écarts de coûts entre établissements.

L'ARS applique la procédure de convergence tarifaire et d'analyse des coûts qui montera en charge sur la durée du projet régional de santé.

Afin d'aider les EHPAD entrant dans ce processus à retrouver une situation stabilisée, l'ARS mettra en place avec les EHPAD concernés, des actions de retour à l'équilibre dans le cadre de la contractualisation (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou conventions tripartites).



SROMS

Schéma régional
d'organisation médico-sociale



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

Midi-Pyrénées

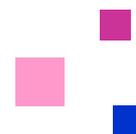
Personnes handicapées

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

ars
● Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées



Contexte

p. 50

Thème 1 Développer le diagnostic précoce chez l'enfant

p. 51

Orientation

1

Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoces (CAMSP, CMPP)

p. 51

Cartographie des implantations existantes

p. 52

- 1.1 Réaliser une étude portant sur les CAMSP, les CMPP et les CMP
- 1.2 Améliorer l'accessibilité aux services, notamment dans les CAMSP

Orientation

2

Diagnostiquer précocement les troubles envahissants du développement et l'autisme

p. 55

- 2.1 Structurer un dispositif de diagnostic chez les enfants de moins de 6 ans dans l'ensemble de la région
- 2.2 Diffuser les connaissances sur l'autisme
- 2.3 Donner aux parents et aux aidants les capacités d'accompagner les enfants atteints de TED ou d'autisme.

Orientation

3

Mieux repérer et diagnostiquer les troubles spécifiques des apprentissages

p. 58

Thème 2 Accompagner les personnes handicapées en milieu ordinaire de vie ou de travail

p. 59

Orientation

1

Développer les alternatives à l'hébergement permanent

p. 59

Cartographie des implantations existantes

p. 60

- 1.1 Développer la part des services pour la prise en charge des enfants et adolescents
- 1.2 Offrir aux personnes handicapées adultes un véritable choix de vie par le développement de prises en charge alternatives

Orientation

2

Favoriser la scolarisation des enfants et adolescents handicapés

p. 66

Orientation

3

Favoriser l'insertion socioprofessionnelle

p. 67

Cartographie des implantations existantes

p. 68

- 3.1 Optimiser les apprentissages pré-professionnels
- 3.2 Développer de nouvelles passerelles pour le passage vers le milieu ordinaire des travailleurs handicapés des ESAT

Thème 3 Réorienter l'offre médico-sociale en fonction des besoins

p. 70

Orientation

1

Approfondir les connaissances pour réduire les inadéquations de prises en charge

p. 70

Orientation

2

Adapter l'offre en équipement dans les territoires et favoriser les coopérations et les regroupements pour une optimisation de l'offre

p. 72

Cartographie des implantations existantes

p. 74

- 2.1 Améliorer l'équité d'accès dans les territoires de santé
- 2.2 Analyser et homogénéiser les coûts des structures médico-sociales
- 2.3 Développer les coopérations, mutualisations et regroupements
- 2.4 Réaliser l'évaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux

Thème 4 Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques

p. 79

Orientation

1

Optimiser l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

p. 79

- 1.1 Optimiser la collaboration entre hôpitaux et structures médico-sociales pour une meilleure équité devant l'accès aux soins
- 1.2 Favoriser les liens avec la psychiatrie

Orientation

2

Renforcer la prise en charge des personnes présentant des troubles envahissants du développement et des troubles autistiques

p. 81

Cartographie des implantations existantes

p. 83

Orientation

3

Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques

p. 84

Cartographie des implantations existantes

p. 85

- 3.1 Favoriser l'identification d'unités spécifiques dans des structures médico-sociales pour adultes
- 3.2 Développer l'accompagnement du handicap psychique à domicile
- 3.3 Développer le soutien aux aidants
- 3.4 Proposer dans les établissements et services d'aide par le travail un accompagnement spécifique pour les personnes handicapées psychiques

Orientation

4

Assurer la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées

p. 87

- 4.1 Évaluer les prises en charge mises en place pour ce type de population
- 4.2 Organiser dans chaque territoire des réponses adaptées et diversifiées aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées

Orientation

5

Mettre en place une prise en charge concertée et personnalisée pour les jeunes en grande difficulté

p. 89

Le présent schéma a pour objet de définir les orientations de la politique régionale médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap pour les équipements et services qui relèvent de la compétence de l'agence régionale de santé.

Ces orientations prennent en compte, à double titre, les schémas départementaux élaborés par les Conseils généraux :

- Du fait de la compétence générale des Conseils généraux en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées, en particulier sur la reconnaissance du droit à la compensation dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).
- Du fait d'une compétence partagée entre l'ARS et les Conseils généraux pour les équipements et services qui bénéficient d'une tarification binaire : foyer d'accueil médicalisé (FAM), SAMSAH, CAMSP.

Elles sont également coordonnées avec les politiques menées par les services de l'Etat en matière de scolarisation et d'insertion professionnelle des enfants et jeunes handicapés.

L'offre médico-sociale s'est beaucoup développée ces dernières années, en particulier pour l'accueil des adultes handicapés. Compte tenu des autorisations et engagements accordés antérieurement au SROMS, le nombre de places en FAM et MAS augmentera de 7% à l'horizon 2014.

Les orientations du schéma prennent également en compte les grandes disparités de l'offre, le taux d'équipement en institution variant d'un rapport de 1 à 2,5 entre le département le moins équipé et le département le plus équipé.

Les lignes de force du schéma régional d'organisation médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap sont les suivantes :

- Pour favoriser l'autonomie, l'ARS développera l'accès au diagnostic précoce et la prise en charge par les CAMSP et les CMPP. Elle complètera le maillage territorial des services d'accompagnement (SESSAD et SAMSAH). Elle renforcera la prise en charge des personnes présentant des troubles envahissants du développement dont l'autisme.
- S'agissant des places en institution, l'ARS proposera aux Conseils généraux de définir conjointement les critères d'orientation et d'admission dans les différentes catégories d'établissement, à partir d'études sur le profil des résidents accueillis. Dans l'intervalle, des créations de places pourront être effectuées dans les départements où l'offre est inférieure à la moyenne nationale.

Ces orientations seront évaluées à mi-parcours, en lien avec la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine médico-social et les Conseils généraux, pour faire, l'objet d'ajustements éventuels.

La commission spécialisée « Prise en charge et accompagnement médico-sociaux » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) a contribué à la construction de ce schéma. Elle sera associée à sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Orientation

1

Améliorer l'accès au diagnostic
et à la prise en charge précoces
(CAMSP, CMPP)

Afin d'éviter l'aggravation des handicaps et d'augmenter l'autonomie et la capacité de vivre en milieu ordinaire, il est primordial que le dépistage des enfants présentant un trouble soit réalisé le plus tôt possible ; les enfants doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge dans les meilleurs délais.

L'offre médico-sociale spécifique développée pour assurer le dépistage, le diagnostic, l'accompagnement et les premières prises en charge s'organise, pour le secteur médico-social autour des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP).

Les CAMSP assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque ou atteints d'un handicap, en vue de prévenir ou réduire l'aggravation de ce handicap : action de conseil et soutien de la famille, liaison avec les crèches et maternelles, rééducation précoce.

Les CMPP assurent le diagnostic et le traitement en cure ambulatoire des enfants et jeunes de 3 à 18 ans atteints de troubles psychiques ou de troubles du comportement.

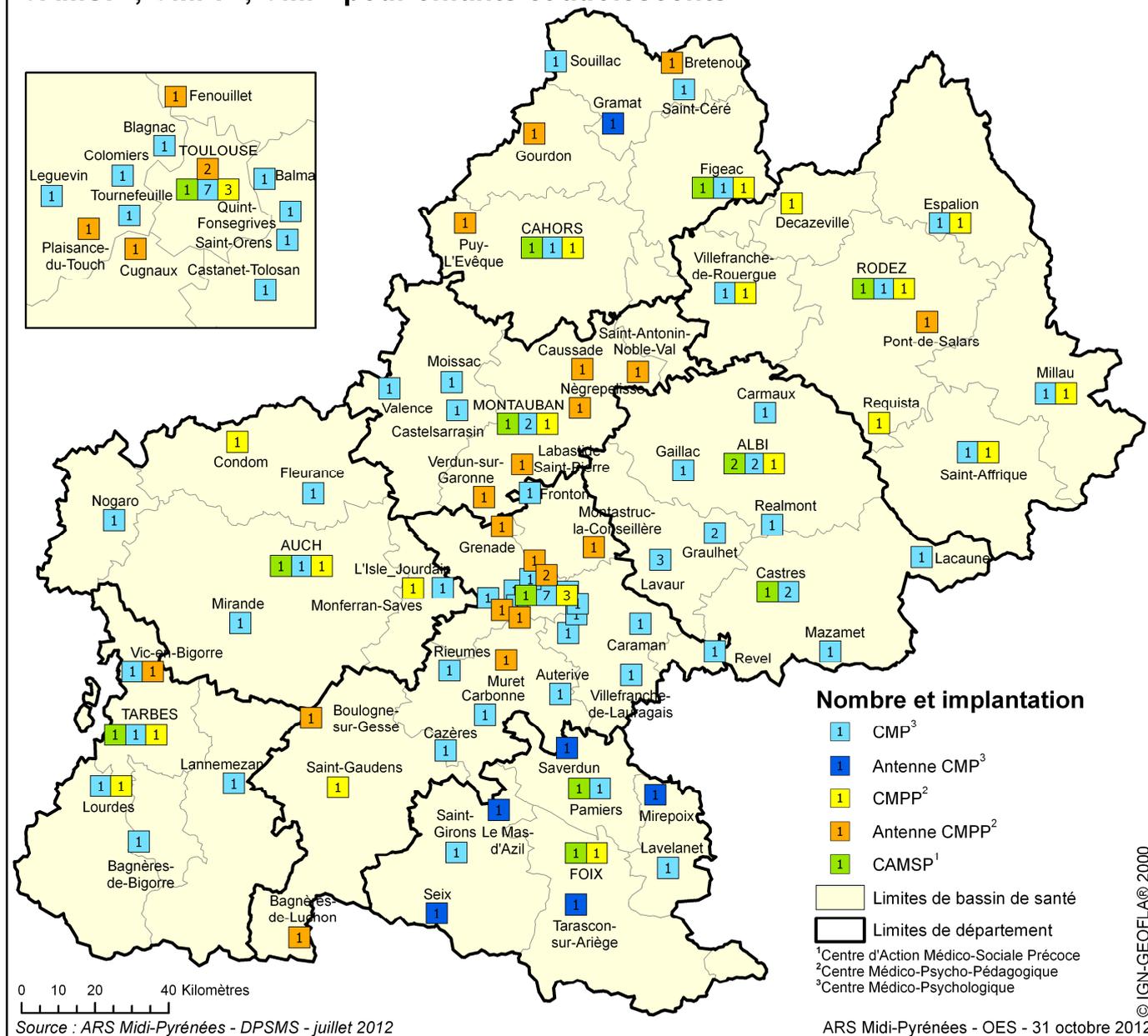
Par ailleurs, la psychiatrie infanto-juvénile dispose de Centres Médico-Psychologiques (CMP) qui s'adressent au même type d'enfants et au même type de troubles psychiques.

Le maillage régional de l'ensemble de ces structures est important car il augmente les chances d'intégration dans le milieu ordinaire des jeunes enfants. Or, les missions respectives et l'articulation entre les diverses structures et partenaires parties prenantes sont à ce jour difficiles à appréhender.

Concernant plus particulièrement les CAMSP, l'enquête nationale réalisée en 2008 par la CNSA montre qu'en termes d'âge, la précocité de l'accueil des enfants dans ces structures est toute relative. En effet, lors du premier rendez-vous, 41 % des enfants ont plus de trois ans, 31 % ont entre 1 et 2 ans et seulement 28% ont moins de 1 an.

A la sortie des CAMSP, près d'un enfant sur quatre a atteint ou dépassé l'âge de 6 ans, d'où le constat de difficultés à assurer le passage de relais vers des structures spécialisées. Sachant qu'à la sortie, 75 % des enfants nécessitent un suivi particulier et que plus de la moitié (54 %) sont suivis en milieu ordinaire. Il en résulte que le passage vers les CMPP, les CMP et les SESSAD doit être optimisé.

**La prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile
en Midi-Pyrénées en 2012 :
CAMSP¹, CMPP², CMP³ pour enfants et adolescents**



La région Midi-Pyrénées compte 12 CAMSP, soit au moins 1 CAMSP par territoire de santé et 44 CMPP et antennes. S'ajoutent à ce dispositif, 71 CMP pour enfants.

Il en résulte que tous les bassins de santé de la région disposent d'une structure sanitaire ou médico-sociale, exerçant des missions de diagnostic et de prise en charge précoce.

1.1 Réaliser une étude portant sur les CAMSP, les CMPP et les CMP

Cette étude, réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) et le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI) aura pour objet l'analyse du profil des enfants accueillis et les modalités de prise en charge.

Elle permettra :

- De disposer de données précises, indispensables dans la perspective d'évolution et d'adaptation aux besoins du dispositif médico-social régional.
- De fournir des éléments pour l'organisation de la coordination entre les différents types de structures et la sortie vers les structures d'aval, notamment les SESSAD.

Ainsi, les perspectives de travail en fonction de l'étude porteront sur :

- La clarification du rôle de chaque type de structures : CAMSP, CMPP, CMP.
- L'organisation territoriale.
- La redéfinition des objectifs régionaux au regard des résultats de l'étude.
- Le lien entre les structures médico-sociales et la pédopsychiatrie.

1.2 Améliorer l'accessibilité aux services, notamment dans les CAMSP

La nature des liens établis avec les services de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie, de protection maternelle et infantile (PMI), et de ce fait les modalités d'accès aux CAMSP ou aux établissements médico-sociaux spécialisés, ne sont pas sans conséquence sur la précocité de l'accès aux interventions qui y sont dispensées.

L'accès direct aux CAMSP doit être un véritable atout et une garantie de réussite pour la chaîne dépistage-diagnostic-soins, notamment pour les bébés vulnérables.

Le partenariat joue un rôle important dans la prise en charge des enfants, pour l'orientation initiale, le suivi des enfants accueillis en crèche ou scolarisés et les accompagnements.

L'amélioration de l'accessibilité à une prise en charge passe en premier lieu par un dépistage et une évaluation, au plus tôt, des risques de handicap des nouveaux nés et des enfants.

En complément

SROS

Les modalités de dépistage et d'évaluation des jeunes enfants sont développées dans le SROS « Périnatalité, santé de la mère et de l'enfant » :

**Orientation 2 : Anticiper, dépister et prendre en charge les situations « pathologiques »
Dépister au plus tôt pour prendre en charge précocement)
notamment par le biais du réseau P'tit Mip.**

Au décours de la grossesse, dans le post-partum immédiat ou dans la petite enfance, les dépistages précoces s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge globale des familles où la qualité de l'information donnée et l'accompagnement des parents sont primordiaux.

Les dépistages doivent être précoces et homogènes car ils permettent de proposer des prises en charge précoces visant à réduire le risque identifié voire à l'annuler : ces prises en charge permettent ainsi d'influer sur le risque de handicap des nouveaux-nés vulnérables ; sur le risque d'autisme, de dépression du nourrisson ou de troubles du lien ; sur les troubles de l'apprentissage.

La circulation des informations entre professionnels de santé doit être facilitée. Les collaborations interdisciplinaires sont encouragées, permettant de garantir la qualité des prises en charge et la fluidité du parcours des patients.

Lorsque le handicap ou la déficience est avéré, un intérêt particulier est porté à la transition vers le système médico-social et à la rapidité de l'accès aux institutions.

L'ARS sera particulièrement attentive à la coordination entre les CAMSP et les équipes de psychiatrie infanto-juvénile spécialisée pour des prises en charge au cours de la grossesse et dans la période post-partum de manière à apporter des soins précoces aux mères qui présentent un risque psycho-social. Chaque maternité de niveau 2 sera conventionnée avec les services de psychiatrie infanto-juvénile.

