



PREFECTURE PYRENEES- ORIENTALES

# **RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS**

**SPECIAL N ° 33 - MARS 2012**

# SOMMAIRE

## Partenaires Etat Hors PO

### Agence régionale de santé

Arrêté N °2012069-0009 - ARRETE ARS LR N ° 2012-212 portant adoption du Schéma Régional de PREVENTION du LANGUEDOC- ROUSSILLON .....	1
Arrêté N °2012069-0010 - ARRETE ARS LR N ° 2012-213 portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du LANGUEDOC- ROUSSILLON .....	83
Arrêté N °2012069-0011 - ARRETE ARS LR N ° 2012-214 portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO- SOCIALE du LANGUEDOC- ROUSSILLON .....	200





PREFECTURE PYRENEES- ORIENTALES

## **Arrêté n °2012069-0009**

signé par Le Directeur Général de ARS  
le 09 Mars 2012

**Partenaires Etat Hors PO**  
**Agence régionale de santé**

ARRETE ARS LR N ° 2012-212 portant  
adoption du Schéma Régional de  
PREVENTION du LANGUEDOC-  
ROUSSILLON



**ARRETE N° 2012-212**

**Portant adoption du Schéma Régional de PREVENTION  
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de Santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R 1434-1 à R1434 – 7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n ° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon, portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

VU l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon, portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional de PRÉVENTION du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3 et listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

## ARRETE

**Article 1 :** Le Schéma Régional de PRÉVENTION de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté est adopté pour une durée de 5 ans.

**Article 2 :** le Schéma Régional de PRÉVENTION de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

**Article 3 :** Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé. Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

**Article 4 :** Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
de Languedoc-Roussillon,

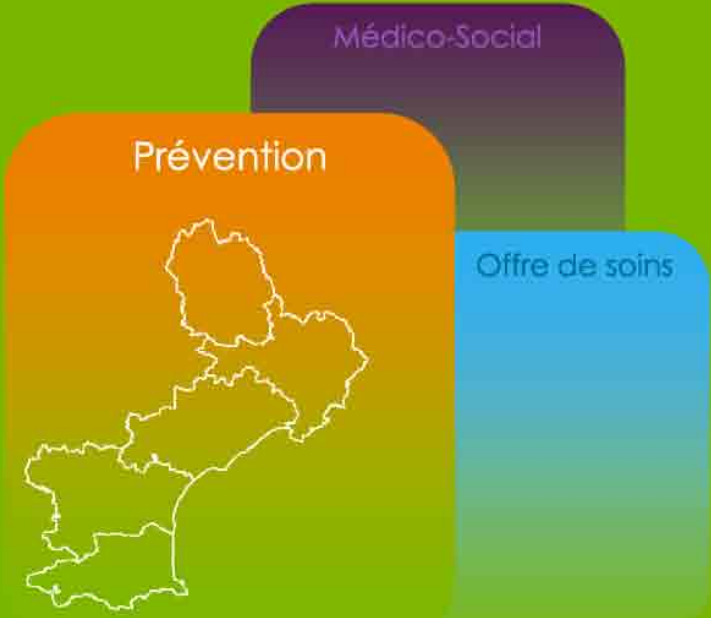
**signé**

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		<b>Collectivités territoriales</b>		
		<b>Communes</b>		
		<b>11 - Aude</b>		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		<b>30 - Gard</b>		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		<b>34 - Hérault</b>		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomieres	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		<b>48 - Lot-et-Garonne</b>		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pampidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		<b>66 - Pyrénées Orientales</b>		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Fomigueres	Favorable	

# Schéma régional de la prévention





## PREAMBULE Le champ de la prévention (1)

### Une politique de prévention associant l'éducation pour la santé, la protection des populations, la promotion de la santé...

« La prévention est (...) l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien et de l'amélioration de la santé ».

« Les politiques de prévention dont le but est de supprimer et de réduire les risques (infectieux, environnementaux, technologiques ...) visent à créer une culture de gestion des risques basée sur la participation de chacun à la gestion de sa santé ».

« La promotion de la santé désigne à la fois une stratégie d'action collective (...) un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (...) et une démarche professionnelle, c'est-à-dire un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements et des environnements sociaux liés à la santé. L'un des enjeux majeurs est de donner la priorité à la réduction des inégalités sociales de santé. »

La population ciblée est l'ensemble de la population de la région.

Ce sont les définitions auxquelles se réfère l'ARS dans le Plan Stratégique Régional de santé (PSRS) et le présent Schéma régional de Prévention, où la santé est donc une notion positive et un objectif qui peut être atteint :

- en agissant ou en donnant aux personnes et aux groupes de populations des moyens pour agir sur les déterminants qui la conditionnent (promotion de la santé)
- en favorisant le renforcement des capacités des personnes (information, éducation pour la santé, éducation thérapeutique),
- en favorisant les choix et l'implication collectifs (démocratie participative, action communautaire).

Les déterminants de santé qui influencent favorablement ou défavorablement l'état de santé, recouvrent des dimensions environnementale, démographique, sociale, économique, culturelle, politique, juridique, géographique, historique, et sanitaire ... etc. Le système de soins n'est que l'une de ces composantes, d'autant que les déterminants sociaux jouent un rôle majeur dans l'état de santé d'une population.

Ces multiples déterminants en interagissant interfèrent avec le parcours de vie des personnes, qui s'inscrit dans le temps, dans des milieux socialement construits, des communautés locales qui offrent des ressources qu'il importe de positionner.

## PREAMBULE Le champ de la prévention (2)

### .... et une culture de l'évaluation d'impact sur la santé.

Dans le droit fil d'une approche systémique de la santé, des outils de mesure ont été développés sous le nom d'évaluation d'impact sur la santé (EIS), définie ainsi par l'OMS : « Une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population ».

Ces études analysent les conséquences sur la santé en termes directs et indirects et conduent sur des recommandations. Appliquée aux politiques publiques locorégionales (collectivités territoriales, autres administrations, ...), cette démarche permet de renforcer les liens entre la santé et les autres politiques. L'EIS est un outil qui a fait ses preuves en matière de réduction des inégalités spatiales et sociales de santé.

L'ensemble des références est tiré des ouvrages « Agences régionales de santé » – INPES

- « Promotion, prévention et programmes de santé. » – Sous la direction de François Bourdillon
- « Les inégalités sociales de santé » - Sous la direction de Bernard Basset
- « Financer, professionnaliser et coordonner la prévention » - Sous la direction de Nathalie Leuridan

## Sommaire

### I – Le cadre de construction du schéma

1. Enjeux, spécificités et articulations du SRP
2. Synthèse du diagnostic

### II – Les composantes du schéma

1. **Une gouvernance régionale forte**  
La commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention
2. **Des outils de structuration et d'appui au niveau de la région**
  - 2.1 **Plateforme et pôles**
    - La plateforme de veille et de sécurité sanitaire
    - Le pôle de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé
    - Le pôle de compétence en éducation thérapeutique
    - Le pôle de ressources en santé environnement
  - 2.2 **Les groupes experts**
3. **Au niveau local**
  1. Les projets locaux de santé
  2. Les métiers de l'animation territoriale de santé
  3. Le déploiement du panier de service de proximité
  4. La refinalisation des dispositifs de prévention spécifiques
  5. La finalisation de réseaux territorialisés de veille, d'alerte et de gestion des alertes
  6. Les dispositifs « partenaires »

### 4. Une ingénierie technique

- L'observation de la santé
- Les systèmes d'information
- Des formations
- Une ingénierie de contractualisation

### III - Les indicateurs de suivi du schéma

## ANNEXES

### Annexe I- Méthode

#### Annexe II- Diagnostic

1. **Besoins de santé : une synthèse des diagnostics régionaux**
2. **Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses**

#### Annexe III- Les dispositifs spécifiques

1. **CDAG et CIDIST**
2. **CLAT**
3. **Centres de vaccination**
4. **Plateformes de dépistage organisé des cancers**
5. **Dispositif d'addictologie**

## I – LE CADRE DE CONSTRUCTION DU SCHEMA



## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (1)

### 1.1 Les enjeux du Schéma Régional de la Prévention (SRP)

Les enjeux portés par le SRP sont fixés par la Loi HPST et trouvent une résonance particulière en Languedoc Roussillon.

#### □ Déplacer le centre de gravité du système de santé des soins vers la prévention

L'enjeu est d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, la qualité de vie et de diminuer la mortalité précoce évitable, en intervenant dès la période périnatale et le plus jeune âge afin de préserver le capital santé. Cet enjeu majeur du PSRS du Languedoc Roussillon a pour corollaire la mobilisation par l'ARS des leviers nécessaires, en termes de stratégie de financement à travers le Fond d'Intervention régionale (FIR) et en termes d'objectifs fixés aux acteurs du système de santé.

#### □ Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le rôle de la prévention est majeur à ce titre, sachant que 80% de la santé se joue en dehors du soin. L'existence de différences d'état de santé systématiques entre groupes sociaux, déterminant un gradient social de santé, est maintenant bien connue. Certaines études ont démontré que les politiques de prévention peuvent aggraver les inégalités sociales de santé en donnant une place prééminente aux stratégies fondées sur la modification de comportements (éducation pour la santé). Les inégalités sociales s'installent dès l'enfance (obésité, asthme, développement psychomoteur, cognitif ou langagier stratifié selon la position sociale de la famille) puis au long de parcours de vie difficiles, qui se traduisent par une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé. La pauvreté et la précarité en sont un des déterminants majeurs.

Réduire les inégalités sociales de santé est un enjeu central de la politique de santé en région et justifie un certain nombre de choix portés par le schéma de la prévention, qui fondent les développements à venir du PRAPS (en cours de construction).

- conduire des actions de promotion de la santé visant une action sur les déterminants et associant les populations.
- mobiliser les politiques intersectorielles et coordonner l'action publique
- agir en amont pour préserver le capital santé (dès la grossesse et la petite enfance)
- inscrire des actions spécifiques dans des projets locaux de santé au plus près des populations.
- déterminer les priorités territoriales pour les actions et programmes prenant en compte les déterminants socio-économiques

#### □ Sécuriser la veille sanitaire et développer des stratégies de réduction et de prévention des risques sanitaires

L'enjeu est de ne pas se limiter à une logique de réparation (la prise en charge), mais de développer une plus grande réactivité pour limiter les impacts, associée à une logique de prévention. Pour cela il importe de :

- sécuriser la veille en renforçant les systèmes de surveillance et en structurant un dispositif de veille permanent permettant le recueil et l'analyse de signaux divers,
- développer une stratégie d'intervention intégrant la connaissance de l'exposition aux risques, des programmes de réduction des risques (infectieux, naturels ou technologiques), sans négliger la coordination, la réactivité et la continuité des capacités de gestion.

## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (2)

### 1.2: La cohérence avec les principes du PSRS

Les principes définis dans le PSRS trouvent leur application dans ce schéma :

□ **L'évitabilité** est l'objet même du schéma de la prévention.

Elle fonde l'action sur les déterminants (politiques intersectorielles, conduites grâce à la commission de coordination de la prévention, en matière d'environnement, de qualité alimentaire, d'aide à la parentalité...), les politiques d'éducation pour la santé (au long de la vie, au cours des étapes de vie), les politiques de dépistage précoce pour un accompagnement vers le soin (addictions, VIH et hépatites, cancer, obésité et diabète...), mais aussi la sécurisation de la veille et de l'alerte.

□ **L'accessibilité** justifie plusieurs choix dans le schéma d'organisation de la prévention

Une attention particulière doit être portée en direction des populations les plus vulnérables et les plus éloignées des préoccupations de santé. L'accès à l'éducation pour la santé est corréé à la condition économique et sociale. Il est particulièrement difficile pour les personnes handicapées.

□ **En direction des populations paupérisées ou précarisées, le schéma régional de la prévention sous-tend les développements ultérieurs du PRAPS à travers :**

- La choix d'implantation sur tous les territoires du panier de service de proximité, socle de prestations auxquelles la population doit pouvoir prétendre quelles que soient ses difficultés d'accès, en zone rurale ou dans les quartiers enclavés des grandes villes
- L'évolution des dispositifs de prévention spécifique (centres de vaccinations, dispositifs de dépistages ...) à déployer sur le territoire, entre adaptation aux populations et accompagnement des personnes (qui implique de mieux définir les priorités et cahiers des charges)
- La mise au travail dans les pôles ressources des méthodologies d'intervention pour ne pas aggraver les inégalités ou pour les réduire (définition des publics et thèmes prioritaires en matière d'éducation thérapeutique, accompagnement par les pairs et par les acteurs communautaires en matière d'éducation à la santé...)