L'objectif pour les CAMSP de la région est d'atteindre, à échéance du schéma :

- Un pourcentage de 50 % d'enfants ayant moins de 1 an lors du premier rendez-vous, dans un objectif de prise en charge précoce.
- Un pourcentage inférieur à 10 % pour les enfants pris en charge en dépassement d'âge (enfants de plus de 6 ans).

Pour atteindre ces objectifs, le renforcement des capacités d'accueil de certains CAMSP, voire la création d'antennes, devra être envisagé et ce, au regard de l'implantation géographique des autres structures de diagnostic et de leurs missions effectives. Une concertation sera engagée avec les Conseils généraux concernés pour adapter les moyens des structures existantes ou pour lancer un appel à projet conjoint pour la création de nouvelles structures.

Diagnostiquer précocement les troubles envahissants du développement et l'autisme

Le repérage et le diagnostic précoce des Troubles Envahissants du Développement et de l'autisme chez l'enfant constituent un objectif majeur en raison du gain de chance attendu par la mise en œuvre dès le plus jeune âge d'une prise en charge appropriée.

Ce repérage et ce diagnostic doivent être effectués selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) par des équipes pluridisciplinaires de professionnels formés et expérimentés.

Le rôle du Centre de Ressources Autisme (CRA) est essentiel dans le transfert d'expertise et la coordination des professionnels spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme.

Ce dispositif de diagnostic et d'évaluation des enfants est actuellement organisé autour :

- D'une Unité Régionale TED Autisme, rattachée au CHU de Toulouse.
- D'équipes spécialisées dans l'Aveyron (CH Rodez), le Tarn (Fondation du Bon Sauveur d'Alby) et d'une équipe mobile dans la Haute Garonne (CHU Toulouse) intervenant à Toulouse.

2.1 Structurer un dispositif de diagnostic chez les enfants de moins de 6 ans dans l'ensemble de la région

Ce dispositif, qui doit être accessible à tous, s'articulera autour de deux niveaux :

Dans chaque territoire de santé, les diagnostics de « premier niveau » seront effectués par une équipe spécialisée pluridisciplinaire, constituée de professionnels de pédopsychiatrie, des CAMSP et des CMPP. Ces équipes seront coordonnées par le Centre Ressources Autisme (CRA Midi-Pyrénées).

Une équipe spécialisée pourra couvrir un ou deux territoires de santé.

Les équipes spécialisées intervenant dans les champs du repérage des troubles et du diagnostic précoce conventionneront avec le CRA afin d'harmoniser les pratiques de diagnostic, d'adopter des procédures conformes aux recommandations de la HAS et d'augmenter le nombre de diagnostics précoces.

Ces équipes seront encadrées et formées par le CRA, l'équipe de l'unité régionale étant notamment chargée de l'animation, la coordination et la supervision clinique.

Au niveau régional, l'unité TED du CHU, positionnée en équipe régionale de recours, devra progressivement assurer la réalisation des seuls diagnostics de « second niveau », soit les cas les plus complexes.

Actuellement, le délai moyen pour un diagnostic est de 9 mois, mais il reste variable d'un territoire de santé à l'autre. Il sera ramené pour les primo-diagnostics chez les enfants de moins de 6 ans à 3 mois et ce, conformément aux recommandations de la HAS.

La télé-expertise et la téléconsultation seront utilisées pour diffuser, via l'unité régionale associée, son expertise dans l'ensemble des territoires afin d'atteindre cet objectif.

Le maillage territorial conduira à terme à réduire à la fois les délais d'attente et les contraintes de déplacement des familles pour la réalisation de bilans diagnostiques, conformes aux recommandations HAS.

Échéances :

- D'ici la fin du schéma, couverture de tous les territoires par une équipe spécialisée assurant les diagnostics de premier niveau.

2.2 Diffuser les connaissances sur l'autisme

Enjeu majeur du plan autisme 2008/2010 : « mieux connaître pour mieux former », la formation, tant initiale que continue, est un levier indispensable à l'évolution des pratiques institutionnelles et professionnelles.

L'organisation de l'information et la formation des professionnels se déclinera dans la région Midi-Pyrénées sur deux axes :

- Le déploiement de formations interdisciplinaires et interinstitutionnelles sur l'autisme et autres TED (état des connaissances et des recommandations HAS et ANESM) se fera par territoire de santé en s'appuyant sur les formateurs formés par l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Le CRA Midi-Pyrénées assure la coordination de ce dispositif.
- Le CRA diffusera auprès des acteurs (professionnels de santé et structures médico-sociales) du diagnostic et de l'accompagnement, des procédures et outils de diagnostic en s'appuyant sur les expériences existantes (utilisation de la télémédecine, interventions délocalisées de l'équipe mobile de diagnostic de Haute Garonne pour les enfants de moins de 6 ans et des équipes spécialisées associées).

La complexité de certains diagnostics différentiels et la fréquence des comorbidités psychiatriques dans les problématiques de TED justifient que soit soulignée dans ce contexte, l'importance d'une dimension pédopsychiatrique de l'approche diagnostique et de la mise en œuvre des projets d'interventions.

Échéances :

- 2012-2013 : 16 formations dans les 8 territoires.
- 2012-2016 : Diffusion des procédures, des outils de diagnostic et des recommandations.

2.3 Donner aux parents et aux aidants les capacités d'accompagner les enfants atteints de TED ou d'autisme

Les familles d'enfants présentant des troubles envahissants du développement ou autistes se trouvent souvent confrontées à des parcours difficiles. Elles doivent pouvoir disposer de repères et d'informations fiables pour opérer des choix. Elles doivent être formées et aidées dans leurs démarches.

Le Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées développe depuis plusieurs années des actions auprès des familles et de leurs associations sous forme de rencontres/échanges et d'ateliers thématiques.

Au sein du CRA, le développement de l'accès à une information diversifiée sur les traitements des TED et de l'autisme sera poursuivi dans les années à venir.

La base de données sur les structures médico-sociales et sanitaires accueillant des enfants atteints de troubles envahissants du développement et d'autisme sera élaborée et régulièrement mise à jour. Un guide des associations sera mis en place.

Échéance :

- Sur la durée du schéma.

Mieux repérer et diagnostiquer les troubles spécifiques des apprentissages

Les enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages (TSA) sont estimés aujourd'hui en France à 5 à 6 % d'une classe d'âge parmi lesquels 1 % sont atteints de troubles sévères et reconnus dans le cadre du handicap.

Ces troubles des apprentissages sont à l'origine d'un handicap cognitif dont une prise en charge précoce permet une compensation totale dans la majorité des cas. A contrario, une absence de diagnostic engendre un handicap permanent, un échec scolaire et un risque d'exclusion sociale.

Dans ce contexte, il convient d'améliorer l'information et l'accompagnement des familles, de renforcer l'information des professionnels de santé sur le diagnostic précoce et sur les modalités d'accompagnement des parents. Une coopération et une coordination entre les différents partenaires parties prenantes dans le domaine de la petite enfance sont primordiales.

En complément

SROS

Cet aspect dépistage et diagnostic précoce est développé dans le SROS « Périnatalité, santé de la mère et de l'enfant » :

*Orientation 2 : Anticiper, dépister et prendre en charge les situations « pathologiques »
Dépister au plus tôt pour prendre en charge précocement*

Le diagnostic et l'évaluation des troubles de l'apprentissage se fait au sein de Centres de Compétence, autour de pédiatres formés. Pour assurer une bonne couverture régionale, au moins un centre de compétence (en établissement de santé ou CMP-CMPP) doit être identifié dans chaque territoire. Le dispositif est complété par deux centres de références régionaux qui assurent la prise en charge des cas complexes et des missions de formation et de recherche.

Les centres identifiés dans les territoires doivent assurer la coordination de la prise en charge des enfants avec les partenaires extérieurs (PMI, Santé scolaire, CAMSP, CMP et CMPP) et les professionnels libéraux.

Orientation

1

Développer les alternatives
à l'hébergement permanent

Le principe de non-discrimination en raison du handicap et de l'accès de tous aux dispositifs de droit commun est un point fort de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les personnes handicapées doivent pouvoir vivre au plus près de leur famille et avoir accès à un véritable choix de vie, suivre leur scolarité au plus proche de leur domicile et avoir accès à l'insertion socioprofessionnelle et à un travail en milieu ordinaire.

Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé apporte ses compétences sur les besoins d'accompagnement, de services et de prise en charge médico-sociale en concertation avec les services de l'Etat et les Conseils généraux.

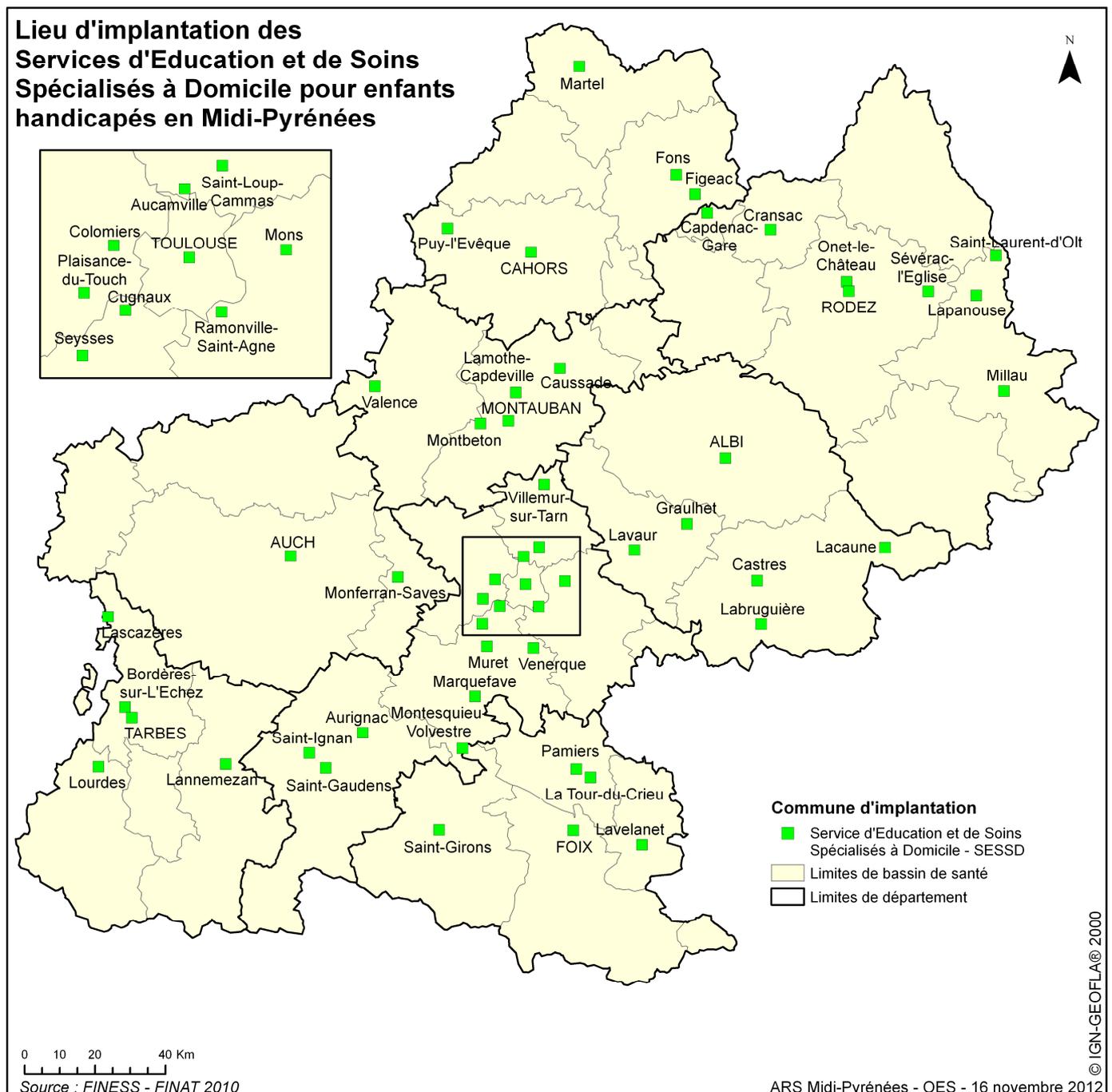
Le développement des services et la mise en place d'alternatives à l'hébergement sont les éléments majeurs garantissant la réussite de l'accès aux dispositifs de droit commun. Ce développement participe par ailleurs à soutenir les aidants des personnes handicapées qui font le choix de vivre dans leur entourage familial.

Globalement, la région Midi-Pyrénées présente une part des services dans les structures médico-sociales moins importante qu'au niveau national. En 2008, les services représentaient 18% de l'équipement en Midi-Pyrénées pour un pourcentage de 23% en France. Le secteur des adultes handicapés présentait un développement particulièrement faible. Les services ne représentaient en 2008 que 9% de l'équipement de ce secteur. La part des services est toutefois en augmentation régulière. En Midi-Pyrénées, elle est passée de 18% en 2008 à 21% en 2010 (25% dans le secteur enfants, 12% dans le secteur adultes).

Le développement des services et des alternatives à l'hébergement, en cohérence avec la volonté des personnes handicapées et de leurs familles, sera poursuivi afin de leur donner toutes les chances d'accès au droit commun, de réussir leur insertion dans la société, de vivre dans leur entourage familial ou à leur domicile.

Enfants handicapés

La région compte 1 976 places de services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD y compris services spécialisés), soit un taux d'équipement global de 3 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans (au 31/12/2010) qui est supérieur au taux national de 2,8 (actualisation CNSA au 31/03/2011). Ce taux d'équipement est inférieur à la moyenne nationale dans deux territoires de la région, le Tarn (2,6) et le Tarn-et-Garonne (2,3).



Certains bassins de santé ne disposent pas de SESSAD ou d'antennes de SESSAD :

- Espalion (12)
- Saint-Affrique (12)
- Villefranche-de-Rouergue (12)
- Nogaro (32)
- Gourdon (46)
- Bagnères-de-Bigorre (65)

Dans les bassins de santé disposant d'un SESSAD, le taux d'équipement est très variable allant de 0,44 à 7 pour 1 000 habitants. Huit bassins ont un taux inférieur à la moyenne régionale :

- Combarrieu (31) : 0,5
- Saint Jean L'Union (31) : 1
- Muret (31) : 2,4
- Saint-Céré (46) : 1,7
- Lourdes (65) : 2,3
- Albi (81) : 2,1
- Castres (81) : 2,7
- Moissac (82) : 0.6

Cette situation doit être toutefois nuancée par le fait que certains services interviennent en dehors du bassin de santé dans lequel ils sont positionnés géographiquement, couvrant ainsi en partie les besoins de prise en charge d'autres bassins non équipés ou sous équipés. En particulier :

- dans l'Aveyron des services interviennent dans des bassins de santé autres que leur bassin d'implantation,
- en Haute-Garonne, dans l'agglomération toulousaine, les bassins sont très imbriqués facilitant l'intervention et la prise en charge d'un bassin à l'autre,
- dans le Lot, des services ont une vocation territoriale,
- dans les Hautes-Pyrénées, des enfants du bassin de Bagnères-de-Bigorre sont pris en charge par des services se situant dans d'autres bassins,
- dans le Tarn-et-Garonne, les SESSAD du bassin de santé de Montauban disposent de zones d'interventions qui couvrent une bonne part du bassin de Moissac (ce territoire reste toutefois faiblement équipé).

Adultes handicapés

Avec 272 places de Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) la région présente un taux d'équipement au 31/12/2010 de 0,18 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, soit un taux équivalent au taux national de 2009.

Cet équipement est inégalement réparti dans la région, le taux allant de 0,04 dans les Hautes-Pyrénées à 0.40 dans l'Ariège.

Compte tenu du caractère récent de ce type de service, tous les départements ne disposent pas encore de SAMSAH pour la prise en charge du handicap psychique. Ainsi les départements de l'Aveyron, du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne en sont dépourvus. A contrario, la plupart des départements sont équipés de SAMSAH « généralistes », excepté le Gers et les Hautes-Pyrénées qui disposent uniquement de places de SAMSAH pour la prise en charge du handicap psychique (32) ou de l'autisme (65).

La région dispose de 251 places de Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD PH), soit un taux d'équipement de 0,17 place pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans qui est légèrement inférieur au taux national de 0,20.

La grande majorité des bassins de santé dispose de places de SSIAD Personnes Handicapées. Cependant, certains d'entre eux en sont dépourvus :

- Foix et Lavelanet dans l'Ariège.
- Millau et Saint-Affrique dans l'Aveyron.

D'autres bassins de santé présentent un taux d'équipement très largement inférieur à la moyenne régionale :

- Decazeville (12) : 0,07
- Espalion (12) : 0,08
- Cornebarrieu (31) : 0,04
- Saint Jean l'Union (31) : 0,03
- Toulouse (31) : 0,07
- Castres-Mazamet (81) : 0,07
- Lavour (81) : 0,06.



Le développement des SESSAD dans chaque bassin de santé doit être réalisé dans un objectif de maillage du territoire et dans un souci de réponse de proximité.

Dans les bassins de santé qui n'en disposent pas et dans ceux qui sont sous équipés, des places de SESSAD destinés à intervenir sur ces bassins, seront créés afin d'offrir aux enfants et adolescents les mêmes chances d'accès à une prise en charge adaptée et de leur permettre de suivre en même temps leur scolarité au plus proche de leur lieu de vie et de leur famille.

Ce rééquilibrage de l'offre de services se fera :

- par transformation de places d'établissements en services dans les territoires les mieux équipés de la région en établissements médico-sociaux,
- par création de places nouvelles, pour les départements sous équipés ou en forte augmentation de population.

L'objectif sur la durée du projet régional de santé (PRS) est de porter l'équipement des bassins non équipés ou sous dotés au niveau du taux d'équipement national de 2,82 places de SESSAD (polyvalents et spécialisés), pour 1 000 enfants et d'avoir une couverture totale de la région par ce type de services.

Analyse par territoires :

- **Ariège :**
L'ensemble des bassins de santé de l'Ariège dispose de places et de prise en charge SESSAD.
- **Aveyron**
3 bassins de santé (Saint-Affrique, Espalion, Villefranche-de-Rouergue) ne sont pas équipés mais partiellement couverts par des services implantés dans d'autres territoires.
Le territoire de l'Aveyron est globalement bien doté au regard des taux d'équipement et des perspectives démographiques.
Le taux d'équipement en services de l'Aveyron (2,92) est supérieur à la moyenne nationale (2,82).
L'installation de places et la prise en charge SESSAD dans ces bassins se fera par transformation de places d'établissements en services.
- **Haute-Garonne :**
L'équipement en services dans la Haute Garonne (2,92) est légèrement supérieur à l'équipement national (2,82).
La prise en charge dans les différents bassins de santé en couronne autour de l'agglomération toulousaine est assurée par les services qui disposent de zones d'interventions allant souvent au-delà du bassin de santé dans lequel ils sont positionnés géographiquement.
La population de la Haute Garonne est en forte augmentation : de 2007 à 2015, l'augmentation des 0 à 19 ans est estimée à plus de 12 % en Haute Garonne.
En référence aux estimations de population de 2015, à équipement constant, le taux d'équipement en SESSAD serait en diminution et passerait à 2,64 places pour 1 000.
Sur la base d'un alignement sur le taux d'équipement national, des places nouvelles de SESSAD seront créées en Haute-Garonne, au terme du schéma.
- **Gers :**
Compte tenu de l'équipement médico-social en établissements important dans le Gers (13,35 pour une moyenne régionale de 8,84), les transformations de places et les redéploiements de moyens des établissements vers les services seront utilisés pour installer des places de SESSAD sur le bassin de Nogaro qui n'en dispose pas à ce jour.

- Lot :
Globalement, le territoire du Lot est bien équipé en SESSAD (4,02 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans pour une moyenne nationale de 2,82).
Cet équipement sera redéployé afin d'assurer la prise en charge des enfants dans le bassin de Gourdon et de renforcer l'équipement du bassin de Saint-Céré, à partir des bassins de santé de Cahors et de Figeac, bien équipés avec un taux d'équipement en SESSAD, respectif de 4,94 et 7,05.
- Hautes-Pyrénées :
Le bassin de santé de Bagnères-de-Bigorre n'est pas équipé en SESSAD.
Le département des Hautes-Pyrénées présente un équipement en établissements médico-sociaux important : 12,19 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans.
Par ailleurs, le territoire est bien équipé en SESSAD (4,09 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans pour une moyenne nationale de 2,82).
L'installation de places et la prise en charge SESSAD dans le bassin de Bagnères-de-Bigorre se fera par transformation de places d'établissements en services.
- Tarn :
Le taux d'équipement territorial est inférieur à la moyenne nationale : 2,56.
Des places seront créées pour renforcer les bassins de santé d'Albi et de Castres.
- Tarn-et-Garonne :
Le taux d'équipement territorial est inférieur à la moyenne nationale : 2,26.
Des places seront créées pour renforcer le bassin de santé de Moissac.

Une cartographie de couverture des bassins de santé par les SESSAD sera établie chaque année par territoire afin de suivre l'évolution du développement de ces services. Le renforcement de certaines zones mal couvertes pourra également être réalisé à partir d'une réorganisation et d'une redéfinition des zones d'intervention.

Une analyse des listes d'attente et des taux d'occupation sera également menée afin de suivre les évolutions du niveau de réponse de l'offre aux besoins, sur la durée du schéma.

1.2 Offrir aux personnes handicapées adultes un véritable choix de vie par le développement de prises en charge alternatives

1.2.1 Développer les SAMSAH et analyser les besoins en places de SSIAD PH

- **SAMSAH :**

Sur la base des perspectives d'évolution retenues dans le rapport de la CNSA sur les SAMSAH, datant d'avril 2008, le taux d'équipement national est évalué pour 2011 à 0,25 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Au cours du schéma, l'objectif régional pour les SAMSAH est d'atteindre ce taux, par la création de places supplémentaires à répartir dans les territoires qui disposent des taux d'équipements les plus bas pour ce type de prise en charge. Des places seront ainsi créées dans l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Tarn et le Tarn-et-Garonne.

Dans les territoires du Gers et des Hautes-Pyrénées, qui présentent globalement un taux d'équipement en structures pour personnes handicapées important, le financement par redéploiement de moyens des établissements vers les services sera utilisé pour créer des places de SAMSAH.

Sur la base de ces créations, des places pour la prise en charge de personnes présentant un handicap psychique seront identifiées dans l'Aveyron, la Haute-Garonne, les Hautes-Pyrénées et le Tarn-et-Garonne.

Les autres places créées seront identifiées SAMSAH généralistes.

Les créations de places feront l'objet d'appels à projet conjoints ARS-Conseil général, lancés à partir de 2013, ou d'autorisations pour extensions non importantes de capacité.

▪ **SSIAD Personnes Handicapées :**

Les SSIAD pour personnes handicapées sont de création récente, les conditions d'organisation et de fonctionnement ayant été définies par le décret du 25 juin 2004.

En région Midi Pyrénées, le développement de ces services est proche de celui des autres régions. Ce constat est confirmé par un taux d'équipement régional (0.17 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans au 31/12/2010) proche bien que légèrement inférieur au taux national de 0,20 au 01/01/2010. Globalement, le maillage des bassins de santé est satisfaisant.

Aussi, avant d'envisager d'éventuelles extensions, l'ARS souhaite travailler sur les besoins éventuels restant à couvrir, en ce qui concerne le dispositif SSIAD pour personnes handicapées, dans les 8 territoires de Midi-Pyrénées.

1.2.2 Développer les alternatives à l'hébergement permanent

Certaines personnes handicapées font le choix de vivre dans leur entourage familial. Des relais sont parfois nécessaires en cas d'indisponibilité provisoire de la famille ou de besoin de prise de distance dans une relation permanente.

Dans ce contexte, pour mieux répondre aux sollicitations des familles, l'ARS sera particulièrement attentive au développement des alternatives à l'hébergement permanent.

Dans le cadre de la procédure de contractualisation (contrat pluriannuel d'objectif et de moyens : CPOM), l'ARS demandera aux établissements (MAS, FAM) qui ne disposent pas de places d'alternatives à l'hébergement d'en créer, prioritairement par redéploiement de places d'hébergement permanent dans les territoires de santé les plus dotés et par création dans les structures existantes dans les territoires de santé les moins dotés (Lot, Tarn et Haute-Garonne).

Ces places d'alternatives pourront être soit des places d'accueil de jour pour une réponse de proximité, soit des places d'accueil temporaire pour des périodes de répit ou de transition. Elles pourront être occupées à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, et être organisées en mode séquentiel.

Les objectifs quantifiés seront déterminés au regard d'une analyse conjointe avec les MDPH.

Les créations de places feront l'objet d'appels à projets, organisés avec les Conseils généraux concernés pour les FAM, ou seront accordées par autorisation des autorités compétentes dans le cas d'extensions non importantes de capacité.

Favoriser la scolarisation des enfants et adolescents handicapés

La loi du 11 février 2005 n'établit plus de distinction entre l'éducation ordinaire et l'éducation spécialisée, qui ne doivent pas être appréhendées séparément mais de façon complémentaire afin d'offrir un parcours correspondant à un projet personnalisé.

Au niveau national, depuis 2005, le nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire a augmenté de 35 %.

Selon les statistiques de l'Éducation Nationale, 8 769 enfants et adolescents porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps étaient scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2009 en Midi-Pyrénées (5 372 dans le premier degré et 3 397 dans le second degré), La scolarisation exclusive dans une classe ordinaire concerne 68 % des jeunes handicapés dans le premier degré et 80 % dans le second degré.

Les établissements médico-sociaux contribuent également à la scolarisation, en réponse aux besoins des élèves plus lourdement handicapés. La scolarisation peut être interne à l'établissement par un enseignant de l'Éducation Nationale, externe à l'établissement en milieu ordinaire, ou partagée entre interne et externe.

Pour répondre aux besoins des enfants et adolescents handicapés et augmenter les facteurs de réussite de la scolarisation en milieu ordinaire, que ce soit en intégration collective ou individuelle, le secteur médico-social intervient le plus souvent par le biais d'un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD).

Mettre en place une instance émanant de la Commission de coordination des politiques publiques, dans le domaine médico-social :

La réussite de la prise en charge des enfants et adolescents handicapés est étroitement liée à l'organisation de la coordination entre la scolarisation et l'accompagnement médico-social, celui-ci complétant le dispositif scolaire ; la cohérence et la continuité du parcours scolaire sont assurées par le projet personnalisé de scolarisation.

Une instance régionale, sous-commission de la Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine médico-social, co-pilotée par l'ARS et l'Éducation Nationale comprenant des représentants des Conseils généraux, du Conseil régional, de la DIRECCTE et des associations sera mise en place.

La concertation et la coordination entre les différents secteurs, qui disposent de données et d'une approche complémentaire seront renforcées, confortant ainsi la poursuite de la mise en œuvre effective du principe de la scolarisation en milieu ordinaire affirmé par la loi du 11 février 2005.

Cette instance sera particulièrement chargée du suivi, de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation des jeunes handicapés ainsi que de leur parcours professionnel.

Dans l'esprit de la loi du 11 février 2005, il est également nécessaire, dans le cadre de l'insertion professionnelle, que l'accès au droit commun soit privilégié pour chaque jeune handicapé avant d'envisager d'autres solutions. Cette question de l'insertion professionnelle doit être abordée dans une logique de parcours évolutif.

Cette démarche est particulièrement importante pour les jeunes accueillis en instituts médico-éducatif (IME), même si pour certains d'entre eux, cette insertion ne pourra avoir lieu qu'en milieu protégé (ESAT) ou en entreprise adaptée (secteur marchand).

Dans le secteur enfants, c'est donc lors de leur prise en charge dans des structures médico-sociales disposant de sections professionnelles (essentiellement dans les instituts médico-éducatif (IME), les instituts d'éducation motrice (IEM), les instituts accompagnants des déficients sensoriels et les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)) que doit se préparer la formation donnant aux jeunes toutes les chances de réussir leur insertion socio-professionnelle et leur projet de vie. Les SESSAD peuvent avoir également un rôle à jouer dans ce domaine.

Dans le secteur des adultes handicapés, la région Midi Pyrénées dispose de 5 279 places d'Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) soit un taux d'équipement régional au 31/12/2010 de 3,54 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans (équipement légèrement supérieur à la moyenne nationale de 3,35 au 01/01/2010).

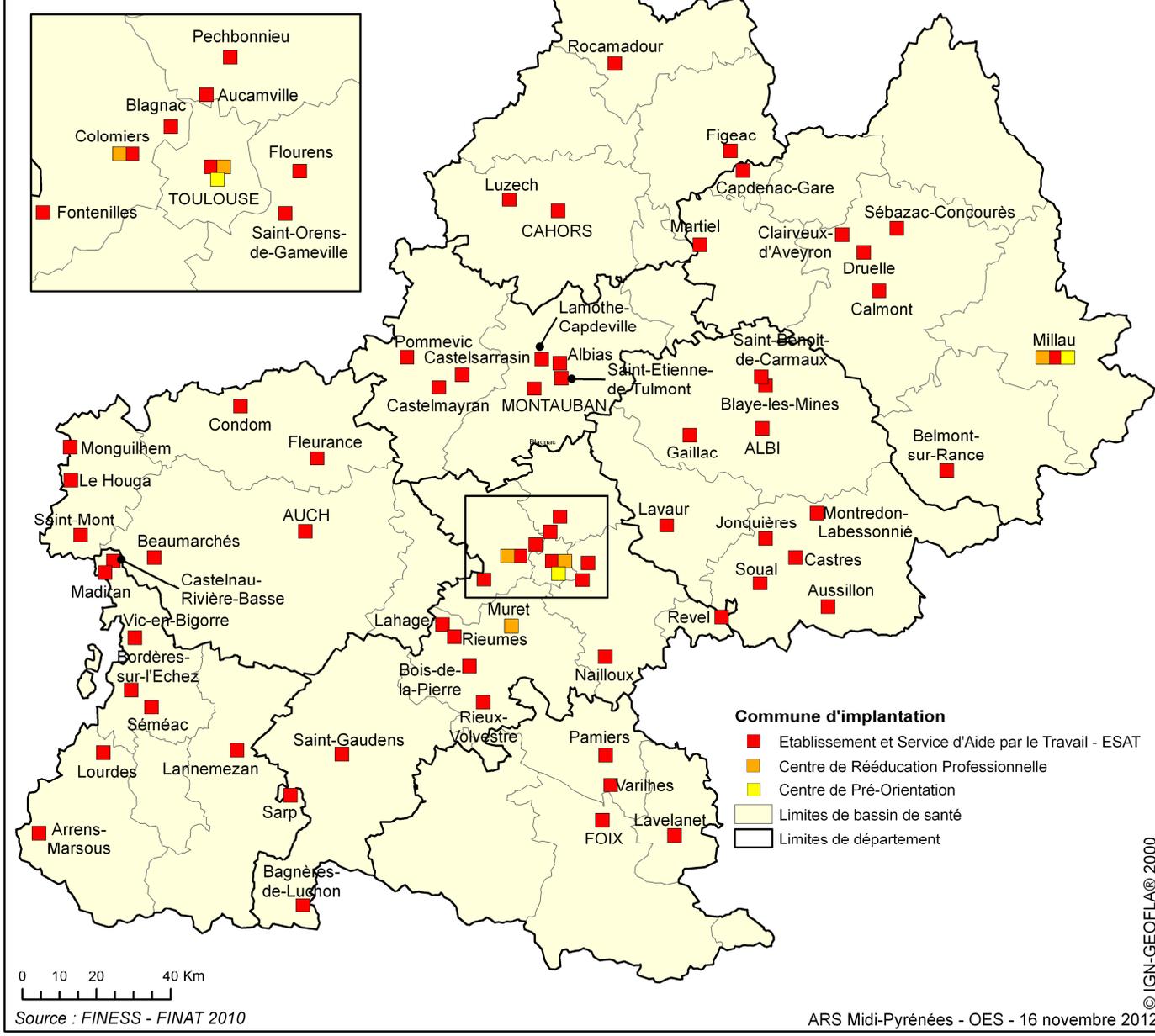
Par ailleurs, la région Midi-Pyrénées dispose de 635 places de Centre de Pré-Orientation et de Centre de Rééducation Professionnelle, situées dans les départements de la Haute Garonne (535 places) et de l'Aveyron (100 places).