□ **La sécurité constitue** l'objet même de la veille et de l'alerte sanitaire mais traverse tout le champ de la prévention

Elle nécessite la mise en place d'un dispositif concerté de veille et de sécurité sanitaire, structurant au niveau régional. Mais c'est dans l'ensemble du champ de la prévention qu'elle requiert la mobilisation de compétences et de méthodologies d'intervention évaluées car en prévention également l'impact d'interventions inadéquates peut être délétère.

□ **La qualité** en est l'autre face, incontournable dans la recherche d'efficience.



## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (3)

### 1.3 Les particularités du SRP

Il s'agit d'un premier schéma d'organisation en matière de prévention qui obéit à une complexité et à des caractéristiques spécifiques.

**□ Il a vocation à organiser le déploiement de politiques intersectorielles**

Si l'ARS pilote la politique de santé en région, les programmes d'actions mobilisent de nombreuses institutions (Etat, Collectivités territoriales, Assurance Maladie, établissements de santé). Le schéma est ainsi caractérisé par la nécessité de mettre en cohérence de nombreux domaines y compris pour affiner les diagnostics. Ceci sous-entend la nécessité de mettre en commun les bases de connaissances et de définir des indicateurs : la mise en place de cette ingénierie sera un des objectifs de ce premier schéma.

**□ Il s'adresse à l'ensemble de la population des usagers citoyens.**

Il doit veiller à l'accès de l'ensemble des habitants de la région aux politiques de prévention en prenant en compte les espaces de vie : famille, école, travail, cité .... mais aussi établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées et les structures sociales accueillant les personnes « sans chez soi ».

**□ Il s'adresse à tous les professionnels de santé et à tous les acteurs œuvrant pour la santé**

Tous les métiers des champs sanitaire, social, médico-social et de l'éducation sont directement concernés par le déploiement de la politique de prévention en région.

**□ Il est sous-tendu par le choix d'une politique de promotion de la santé en région**

L'action doit s'étendre à l'ensemble des déterminants de la santé incluant la prise en compte des risques environnementaux et des milieux pour en limiter l'impact sur la santé.

**□ Le SRP s'inscrit dans une dynamique territoriale**

Pour répondre aux besoins locaux de manière cohérente, c'est-à-dire par des projets de santé globale sous-tendant les parcours de vie, le déploiement de la prévention doit prendre appui sur les autres schémas d'organisation territoriale, y compris en matière sociale. Cependant l'échelle territoriale pertinente, pour ce qui concerne le pilotage et / ou l'intervention, est variable d'un thème à l'autre. Le territoire identifié doit correspondre à une dynamique sur laquelle asseoir une coordination locale.

**□ Le SRP couvre le champ de la sécurité sanitaire de façon intégrée au reste de la prévention**

L'organisation et le déploiement des outils structurants intègre les objectifs :

- de sensibilisation des professionnels de santé au signalement d'événements sanitaires;
- de sécurisation et coordination du recueil et de l'analyse des données environnementales et épidémiologiques (qualité et exhaustivité)
- de gestion le cas échéant des crises;
- de développement des stratégies de prévention visant à diminuer l'exposition aux risques.

## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (4)

### □ Les éléments structurants positionnés dans le schéma relèvent d'une logique de santé publique.

Ils sont positionnés dans le SRP du fait de l'architecture du PRS et de ses schémas qui segmentent l'approche globale. Pour autant ces éléments structurants, par définition, peuvent ne pas être limités au seul champ de la prévention dans son sens restreint. Ils ont vocation à être des outils communs pour l'ensemble des schémas.

### 1.4 Les articulations du SRP

Pour répondre aux besoins des personnes au long de leur parcours de vie, le SRP doit être fortement articulé avec les schémas ou cadres d'intervention de l'ensemble des institutions porteuses de ressources et de politiques ayant un impact sur la santé et s'inscrivant dans les communautés locales.

#### ➤ Le schéma est très fortement articulé avec les autres schémas et cadres d'intervention de l'ARS

- à travers la veille et la sécurité sanitaire qui traverse tous les champs et schémas.
- à travers les compétences régaliennes portées par l'ARS concernant notamment la santé environnementale ( contrôle des eaux, amiante....) et les vigilances (infections nosocomiales ...)
- avec le dispositif de premiers recours, les médecins ayant un rôle privilégié notamment pour le repérage précoce de certains troubles et pour l'éducation thérapeutique. Leurs liens avec les dispositifs spécifiques de prévention doivent être organisés dans le cadre d'une politique cohérente.
- avec le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé devant jouer un rôle structurant dans leur bassin d'implantation en s'ouvrant aux enjeux de santé en articulation avec les acteurs locaux.
- avec la politique des réseaux.
- avec le schéma d'organisation médico-sociale parce qu'il s'agit bien d'ouvrir aux populations prises en charge dans les établissements la totalité du « parcours en santé » et d'ouvrir les établissements et les services aux patients atteints de maladie chronique.
- avec le Plan Régional Santé Environnement 2 porté par l'ARS avec la DREAL et le Conseil régional.

## I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (5)

→ Il est très fortement articulé avec l'ensemble des politiques publiques en faveur de la santé

- Portées par ou avec les autres services de l'Etat : la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Education Nationale, la Direction régionale en charge du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), la Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DRAAF) ...

- portées par l' Assurance Maladie

- portées par les Collectivités locales dans le cadre de compétences réglementaires (les Conseils généraux pour la protection maternelle et infantile et l'action sociale départementale) ou de politiques volontaristes (Conseil régional, communes et intercommunalité )

**Les professionnels du premier recours** sont, du fait de leur rôle et de leur légitimité, des partenaires décisifs pour la réponse aux principaux enjeux du schéma.

→ Il sous-tend les développements du PRAPS

S'adressant à l'ensemble des habitants de la région, il prend en compte les difficultés spécifiques de l'accès à la prévention des populations paupérisées ou précarisées à travers les outils structurants qu'il positionne et sur lequel le PRAPS pourra s'adosser : l'implantation du panier de service de proximité, l'évolution et la territorialisation des dispositifs de prévention médicalisée, la mise au travail dans les pôles ressources des méthodologies d'intervention adaptées.

Au-delà de ces outils structurants, il met par le choix des groupes experts l'accent sur des risques socialement stratifiés (identifiés comme focus par le PRSR) : cancer, alcool, saturnisme, santé mentale, santé au travail.

Les déterminants sociaux ont une importance prééminente dans l'accès à la santé (prévention et soins) aussi bien qu'au long de la maladie chronique (souvent source ou facteur aggravant majeur de la précarisation ). Le SRP appelle donc une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la cohésion et de l'action sociale (CCAS, CAF, Conseils généraux, DDCS) et doit veiller à permettre l'accompagnement des personnes en difficulté.

Le développement dans tous les programmes de réponses au long du gradient social et des actions spécifiques en direction des personnes précaires sera spécifiquement développé dans le PRAPS.



## 1.2. Synthèse régionale du diagnostic (1)

Les travaux conduits dans le cadre de l'élaboration du schéma sont mis à disposition dans l'ANNEXE DIAGNOSTIC. Elle porte à connaissance la synthèse des travaux conduits dans les séries d'ateliers territorialisés avec les délégations territoriales de l'ARS et leurs partenaires. Elle présente :

- L'analyse critique des dispositifs et actions au regard des populations et des besoins de santé dans chaque territoire
- L'analyse de la couverture du territoire et des dynamiques locales susceptibles de favoriser un déploiement concerté des dispositifs
- L'identification des atouts et des faiblesses et la recherche de leviers mobilisables pour répondre aux objectifs assignés au schéma.

Ceci représente le « point zéro », initial, d'une évaluation des besoins et des réponses qui demandera à être étayée et surtout suivie par la mise en œuvre d'une observation dans la durée.

### 2-1 Des synergies à mettre en place et des coordinations interinstitutionnelles à renforcer

Depuis le Schéma régional d'éducation pour la santé (2004) et avec la création du groupement régional de santé publique (GRSP), l'élaboration du programme régional de santé publique et les premières sensibilisations des élus (2009) les avancées sont réelles. Elles se traduisent par des relations territoriales et institutionnelles effectives, particulièrement avec les collectivités territoriales et des élus locaux, et se concrétisent à travers la dynamique des Contrats locaux de santé (CLS).

Le choix d'intervenir sur les déterminants de santé et de concevoir des programmes bâtis pour sous-tendre les parcours de vie conduira à renforcer ces coordinations et à les adosser sur une cartographie des compétences et des financements alloués par chacun des partenaires.

### 2-2 Un déploiement concerté à concevoir pour couvrir le territoire

**Les ressources sont dispersées sur le territoire.** 70% des acteurs sont des associations, aux côtés d'établissements sanitaires, médico-sociaux, de collectivités et de leurs services. Les moyens sont concentrés dans les agglomérations, contrastant avec la faible couverture de certaines villes moyennes et de zones rurales. Des zones blanches sont identifiables où très peu d'acteurs de prévention interviennent, si ne n'est aucun. Les zones blanches ou fragiles sont particulièrement :

- ☐ **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan - Corbières), Port La Nouvelle
- ☐ **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols), Nord du département (les Cévennes)
- ☐ **Hérault** - Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)  
- Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clémont, Lodève)
- ☐ **Lozère** Zone blanche des Cévennes  
Zones fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
- ☐ **P O** Les Albères, le Fenouillèdes, le Pays Cerdan, le Haut Vallespir

## 1.2. Synthèse régionale du diagnostic (2)

Si les problématiques d'accès à la santé touchent les zones rurales elles existent aussi en zone urbaine, dans certains quartiers de grandes villes, particulièrement enclavés, où parfois peu d'intervenants pénètrent.

### 2-3 Un déploiement et un repositionnement à concevoir pour les dispositifs de prévention spécifique

Les Centres de vaccination, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) et les structures de gestion des dépistages organisés des cancers assurent un maillage du territoire régional qui pourrait sembler cohérent. Mais ils laissent des faiblesses en termes de couverture territoriale. Ces faiblesses correspondent aux zones blanches et fragiles.

D'autres difficultés, spécifiques, renvoient à des problèmes de positionnement des dispositifs :

- Le manque de coopération entre structures dans une perspective de couverture territoriale,
- le non respect des cahiers des charges nationaux ou régionaux concernant les actions hors les murs et la mobilité, rendant impossible un plan de dépistage et des interventions ciblées en direction des personnes vulnérables,
- l'absence de stratégies adaptées aux populations les plus en difficulté d'accès, particulièrement aux populations précaires,
- le manque d'articulation avec les acteurs locaux (travailleurs sociaux, éducatifs, médecins ...) pour informer et lutter contre les idées fausses, mobiliser et sécuriser les parcours.

Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) ont en charge l'addictologie et la prévention des risques et des dommages (sociaux, somatiques, infectieux, psychologiques ...) vis-à-vis des personnes ayant des consommations nocives ou des conduites d'addictions.

-Les CSAPA de la région sont concentrés dans les 5 grandes agglomérations (10 sur 19) mais les moyens par ailleurs dispersés (32 antennes) laissent des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires. Les 7 CAARUD, malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, n'assurent pas la couverture du territoire.

-Ce dispositif participe aux actions de prévention, en règle générale en milieu scolaire et en milieu festif et, selon les territoires, en milieu d'apprentissage ou d'insertion mais également dans les quartiers retenus au titre de la politique de la ville.

## I.2. Synthèse régionale du diagnostic (3)

**Les points de criticité identifiés** dans une approche de promotion de la santé portent sur :

- des actions de prévention qui n'inscrivent pas l'éducation pour la santé dans la durée, à chaque âge de la vie, ni n'investissent les lieux de vie au-delà de l'école, ni ne prennent en compte les circonstances de risques et de forte vulnérabilisation
- des actions conduites par les dispositifs de façon trop cloisonnée avec une mobilisation et une coopération insuffisantes avec certains acteurs essentiels parmi lesquels les professionnels de santé libéraux, les services de promotion de la santé des élèves et la médecine du travail.
- Au-delà de la couverture territoriale le problème posé est double. Le premier problème est le rôle des dispositifs qui doivent s'inscrire dans une politique globale de promotion de la santé. Le second problème est le cloisonnement des dispositifs qui constitue actuellement un frein au parcours de santé et de vie des personnes .

### **2-4 Acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé : le besoin d'asseoir des compétences, des métiers, des situations**

La diversité des professionnels et métiers concernés (tous les métiers des champs sanitaire, social, médico-social et de l'éducation) est une richesse. Mais il y a derrière les métiers une hétérogénéité des compétences dans le champ de la prévention et des situations mal reconnues : c'est le cas des bénévoles, dont l'intervention n'est pas marginale et parfois incontournable. Ces compétences encore inégales sont surtout difficiles à identifier par ceux qui voudraient les solliciter.