Une Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS), pour les personnes victimes d'un traumatisme crânien stabilisé, est installée à Toulouse (31).

Une action expérimentale de Passerelle vers le Milieu Ordinaire (PASSMO) a été mise en œuvre dans quatre régions de France dont Midi Pyrénées.

Par cette action d'appui et de mise en relation des employeurs et des ESAT, l'embauche en entreprise privée de travailleurs handicapés venant d'ESAT est encouragée et accompagnée dans la durée. En Midi-Pyrénées, 10 contrats ont été signés entre 2009 et 2011.

**Insertion socio-professionnelle
des adultes handicapés
en Midi-Pyrénées**



3.1 Optimiser les apprentissages pré-professionnels

La sensibilisation à un métier et les formations initiales développées dans les structures médico-sociales ont un impact important sur le devenir des jeunes handicapés et sur leur chance de réussir leur retour et leur insertion vers le milieu ordinaire.

Dans le cadre de la procédure de contractualisation (CPOM), l'ARS demandera que les établissements pour enfants assurant des formations professionnelles évaluent la situation au regard de ces formations et analysent les résultats en matière d'orientation des jeunes à la sortie de l'établissement.

Au vu de cette évaluation, une adaptation des formations devra éventuellement être envisagée afin d'orienter les jeunes pris en charge vers des formations plus attractives et mieux adaptées aux évolutions du monde du travail.

Les plateaux techniques des structures concernées seront adaptés pour faciliter les apprentissages pré-professionnels dans des secteurs attractifs.

Les établissements réaliseront également une évaluation des stages effectués en milieu ordinaire.

Le développement de ces stages sera réorienté au vu des résultats de l'évaluation afin de donner aux jeunes handicapés les meilleures chances d'accès à la découverte de nouveaux métiers.

3.2 Développer de nouvelles passerelles pour le passage vers le milieu ordinaire des travailleurs handicapés des ESAT

Évaluer l'impact des dispositifs PASSMO depuis leur mise en place à titre expérimental.

L'accès ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en capacité d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail mais qui nécessitent un soutien médico-social sera favorisé par le développement des services, notamment des SAMSAH (*Cf. Orientation 1 – Développer les services et les alternatives à l'hébergement*).

L'insertion des travailleurs handicapés issus du milieu protégé dans le milieu ordinaire sera développée ; l'organisation doit être orientée, quand cela est possible, autour de l'accompagnement de la personne handicapée dans le retour ou l'entrée en milieu ordinaire. Le parcours d'insertion sera sécurisé par des contrats ou des conventions d'appui.

- L'impact du dispositif PASSMO sera évalué.
- Cette évaluation servira de cadre de référence à la mise en place de nouvelles expérimentations.

La mise en place d'expérimentations favorisant l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi sera soutenue.

L'autorisation de places d'ESAT supplémentaires sera conditionnée à l'engagement de développer en contrepartie l'insertion en milieu ordinaire de travailleurs de l'ESAT.

Orientation

1

Approfondir les connaissances
pour réduire les inadéquations
de prises en charge

L'équipement médico-social pour enfants et adultes handicapés de Midi Pyrénées doit tendre à offrir, à l'ensemble des personnes handicapées de la région, les mêmes chances d'accès à une prise en charge adaptée. Une répartition équitable de l'équipement dans les territoires de la région est garante de l'égalité des chances, de la réussite de la prise en charge et du projet de vie des personnes handicapées.

Les personnes handicapées peuvent rencontrer des difficultés au cours de leur parcours institutionnel compte tenu de l'indisponibilité de places dans les structures vers lesquelles elles sont orientées. Ces places sont souvent occupées par d'autres personnes handicapées qui de leur côté ne trouvent pas de solutions pour sortir d'un établissement dans lequel ils ne devraient plus être. Ces blocages à divers niveaux du parcours ont des conséquences immédiates sur le fonctionnement de l'ensemble du dispositif médico-social pour enfants et adultes handicapés.

Le nombre de jeunes adultes qui restent maintenus dans des structures pour enfants du fait de l'absence d'alternative dans le secteur adultes, est important (240 jeunes adultes pour la région en 2010). Au regard des chiffres observés depuis 2008, ce nombre se stabilise, voire enregistre une légère diminution (ils étaient plus de 260 en 2008).

Il est également souligné la difficulté de prise en charge d'enfants et d'adolescents en grande difficulté qui présentent des situations complexes à l'interface des dispositifs sociaux (aide sociale à l'enfance...), sanitaires (pédopsychiatrie ...) et médico-sociaux (ITEP ...).

Le vieillissement des personnes handicapées souvent maintenues dans des structures qui deviennent vite inadéquates ne facilite pas également l'émergence de solutions pour les personnes en attente de placement.

La réduction de ces inadéquations doit être recherchée afin de donner aux personnes handicapées toutes les chances d'optimisation et de réussite de leur prise en charge dans des structures adaptées à leurs besoins.

L'ARS veut réduire le nombre de personnes en situation de dépassement d'âge dans les établissements pour enfants et adolescents (dits « amendements CRETON »). Pour cela, la diversification de l'offre pour adultes via la création d'alternatives à l'hébergement permanent (SAMSAH) et la prise en compte de besoins spécifiques, notamment le vieillissement des personnes handicapées, doit permettre d'améliorer la fluidité du parcours des personnes et de libérer des places dans les structures médico-sociales pour adultes handicapés.

De plus, l'ARS souhaite privilégier le maintien à domicile et le retour d'enfants pris en charge en établissement vers le milieu ordinaire. Les créations de places de SESSAD réduiront la pression sur la prise en charge en établissement et fluidifieront le parcours des prises en charge médico-sociales.

Alors que les besoins des personnes handicapées et l'offre médico-sociale évoluent, l'ARS ne dispose pas à ce jour d'une bonne appréciation de l'adéquation des prises en charge. Il est donc nécessaire d'approfondir la connaissance sur le profil des personnes accueillies dans les établissements au regard de leur agrément actuel et de leur capacité autorisée.

Pour cela, l'ARS s'appuiera sur les travaux de la commission spécialisée médico-sociale de la CRSA en lien avec la Commission de Coordination des Politiques Publiques.

Ces travaux auront pour objectif :

- D'approfondir les connaissances sur le profil des personnes accueillies dans les établissements au regard de leur agrément actuel : L'ARS diligentera des études qui permettront d'avoir une meilleure connaissance des populations et des institutions et de faire évoluer l'offre médico-sociale en fonction des besoins. Dès 2012, l'ARS a lancé une enquête auprès des ITEP. Elle initiera en 2013 une étude relative au fonctionnement des CAMSP, CMPP et CMP afin de déterminer le profil des jeunes accueillis dans ces structures.
- De renforcer le partenariat avec les MDPH.

A la suite de ces travaux :

- L'ARS élaborera en lien avec les Conseils Généraux et les associations gestionnaires des critères d'orientation pour les MDPH.
- L'ARS objectivera les critères d'admission pour les établissements.

Orientation

2

Adapter l'offre en équipement
dans les territoires et favoriser les
coopérations et les regroupements
pour une optimisation de l'offre

Les projections 2015 de l'évolution de la population régionale montrent une augmentation de 5,10 % pour les 0 à 19 ans et de 0,80 % pour les 20 à 59 ans mais à des niveaux différents selon les départements.

Ainsi, pour la tranche d'âge des 0 à 19 ans, les prévisions d'évolution de population à l'horizon 2015 ne sont positives que dans les départements de la Haute Garonne (+12 %), de l'Ariège (+1,60 %) et du Tarn et Garonne (+1,15 %).

Sur cette même période, la population de la tranche d'âge des 20 à 59 ans est prévue en augmentation uniquement dans la Haute Garonne (+7 %).

Le taux d'équipement global en établissements dans le secteur enfants et adultes (déterminé à partir des capacités autorisées en 2010 ramenées à la population 2008 pour 1 000 habitants) est supérieur à la moyenne nationale.

Équipement en établissements pour enfants :

- Taux d'équipement national (au 01/01/2010) : 6,95
- Taux d'équipement régional (au 31/12/2010) : 8,84

Deux territoires ont des taux d'équipement largement supérieurs à la moyenne régionale :

- Gers (au 31/12/2010) : 13,35
- Hautes-Pyrénées (au 31/12/2010) : 12,19

Trois territoires ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne :

- Haute-Garonne : 8,29
- Lot : 7,84
- Tarn-et-Garonne : 5,46 (taux inférieur à la moyenne nationale)

Équipement en établissements pour adultes (MAS + FAM) :

- Taux d'équipement national (au 01/01/2010) : 1,40
- Taux d'équipement régional (au 31/12/2010) : 2,22

Deux territoires ont des taux d'équipement largement supérieurs à la moyenne régionale :

- Gers (au 31/12/2010) : 3,93
- Hautes-Pyrénées (au 31/12/2010) : 4,73

Trois territoires ont un taux d'équipement nettement inférieur à la moyenne régionale :

- Haute-Garonne : 1,73
- Lot : 1,53
- Tarn : 1,66

Origine géographique des enfants accueillis en établissements :

Concernant l'origine géographique des enfants accueillis en établissements, on constate :

- Dans les ITEP de la région, le recrutement est majoritairement territorial : 91 % des enfants sont originaires du département. Seul le Gers présente une proportion inférieure à la moyenne régionale : 73 %.
- Dans les IME, le recrutement hors territoire est plus important que dans les ITEP. En termes de moyenne régionale, 16 % des enfants ne sont pas originaires du territoire dans lequel se situe leur établissement de prise en charge. Le Lot est le département qui a, dans ses IME, le plus d'enfants non originaires du territoire.

Pour l'ensemble de la région, la part du recrutement territorial a augmenté de 83 % en 2006 à 86 % en 2010. Cette tendance au recentrage sur le recrutement territorial est en forte augmentation dans le Gers (62 % en 2006 ; 74 % en 2010), dans le Lot (65 % ; 72 %) et dans le Tarn-et-Garonne (83 % ; 88 %).

Les dépenses d'assurance maladie pour les personnes handicapées rapportées à la population :

Région/territoires	Dépense Assurance Maladie en €/ habitant		
	PH enfants	PH adultes	PH total
82 - Tarn-et-Garonne	328	56	144
France	358	67	160
46 - Lot	443	64	176
09 - Ariège	451	112	213
81 - Tarn	466	75	197
31 - Haute-Garonne	471	76	195
Région Midi-Pyrénées	489	96	215
12 - Aveyron	541	146	264
65 - Hautes-Pyrénées	618	206	329
32 - Gers	758	145	327

Sources : Insee RP 2008 – CNAMTS, dépenses d'Assurance Maladie, année 2009

L'analyse des dépenses d'Assurance Maladie par habitant indique des coûts régionaux de dépenses médico-sociales supérieurs aux coûts nationaux.

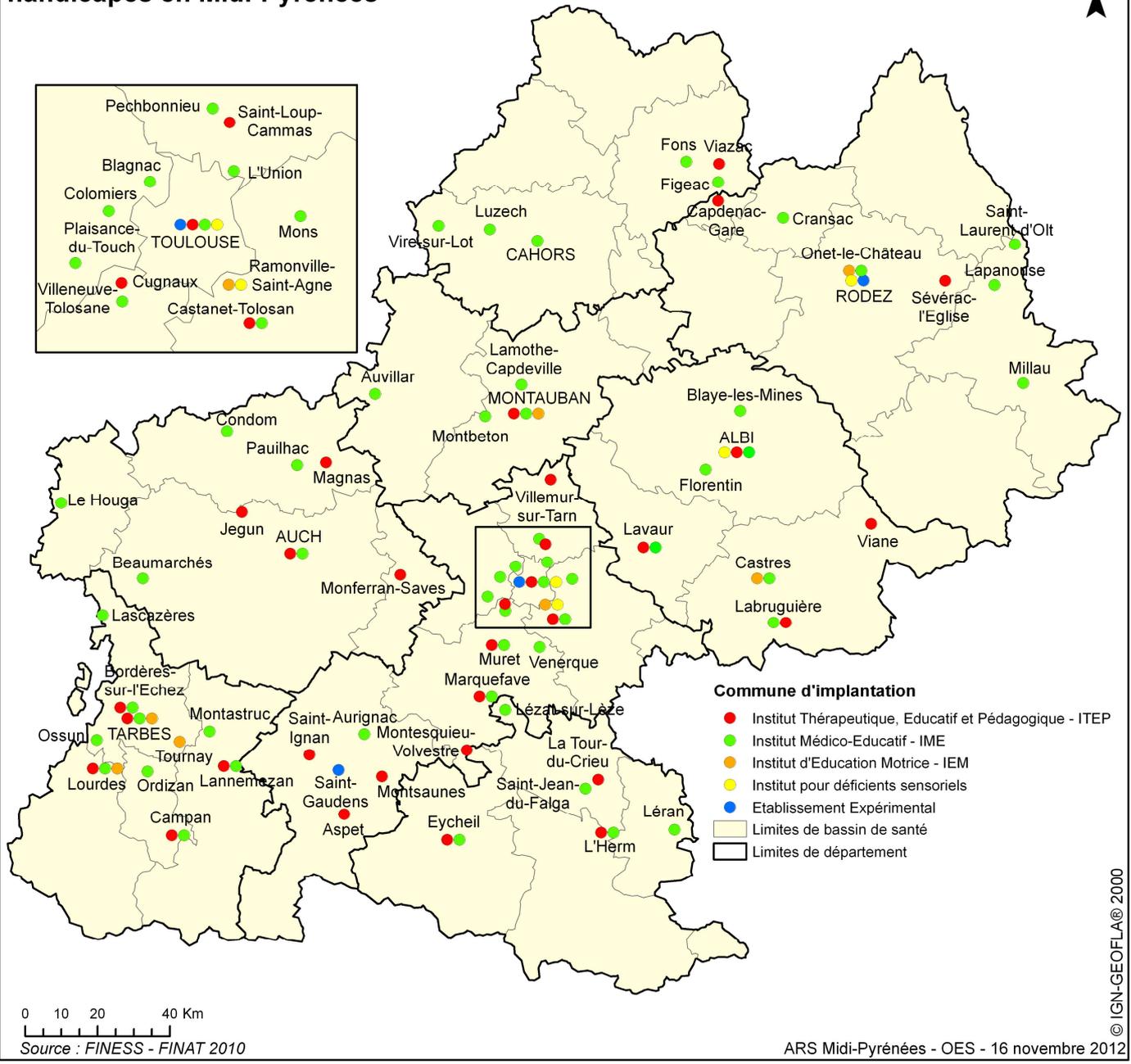
Les éléments financiers tendent à corroborer l'analyse des taux d'équipement avec la mise en évidence des deux territoires les mieux dotés, les Hautes-Pyrénées et le Gers et d'un autre moins doté, le Tarn-et-Garonne.

Les gestionnaires d'établissements et services :

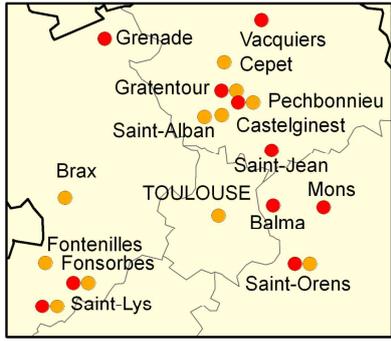
Le dispositif médico-social est principalement géré en Midi-Pyrénées par le secteur associatif à but non lucratif. Le secteur public est très peu représenté.

Sur 110 gestionnaires recensés en 2010, 85 d'entre eux (plus de 77 %) géraient moins de 5 établissements (moyenne de 2 établissements par organisme). Seules trois associations ont une implantation régionale et gèrent en moyenne 40 établissements.

**Etablissements pour enfants
handicapés en Midi-Pyrénées**



Etablissements pour adultes handicapés en Midi-Pyrénées



- Commune d'implantation**
- Foyer d'Accueil Médicalisé - FAM
 - Maison d'Accueil Spécialisée - MAS
 - Limites de bassin de santé
 - Limites de département

0 10 20 40 Km
 Source : FINESS - FINAT 2010

ARS Midi-Pyrénées - OES - 16 novembre 2012

© IGN-GEOFLA © 2000

2.1 Améliorer l'équité d'accès dans les territoires de santé

Il s'agit d'offrir aux personnes en situation de handicap de toute la région les mêmes chances d'accès à une prise en charge adaptée et de qualité, et dans la mesure du possible, de proximité.

Le Tarn-et-Garonne présente un taux d'équipement très bas, inférieur à la moyenne nationale, pour le secteur enfants. Des places supplémentaires seront créées, par extension non importante de capacité ou par appel à projet.

Les sept autres territoires ont des taux d'équipement supérieurs aux taux nationaux (6,95 au 01/01/2010 pour les établissements pour enfants et 1,40 pour les adultes). Pour ceux qui ont des taux inférieurs à la moyenne régionale, leur sous-équipement est donc relatif.

La région Midi Pyrénées dispose par conséquent d'un potentiel important en matière d'équipement médico-social qui sera mis à contribution pour mettre en place la politique de maintien dans le milieu ordinaire des personnes handicapées, telle que définie dans le thème précédent :

- Par transformation de places d'établissements en services dans les territoires les mieux équipés de la région en établissements médico-sociaux : Aveyron, Gers, Hautes-Pyrénées.
- Par création de places nouvelles en SESSAD et en SAMSAH, pour les territoires les moins équipés ou en forte augmentation de population : Haute-Garonne, Tarn et Tarn-et-Garonne.

L'ARS préconise que des réponses de proximité soient apportées de manière prioritaire par les établissements et services médico-sociaux.

Dans un souci de meilleure connaissance et d'une réponse au plus près des besoins, elle sera, au même titre que les MDPH et les Conseils Généraux, informée, par les établissements et services des recrutements dérogeant à cet objectif d'accueil de proximité ; ceci en particulier s'agissant des recrutements hors région.

Un bilan de l'évolution de l'offre sera réalisé à mi-parcours du PRS, prenant notamment en compte les impacts de la mise en service des autorisations en cours d'installation et du développement des services. La programmation de création de places nouvelles pourra être revue sur la base de ce bilan.

2.2 Analyser et homogénéiser les coûts des structures médico-sociales

L'Agence régionale de santé Midi-Pyrénées étudiera, en lien avec les fédérations, les disparités des coûts des structures médico-sociales pour enfants et adultes handicapés ainsi que les possibilités de redéploiements financiers permettant de dégager des marges de manœuvre qui pourraient financer en partie les créations de places identifiées comme prioritaires.

Elle utilisera notamment les résultats issus de l'enquête nationale auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (enquête « ES » 2010).

2.3 Développer les coopérations, mutualisations et regroupements

La taille des associations gestionnaires est un enjeu important dans l'optimisation de la qualité des prises en charge.

En effet, la gestion de plusieurs établissements facilitant la mutualisation de moyens, permet de disposer de la logistique suffisante pour fournir le meilleur service aux personnes en situation de handicap, de développer la qualité, d'améliorer et d'adapter les bâtiments, de libérer des marges de manœuvre ainsi que de développer les établissements et services.

2.3.1 Soutenir et favoriser les mutualisations entre établissements et services médico-sociaux

Le secteur médico-social fait face à de profondes mutations. Le contexte incite fortement à la restructuration du secteur, par le biais de la contractualisation et de la coopération, en privilégiant les outils existants : les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et les GCSMS (groupements de coopération sociale et médico-sociale) notamment.

La mutualisation des moyens, au regard de l'environnement des établissements concernés, sera une des conditions de signature des CPOM entre l'ARS et les établissements médico-sociaux. Ces modes de relation et de gestion entre les promoteurs et l'ARS permettront ainsi une adaptation de la gouvernance des organismes gestionnaires et constitueront un point d'appui à l'accompagnement au changement du secteur médico-social.

L'ARS soutiendra la signature de conventions de gestion, la mise en place de GCSMS qui pourront également permettre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...). Ils permettent notamment des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

L'ARS portera particulièrement son attention sur les mutualisations suivantes :

- Mutualisation des moyens techniques comme les mutualisations des moyens de transport, de l'entretien des établissements
- Mutualisation des fonctions support notamment par le développement de systèmes d'informations
- Mutualisation des ressources humaines :
 - Partage de postes entre structures pour les personnels spécialisés tels que les psychologues, responsable qualité, psychomotriciens, orthophonistes, psychiatres...
 - Mutualisation des pratiques : échanges de procédures, retour d'expériences, expertises, protocoles, formations...

Le renouvellement des autorisations des sièges sociaux associatifs sera conditionné par la prise en compte de ces orientations.

Cette politique de coopérations sera mise en œuvre prioritairement au niveau départemental en collaboration avec le Conseil général.

2.3.2 Soutenir les regroupements par des fusions de structures ou d'association gestionnaires

L'ARS souhaite qu'une réflexion soit menée, en lien avec les partenaires concernés sur les possibilités de regroupement afin de répondre aux évolutions du secteur, notamment en proposant une prise en charge adaptée, de qualité, aux personnes handicapées accueillies en établissements.

Pour les organismes gestionnaires de petite taille, les efforts de regroupement seront analysés avec attention et accompagnés dans le cadre de la signature des CPOM.

L'ARS souhaite que les gestionnaires des structures médico-sociales (établissements et services) lui fassent parvenir, à mi-parcours du projet régional de santé, des propositions de regroupements ou de mutualisations.

A la suite de l'exploitation d'un questionnaire adressé en juin 2011, à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux de la région, l'ARS a constaté que toutes les structures pour personnes handicapées n'ont pas encore réalisé leur évaluation interne et que seul un très petit nombre a mené leur évaluation externe.

En 2012, l'ARS organisera avec le soutien de l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) des réunions d'échanges à destination des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.

Ces réunions porteront sur :

- Des retours d'expériences.
- Des expériences de mise en œuvre de référentiels communs entre structures.
- Des bilans des enquêtes régionales : évaluation des pratiques de bientraitance, enquête sur la réalisation des évaluations internes/externes de juin 2011...

A la suite de ces journées, l'ARS sollicitera des gestionnaires afin d'initier la mise en place de groupes de travail pour des réunions d'échanges et de mise en commun de référentiels.

Cet appui méthodologique permettra aux gestionnaires qui le souhaitent et qui n'ont pas encore opté pour l'un de ces documents, de s'orienter plus facilement vers un référentiel correspondant à sa structure (petit établissement, spécificité du projet d'établissement, services...).

Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques

Orientation

1

Optimiser l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

La prise en charge globale des personnes handicapées ne repose pas exclusivement sur le secteur médico-social. La continuité et l'efficacité de la prise en charge dans le cadre global de leur parcours de santé doivent être garanties.

Des besoins spécifiques d'amélioration de la prise en charge sont à prendre en compte plus particulièrement en ce qui concerne les handicapés psychiques, les autistes et les personnes handicapées vieillissantes et âgées.

La complémentarité entre les services de soins et les établissements médico-sociaux est indispensable afin de garantir la continuité et l'efficacité de la prise en charge des personnes handicapées dans le cadre global de leur parcours de santé.

L'accès à l'ensemble des soins, liés ou non au handicap, doit être garanti par un accompagnement adapté.

En complément

SRP

Dans le cadre du Schéma régional de prévention, des objectifs seront définis avec les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées. Voir partie 2.2.4 :

« Associer les établissements médico-sociaux et sanitaires aux objectifs de prévention »

En complément

SROS

Dans le cadre du SROS « Offre de soins ambulatoire », sera mise en place une organisation des soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées

1.1 Optimiser la collaboration entre hôpitaux et structures médico-sociales pour une meilleure équité devant l'accès aux soins

Des partenariats fonctionnels existent actuellement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Ces partenariats ne sont souvent pas formalisés et peuvent fragiliser la garantie, pour la personne handicapée, d'une prise en charge globale dans les meilleures conditions du droit commun.

Dans le cadre des projets d'établissement et des objectifs des CPOM des établissements sanitaires et médico-sociaux les collaborations entre ces structures seront formalisées, afin d'adapter les modalités de consultations et d'exams médicaux et de développer si nécessaire des prises en charges partagées.

Dans ce contexte, chaque établissement de santé désignera des « référents handicap ». Ces référents mettront en place une coordination régionale pour mutualiser leurs pratiques.

Chaque établissement médico-social devra intégrer à son projet d'établissement un volet soins et un volet prévention.

1.2 Favoriser les liens avec la psychiatrie

Pour les personnes présentant des difficultés psychiatriques, l'objectif est de favoriser la coordination des institutions susceptibles de les accueillir afin de garantir la continuité du parcours et assurer une prise en charge adaptée notamment en matière d'hospitalisation d'urgence.

Les personnes en difficultés psychiatriques se trouvent souvent en situation d'errance institutionnelle. Les institutions médico-sociales sont régulièrement confrontées à des difficultés de placement dans des établissements spécialisés lors de décompensations et de situations de crise.

La coordination entre les institutions prenant en charge ces personnes et le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie du territoire sera organisée et formalisée.

Les établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes souffrant de troubles mentaux et les établissements de santé qui dispensent des soins psychiatriques signeront une convention pour :

- Organiser les soins avec l'hôpital, pour les résidents des établissements médico-sociaux qui ne disposent pas de compétences médicales et paramédicales (psychiatre, infirmier). L'exercice partagé des praticiens hospitaliers psychiatres entre les établissements de santé et les structures médico-sociales sera favorisé, le cas échéant avec l'appui de la télémédecine.
- Faciliter les prises en charge dans les établissements de psychiatrie pour les personnes accueillies dans les structures médico-sociales nécessitant une hospitalisation lors de décompensation et de situations de crise.

L'ARS demandera aux établissements d'organiser des formations pluri-professionnelles conjointes visant à promouvoir les notions de projet de soins personnalisé et d'accompagnement des patients dans la durée.

En complément

SROS

Dans le cadre du SROS « Psychiatrie », l'ARS a décidé de diligenter une étude auprès des établissements autorisés en psychiatrie pour évaluer les besoins des personnes hospitalisées au long cours. Lorsque la prise en charge relèvera d'une structure médico-sociale, l'ARS envisagera une reconversion de lits sanitaires en places médico-sociales.

Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques

Orientation

2

Renforcer la prise en charge des personnes présentant des troubles envahissants du développement et des troubles autistiques

La fréquence de l'autisme et des TED en France dans la population générale a donné lieu à des estimations variables, en fonction du mode d'échantillonnage et des critères diagnostiques.

En Midi-Pyrénées, à partir des données 2010 de la Haute Autorité de Santé, le nombre de personnes concernées serait de l'ordre de 24 600, soit un taux de prévalence pour les TED de 60 à 70 pour 10 000.

Pour ce qui concerne les enfants, le rapport de juin 2011 du registre des handicaps de l'enfant de Haute-Garonne (RHE31) conduit, à l'instar des données recueillies en Isère, à des estimations de l'ordre de 28,2 TED pour 10 000 enfants.

L'augmentation du nombre de personnes avec TED est en partie expliquée par la modification des critères diagnostiques, l'amélioration du repérage par les professionnels dans la population générale et le développement des services spécialisés.

Une enquête réalisée en 2009 par le Centre de Ressource de l'Autisme de Midi-Pyrénées auprès de l'ensemble des établissements sociaux (foyers d'hébergement, foyers de vie) et médico-sociaux a permis d'identifier les places occupées par des personnes atteintes de TED dont l'autisme.

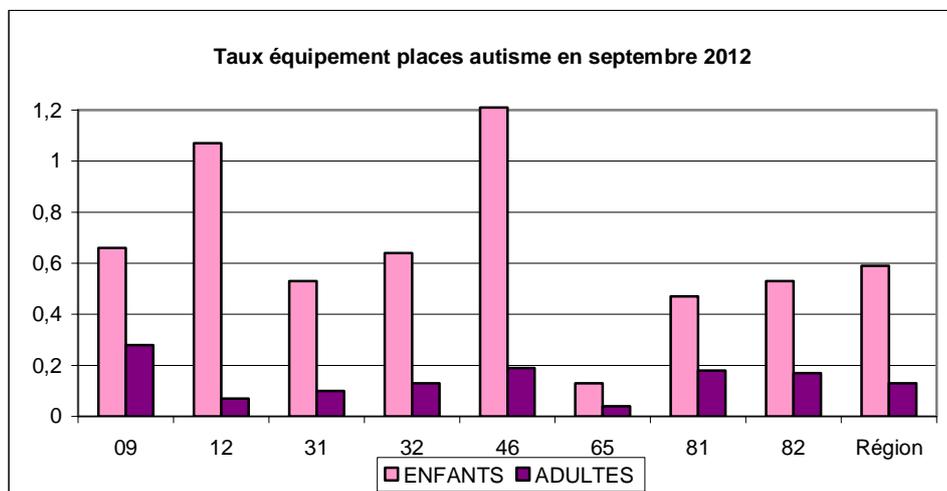
Sur les 105 établissements et services qui ont déclaré accueillir cette population, 1 399 personnes ont été identifiées (636 enfants et 763 adultes) :

- 552 places (hors CAMSP) sont occupées par des enfants autistes ou présentant des TED pour 296 places agréées à ce titre (soit 54 % des enfants TED ou autistes pris en charge dans des places agréées). Les IME accueillent 85 % d'entre eux (474) pour 238 places agréées. Les SESSAD accueillent cette population pour 10 % d'entre eux (70).
- 521 places sont occupées par des adultes autistes ou présentant des TED dans les MAS et les FAM, pour 142 places agréées à ce titre (soit 27 % des adultes TED ou autistes pris en charge dans des places agréées).

Si l'on comptabilise les places occupées dans les foyers d'hébergement, foyers de vie et foyers occupationnels de la compétence des Conseils Généraux, plus de 210 personnes y sont accueillies.

Au 30/09/2012, la région Midi-Pyrénées compte 389 places autorisées pour la prise en charge des enfants et 223 places pour les adultes.

Le taux d'équipement régional en places pour enfants est de 0,59 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans et pour les adultes de 0,13 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans.



Source : ARS Midi-Pyrénées - septembre 2012

L'objectif est de requalifier des places actuellement non agréés pour l'accueil de personnes présentant des TED ou des troubles autistiques.

L'analyse de l'enquête CRA 2009 fait apparaître les écarts les plus importants entre places occupées et places autorisées pour la prise en charges de TED dans les départements de la Haute Garonne, du Gers, des Hautes-Pyrénées et du Tarn.

Le comité technique régional pour l'autisme (CTRA) élaborera un cahier des charges régional de bonnes pratiques de prise en charge, en appui avec le CRA, afin de disposer d'un outil commun à l'évaluation de la prise en charge des personnes avec TED et autisme.