Parmi ces acteurs, les associations occupent une place très importante. Elles ne sont pas seulement des « prestataires de service » dans leur champ de compétence mais contribuent localement activement à la cohésion sociale, peuvent porter des projets innovants, apportent souvent des réponses aux difficultés quotidiennes des populations et contribuent à la mise en œuvre des politiques publiques.

Une faiblesse de la formation et un manque de reconnaissance des métiers rendent nécessaires les formations aux métiers d'animateurs en prévention et en éducation pour la santé, de chefs de projet, de coordonnateurs. D'une manière générale, une meilleure appropriation de la méthodologie de travail par projet contribuerait à moins segmenter les actions. Le besoin de formations aux méthodologies d'intervention se fait sentir.



## 1.2. Synthèse régionale du diagnostic (4)

### 2-5 Des interventions qui interrogent

La prévention nécessite une continuité d'intervention au cours de la vie, « d'étapes » de vie ou sur les milieux mobilisant une approche pluridisciplinaire. De ce point de vue, beaucoup d'interventions interrogent, quand elles sont isolées, ponctuelles, insuffisamment inscrites dans la durée, non coordonnées sur un territoire. En matière d'aide à la parentalité, un hiatus important intervient au moment de l'enfance avec une difficulté généralement pointée à relayer les actions développées au cours de la grossesse et de la petite enfance.

Ce constat concerne aussi la veille et la sécurité sanitaire. La construction du PRSE 2 a permis une grande avancée qui doit de la même manière traverser l'ensemble des champs où doit être développée une culture du risque pour la santé.

La prévention peut et doit faire référence à des données probantes, des référentiels d'intervention, utiliser des outils validés et évalués, alors que les interventions en région sont hétérogènes.

### 2-6 Des coordinations et animations territoriales à organiser

En ce qui concerne les dynamiques locales, le diagnostic territorial partagé révèle :

□ Le rôle important des fonctions d'animation et de coordination locales pour l'émergence d'un projet de santé : au niveau d'un bassin de vie, centrées sur l'objectif de donner toute leur place aux populations pour répondre à leurs besoins, elles ont notamment permis des dynamiques de santé à travers les ateliers santé ville.

□ L'importance de l'animation politique territoriale de l'ARS en lien avec les partenaires institutionnels et les collectivités : elle jette les bases du déploiement territorial des dispositifs et des actions, le Contrat local de santé se révélant une évolution possible du pilotage.

### 2-7 Les atouts de la veille et de la sécurité sanitaire en région

Le champ de la veille sanitaire bénéficie dans la région d'atouts notables :

- l'antériorité de la réflexion sur une organisation régionale
- l'antériorité du travail sur des outils de surveillance avec en particulier un système de recueil quasi exhaustif et enrichi de l'activité des services d'urgences et un travail régional sur le recueil et l'analyse des signaux.

La culture du risque et la vitalité des dispositifs spécialisés sont des atouts pour structurer une approche intégrative de l'analyse et de la gestion des risques infectieux, environnementaux et liés aux soins. Elle doit articuler, sur l'ensemble du champ, outils de veille, systèmes d'informations et coordination des acteurs : acteurs du soin (sanitaire, médico-social ou ambulatoire), de la prévention, de l'accompagnement social, partenaires de la surveillance environnementale, de l'alerte, de la gestion des risques et des crises.....

## 1.2. Synthèse régionale du diagnostic (5)

Des marges de progrès existent grâce à l'amélioration de l'organisation et des coordinations. La qualité et la représentativité des données, le partage des informations et des référentiels d'analyse et de gestion sont des objectifs qui doivent permettre à l'ARS de :

- consolider sa plateforme de veille et de gestion des urgences (cellule de veille d'alerte et des urgences sanitaires, cellule des vigilances, cellule régionale de défense et de sécurité et cellule de l'Institut National de veille sanitaire (INVS) en région).
- d'animer des réseaux de partenaires et professionnels relais de son action (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), Centre régional de pharmacovigilance (CRPV), Services communaux d'Hygiène et de santé, professionnels de santé scolaire, de PMI, de santé au travail etc...).

La voie a été tracée par la santé environnementale, à travers la construction du PRSE 2. Une avancée importante dans la culture du risque a été opérée, tant en termes de connaissance de l'exposition qu'en termes de stratégie d'intervention (réduction des risques). Elle doit être poursuivie, valorisée et articulée avec les autres volets du schéma. Elle nécessite une articulation avec les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Elle s'appuie sur le Réseau d'Echange en santé Environnementale (RESE) hébergé par l'ARS LR.

### 2-8 Des financements à mettre en cohérence

Une politique de promotion de la santé ne peut que reposer sur des synergies pluri institutionnelles. Assurance maladie (FNPEIS) et Mutuelles, collectivités territoriales et services de l'Etat financent pour une part souvent très importante programmes et actions.

L'enjeu, notamment à travers la Commission de coordination des politiques publiques, est de passer d'une politique d'animation à une politique de pilotage partagé mobilisant de façon concertée les acteurs et/ou les financements.

Dans cette perspective, les procédures actuelles, particulièrement le recours à l'appel à projet pour tous les programmes de prévention, sont insatisfaisantes. Lourdes et contraignantes pour les promoteurs, elles n'autorisent par ailleurs pas un déploiement concerté des actions que permettraient des contrats d'objectifs.

Du fait de l'évolution des politiques et des sources de financement, il convient enfin de mettre en cohérence le financement de dispositifs répondant à de réels besoins et qui relèvent des budgets sociaux de l'Etat ou des collectivités, de l'ONDAM médico-social et d'autres financements en direction des publics précaires. Cette évolution requiert un accompagnement inter institutionnel des promoteurs.

## II – Les composantes du schéma



### Un schéma de déploiement concerté soutenu par des outils structurants

Le schéma d'organisation de la prévention ne décline pas des programmes d'actions. Il propose **une organisation et une structuration des moyens** qui permettront d'inscrire les programmes d'actions dans le territoire, en proximité des personnes. Il s'agit donc d'un schéma de déploiement concerté et de positionnement des outils nécessaires pour permettre et accompagner ce déploiement.

Il intègre d'emblée l'objectif de réponse aux besoins des personnes les plus éloignées de la santé, quelle qu'en soit la cause (géographique, économique ou sociale particulièrement). Dans cette optique, **il privilégie une logique de prévention des inégalités de santé et des dispositifs « de droit commun » intégrant la prise en compte des difficultés d'accès**.

Il entend mettre en place une organisation et les moyens structurels nécessaires pour que les actions de prévention, quel que soit le domaine, puissent s'appuyer sur des outils et des référentiels validés et évalués, des compétences et savoir faire reconnus. **Ce sont les plateformes, pôles ressources ou pôles de compétence régionaux porteurs d'ingénierie en méthodologie d'intervention** ( pour la veille et la sécurité sanitaire, pour l'éducation et la promotion de la santé, pour l'éducation thérapeutique, pour la santé environnementale.).

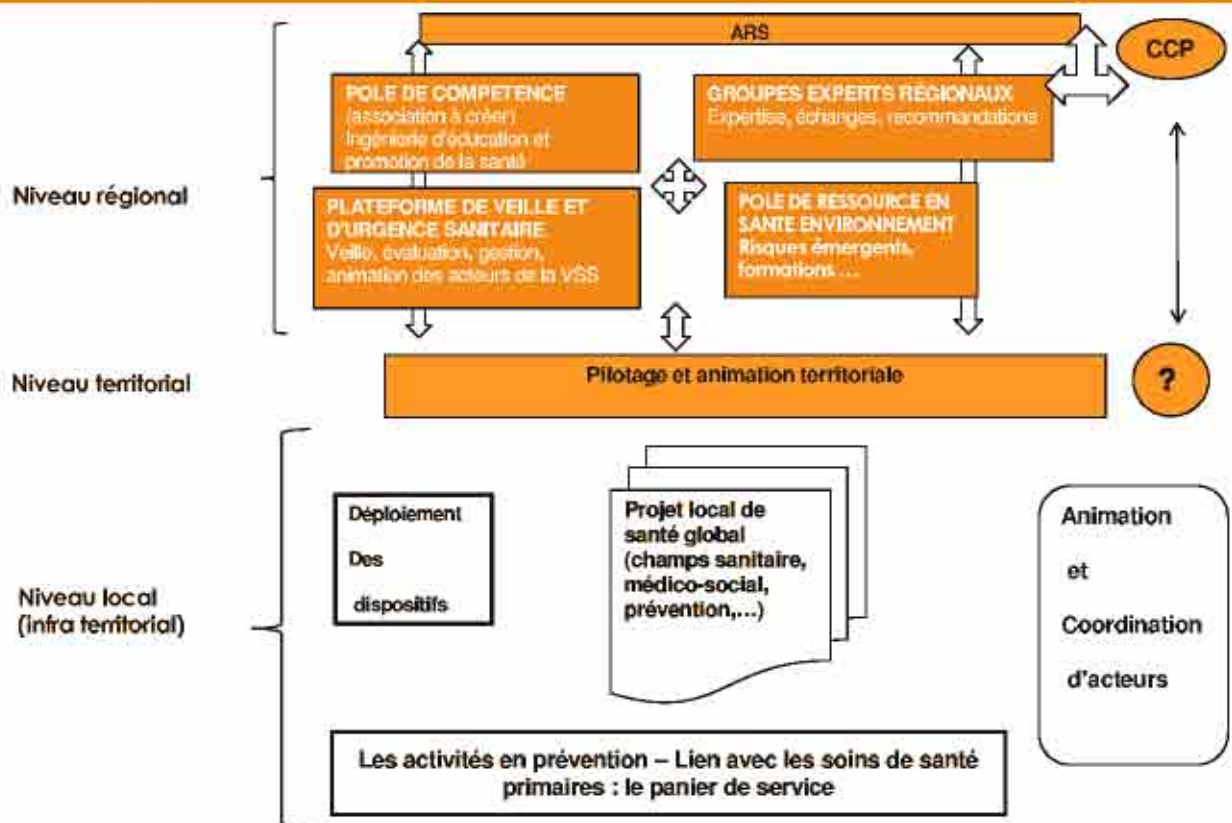
Il préconise une organisation régionale pour que les programmes d'action répondant aux objectifs prioritaires du PSRS et de la politique de santé nationale soient cohérents, adaptés à la situation régionale, aux besoins et à l'environnement des populations, et mobilisent les professionnels de manière concertée. **Ce sont les groupes experts régionaux porteurs des recommandations et évolutions nécessaires au parcours de santé dans leur domaine de compétence.**

C'est une démarche structurée et élaborée qui crée les conditions favorables à la construction de **projets locaux de santé et à l'accès à un panier de service de proximité** et qui implique **une évolution qualitative et un redéploiement des dispositifs**.

Le déploiement doit en être progressif et concerté particulièrement avec les collectivités territoriales. Ceci n'autorise pas une définition a priori des modalités de la couverture territoriale. Ceci impose par contre de prendre en compte l'objectif de **couverture, à terme, de l'ensemble du territoire par une programmation** qui devra être discutée en Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention.

Ce déploiement implique une gouvernance régionale forte par la **Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention**, porteuse de la volonté politique et du pilotage partagé de sa mise en œuvre.

## Schéma prévention : objectifs en termes de structuration



## II.1- Une gouvernance régionale forte : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (1)

15/19

Si l'ARS pilote la politique de santé en région elle ne peut conduire seule une politique de promotion de la santé, de lutte contre les inégalités sociales de santé et d'accès à la santé sur tout le territoire. Ces enjeux du schéma impliquent que les partenaires institutionnels réunis au sein de la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (CCPP) agissent ensemble pour construire, dans le respect de leur fonction et de leur autonomie, en mobilisant les politiques qui relèvent de leur compétence.

La Commission est le lieu de la gouvernance au niveau de la région. L'ARS et ses partenaires y décident de l'approche stratégique, y impriment la volonté politique, y organisent l'impulsion et le suivi du schéma. C'est dans la commission que se construisent entre partenaires institutionnels les convergences et les complémentarités, la négociation des leviers d'action, la cohérence du déploiement des projets locaux de santé, du panier de service de proximité sur le territoire et des financements.

Pour passer d'une politique d'animation au pilotage partagé de sa mise en œuvre, la commission doit finaliser ses travaux afin de définir :

- les axes d'une politique de promotion de la santé en direction des populations définies comme prioritaires : périnatalité / enfance, adolescents / jeunes adultes, population en activité, personnes âgées, population rurale, personnes exclues
- une coopération efficiente sur l'ensemble des sujets que cette politique implique de partager (en santé mentale, en matière de prévention des addictions, en soutien à la famille et à la parentalité, en matière d'habitat ou d'hébergement ...) et qui mobilise de manière concertée les services (PMI, Service de promotion de la santé en direction des élèves, médecine du travail ...) et les dispositifs
- les modalités de mobilisation concertée des financements pour gagner en efficacité, ce qui implique un partage d'informations et une concertation sur les priorités
- une gouvernance territoriale opérationnelle, structurée sur une instance technique départementale relais de la CCP, coordonnée par les délégations territoriales de l'ARS
- les conditions d'émergence d'une culture partagée du risque : repérage du risque émergent en santé environnement, connaissance de l'exposition aux risques et programmes de réduction des risques (infectieux, naturels ou technologiques), coordination de la mise en œuvre des mesures de gestion
- les conditions pour faire émerger une culture d'études d'impact sur la santé concernant notamment les politiques publiques locorégionales en marge du domaine de la santé.



## II.1- Une gouvernance régionale forte : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (2)

page 20

La commission s'appuie sur les avis des instances de démocratie sanitaire, conférences de territoire et CRSA, et peut bénéficier de la réflexion des groupes de travail de ces instances.

Elle est associée à la définition des besoins en ingénierie et donc à l'élaboration du programme de travail des pôles régionaux :

- la plateforme de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS en en région
- le pôle de compétence régional en éducation et promotion de la santé
- le pôle régional de compétence en éducation thérapeutique
- le pôle de ressources en santé environnement

> Elle participe à la définition du cadre de travail et de la lettre de mission des groupes experts régionaux, à la définition de leur animation. Elle est destinataire de leurs travaux sur les programmes d'action. Elle peut par ailleurs solliciter leur avis en tant que de besoin





## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

ARS

### II.2.1 Plateforme et pôles (1)

#### Une veille et une urgence sanitaire à développer

Trois objectifs sont poursuivis dans le développement de la plateforme de veille et sécurité sanitaire :

#### Consolider et structurer l'organisation fonctionnelle régionale intégrative de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire de l'ARS:

Il s'agit de :

- Consolider au sein de l'ARS la plateforme de veille et des urgences sanitaires qui regroupe la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CVAGS), la CIRE (cellule de l'INVS en région), la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) et la Cellule des Vigilances
- Fédérer autour de cette plateforme fonctionnelle les acteurs institutionnels de veille au premier rang desquels la veille nosocomiale (ARLUN), la pharmacovigilance (CRPV), les services de l'Etat concernés (Rectorat, DDCS, DPP notamment) et le niveau communal (les Services Communaux d'Hygiène et de Santé -SCHS)
- Structurer des réseaux de partenaires de la veille sanitaire pour la gestion des risques infectieux et environnementaux
- Consolider avec les acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) les organisations régionales et territoriales. En particulier mettre en cohérence les organisations internes des établissements avec les exigences de gestion des risques infectieux et des risques associés aux soins ; anticiper et gérer les crises sanitaires en lien avec les Préfectures de la zone de défense et l'ARS.

#### Développer le métier et la culture de veille et de sécurité sanitaire en lien avec la plateforme

La culture du risque, la connaissance de l'exposition, des stratégies d'anticipation et de réduction des risques sont la base des programmes de prévention. La diffusion de ces notions repose sur :

- Une stratégie de communication en direction des professionnels et des populations, que ce soit en temps de crise ou comme partie intégrante de la politique de prévention,
- Le développement d'outils et de programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé, des professionnels de l'environnement, des responsables institutionnels....

#### Mettre en place des outils structurants au niveau régional pour mieux prévenir et gérer le risque

Ils ont pour objet de faciliter le partage et le recueil des informations, la complémentarité et la cohérence des pratiques (référentiels, procédures), de faciliter une gestion des risques réactive et des actions dans la durée inscrites dans des programmes de prévention spécifiques :

- Pour la gestion du risque infectieux
- Pour la sécurité alimentaire, incluant l'eau de consommation et les coquillages, ....
- Pour le risque environnemental : saturnisme, allergies, pesticides, zoonoses, .... mais aussi les risques émergents
- Pour les risques naturels (particulièrement inondations et canicule) et technologiques (sites et sols pollués, plans particuliers d'intervention)
- Pour les risques liés aux soins : infections associées aux soins, événements indésirables graves, mais aussi afflux de victimes, menaces sur la continuité des soins, etc.





## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

1029

### II.2.1 Plateforme et pôles (2)

#### **Le Pôle régional de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé**

Le pôle est un instrument majeur de l'organisation de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé dans la région. Son objectif est d'améliorer la qualité, la cohérence des actions et leur couverture du territoire régional. L'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) en a confié à l'ARS le pilotage politique et stratégique. Une vingtaine de structures sont signataires d'une charte sur les valeurs à promouvoir dans ce cadre.

Lieu de rassemblement, d'enrichissement des forces et compétences, le pôle n'est pas un acteur de terrain mais doit venir en appui aux acteurs de terrain. C'est une fédération des acteurs porteurs de compétences en ingénierie d'éducation et de promotion de la santé. C'est une structure de composition ouverte pour pouvoir évoluer en fonction des besoins de santé et des priorités définies. Il est souhaitable qu'il soit doté d'une personnalité juridique, respectant l'identité propre et les missions de chacune des entités engagées. Il se structure autour de :

- Une charte d'engagement
- Une instance de pilotage stratégique, de pilotage technique, une fonction de secrétariat et une équipe d'appui.
- Un contrat d'objectif et de moyens signé avec l'INPES et l'ARS
- Un budget regroupant les subventions de l'INPES (2010-2013), les subventions allouées aux structures du pôle couvrant les missions concernées, les subventions ponctuelles et les apports de membres du pôle.

Le champ de ses missions est l'ingénierie en éducation pour la santé et promotion de la santé ce qui recouvre :

- Une fonction documentaire
- Des formations
- La communication
- La constitution de l'inventaire régional des compétences
- Le conseil méthodologique et l'appui technique aux projets locaux de santé
- Les référentiels, méthodologie et outils d'interventions
- Une dimension évaluation à travailler avec l'Université

Une interconnexion devra être construite avec les autres plateformes ou pôles ressources au niveau de la région : en matière d'addictions avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), dans le cadre de la Politique de la ville (Préfet de Région) et en matière de santé environnementale.



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

ars

### II.2.1 Plateforme et pôles (3)

#### Le Pôle régional de compétence en éducation thérapeutique (ETP)

Le PSRS fait de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques une priorité de la politique de santé en région. Ceci implique une politique de prévention favorisant la qualité et l'éducation nutritionnelle, la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool, la lutte contre la sédentarité, sans oublier la politique vaccinale (hépatite B) et l'action sur les facteurs environnementaux (exposition à l'arsenic dans l'eau, au radon dans l'air intérieur, aux pollutions atmosphériques, aux perturbateurs du système endocrinien et aux facteurs de risque professionnels).

Mais au-delà, ceci implique de dépister tôt et mieux (VIH, hépatites, diabète, cancers, insuffisance rénale chronique), d'améliorer l'accès à une prise en charge précoce et de promouvoir une prise en charge globale améliorant la qualité de vie des personnes et répondant aux enjeux des complications, de la chronicité et de la dépendance.

Intervient donc le rôle majeur de l'éducation thérapeutique, qui doit mobiliser les savoirs faire dès l'annonce du diagnostic et ne saurait être dissociée (se référer au schéma médico-social) :

- de l'accompagnement et du soutien éducatif et social la plupart du temps porté par les associations et souvent par les aidants naturels, - des dispositifs sociaux de prise en charge, les facteurs de risque de la maladie chronique étant fortement comérisés à la situation sociale et à la précarité et la survenue d'une maladie chronique étant souvent une cause majeure de précarisation voir d'exclusion.

Le bilan de la campagne d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique mise en oeuvre par l'ARS fait apparaître une concentration de ces programmes dans les établissements de santé les plus importants du Languedoc Roussillon et une difficulté d'émergence dans le tissu des soins ambulatoires et / ou associatifs. Il révèle aussi des difficultés à aborder certaines problématiques spécifiques ; ETP en milieu carcéral, concernant les addictions, ...

#### **Le schéma propose de créer un pôle ressource régional en éducation thérapeutique :**

- Pour soutenir des approches de parcours c'est-à-dire un programme développant des séquences d'ETP post hospitalisation ou recevant des patients post hospitalisation et faisant le lien avec les ressources territoriales (ambulatoire, réseaux ...)
- Pour générer une dynamique de développement qui permette de diffuser l'ETP au sein des établissements : développement des programmes ETP par d'autres professionnels à partir d'une personne ressource ou diffusion des programmes à partir d'une équipe dédiée (équipe mobile).

ars

## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p29

### II.2.1 Plateforme et pôles (4)

- Pour faire un état des lieux des besoins en région
- Pour développer l'accessibilité géographique, financière ou sociale au programme dans une perspective de réductions des inégalités de santé.
- Pour renforcer d'une manière générale la place des patients et de l'entourage.

**Les principales attentes** par rapport au pôle sont qu'il puisse mettre à disposition des partenaires :

- un état des lieux des besoins et un répertoire des programmes conduits
- des référentiels d'intervention par territoires, par populations, par pathologies et prenant en compte particulièrement la précarité,
- un état des lieux des formations permettant l'élaboration d'un répertoire mais surtout d'un plan de formation régional





## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

1020

### II.2.1 Plateforme et pôles (5)

#### Le pôle de ressources en santé environnement du Programme régional santé environnement (PRSE2)

Un enjeu fort du domaine de la santé-environnementale est que les populations (publics, élus ...) soient parties prenantes, qu'elles soient responsables. L'objectif, en termes de formation et d'information, est de les rendre autonomes et actrices comme le propose la charte d'Ottawa.

Pour soutenir une politique de promotion de la santé donnant toute sa place à l'action sur les déterminants environnementaux de la santé, il apparaît donc nécessaire de mettre en place les outils d'une démocratie sanitaire et de développer une pédagogie régionale en santé environnement. Ceci implique de renforcer la formation et l'information dans ce domaine, en se situant au plus près des besoins des populations locales (citoyens, professionnels, élus, décideurs ...), mais aussi de veiller à une coordination des messages à l'échelle régionale.

Ce pôle pourra s'ouvrir à la dimension veille sur les risques émergents, par définition mal identifiés et peu documentés, interprétés souvent de manière différente par l'expert et le public. Ils rendent encore plus complexe la veille sanitaire parce qu'ils nécessitent une expertise plurielle et un partage d'informations entre spécialistes et acteurs en charge de la gestion du risque sanitaire.

La construction et l'animation d'un Pôle de ressources « santé environnement » à partir des compétences et des réseaux territoriaux existant dans la région répond aux objectifs de développement d'une pédagogie régionale. L'organisation et l'animation des échanges et co-formations entre acteurs éducatifs de la santé et de l'environnement devraient aboutir à :

- ☐ La définition des outils d'observation des compétences et des réseaux ainsi que des territoires pertinents au sein de ce réseau pour faire émerger les problématiques majeures de santé environnementale, en recherchant les coordinations entre acteurs de la santé et de l'environnement
- ☐ La définition des objectifs et la mise en place d'un programme de formation continue en santé environnementale en lien avec les dispositifs existants (la charte « Tous acteurs de santé » étant le socle d'une pédagogie régionale en santé environnement).

Ce travail de fond peut rendre intéressante l'organisation chaque année d'états généraux en santé environnementale, ciblés sur les thèmes à enjeux identifiés dans la région, temps privilégiés de démocratie sanitaire.

ars

## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

11/20

### II.2.2 Groupes experts régionaux (1)

Ils ont un rôle structurant au niveau régional dans l'élaboration, l'animation et l'accompagnement de programmes d'action répondant aux objectifs prioritaires du PARS et de la politique de santé nationale. Ils sont porteurs des recommandations et des évolutions nécessaires au parcours de santé dans leurs domaines de compétence, respectifs.

Les groupes régionaux sont à constituer (notamment dans le champ de la veille et de la sécurité sanitaire); d'autres existent déjà, qui devront évoluer pour répondre au mieux aux enjeux actuels (notamment dans le champ de la nutrition ou des personnes âgées). Ils rassemblent l'ensemble des acteurs des champs concernés (institutionnels, professionnels, associatifs) et des usagers.

En effet, les programmes de santé impliquent parfois d'autres politiques dont l'ARS n'a pas la maîtrise d'ouvrage mais qui relèvent de partenaires de la Commission de coordination de la prévention (CCPP). Ils requièrent toujours l'expertise des professionnels compétents, la co-construction avec les acteurs concernés, un accompagnement et une animation des réseaux professionnels.