A partir de ce cahier des charges, qui reposera sur les recommandations de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de l'HAS, les établissements et services médico-sociaux éligibles à la procédure de requalification seront identifiés.

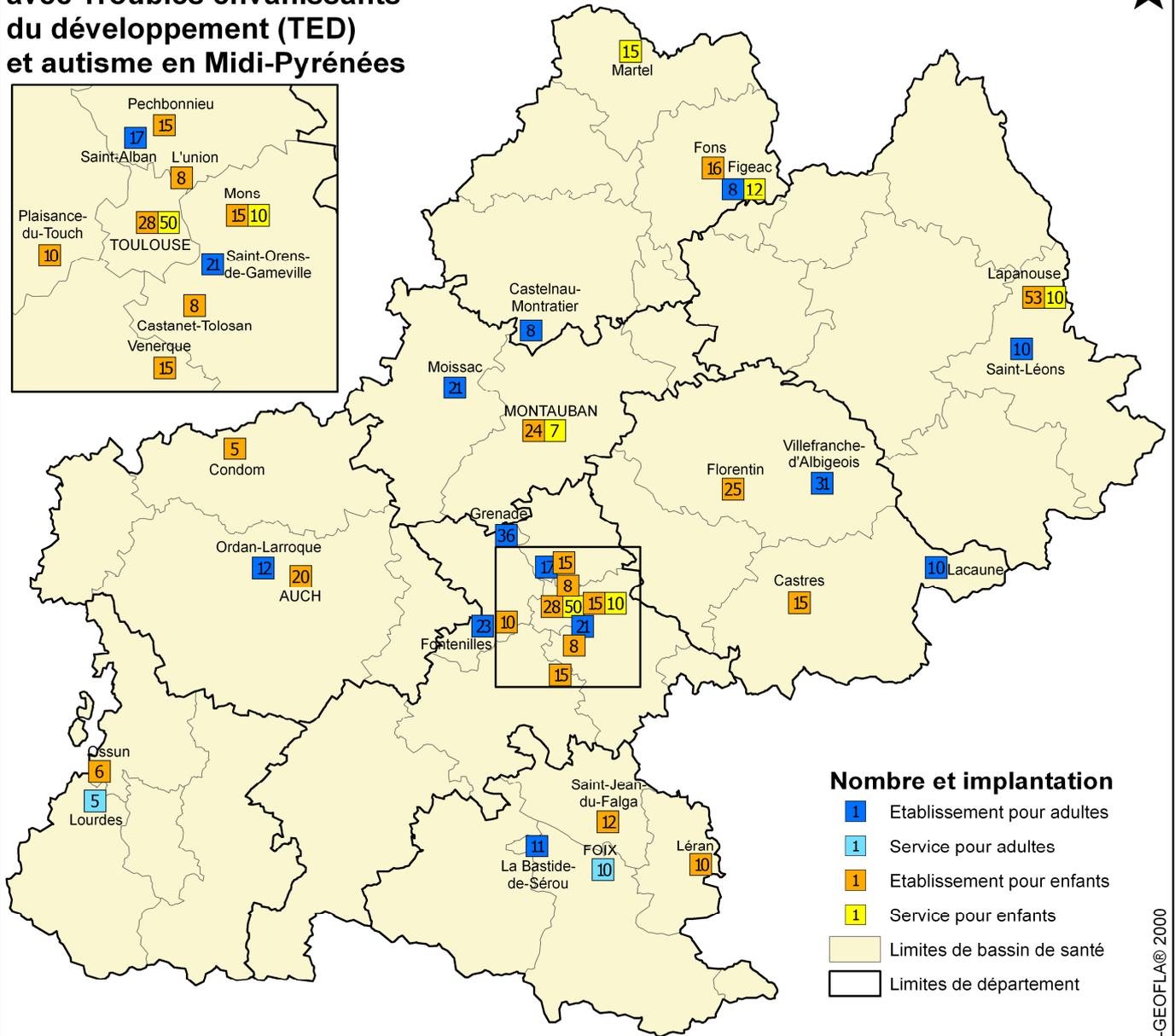
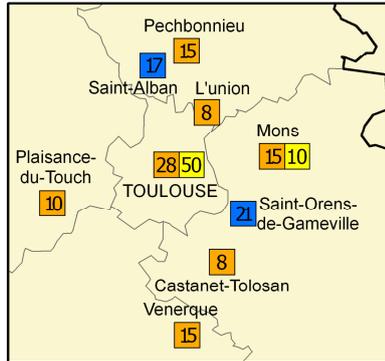
Afin de corroborer les données déclaratives de l'enquête CRA, la requalification de places sera effectuée, après contrôle de l'adéquation de la prise en charge et se concrétisera par la délivrance d'un agrément formalisant la création d'unités spécifiques dans les établissements concernés.

Échéances :

- 2012 : Elaboration et validation du cahier des charges
- 2013 : Contrôles de l'adéquation des prises en charge
- 2013-2014 : Requalification des places et délivrance des agréments



**Places autorisées pour des personnes
avec Troubles envahissants
du développement (TED)
et autisme en Midi-Pyrénées**



Nombre et implantation

- 1 Etablissement pour adultes
- 1 Service pour adultes
- 1 Etablissement pour enfants
- 1 Service pour enfants
- Limites de bassin de santé
- Limites de département

0 10 20 40 Kilomètres

Source : ARS Midi-Pyrénées - 2 octobre 2012

ARS Midi-Pyrénées - OES - 4 octobre 2012

© IGN-GEOFLA® 2000

Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques

Orientation

3

Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques

Le handicap psychique peut se définir comme la limitation ou la restriction de participation subie par une personne en raison d'une altération substantielle de ses fonctions psychiques par le fait d'une affection psychiatrique survenue à un moment antérieur de sa vie.

Ceci entraîne de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne (toilette, habillage, courses, cuisine, entretien, déplacements...) ainsi que dans les relations sociales et le travail. Elles peuvent être plus ou moins compensées par la personne, avec l'aide de son entourage, et affecter à des degrés divers la vie sociale, professionnelle et l'autonomie personnelle.

La diversité et l'intrication psychologique, médicale et sociale des troubles générés par la pathologie mentale, exige d'organiser une offre de soins, préventifs et curatifs, qui articule l'ensemble des dispositifs dans le champ sanitaire, spécialisé en psychiatrie ou non, dans d'autres champs, médico-social, social, voire éducatif ou judiciaire.

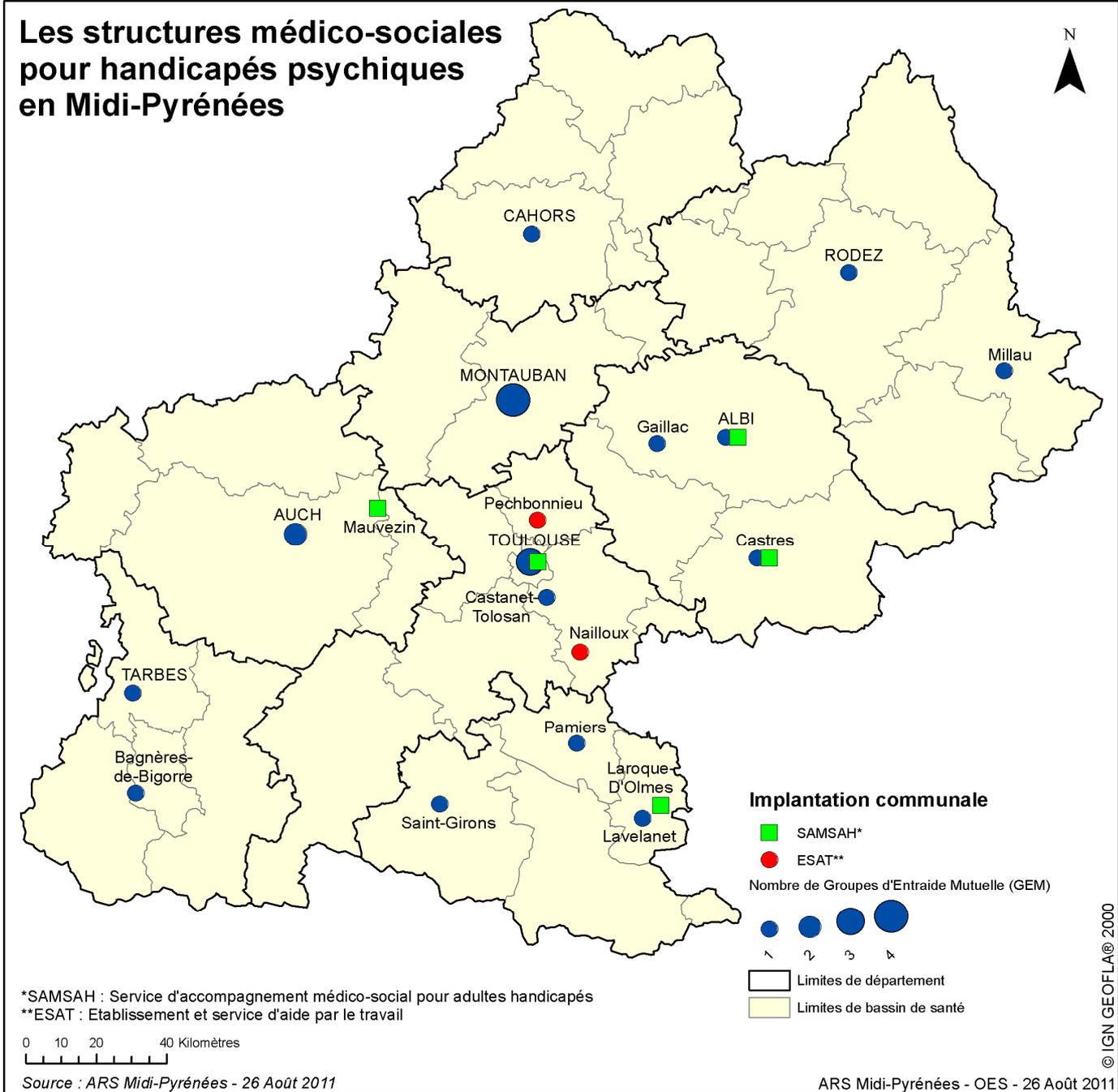
Pour ce type de situations de handicap, il y a nécessité de souplesse et de réactivité pour évaluer et accompagner les personnes en continu.

La région Midi Pyrénées compte 5 SAMSAH spécialisés dans la prise en charge des handicapés psychiques. Pour l'ensemble de la région, deux ESAT se situant en Haute Garonne (au total 110 places) sont répertoriés « déficience du psychisme ».

Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société. Créés par les usagers, ils peuvent se définir comme un collectif de personnes animées d'un même projet d'entraide. Ils doivent s'efforcer d'être une passerelle permettant aux personnes qui les fréquentent de retrouver une vie sociale satisfaisante.

Il existe 21 GEM dans la région, qui assurent l'aide et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Il y a en moyenne 2 à 3 GEM par territoire de santé, excepté pour le Lot qui n'en dispose que d'un seul. Ces structures sont souvent concentrées dans les chefs lieux de département.

Les structures médico-sociales pour handicapés psychiques en Midi-Pyrénées



3.1 Favoriser l'identification d'unités spécifiques dans des structures médico-sociales pour adultes

Afin d'avoir une réponse adaptée aux personnes handicapées psychiques, l'ARS analysera l'accueil des personnes handicapées psychiques dans les structures médico-sociales au regard des orientations MDPH. A partir de cette analyse, un cahier des charges sera élaboré en lien avec les fédérations. Sur cette base, les établissements médico-sociaux pour adultes (FAM, MAS) adapteront leur projet d'établissement aux besoins de ces personnes. Ils favoriseront une prise en charge partenariale (convention avec les hôpitaux psychiatriques).

L'ARS veillera à la mise en place de ces unités dans le cadre de la procédure de contractualisation (CPOM).

3.2 Développer l'accompagnement du handicap psychique à domicile

Afin d'assurer une prise en charge de proximité aux personnes handicapées psychiques, l'ARS Midi-Pyrénées favorisera le développement de structures d'alternative à l'hébergement afin de leur permettre de continuer ou de revenir vivre dans le milieu ordinaire :

- Les SAMSAH ont vocation à accueillir les personnes handicapées psychiques. L'ARS envisage la création de places de SAMSAH psychiques dans l'Aveyron, la Haute-Garonne, les Hautes-Pyrénées et le Tarn-et-Garonne.
- 15 bassins de santé de la région sont couverts par un ou plusieurs GEM. Ce dispositif de proximité n'est pas toujours assuré dans certains bassins de santé.

Afin de donner aux personnes handicapées psychiques la possibilité de bénéficier de ce dispositif de proximité, l'ARS de Midi-Pyrénées favorisera leur développement dans les bassins de santé les moins équipés. A échéance du plan, l'ensemble des bassins sera couvert par ce dispositif avec la création de 18 GEM.

Echéances :

- Création de SAMSAH Psychiques sur la durée du schéma (Cf. Thème 2 - Accompagner les personnes handicapées en milieu ordinaire de vie ou de travail / Orientation 1 : Développer les services et les alternatives à l'hébergement).
- Création de Groupes d'entraide mutuelle sur la durée du schéma.

3.3 Développer le soutien aux aidants

Le maintien ou le retour à domicile des personnes handicapées n'est possible que par une importante implication des aidants familiaux. Le développement du soutien aux familles ayant des proches handicapés psychiques doit leur permettre de mieux les accompagner.

L'ARS Midi-Pyrénées s'appuiera sur les opérateurs associatifs régionaux et départementaux spécialisés afin de développer, sur l'ensemble de la région des actions permettant aux aidants et aux familles d'être moins isolés et mieux informés pour faire face au handicap psychique d'un proche.

3.4 Proposer dans les établissements et services d'aide par le travail un accompagnement spécifique pour les personnes handicapées psychiques

Le rapport de novembre 2009 de la Direction générale de la cohésion sociale, relatif à la modernisation et au développement des ESAT, note la progression du handicap psychique dans le milieu du travail protégé qui concernerait aujourd'hui près d'un usager sur cinq en tant que handicap principal.

Afin d'assurer une prise en charge optimale de ces personnes handicapées, l'ARS demandera aux ESAT de revoir leur projet d'établissement pour l'adapter à cet accompagnement spécifique. Chaque territoire de santé devra disposer, aux termes du schéma, de places pour la prise en charge de travailleurs présentant un handicap psychique.

Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques

Orientation

4

Assurer la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées

L'évolution démographique des personnes handicapées accueillies dans les établissements spécialisés combinée à l'élévation de leur espérance de vie fait apparaître l'importance de la question du vieillissement de la personne handicapée comme celle de la population générale.

La personne handicapée vieillissante est définie par le comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées (CCAH) de la façon suivante : "personne qui, dans son parcours de vie, a été handicapée avant de connaître les effets du vieillissement, ces derniers pouvant apparaître plus tôt que la moyenne nationale, entraîner un ajout de fragilités et provoquer ainsi une perte d'autonomie nécessitant un accompagnement spécifique".

Cette problématique du vieillissement entraîne des changements importants dans les pratiques professionnelles et pose la question des modalités d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Des adaptations de l'offre sont à réaliser pour répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent se voir opposer leur âge pour rester dans leur établissement d'accueil.

Il convient de garantir dans chaque territoire de santé l'adaptation des projets d'accompagnement individuels et des projets institutionnels aux besoins liés au vieillissement des personnes handicapées.

4.1 Évaluer les prises en charge mises en place pour ce type de population

La région Midi-Pyrénées dispose à l'heure actuelle de peu de structures spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes et âgées.

Sept départements offrent la possibilité d'une prise en charge spécifique de ces populations :

- L'Ariège :
 - 1 FAM.
- L'Aveyron :
 - 3 EHPAD.
- Le Gers :
 - 2 FAM.
- La Haute-Garonne :
 - 4 FAM,
 - En cours d'installation : 1 structure expérimentale type FAM pour personnes handicapées âgées,
 - 2 EHPAD.
- Les Hautes-Pyrénées :
 - 2 EHPAD prenant en compte dans leur projet d'établissement l'accueil de personnes handicapées vieillissantes et notamment de personnes handicapées psychiques.
- Le Tarn :
 - 2 EHPAD avec une unité spécifique,
 - 1 SSIAD pour personnes handicapées à proximité d'un foyer de vie, pour adaptation de l'accompagnement.
- Le Tarn-et-Garonne :
 - 1 FAM.

Ces structures relèvent du secteur médico-social adultes handicapés et du secteur personnes âgées. Leur évaluation permettra d'avoir une meilleure connaissance de la dimension spécifique de cette prise en charge dans ces deux secteurs et d'initier une politique d'identification de places pour personnes âgées vieillissantes dans l'ensemble des territoires de la région.

L'expérimentation du SSIAD dans le Tarn pourra également, à l'issue de l'évaluation, servir de support au développement de prises en charge à domicile à partir de structures SSIAD ou SAMSAH déjà existantes.

En complément de ces évaluations, l'ARS analysera la pyramide des âges dans les structures médico-sociales, en particulier en ce qui concerne les tranches d'âge 45-60 ans et 60 ans et plus.

4.2 Organiser dans chaque territoire des réponses adaptées et diversifiées aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées

L'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées en établissements se fera dans des unités dédiées :

- En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- En établissement pour personnes handicapées (MAS, FAM).

La mise en place de ces unités, à la suite de l'évaluation des prises en charge spécifiques déjà existantes, se fera en étroite collaboration avec les Conseils généraux, sur la base d'un cahier des charges à élaborer conjointement.

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et âgées nécessitera la formation spécifique des professionnels. Elle sera prise en compte et intégrée dans le plan de formation et dans les projets d'établissement des structures.

Chaque territoire de santé devra disposer d'unités identifiées pour la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes et âgées à l'échéance du projet régional de santé.

Echéances :

- 2012/2013 : Évaluation des prises en charge mises en place.
- 2013/2016 : Identification d'unités ou de structures spécifiques.

Améliorer la continuité du parcours de santé des personnes handicapées et prendre en compte les besoins spécifiques

Orientation

5

Mettre en place une prise en charge concertée et personnalisée pour les jeunes en grande difficulté

Dans chaque département, les acteurs impliqués dans le suivi des jeunes signalent des situations très difficiles pour lesquelles les modalités de prise en charge courantes ne sont pas adaptées, leurs besoins se situant à l'interface des dispositifs sociaux (aide sociale à l'enfance...), sanitaires (pédopsychiatrie ...) et médico-sociaux (ITEP ...).

Le parcours de vie de ces jeunes est le plus souvent chaotique, étant émaillé :

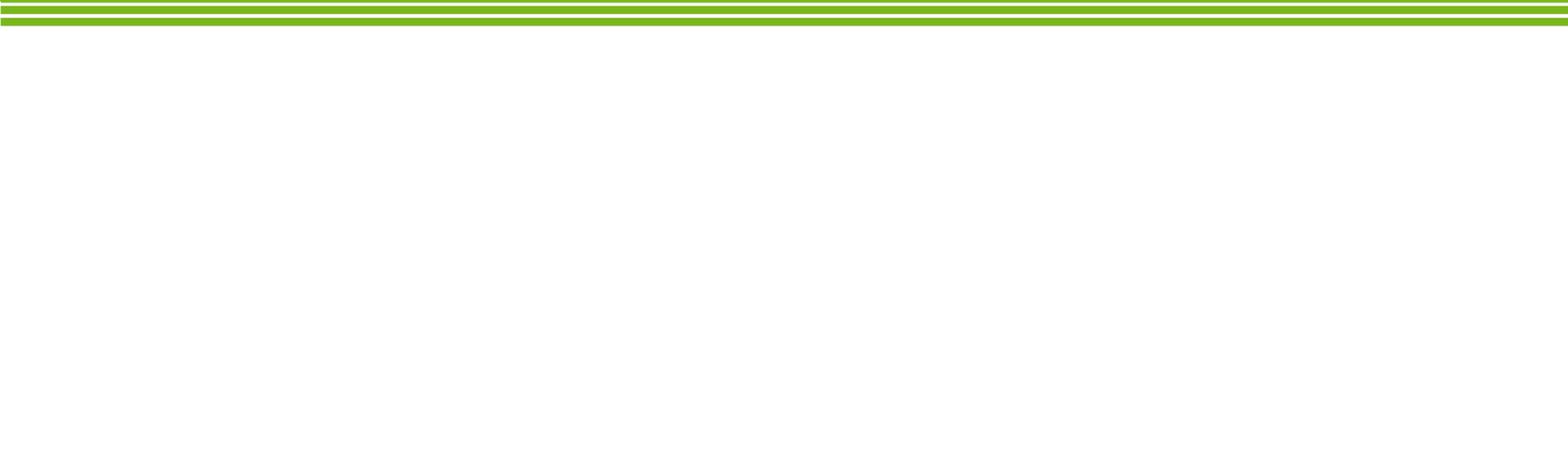
- d'événements traumatiques graves (décès d'un proche, rejet par les parents, violences conjugales, violences sexuelles avérées, maltraitance, maladie psychique de l'un des parents...) ayant amené à un signalement et un placement précoces,
- de ruptures de prises en charge entraînant des placements multiples ayant pour origine des troubles des conduites et du comportement (comportements agressifs, fugues, violences à personnes connues, délits...),
- de ruptures de scolarité et d'échec scolaire.

La majorité de ces jeunes bénéficie ou a bénéficié d'un suivi sur le plan psychiatrique et/ou a été hospitalisé en psychiatrie lors d'une crise. Au-delà de la gestion de la « crise » nécessitant une hospitalisation et révélant une souffrance psychique importante ou parfois le développement de troubles psychopathologiques graves, il faut pouvoir accompagner différemment le parcours de vie et de soins de ces jeunes.

Les prises en charge, notamment en relais de la protection judiciaire de la jeunesse, par le secteur médico-social se caractérisent par la difficulté d'assurer une continuité des soins.

Il convient de rechercher une cohérence des interventions et des complémentarités permettant de construire des réponses les plus appropriées et les plus globales possibles par le biais d'un partenariat entre les institutions parties prenantes (décloisonnement institutionnel et travail en réseau) et du développement de pratiques professionnelles prenant en compte l'histoire des jeunes, l'interdisciplinarité et l'élaboration de projets collaboratifs où chaque institution tient sa place (en termes de missions et d'interventions).

Plusieurs instances de coordination existent dans la région : maisons des adolescents, commission des jeunes en grande difficulté dans les Hautes-Pyrénées, RAP31 en Haute-Garonne, RESADO dans le Tarn et Garonne. L'ARS proposera aux Conseils généraux et aux autres partenaires concernés, de réaliser une évaluation de ces expériences et de définir conjointement le mode d'organisation le plus efficace pour coordonner leur action et définir des parcours personnalisés pour traiter au mieux ces situations.



SROS

SROMS



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

**Schéma régional
d'organisation des soins**

Midi-Pyrénées

**et Schéma régional
d'organisation médico-sociale**

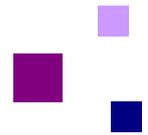
Addictologie

2012 / 2017



SROS > Organisation des soins
SROMS > Organisation médico-sociale

Addictologie



Contexte

p. 93

Cartographie des implantations existantes

p. 94

Orientation

1

Structurer les soins
en addictologie

p. 95

- 1.1 Finaliser le maillage territorial de niveau I
- 1.2 Développer le dispositif inter-territorial de recours de niveau II
- 1.3 Créer un pôle de référence régional en addictologie de niveau III

Cartographie des implantations existantes

p. 98

Orientation

2

Organiser l'accès aux services médico-sociaux
dans chaque territoire de santé

p. 99

- 2.1 Renforcer et pérenniser le dispositif des CSAPA
- 2.2 Renforcer le dispositif de réduction des risques

Orientation

3

Développer les interfaces et renforcer la coordination
entre l'hôpital, le médico-social et le premier recours

p. 101

- 3.1 Développer la formation des professionnels à l'addictologie
- 3.2 Développer les coopérations entre addictologues
et professionnels de la périnatalité
- 3.3 Soutenir les dispositifs de coordination en addictologie

L'addiction, avec ou sans produit, se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement qui se poursuit malgré la connaissance de ses conséquences négatives. Si on observe un continuum entre l'usage simple, l'usage à risque et la dépendance, ces trois phases sont bien distinctes et imposent des stratégies différentes : prévention pour l'usage simple, prévention et réduction des risques pour les usages nocifs, prise en charge et réduction des risques pour la dépendance.

Les usagers doivent pouvoir bénéficier d'une continuité des prises en charge par la coordination des professionnels du premier recours, du dispositif médico-social et du sanitaire. Des stratégies d'intervention doivent donc être développées pour garantir cette continuité.

Du point de vue épidémiologique, alcool et tabac sont deux déterminants majeurs de la mortalité prématurée évitable. Ils sont également à l'origine d'une morbidité importante.

Les premiers résultats de l'enquête ESPAD¹ 2011, chez les adolescents de 15-16 ans, montrent que la France a encore des efforts à faire pour limiter les consommations : hausse des usages récents de tabac, surtout chez les filles ; consommation d'alcool qui reste élevée ; « alcoolisation ponctuelle importante » (API) qui ne baisse pas ; consommation récente de cannabis en hausse et expérimentation des drogues illicites stable (hors cannabis). Ces résultats placent la France en mauvaise position par rapport aux voisins Européens, avec une évolution plutôt négative depuis 2007.

Le Baromètre Santé Midi-Pyrénées 2010, publié en janvier 2012, nous indique également que près du tiers des personnes âgées de 18 à 75 ans fument et consomment en moyenne 13,4 cigarettes : 52 % présentent des signes de forte dépendance. Même s'il est en légère augmentation par rapport à 2005, le statut tabagique est globalement comparable au reste de la France.

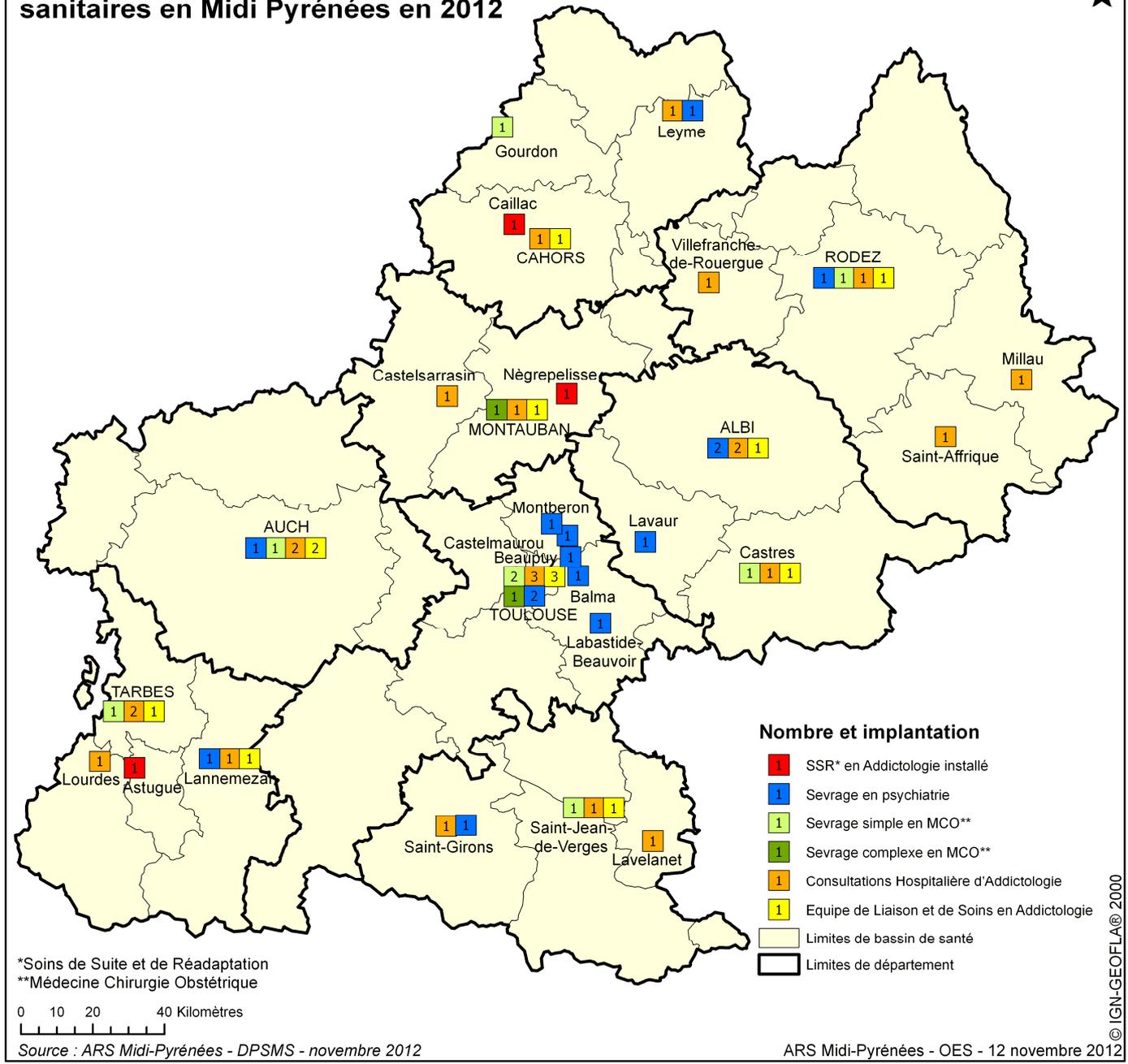
15 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent consommer de l'alcool quotidiennement (contre 11,4 % pour la France entière), près de 30 % ont une consommation à risque ponctuel (versus 28 % pour la France) et 11 % à risque chronique ou dépendant (versus 9 % pour la France). Chez les jeunes, l'usage quotidien diminue alors que les ivresses répétées augmentent.

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus fréquemment consommée : 8 % des 18-64 ans en ont consommé au moins une fois dans l'année et 5 % déclarent un usage dans le mois (données comparables à celles de la France entière). L'usage du cannabis est essentiellement le fait des plus jeunes : près de 23 % des 18-25 l'ont consommé dans l'année. Le niveau d'expérimentation reste élevé (36 % des 18-64 ans versus 33 % pour la France).

Le comité technique régional « Addictions » (COTER) a contribué à la construction de ce schéma. Il accompagnera sa mise en œuvre, en collaboration avec l'Agence régionale de santé.

¹ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, mai 2012 : comparaison par rapport à l'enquête de 2007

**Addictologie : implantation des services
sanitaires en Midi Pyrénées en 2012**



Les soins hospitaliers s'entendent comme une organisation cohérente et graduée qui concerne les consultations, le fonctionnement des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), l'hospitalisation complète et celle de jour, l'hospitalisation spécialisée en psychiatrie et la prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR). La filière soins s'appuie nécessairement sur des partenariats solides au sein de chaque territoire d'implantation entre le médico-social, les réseaux et la médecine du premier recours.

1.1 Finaliser le maillage territorial de niveau I

Le niveau I, territorial, est destiné aux soins simples. Il comprend :

- Une consultation hospitalière d'addictologie, qui est assurée dans chaque bassin, interface entre le dispositif addictologique hospitalier, ambulatoire et la médecine du premier recours.
- Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui intervient auprès des patients en appui aux équipes soignantes, développe des liens avec les acteurs intra et extra hospitaliers, forme et conseille les soignants. Ces interventions ont lieu au sein de l'établissement dont dépendent les équipes ou sont développées avec des établissements qui ont conclu une convention.
- Un accueil dans des lits de médecine avec des personnels formés pour assurer le sevrage simple (5 à 10 jours d'hospitalisation).