Les travaux, avis, recommandations des groupes sont destinés à l'ARS et à la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, qui les sollicite en tant que de besoin.

#### Les fonctions attendues sont :

- De porter l'approche globale de la santé (cohérence des parcours de vie et de santé) et l'appui technique à l'ARS et à la CCPP dans l'élaboration et le suivi des programmes régionaux,
- De favoriser la cohérence territoriale, la mobilisation des acteurs,
- De développer une fonction d'expertise et de veille mais aussi d'échanges et de partage d'expérience entre professionnels,
- D'être force de proposition en matières de formation initiale et continue dans les domaines concernés,
- D'assurer une animation dans leur champ.

#### Ces groupes sont mis en place au niveau régional, en veillant à ce que les territoires soient représentés en leur sein.

- Ils se dotent d'une charte de fonctionnement
- L'ARS formalise pour chaque groupe le cadre dans lequel se situe sa mission et précise les attentes par une lettre de mission.
- Le pilotage et/ou l'animation relèvent de l'ARS et/ou de la CCP selon des modalités à définir pour chacun des sujets. Cette fonction peut être déléguée ou partagée.
- Les groupes élaborent dans ce cadre des axes de travail validés par tous.



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

ARS

### II.2.2 Groupes experts (2)

Dans le domaine de la prévention, ces groupes experts sont les suivants :

#### Ont été mis en place :

- Le Comité régional de lutte contre le VIH (COREVIH), Instance indépendante, renouvelée en décembre 2011 par arrêté préfectoral
- La Commission régionale de la politique vaccinale, pilotée par l'ARS, mise en place en 2011
- Le Groupement régional en santé environnement (GRSE), copiloté par l'ARS, Etat et le Conseil régional, mis en place en 2010
- La Commission Régionale Nutrition Santé, pilotage par l'ARS, existe depuis plusieurs années. Le cadre des missions en a été revu en 2011 pour prendre en compte les enjeux actuels. Elle prend place dans un dispositif régional aux côtés du Comité Régional de l'Aide Alimentaire, piloté par la DRAAF.

#### Doivent être mises en place en faisant évoluer des commissions antérieures :

La Commission régionale de la naissance et de l'Enfance, qui fera suite à la Commission régionale de la naissance mise en place dans le cadre du plan national de périnatalité, dont le cadre de mission et la composition doit donc évoluer.

- La Commission régionale du vieillissement, qui fera suite à l'actuelle commission qu'il s'agit de redéfinir pour porter en cohérence le parcours de vie de la personne âgée.

#### Doivent être mises en place par création :

- La Commission régionale de coordination des addictions, pilotée par l'ARS
- Le Groupe expert régional en infectiologie incluant les zoonoses

ars



## II.3. Un déploiement au niveau local

128

### II.3.1 Les projets locaux de santé (1)

Le déploiement de la politique de prévention est porté par une démarche à mettre en œuvre sur les territoires de proximité : il nécessite une volonté politique et s'appuie sur les dynamiques locales en réponse aux besoins identifiés. Ces territoires de proximité, en fait des bassins de vie, seront l'espace des projets locaux de santé. Certains de ces territoires sont des zones blanches, démunies en ressources, qui doivent être prises en compte spécifiquement et prioritairement.

Quatre démarches structurantes seront mises en œuvre pour couvrir progressivement le territoire régional. Elles constituent la perspective affichée comme cadre d'orientation pour la région. Elles sont étroitement corrélées :

- Élaborer dans les bassins de vie des projets locaux de prévention, première étape pour tendre vers des projets de santé globale.
- Mettre en place les acteurs capables de susciter, d'animer et de coordonner des dynamiques de santé.
- Définir les modalités de déploiement de l'offre de prévention pour couvrir le territoire régional y compris en proximité des populations les plus éloignées. Pour ce faire, agir dans deux directions :
  - o développer le panier de services de proximité
  - o accompagner l'évolution des dispositifs de prévention spécifiques.

#### 3-1 Les projets locaux de santé

- Les projets locaux de prévention, un cadre de référence minimal

Toute action de prévention s'inscrit dans un projet local de prévention. Pour pouvoir être retenu, ce projet doit comporter :

- Une analyse des populations, des besoins et des ressources
- Un programme d'actions cohérent avec l'objectif de couverture territoriale, d'atteinte des populations concernées, d'inscription dans la durée et de cohérence avec les priorités et les politiques régionales
- Une mobilisation coordonnée des ressources locales.

Les partenaires de la Commission de coordination de la prévention en faciliteront l'élaboration en définissant le socle des coopérations mobilisables entre services au niveau local. L'émergence de ces projets nécessite une fonction d'animation et de coordination territoriale et/ou locale.



## II.3. Un déploiement au niveau local

1029

### II.3.1 Les projets locaux de santé (2)

#### ▪ Les projets locaux de santé

Au-delà, la réponse aux besoins des populations et la prise en compte du parcours de vie des personnes passe par des projets locaux de santé. Ils répondent à une approche globale de la santé. **Les conditions d'émergence en sont :**

- l'existence d'une dynamique, quelle qu'en soit le support : approche qui peut au départ être populationnelle (les jeunes ...) ou par besoin de santé (nutrition santé, santé mentale ...) ou peut répondre à une volonté institutionnelle (coordinations de services),
- une démarche de diagnostic de santé partagé associant professionnels et habitants,
- des recommandations qui se traduisent en programmes et actions.

**Ils nécessitent d'être portés par une autorité à la légitimité reconnue**, principalement une collectivité territoriale (commune, groupement de communes, pays ...), et que soient définies les conditions du pilotage, de la coordination et de l'animation technique.

#### **Des éléments facilitateurs**

- Les établissements de santé, quand ils sont ouverts à leur bassin et s'emparent du champ de la prévention, ont un rôle particulièrement structurant dans un projet de santé.
- La dynamique de projet local de santé est aussi portée par la politique de la ville (axe santé des projets des quartiers en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et ateliers santé ville) à la programmation de laquelle l'ARS est associée (art 1435-1 du CSP)

#### ▪ Les contrats locaux de santé (CLS)

Le projet de santé est la première étape vers le contrat local de santé (CLS) (art 1434-17 du CSP), porté par une dynamique locale au niveau d'un territoire de proximité rural ou urbain. Le contrat local de santé (CLS) n'est pas un « dispositif de plus », mais un instrument contractuel d'animation et d'articulation des dispositifs et des politiques publiques en santé : il crée des espaces de négociation et de coopération.

- C'est un outil d'articulation des initiatives locales avec le PRS pour une réponse adaptée et pérenne au plus près des populations, en particulier les plus vulnérables, incluant l'amélioration du contexte environnemental, social, l'accessibilité aux soins et le respect des droits.

ars



## II.3. Un déploiement au niveau local

130

### II.3.1 Les projets locaux de santé (3)

- Le CLS s'inscrit dans **un objectif de consolidation du partenariat local** sur les questions de santé au sens large.. Il permet une approche de santé cohérente, particulièrement en mobilisant l'accompagnement médico-social, la promotion et la prévention de la santé dont la santé environnement et la veille et la sécurité sanitaire. Il crée le cadre dans lequel l'ARS peut solliciter un avis sur l'organisation des soins. Au-delà, il peut s'étendre à la cohésion sociale, au logement, à l'éducation etc.
- Il nécessite **un portage politique local** qu'il reconnaît, valorise et sur lequel il s'appuie.
- **Son pilotage est structuré** et ouvert aux financeurs. Il implique animation et coordinations techniques.

## II.3. Un déploiement au niveau local

11

### II.3.2 Les métiers de l'animation territoriale de santé

#### 3-2. Les métiers de l'animation territoriale de proximité

L'élaboration, la mise en œuvre et la gouvernance de projets de santé sur le territoire nécessitent animation, coordination et pilotage et donc des métiers (animateur, coordonnateur, chef de projet, ...). Ces fonctions sont déjà identifiées dans certains dispositifs institutionnels ou professionnels. Elles se distinguent de l'animation politique institutionnelle, mais aussi de l'animation de dispositifs ou services spécifiques (réseaux d'acteurs, de compétences spécifiques) ainsi que du pilotage de programmes.

Un socle de compétences est donc nécessaire et doit être mobilisé pour permettre l'émergence, la structuration puis l'animation d'une stratégie d'intervention par projet local de santé puis concevoir, gérer, animer des projets locaux de santé :

- l'animation des politiques locales de santé
- la conception et la gestion de projets d'actions
- l'animation et la coordination d'actions de proximité
- l'animation de réseaux d'acteurs
- de l'ingénierie
- de l'appui au pilotage politique.

L'objectif poursuivi par le schéma est de pouvoir mettre les compétences à disposition des territoires :

1- En mobilisant le pôle de compétence régional en éducation pour la santé et promotion de la santé, conformément à ses missions, pour faire un inventaire régional des professionnels et compétences. Trois objectifs sont poursuivis :

- un recensement des formations initiales et continues mobilisables dans la région
- une réflexion sur des référentiels de compétence et cahiers des charges de formations
- l'élaboration d'un plan de formation puis la mise en place de formations.

2- En identifiant avec les partenaires institutionnels les besoins d'animation des territoires de santé, en concertation avec la CCP, les délégations territoriales de l'ARS et les conférences de territoire, pour amener un appui

- à la construction et l'animation des projets d'éducation et promotion de la santé sur les territoires et les bassins de vie
- à l'élaboration et à l'animation des projets locaux de santé quand existe une dynamique

ars

## II.3. Un déploiement au niveau local

120

### II.3.3 Le panier de service de proximité (1)

#### 3-3 Le déploiement en proximité d'un socle de prestations : le panier de service de proximité

Le principe d'un socle d'offre de soins de proximité est communément admis. Il peut et **doit être** étendu à l'ensemble des composantes de la santé (les soins de santé primaires). Ces composantes mobilisent des services de prévention, de soins, médico-sociaux et sociaux à travers la définition d'un socle de prestations auxquelles la population doit pouvoir avoir un accès en proximité : **un panier de service**.

Le schéma régional de la prévention porte la nécessité d'un déploiement territorialisé d'un socle minimum de prestations appelé panier de service qui relève de l'ARS et d'autres institutions. A ce panier de services doivent correspondre au minimum des activités de prévention que l'on doit pouvoir trouver au niveau de proximité considéré faute desquelles il y a carence de réponse.

Le panier de service ne définit pas une nouvelle structure mais une nouvelle organisation : il permet l'accès à une somme de services et résulte de la convergence sur un point du territoire des réponses portées par les professionnels des champs social, sanitaire et éducatif, des équipes déléguées par des structures, dispositifs ou services. Le socle minimum qui le constitue regroupe donc plusieurs éléments et mobilise plusieurs modalités de travail :

- certaines prestations relèvent de dispositifs (dépistages des cancers, vaccinations...)
- certaines prestations relèvent d'interventions en éducation pour la santé ou promotion de la santé
- le contenu et le calibrage quantitatif et qualitatif sont fonction de la population et des besoins perçus par les professionnels.
- enfin même si un socle est défini, il autorise une certaine souplesse pour répondre aux particularités locales ou à des actions innovantes.

Le contenu doit en être défini. De manière pragmatique, la réponse doit être adaptée à la population et aux services existant localement.

La question doit être posée de la standardisation d'un socle dans lequel semblent nécessaires en matière de prévention :

- l'accès à un service public de la vaccination, de dépistages (VIH et hépatites, IST dans la limite des conditions techniques, cancer).
- l'accès au dispositif d'addictologie en première instance ou en relai d'un repérage par un professionnel
- à une action d'éducation pour la santé qu'elle concerne la sexualité, la nutrition ou tout autre thème perçu comme nécessaire, y compris l'éducation thérapeutique
- l'accès à des mesures de protection rendues nécessaires par l'émergence de risques, environnementaux ou infectieux

ars

## II.3. Un déploiement au niveau local

123

### II.3.3 Le panier de service de proximité (2)

- Il ne peut être envisagé si l'accès aux soins n'est pas consolidé par la « première marche » que constitue l'accès aux droits.
- Support du parcours de santé au niveau local, il appelle une convergence avec les dispositifs portés par ou avec d'autres institutions ou des collectivités. A ce titre doivent y avoir leur place
  - le soutien à la parentalité,
  - l'accès à la planification familiale,
  - le lien avec la PMI
  - mais l'accès à un accompagnement ou à une prise en charge sociale (dispositifs de cohésion et d'action sociale,) dès lors que les partenaires voudront et pourront s'y associer.
- Le panier de service ne saurait donc être arrêté sans être mis au travail dans une co-construction :
  - Les conférences de territoire, la Commission régionale de la santé et de l'autonomie seront consultées sur la question de la standardisation d'un socle qu'il convient alors de définir.
  - Si à terme tout le territoire régional doit être desservi par le panier de service déployé dans les bassins de vie, le déploiement ne peut qu'en être progressif, corollé au déploiement des projets locaux de santé
  - Ceci sous-entend cependant la nécessité de construire une démarche de programmation
  - La commission de coordination des politiques publiques sera le lieu de recherche des convergences dans le déploiement, la programmation et la modélisation des ressources.