Pour assurer la complémentarité entre les soins somatiques et la psychiatrie, une convention sera signée entre établissements de court séjour et ceux autorisés en psychiatrie.

L'ARS reconnaîtra au moins un site de niveau I dans chaque territoire et au moins deux sites en Haute-Garonne.

Les autres établissements assurant des sevrages simples, sans être dotés du dispositif décrit plus haut, devront signer une convention avec l'établissement de niveau I le plus proche.

1.2 Développer le dispositif inter-territorial de recours de niveau II

Le niveau II, dit de recours, doit répondre aux besoins d'une population de 500 000 habitants. Il comprend les éléments de niveau I, plus une structure de court séjour spécialisée de 10 à 15 lits. Cette unité est constituée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée en addictologie, offrant la possibilité de réaliser des soins complexes, en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour². La durée d'hospitalisation est de 2 à 4 semaines.

² Circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé autorisés en psychiatrie ayant développé un projet et une pratique addictologique spécifique.

Les soins de suite et de réadaptation, quand ils sont spécialisés sur les addictions (SSRA), sont considérés comme de niveau II. La prise en charge vise à consolider l'abstinence pour des patients relevant de soins complexes, temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire. La prise en charge varie de quelques semaines à 3 mois. Ces structures doivent disposer au minimum de 15 à 20 lits et au maximum de 60 à 70 lits.

1.2.1 Reconnaître les établissements dont les prises en charge permettent les sevrages complexes

Dans la région, les reconnaissances contractuelles de niveau II, formalisées par un CPOM, ne concernent actuellement que le Centre Hospitalier de Montauban. Il est nécessaire d'identifier d'autres établissements pouvant assurer ces prises en charge qui devront être reconnues par un avenant au CPOM.

Au-delà des établissements autorisés en psychiatrie reconnus comme ayant une pratique addictologique et des établissements autorisés en SSR avec une mention « affections liées aux conduites addictives », cinq implantations devront répondre aux besoins de la population de Midi Pyrénées.

Ces implantations sont réparties comme suit:-

- Deux en Haute-Garonne, couvrant également l'Ariège,
- Une pour le Nord, couvrant le Tarn-et-Garonne et le Lot,
- Une pour le Sud, couvrant les Hautes-Pyrénées et le Gers,
- Une pour l'Est, couvrant l'Aveyron et le Tarn.

1.2.2 Finaliser la mise en place des Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

En Midi-Pyrénées, quatre établissements SSR seront autorisés pour cette activité.

Pour faciliter leur intégration dans la filière de prise en charge, chaque SSR Addictologie passera convention avec un établissement de court séjour de niveau I ou II.

1.2.3 Développer les liens entre les services de court séjour et la psychiatrie

La fréquence des co-morbidités psychiatriques nécessite des prises en charge conjointes. Par ailleurs, certains établissements de santé autorisés en psychiatrie ont développé des savoirs-faire permettant sevrages simples et complexes. La nécessité de combiner approches somatiques et psychiatriques impose de formaliser les liens par convention entre les établissements de santé de court séjour et ceux autorisés en psychiatrie.

1.3 Créer un pôle de référence régional en addictologie de niveau III

Le niveau III, dénommé Centre d'addictologie universitaire régional, constitue un niveau de référence régional doté des mêmes moyens que les structures de niveau II, assurant la coordination de l'enseignement, de la formation et de la recherche.

Le CHU de Toulouse dispose de compétences pour les prises en charge du tabac, de l'alcool et des drogues illicites mais pas de service d'addictologie structuré. Par ailleurs, il n'existe pas de filières d'enseignement universitaire en addictologie. Pour être habilité niveau III, le CHU doit créer une unité pour « soins complexes » (niveau II) et développer l'enseignement et la recherche.

1.3.1 Développer les sevrages complexes au CHU de Toulouse

Il est nécessaire que le CHU de Toulouse regroupe, au sein d'une unité de prise en charge des addictions de 10 à 15 lits, les activités en rapport avec l'addictologie qui sont, aujourd'hui, effectuées dans les services de psychiatrie, de gastro-entérologie et de pneumologie. Un SSRA doit être associé au dispositif.

Le CHU doit donc :

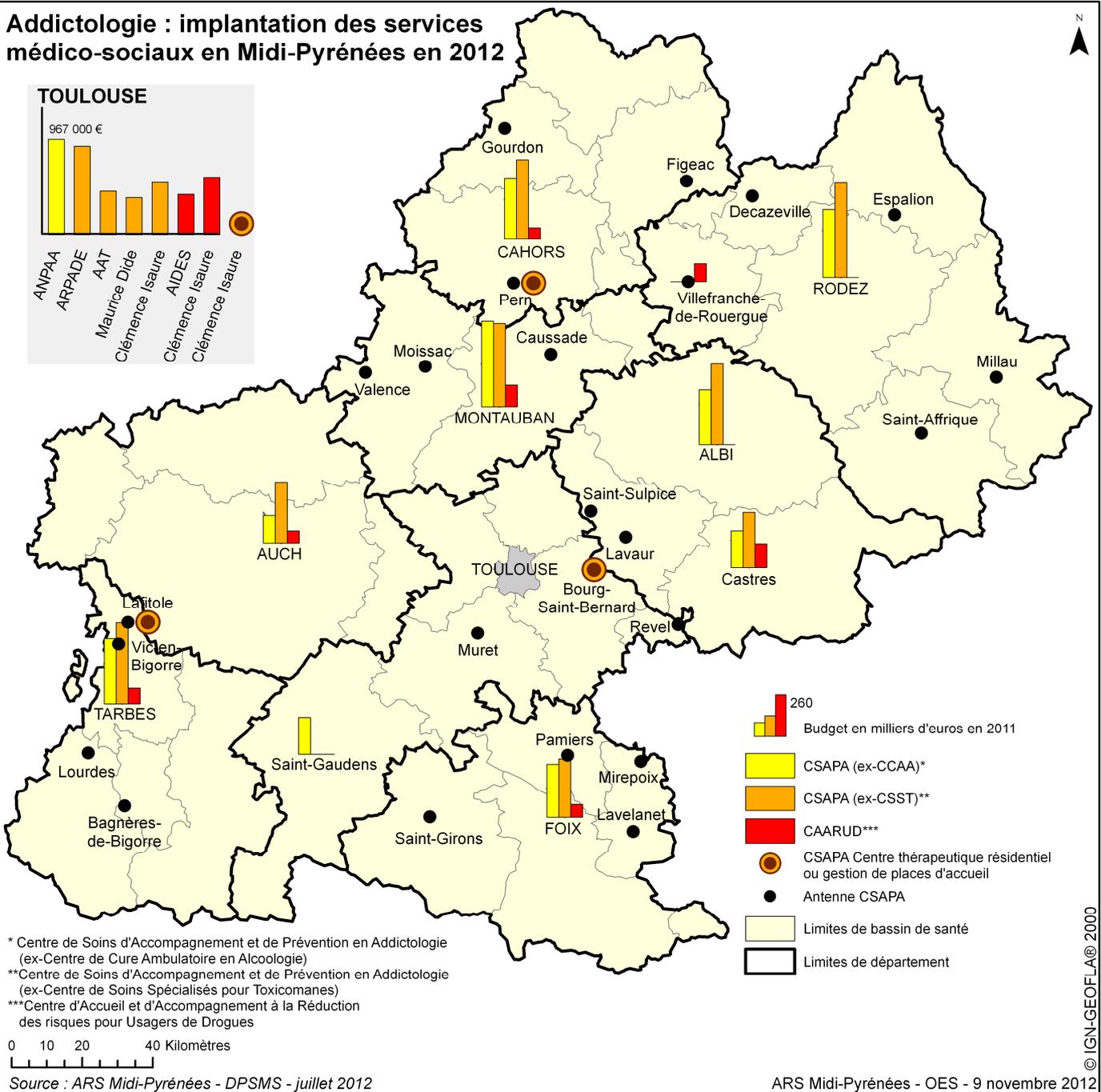
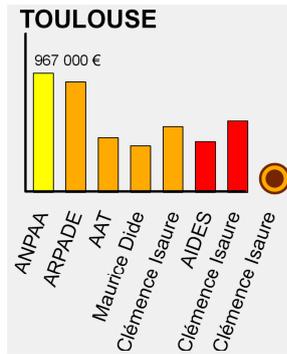
- développer les consultations d'addictologie,
- renforcer l'équipe de liaison et de soins en addictologie,
- créer une unité de court séjour pour soins complexes,
- développer des relations par conventions avec les différents partenaires de la région (structures de niveau I ou II et structures médico-sociales).

1.3.2 Créer un DESC en addictologie

Il n'existe pas de Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en « addictologie » en région Midi-Pyrénées. Pour se former, les candidats doivent aller à Bordeaux ou Paris. Le CHU de Toulouse et l'Université devront définir les conditions pour créer un Diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie à Toulouse.

Cartographie des implantations existantes

Addictologie : implantation des services médico-sociaux en Midi-Pyrénées en 2012



© IGN-GEOFLA® 2000

Organiser l'accès aux services médico-sociaux dans chaque territoire de santé

La mise en œuvre des prises en charge requiert une approche décloisonnée du système d'accompagnement et de soins. Le secteur médico-social en addictologie a pour spécificité d'assurer une offre de proximité, pluridisciplinaire. Elle répond aux besoins par une offre ambulatoire ou résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne, en interface avec la médecine du premier recours et l'hôpital.

Ce secteur est structuré autour de deux dispositifs :

- les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui ont contribué à consolider la place de l'addictologie dans le médico-social mais sont de création récente ;
- les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), dites structures à « bas seuil d'exigence », qui permettent de développer la « réduction des risques » pour des personnes toxicomanes qui ne sont pas en demande de soins.

2.1 Renforcer et pérenniser le dispositif des CSAPA

Les CSAPA proposent un accueil, une information, une évaluation médicale, psychologique et sociale, et l'orientation de personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. Les CSAPA doivent aussi assurer une prise en charge globale et développer la « réduction des risques ». Ils peuvent également assurer des consultations de proximité, développer le repérage précoce, la prévention, la formation et intervenir auprès des détenus.

Chaque structure doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire dimensionnée pour permettre une prise en charge polyvalente prenant en compte toutes les consommations.

En Midi-Pyrénées, l'objectif est d'optimiser le dispositif de prise en charge des CSAPA. Dans la région, certains CSAPA sont de petite taille, ce qui ne leur permet pas de développer l'ensemble de leurs missions. Par ailleurs, bien que la plupart aient demandé des agréments « généralistes » afin de prendre en charge tous les comportements addictifs, beaucoup ont gardé une forte spécificité par produit (alcool ou drogues illicites). Il faudra donc veiller à développer les prises en charge polyvalentes, soit directement au sein de chaque CSAPA, soit par convention entre structures. Des mutualisations ou regroupements pourront être recherchés.

Au sein de chaque territoire, les prestations médicales d'addictologie devront être développées.

Les équipes des CSAPA favorisent l'intervention précoce dans les dispositifs de droit commun afin d'assurer la continuité de la prise en charge en ambulatoire ou en résidentiel.

Les liens entre CSAPA et établissements pénitentiaires seront renforcés.

2.2 Renforcer le dispositif de réduction des risques

Les CAARUD, structures dites de « bas seuil », ont pour mission principale de créer un contact avec des usagers marginalisés, qui ne sont pas en demande de soin, et de prévenir les pathologies infectieuses liées aux consommations de stupéfiants, par la distribution de matériel stérile.

2.2.1 Améliorer l'accessibilité des CAARUD sur toute la région

Chaque territoire est doté d'un CAARUD, mais ces établissements, en dehors de l'agglomération toulousaine, sont le plus souvent faiblement dotés en moyens, ce qui ne garantit pas une bonne accessibilité en terme d'horaires d'ouverture. Un bilan du dispositif doit être réalisé avec les partenaires pour proposer des améliorations et une montée en charge de ce dispositif.

2.2.2 Développer un programme de méthadone à « bas seuil d'exigence » à Toulouse

Pour une partie de la population usagère de drogues, le dispositif de droit commun est perçu comme trop contraignant. Ces usagers ont tendance à se procurer les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) dans la rue où la pratique d'injection est encore fréquente. De nouvelles solutions sont à proposer pour permettre aux usagers d'obtenir ces traitements dans un cadre moins contraignant.

Le COTER étudiera la faisabilité d'un projet de méthadone dit de « bas seuil ».

2.2.3 Organiser la prise en charge des populations spécifiques

Les personnes détenues ayant un problème d'addictions nécessitent l'intervention de professionnels du sanitaire et du médico-social pour la prise en charge et la préparation à la sortie. Les liens entre les établissements pénitentiaires et les partenaires extérieurs seront développés.

Développer les interfaces et renforcer la coordination entre l'hôpital, le médico-social et le premier recours

3.1 Développer la formation des professionnels à l'addictologie

La formation initiale des professionnels de santé est insuffisante. Elle ne permet pas d'acquérir les bases permettant un repérage précoce et une prise en charge correcte. Par ailleurs, ces professionnels sont en demande d'une formation continue dans ce domaine.

3.1.1 Former les médecins du premier recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)

Le médecin du premier recours se trouve souvent démuné pour aborder la question de la consommation d'alcool avec son patient. Le manque de temps et l'absence de valorisation de l'acte sont également souvent évoqués.

Les médecins des départements des Hautes-Pyrénées et du Lot ont déjà bénéficié d'une formation au RPIB en 2008. Il est prévu d'étendre ces formations à toute la région, au rythme de deux départements par an. Une quarantaine de médecins seront formés dans chaque département en s'appuyant sur le guide de l'Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie (IPPSA). Le déploiement du dispositif doit permettre de former des médecins dans chaque bassin de santé.

L'ARS s'assurera de la montée en charge auprès des équipes expérimentatrices de l'animation des bassins.

3.1.2 Développer des formations à l'addictologie dans les instituts de formation

Les écoles de formation pour les carrières sanitaires et sociales (infirmiers, sage-femme, aides soignantes, éducateurs, assistantes sociales) devront développer un module sur les conduites addictives.

Les partenaires de l'addictologie, au sein du COTER, seront chargés d'en déterminer le contenu.

3.2 Développer les coopérations entre addictologues et professionnels de la périnatalité

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la cause majeure de retard mental d'origine non génétique. Ces troubles sont irréversibles alors qu'ils sont évitables. Le tabagisme est, quant à lui, à l'origine d'hypotrophie du nouveau né. L'objectif consiste à favoriser le travail en réseau entre gynéco-obstétriciens, pédiatres, sages femmes, assistantes sociales, médecins généralistes, personnels de la petite enfance, personnels des PMI et intervenants en addictologie...

Des consultations d'addictologie devront être proposées dans toutes les maternités. Elles devront, en abordant d'abord la question des consommations de tabac, permettre un bilan précis des consommations d'alcool et autres substances psychoactives.

Chaque maternité mettra en place la démarche « Maternité sans tabac » sur la base des référentiels et recommandations.

Les COTER « addiction » et « périnatalité » analyseront la montée en puissance des actions communes.

3.3 Soutenir les dispositifs de coordination en addictologie

Les dispositifs permettant la coordination des acteurs doivent être maintenus.

Un réseau régional dédié aux addictions sera créé. Ce « réseau régional addictions » devra :

- optimiser les prises en charge qui devront être globales et multidisciplinaires,
- soutenir les professionnels dans leur activité quotidienne, favorisant, pour les patients, l'accès aux soins et la continuité des prises en charge,
- promouvoir des espaces de réflexion, diffusant informations et référentiels de bonnes pratiques.

A l'interface de ces dispositifs, il s'agira également de soutenir le Centre d'information et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) dénommé « Graphiti » qui a une mission d'observation, de documentation et de formation interprofessionnelle.

Le CIRDD devra se positionner en appui du réseau régional addictions et du COTER.



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9
05 34 30 24 00

www.ars-midipyrenees.sante.fr