## II.3. Un déploiement au niveau local

123

### II.3.3 Le panier de service de proximité (3)

- Le déploiement territorial doit être envisagé de manière pragmatique :

Cette démarche est liée principalement mais pas exclusivement à un projet local de santé. La priorité doit être donnée aux zones éloignées, rurales ou aux quartiers enclavés de certaines agglomérations.

Nonobstant la composition du panier de service, la programmation de son déploiement territorial est à définir en prenant en compte la diversité des situations :

- des zones prioritaires où tout est à faire, depuis faire naître les conditions mêmes de déploiement du panier, c'est-à-dire une dynamique
- des zones où la dynamique s'initie, où il faut l'accompagner, la soutenir
- des zones où la dynamique est satisfaisante, voire se traduit déjà par des outils concrets tels que des contrats locaux de santé

L'organisation sera adaptée aux possibilités et conditions locales : plateforme et lieu virtuel, centre de ressources en un lieu identifié, le choix de l'organisation doit aussi tenir compte de deux éléments :

- la (ou les) localisation(s) ne doivent pas être un frein à l'accès par peur de perte de confidentialité,
- l'organisation doit favoriser l'interface entre les professionnels. On recherchera donc, entre autres, les lieux d'exercice collectif (maisons pluri professionnels de santé, maisons médicales de garde ), hôpital local ou structure d'accès aux soins pour les populations vulnérables.

Par définition les professionnels concernés appartiennent à plusieurs disciplines parmi lesquelles les médecins et l'ensemble des professionnels de santé de l'ambulatoire. Ils sont le recours naturel des habitants. Leurs compétences et leur connaissance de leur patientèle les placent au cœur des enjeux de la prévention. Pour cela ils ne peuvent rester isolés. L'organisation du panier de service doit aussi permettre en proximité l'interface entre eux et les professionnels du champ de la prévention. Elle contribue ainsi au parcours de santé.

L'accès effectif aux prestations de proximité doit être organisé

Ceci doit se faire en lien avec le tissu professionnel local : les médecins et infirmières, parfois seuls acteurs de proximité, les services territorialisés (PMI, services sociaux, inter secteurs de santé mentale ...).

La question du déplacement et / ou du transport doit être prise en compte. Elle peut orienter le choix d'implantation et / ou être prise en compte dans une démarche de projet local de santé.

- La mise en place du panier de service sur les territoires sera soutenue par des outils d'appui : pôles ressources, contrats locaux de santé, coordinations interinstitutionnelles. Elle se traduira aussi par des évolutions dans les relations contractuelles de l'ARS avec les opérateurs.



## II.3. Un déploiement au niveau local

123

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (1)

#### 3-4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifiques

Le déploiement territorial du panier de service concerne également les dispositifs spécifiques de dépistage (CLAT, CIDIST et CDAG, plateformes de dépistage des cancers), les centres de vaccination, mais aussi les établissements de prévention et de prise en charge des addictions (CSAPA et CAARUD). L'objectif est de répondre aux besoins des populations en articulant l'activité des établissements ou services spécialisés, celle des professionnels de premier recours (les médecins, les sages femmes ...), mais aussi dans certains domaines celle des associations.

#### ➤ Les principes à mobiliser pour couvrir le territoire

Les établissements ou services spécifiques ont vocation à se déployer sur l'ensemble des bassins de vie et en accompagnement des contrats locaux de santé. Ce doit être un déploiement progressif et concerté. Les principes et cadres devront être posés dans une programmation et en lien avec la CCP et les groupes experts régionaux.

#### Leurs acteurs sont amenés à se repositionner :

- **Du fait des interfaces nécessaires avec les professionnels libéraux** qui sont des acteurs incontournables face aux enjeux de repérage et de prise en charge précoces, mais dont l'isolement est souvent un frein. Un des rôles des dispositifs spécialisés est bien de faciliter l'implication des médecins et des autres professionnels par l'information, l'action en relais ou en appui, le développement de travail en réseau ou en interfaces.

- **Du fait de l'inscription territoriale forte** nécessaire puisqu'ils ont vocation à être dans leurs domaines respectifs garants du parcours de santé dans les territoires, du repérage précoce à une prise en charge adaptée, ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin d'intervention en matière de connaissances et de pratiques. Ils doivent pour ce faire travailler en lien et en réseau avec les acteurs locaux du quartier, de l'école, des lieux d'écoute.

#### L'organisation cible doit tenir compte des spécificités de chaque territoire

Les orientations ci-après intègrent partie de ces spécificités notamment en ce qui concerne

- La Lozère avec les difficultés de stabilisation des temps médicaux, les difficultés liées aux volumes d'activité et celles induites par l'accès géographique et le problème des transports
- L'Aude et la situation de bipolarisation Carcassonne et Narbonne qu'il faut prendre en compte dans les scénarios
- Les Pyrénées Orientales et le problème tout à fait spécifique du Plateau cerdan et du Haut vallespir

ars

## II.3. Un déploiement au niveau local

pc36

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (2)

- Du fait de leur vocation à s'inscrire dans le panier de services de proximité et dans les actions de promotion de la santé mais de manière concertée et en fonction de leurs compétences.

Au-delà des axes identifiés dans le schéma, les déploiements seront affinés :

- Par les travaux d'élaboration des projets locaux de santé
- Par les travaux des groupes experts au niveau de la région.

#### > Les centres de vaccination

La commission régionale de la politique vaccinale a acté la nécessité d'une approche globale de promotion de la santé et la nécessité de travailler avec les maternités, le réseau périnatal d'amont et d'aval et les équipes de PMI, avec l'éducation nationale (des conventions sont attendues dans tous les territoires), les sages femmes et les médecins généralistes, les CSAPA et les CAARUD, le milieu du travail,

Les objectifs portés par le schéma sont :

□ **De déployer le dispositif pour atteindre une organisation territoriale cible.** Cette organisation intègre le fait que les centres de vaccination ont tous vocation à contribuer au panier de services de proximité en appui des médecins libéraux. Elle se traduit dans les territoires par :

- La nécessité dans l'Hérault de repenser profondément la mise en œuvre de la couverture du territoire, le partage de l'ensemble des missions et de la fonction d'animation territoriale, ainsi que le développement des partenariats avec l'éducation nationale
- La nécessité en Lozère de stabiliser une équipe, en étudiant deux scénarios possibles de coopération : un pôle interdépartemental de vaccination (Gard Lozère), ou un pôle assurant les missions recentralisées au CH de Mende avec CDAG, CIDIST et CLAT
- La nécessité dans l'Aude de renforcer au minimum les coopérations entre les deux centres (Carcassonne et Narbonne) et d'assurer en cohérence la couverture (actions hors les murs et partenariats) et l'animation territoriale
- la nécessité dans les Pyrénées Orientales d'étayer l'organisation intégrée en pôle avec CDAG et CIDIST et de déployer les moyens de la couverture du territoire (équipe mobile)





## II.3. Un déploiement au niveau local

1037

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (3)

❑ **De positionner les centres de vaccination comme animateurs et relais de la politique vaccinale** sur leur territoire notamment auprès des partenaires institutionnels et des professionnels de santé.

❑ **De renforcer les liens au niveau de chaque territoire** entre les centres de vaccination, l'éducation nationale, les Conseils Généraux et les Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) et de s'inscrire dans le projet de territoire.

L'amélioration de la politique vaccinale est inscrite comme un des objectifs du Programme Régional de Gestion Du Risque, développant des actions régionales spécifiques en direction des médecins libéraux.

#### ➤ Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDIST)

L'évolution technique et celle des politiques de dépistage rendent plus que jamais nécessaire le déploiement sur chaque territoire d'une organisation concertée et coordonnée associant le dispositif spécialisé, les associations qui peuvent maintenant proposer le dépistage communautaire par Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD - le premier autorisé étant le TROD VIH) et les professionnels libéraux.

Les objectifs portés par le schéma sont les suivants :

❑ **Atteindre une organisation territoriale cible** qui intègre le fait que les CDAG et CIDIST ont tous vocation à contribuer au panier de services de proximité et à s'inscrire dans les projets locaux de santé. Cette organisation cible nécessite :

- de consolider le dispositif en étayant le maillage territorial dans l'Hérault, notamment à Sète (Pays de Thau) et dans l'Ouest du territoire
- de mettre en place une équipe mobile dans quelques territoires, notamment dans les Pyrénées Orientales (Plateau Cerdan)
- que tous les CDAG et CIDIST prennent en compte dans leur organisation les actions hors les murs **en direction des publics prioritaires**
- de systématiser les partenariats entre CDAG / CIDIST et l'ensemble des CSAPA et CAARUD

❑ **Positionner les CDAG et CIDIST comme animateurs et relais** de la politique de dépistage des IST, du VIH et des hépatites sur leur territoire et les inscrire dans les projets locaux de santé,

- en lien avec les services d'inféctiologie, les hépatologues et réseaux (réseaux VIH et réseau hépatites LR) pour l'accès aux soins
- en lien avec les réseaux associatifs au contact des populations particulièrement concernées (usagers de drogues, personnes migrantes, hommes ayant des relations avec d'autres hommes, personnes prostituées) pour faciliter l'accès au dépistage ou aux TROD
- en lien avec les professionnels de santé du territoire dont la mobilisation est nécessaire pour permettre l'accès des personnes qui se vivent éloignées des risques au diagnostic du VIH, des hépatites et des IST au premier rang desquelles les chlamydiae.

ars



## II.3. Un déploiement au niveau local

100

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (4)

#### ➤ Les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT)

Les objectifs portés par le schéma

#### Atteindre une organisation territoriale cible, prenant en compte le fait que les CLAT ont vocation

- o à exercer la totalité de leurs missions, notamment en prévention, vaccination et dépistage hors les murs en direction des publics prioritaires (personnes en grande précarité, détenus, étrangers, gens du voyage, personnes âgées)
- o à se coordonner au niveau interdépartemental et faire émerger une coordination régionale de la Lutte antituberculeuse
- o à contribuer au portage du panier de service de proximité. Cette organisation nécessite :
  - de mettre à l'étude en Lozère, dans le Gard à Bagnols et dans l'Aude l'évolution du dispositif vers la constitution de pôles intégrant l'activité des CLAT à d'autres activités (telles que CDAG / CIDIST et vaccinations)
  - de renforcer les coopérations entre CLAT pour définir une stratégie de couverture cohérente du territoire
  - d'équiper les CLAT afin qu'ils puissent aller au plus près des populations vulnérables (camion équipé en radiographie)

#### Positionner les CLAT comme animateurs et relais d'une politique régionale, ce qui implique pour eux

- o De développer de manière active le dépistage ciblé auprès des populations les plus à risque, mais aussi de développer des référentiels pour identifier les personnes ayant des risques accrus et des référentiels d'intervention
- o De renforcer l'action en relais ou en réseau avec le tissu des acteurs sociaux travaillant auprès de ces populations ainsi qu'avec les acteurs sanitaires (médecins, services de PMI ...) et associatifs
- o De s'inscrire dans les projets locaux de santé.

#### Organiser le réseau des CLAT en région autour de travaux communs

- o sur la prise en charge autour des cas et le développement d'outils, de protocoles partagés...
- o sur le dépistage et la prévention dans une approche santé publique et en cohérence avec la politique vaccinale en région
- o sur les rapports d'activité



## II.3. Un déploiement au niveau local

1039

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (5)

#### ➤ Les structures de gestion des dépistages organisés des cancers

Les objectifs portés par le schéma sont bien de favoriser la participation aux dépistages organisés (actuellement cancer du sein et cancer colorectal) des personnes qui en sont éloignées ou ont des difficultés d'accès (personnes précarisées, certains cantons

□ **L'organisation territoriale cible** doit intégrer le fait que les dépistages organisés ont vocation à faire partie du panier de service de proximité et à s'inscrire dans les projets locaux de santé. Les difficultés d'accès spécifiques doivent poser le problème d'équipes mobiles (Lozère).

□ **Les structures de gestion se positionnent comme animateurs et relais des politiques de dépistage** dans leur territoire

○ le travail engagé au niveau régional avec les structures de gestion doit leur permettre de devenir le relais de l'ARS sur les territoires (populations et territoires prioritaires, harmonisation modalités de travail, partenariats locaux...)

○ ceci implique pour elles :

- de porter les actions de mobilisation des professionnels et des populations
- en intégrant les données d'identification des publics ou cantons ayant les taux de participation plus faibles et la connaissance des freins (études en cours)
- de veiller particulièrement à l'accès des personnes qui sont éloignées ou en difficulté d'accès, quelle qu'en soit la cause (problèmes de santé mentale, handicap, détention, précarité ...) au dépistage mais aussi à la prise en charge. Cela conduit à développer un travail en relai avec les partenaires, particulièrement sociaux et associatifs localement



## II.3. Un déploiement au niveau local

CAAD

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (5)

#### ➤ Le dispositif d'addictologie, CSAPA et CAARUD

**En matière d'addictions, la prévention doit avoir une place centrale.** Elle ne se limite pas à informer sur les dangers et interdire les comportements. Les questions essentielles sont celles de la construction de la personnalité, des compétences, du lien social, du bien-être individuel et social... Elle implique d'agir précocement sur les facteurs qui aggravent les risques : la précocité, l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (les risques professionnels, l'apprentissage pour le jeune, des périodes de vie comme la grossesse), les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, les contextes de désocialisation et de marginalisation ...

**Si le dispositif spécialisé doit tenir une place centrale, il est nécessaire d'agir en amont** notamment sur les faiblesses repérées au niveau régional. Faiblesse en matière d'actions de prévention qui ne s'inscrivent qu'insuffisamment dans la durée. Elles doivent s'adapter aux âges et aux conditions de vie depuis l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales jusqu'à la réduction des risques. Faiblesse en soutien à la parentalité une fois passé l'âge maternel. Faiblesse du repérage précoce et de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires, jeux dangereux, troubles de la relation parents enfants dès leur survenue.

**Le dispositif exerce pleinement ses missions dès lors qu'il faut mobiliser la prévention spécifique.** Dans les lieux (rassemblements festifs...) et face aux circonstances à risques, dans la formation et le soutien des professionnels intervenant auprès des jeunes, l'action coordonnée avec les personnels des établissements scolaires, des lieux d'accueil des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales d'insertion, centres d'apprentissage), des lieux d'écoute (Points écoute jeunes, Maisons des adolescents), les personnels de la santé au travail (médecine du travail et CHSCT).

**Les CSAPA et consultations jeunes consommateurs constituent avec les CAARUD le pôle médico-social** d'un dispositif qui comprend par ailleurs des établissements sanitaires (équipes de liaison, consultations d'addictologie, maternités) et les acteurs du 1<sup>er</sup> recours (médecins généralistes et pharmaciens, sage femmes), qui devrait coopérer étroitement avec la psychiatrie et être étroitement articulé avec les services sociaux (d'hébergement, d'accompagnement, d'insertion, de PMI).

**Coordonné, ce dispositif peut et doit assurer la prise en charge globale des personnes** concernées par l'addiction : permettre au patient à un moment de sa trajectoire de trouver la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins sur le plan médical, social, économique quelle que soit sa porte d'entrée dans la prise en charge. Ses faiblesses actuelles sont liées

- au peu d'implication des médecins généralistes, très isolés,
- à la couverture très inégale du territoire,
- à l'absence de coordination et la faiblesse des coopérations,
- à l'insuffisance de structuration de l'accès aux dépistages et donc de l'accès aux soins pour les personnes concernées tant par les produits et médicaments détournés que par l'alcool, particulièrement en ce qui concerne les hépatites.

ars



## II.3. Un déploiement au niveau local

11

### II.3.4 La refnalsation des dispositifs de prévention spécifique (6)

**Les objectifs portés par le schéma** (en cohérence avec le Schéma régional d'organisation médico-social – Personnes à vulnérabilité spécifique) :

□ **Les établissements médico-sociaux ont vocation à se déployer** au niveau territorial et à s'inscrire dans les projets locaux de santé.

- Ils portent un socle de prestation qui participe du panier de service de proximité.
- Ils doivent développer les interfaces avec les médecins généralistes et professionnels libéraux.
- Garants du parcours de santé en matière d'addictions dans les territoires, leur rôle est de construire les conditions de ce parcours et de son accessibilité : par la coordination avec les acteurs locaux et l'articulation avec les secteurs hospitalier (l'addictologie hospitalière et les pôles d'infectiologie et les hépatologues), les professionnels du 1<sup>er</sup> recours (médecine ambulatoire, sages femmes, pharmaciens), les maternités et le réseau périnatal, les centres de dépistages et de vaccinations.
- Ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin en matière de connaissance et de pratiques.

La couverture territoriale par déploiement du dispositif sur les zones blanches sera donc programmée en fonction de de la programmation des projets locaux de santé.

□ **Ils doivent en outre recentrer leurs interventions de prévention en direction des priorités** que sont

- les publics vulnérables en grande proximité avec le risque,
- les très jeunes,
- les jeunes sortis du système scolaire, étudiants ou en apprentis
- les publics en perte d'insertion ou en démarche de réinsertion
- le milieu festif

En veillant à la cohérence dans les projets locaux de santé.

□ **Les équipes portant la réduction des risques** doivent être confortées pour couvrir le territoire conformément aux besoins, en veillant à diversifier la palette des recours pour la population concernée : automates, réseaux de pharmaciens, mais aussi organisation de la délivrance des TSO ...

ars



## II.3. Un déploiement au niveau local

10-0

### II.3.5 La finalisation de réseaux de veille, d'alerte et de gestion des alertes (1)

#### 3-5 La finalisation de réseaux territorialisés de veille, d'alerte et de gestion des alertes

Deux objectifs prioritaires sont portés par le schéma :

##### La constitution de réseaux territorialisés pour la prévention des infections associées aux soins (AIS) dans les EHPAD.

L'objectif est de promouvoir une démarche qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux, d'apprécier son niveau de maîtrise pour élaborer ou adapter un programme d'actions et agir plus efficacement en cas de crise. Cette démarche doit être centrée sur le patient et son parcours de soins. Ce programme requiert l'expertise et l'appui de l'Equipe opérationnelle d'hygiène de proximité, de l'ARS, de la CIRÉ ou du CCLIN-ARLUN. Il sera déployé par territoires de proximité en prenant appui et en favorisant les dispositifs de coopération. Il sera relié avec la plateforme de veille et urgence sanitaire puisqu'il s'agit bien de développer une culture du risque (son évaluation et son anticipation), de l'alerte et de la gestion des situations.

##### La structuration au niveau de chacun des territoires de la région de réseaux coordonnés de veille sanitaire

Il s'agit de mettre en place un dispositif opérationnel et réactif de veille sanitaire pour la réception, le traitement et l'évaluation précoce des signaux et alertes, puis de proposition et mise en place de mesures appropriées de gestion et de contrôle.

Mis en place dans les Pyrénées Orientales, il a vocation à être développé de la même manière dans les autres territoires. Il nécessite la participation de multiples acteurs et partenaires locaux qui doivent être formés, informés, et capables d'avoir une veille active et de mettre en oeuvre en tant que relais sur le terrain toutes les actions correctives dans le cadre d'interventions en réseau sous la coordination de l'ARS. Tous les acteurs Equipes de PMI, de santé scolaire, médecine du travail, médecins coordonnateurs d'EHPAD, les professionnels de santé, SAMU et SMUR sont parmi les partenaires à mobiliser.

L'objectif est également d'harmoniser les modes d'organisation et de fonctionnement de la veille sanitaire au sein de l'ensemble des territoires de la région et de sécuriser les procédures.



## II.3. Un déploiement au niveau local

120

### II.3.6 Le déploiement de dispositifs partenaires

#### 3-6. Le déploiement des dispositifs partenaires

Le schéma régional de la prévention appelle pour sa mise en œuvre la mobilisation de dispositifs partenaires. Eux aussi prennent toute leur place dans les projets locaux. Avec eux il est nécessaire que les dispositifs spécifiques créent des liens et amènent un appui. Eux aussi peuvent être porteurs d'actions. Sans que la liste soit exhaustive, les principaux dispositifs identifiés sont

- **Des dispositifs sanitaires et médico-sociaux** : Maisons des adolescents et Groupements d'entraide mutuelle en santé mentale

#### - Des dispositifs pilotés par d'autres institutions

- Réseau d'aide et d'appui à la parentalité
- Dispositif de planification familiale
- Points d'accueil et d'écoute jeunes
- Missions locales d'insertion
- Ateliers santé ville

#### - Des dispositifs institutionnels

- PMI
- Personnels de l'éducation nationale, tant enseignants que service de promotion de la santé en faveur des élèves
- Contrats urbains de cohésion sociale
- CIDF
- Médecine du travail
- Mutuelles étudiantes
- Mutualité française
- MSA

La cartographie d'implantation et de couverture territoriale est importante à prendre en compte, pour deux raisons

- certains (MU, PAEJ, dispositif de la MSA ...) sont parfois les ressources essentielles de territoires, point d'accroche possible pour les actions et le contact avec des populations
- d'autres sont des acteurs essentiels dont la couverture territoriale est importante à considérer (santé scolaire, PMI, REAAP, mutuelles ...)



## II.4 Une ingénierie technique (1)

CS4

### □ Un besoin de systèmes d'information

L'espace de la prévention embrasse toute la population, donc tout le territoire, et doit s'appuyer sur des données permettant de définir un zonage. Les besoins de santé doivent être appréhendés dans leur dimension la plus fine mais aussi complexe (les déterminants et facteurs de risque). Les ressources sont quant à elles très dispersées, peu visibles et pas toujours identifiables quant à leur activité et territoire d'action.

#### Un système d'information global et permettant un zonage fin est ainsi nécessaire :

- Statistique : données de mortalité, de morbidité, données sociales, consolidables à un niveau géographique compatible (notion de carte d'identité d'un bassin ou d'un territoire de dynamique candidat à un contrat local de santé)
- et géographique avec le développement d'un outil SIG.

#### L'observation des besoins et des réponses en santé

La plateforme d'observation de la santé portée par l'ARS doit être connectée avec des plateformes d'observation existantes :

- La plateforme d'observation sanitaire et sociale hébergée par la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale
- la plateforme de la politique de la ville hébergée par le Secrétariat Général aux Affaires Régionales (Préfecture)

Le champ des addictions nécessite la construction d'une plateforme d'observation spécifique. Elle doit être construite avec la Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. L'élaboration et le pilotage d'une politique régionale en matière d'addictions nécessitent une connaissance des populations, de leurs problèmes, des conduites et des besoins. Ceci est extrêmement évolutif et ne peut être appréhendé que de manière indirecte à travers des données de sources multiples. Il est nécessaire de déterminer les bons indicateurs dans le double objectif de pilotage des programmes et d'alerte sur l'émergence de risques nouveaux.

#### Des outils de pilotage

- **Outil d'observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé, ou mieux un SIG** : outil de recensement et de localisation des dispositifs et actions participant à la politique régionale de prévention et promotion santé mis en œuvre par les opérateurs et institutions régionales, particulièrement dans le cadre de la CCP et à sa disposition.
- Des **outils descriptifs et d'analyse qualitative de l'activité** seront mis au travail particulièrement pour tous les dispositifs réglementaires (de dépistage et de prise en charge) pour compléter les rapports d'activité quantitatifs nationaux.
- Des **liens nécessaires entre les données de la base financière et les données statistiques** démographiques, socio-économiques ou épidémiologiques par territoire.

ars

## II.4 Une ingénierie technique (2)

143

### En matière de veille et de sécurité sanitaire

De nombreux outils existent, qu'il s'agit de consolider et de sécuriser avec un **objectif de partage et d'analyse de données**, mais aussi de **qualité**, de **représentativité** (voire exhaustivité parfois) de **traçabilité** et **d'appui à la gestion**.

La disponibilité et la fiabilité de ces outils sont déterminantes pour la structuration des organisations.

#### **Outils de gestion :**

- Main courante régionale des signaux et alertes
- Outil de gestion de veille et d'alerte : Orages / Voozalerte, déploiement Esin, accès Synergi, Siroco, etc....
- projet de répertoire opérationnel des ressources (ROR) transversal au SROS et à l'anticipation de la gestion de crise

#### **Outils de veille et de surveillance:**

- des activités de soins : serveur régional de veille hospitalière, système d'information des urgences en Languedoc Roussillon, suivi des activités des associations SOS, EHPAD sentinelles
- des décès
- des risques liés à l'environnement: Systèmes d'Information en santé Environnement (SISE eau, baignades, etc...), base PICOT pour les légionelles et les tours déaérogérisantes, Air LR, surveillance pollens RNSA, ....)

ars



## II.4 Une ingénierie technique (3)

10/10

### □ Une ingénierie de contractualisation à faire évoluer et diversifier

La perspective de déploiement territorial et de mise en place des outils structurants portés par le schéma ainsi que la volonté de répondre aux besoins de la population conduisent à faire évoluer les attributions financières au regard des priorités territoriales et thématiques ainsi que les modes de contractualisation.

**1- Retrouver une marge de manœuvre régionale :** dans le cadre du financement des actions de prévention il sera nécessaire de

▪ de mener une politique d'évaluation des actions financées

▪ de réorienter **les promoteurs qui devraient relever d'autres sources de financements :**

- Sociaux (hébergement et accompagnement social), ou médico-sociaux (ONDAM spécifique ou champ CNSA),

- Des réseaux de santé (coordination de professionnels du parcours de soins),

Un accompagnement inter institutionnel devra être mis en place pour les faire émerger sur les dispositifs ad hoc.

**2- Poursuivre les partenariats dans la négociation de contrats d'objectifs et de moyens**

A travers des dialogues de gestion avec l'ensemble des dispositifs de prévention spécifique

• structures de dépistage organisé du cancer,

• structures de recentralisation : dépistage des IST, VIH et hépatites C (IDDIST/CDAG), centre de lutte antituberculeux (CLAT), centres de vaccination)

• structures supports (partenaires de santé publique)

• associations interdépartementales et départementales en capacité de développer leur action sur les thématiques, les publics et les territoires ciblés comme prioritaires par l'ARS.

Cette négociation aboutira, sur la base de diagnostics locaux, à la signature d'une **convention annuelle, et si possible pluriannuelle d'objectifs et de moyens.**

**3- Accompagner la territorialisation des politiques de santé à travers les contrats locaux de santé**

En définissant la contribution de chaque promoteur dans une annexe technique accompagnant chaque contrat.

**4- Passer des marchés publics pour rémunérer des prestations de service**

Ces marchés, regroupant les différents départements de la région lorsque c'est possible, (analyse des eaux de baignade et de consommation...), répondent à des obligations juridiques : dès lors que la commande atteint 4000€ et contribue à abaisser les coûts

ars

## II.4 Une ingénierie technique (4)

### □ Des formations à développer

• Une faiblesse de la formation et un manque de repères sur la reconnaissance des métiers rendent nécessaires

- les formations aux métiers d'animateurs en prévention et en éducation pour la santé, chefs de projet, coordonnateurs
- les formations aux méthodologies d'intervention et à l'évolution des pratiques professionnelles dans le champ de la prévention

- La diffusion de la culture de prévention et de protection de la santé, voire de gestion de crise, nécessite un travail de **formalisation de programmes et de référentiels de formation** tout à la fois pour :

- mettre en place des formations « professionnalisantes »
- structurer une offre de formation continue pour les professionnels
- organiser la prise en compte de ces dimensions dans les formations initiales des professionnels de santé

- La diversité et la qualité de l'offre universitaire régionale, comme la richesse des compétences au sein du tissu institutionnel et associatif, créent les conditions de mise en œuvre de **partenariats** au bénéfice des priorités de santé identifiées.

En tout état de cause, l'objectif d'étayer les politiques, programmes et actions en développant **un plan pour enrichir et favoriser l'offre de formation initiale et continue en région** doit mobiliser toutes les compétences, au premier rang desquelles le Pôle de compétence régional en éducation, protection et promotion de la santé, mais aussi les groupes experts régionaux.

- Disposer d'un état des lieux des formations en région
- Elaborer un plan cohérent prenant en compte les formations initiales et continues, mais aussi la validation des expériences dans un champ où le rôle des bénévoles mais aussi des personnes concernées a sa place.

## Indicateurs de suivi du schéma (1)

L'ANGLADEOC-ROUSSILLON

## Objectifs du Schéma

## Indicateurs Schéma

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Gouvernance : CCP lieu d'élaboration et de construction des convergences et des complémentarités institutionnelles et de mise en cohérence de la politique territoriale de santé</li> </ul>	1. « Animation », « vie » de la CCP
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Outils structurants au niveau régional</li> <li>-2.1. Plateforme de veille et d'alerte</li> <li>-2.2 Structuration de l'offre en éducation pour la santé et promotion de la santé</li> <li>-2.3. Pôle ressource en santé environnement</li> <li>-2.4. Groupes experts régionaux</li> </ul>	2.1. Organisation des partenariats extérieurs avec la plateforme veille 2.2. Mise en place d'un socle commun d'ingénierie ( Pôle 3) / mise en cohérence des interventions 2.3. Mise en place du pôle ressource SE 2.4. Mise en place des 7 groupes avec définition du plan de travail et rapport d'activité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3. Outils structurants au niveau régional</li> <li>-3.1 Projets locaux de santé (PLS)</li> <li>-3.2 Métiers de l'animation territoriale</li> <li>-3.3 décloisonnement en proximité d'un socle de prestation</li> <li>-3.4 Dispositifs de prévention spécifiques</li> </ul>	3.1.1 Zones ayant « adoptées la démarche » 3.1.2 Proportion des actions financées incluses dans un PLS 3.1.3 Nombre de OLS signé (indicateur indirect) 3.2.1 nombre d'équipes d'animation dédiées par rapport au nombre de contrats signés 3.2.2 élaboration d'un référentiel métier adopté par l'ARS 3.3 nombre de territoires définissant un panier de service formalisé; contractualisé 3.4 Proportion de dispositifs de prévention spécifiques intégrés dans un panier de service

**Objectifs du Schéma**

**Indicateurs Schéma**

Objectifs du Schéma	Indicateurs Schéma
-3.5 Finalisation des réseaux territorialisés de veille et d'alerte	3.5.1 nombre de réseau de veille et d'alerte territorialisé 3.5.2 Nombre de réseau de prévention des infections liées aux soins des établissements de santé ou médicaux sociaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4. Ingénierie technique</li> <li>-4.1 Observation de la santé et système d'information</li> <li>-4.2 Formation en EPS et PS</li> </ul>	4.1 Mise en place d'un SIG 4.2.1 Analyse de l'offre de formation 4.2.2 Elaboration d'un plan régional de formation



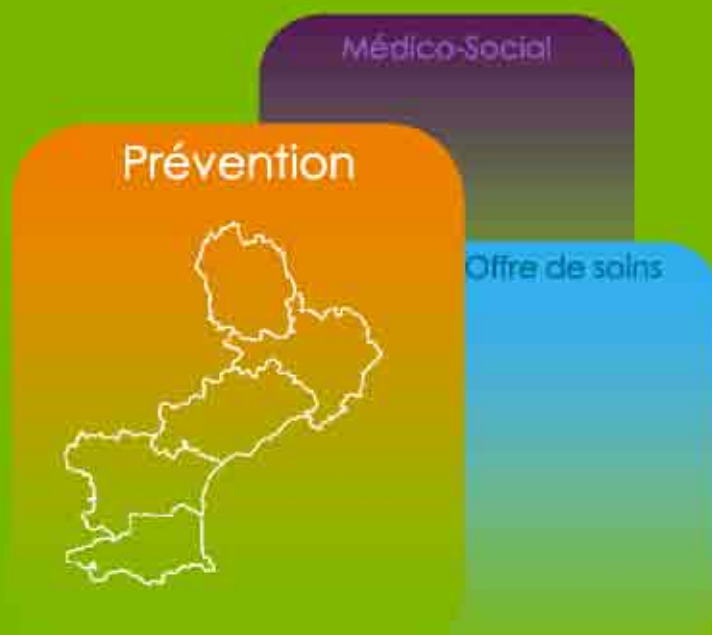
# Evaluation

L'ANGLADE-ROUSSILLON

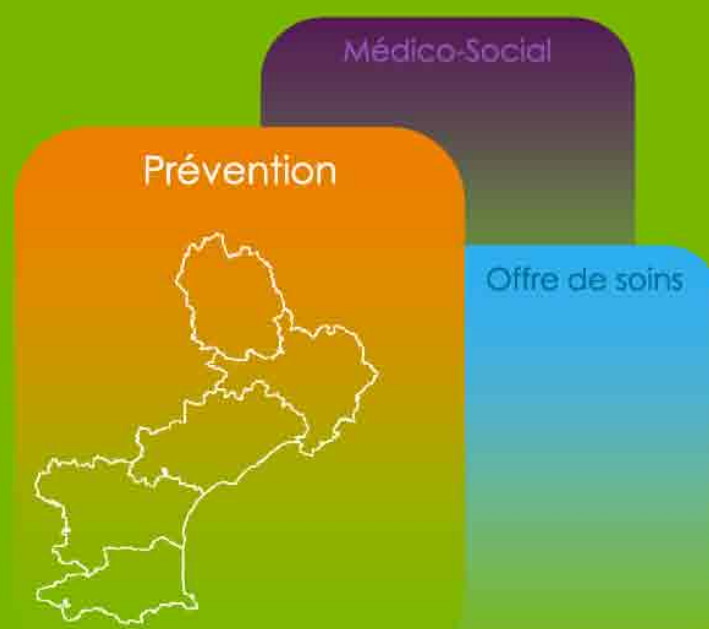
## Objectifs Schéma

## Indicateurs Schéma

Objectifs Schéma	Indicateurs Schéma
<b>INDICATEURS CPOM</b> Prévenir les maladies infectieuses par la couverture vaccinale	Cf indicateur CPOM 2.3 sur le ROR Taux de couverture vaccinale hépatite B (fiabilité à vérifier selon la tranche d'âge ciblée)
Améliorer le dépistage précoce	Cf indicateurs CPOM 2.3 ET 2.4 sur le cancer du sein et cancer colo-rectal Dépistage « associatif » par Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) (à préciser ?)
Santé environnementale	Lien PRSE 2 + indicateurs CPOM 3.2 et 4.2



## Schéma régional de la prévention



## Sommaire

### Annexe I- Méthode

#### Annexe II- Diagnostic

1. Besoins de santé : une synthèse des diagnostics régionaux
2. Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses

#### Annexe III- Les dispositifs spécifiques

1. CDAG et CIDIST
2. CLAT
3. Centres de vaccination
4. Plateformes de dépistage organisé des cancers
5. Dispositif d'addictologie

#### Annexe IV – Le panier de service



## Annexe I – Méthode

Une méthodologie à plusieurs entrées et en trois étapes :

□ **1ère ÉTAPE DE CONCEPTION** par une équipe projet intégrant les délégations territoriales et la direction de la stratégie

□ **2ème ÉTAPE DE « DIAGNOSTIC »** : états des lieux et analyses sectorielles en adoptant plusieurs entrées

### 1- Entrée par domaine ou programme de santé

-Un diagnostic régional par domaines conduit par les pilotes de programme :

- PRAPS, périnatalité petite enfance, nutrition santé, sexualité, santé mentale, vaccinations, addictions, VIH et hépatites, cancer, santé environnementale, santé des détenus, santé des seniors,
- pour identifier les ressources mobilisées, caractériser l'expression du problème et les populations concernées par territoires, faire une analyse critique des dispositifs et actions en place, définir les pistes stratégiques et rechercher les leviers

-Diagnostic approfondi au cours d'une journée de travail dans chaque territoire avec la délégation territoriale (DT) de l'ARS et ses partenaires institutionnels (Conseil général, CPAM, Direction départementale de la cohésion sociale, Inspection d'Académie communes, CODES)

### 2- Entrée par territoire à la recherche des dynamiques locales :

- Une analyse par les délégations territoriales des dynamiques à l'œuvre sur leur territoire et des zones « dégamies »
- Analyse confrontée et affinée au cours d'un second atelier par territoire avec la DT, ses partenaires institutionnels et les principaux opérateurs pour rechercher comment déployer les actions sur le territoire en s'appuyant sur les dynamiques.

### 3- Une entrée par populations

Travail conduit en ateliers par le comité technique de la commission de coordination de la prévention en mettant à l'étude : périnatalité petite enfance, adolescents jeunes adultes, seniors, populations rurales, populations en grande exclusion,

**4- Une entrée par dispositif** avec une rencontre régionale des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), plateformes de dépistage des cancers, centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et centres départementaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (CIDIST), commission régionale de la politique vaccinale, Commission régionale nutrition santé et Commission régionale de l'alimentation et de l'information nutritionnelle (CRALIN) et s'appuyant sur les recommandations du Comité régional de lutte contre le VIH (COREVIH).

5- L'identification pour chacun des sujets des points particuliers relatifs à la dimension **veille et sécurité sanitaire** en vue d'assurer la cohérence des démarches à conduire.

□ **3ème ÉTAPE DE CONSTRUCTION** : analyse collective de l'ensemble afin d'identifier les enjeux et leviers, c'est-à-dire les outils structurants à positionner dans les schémas, affinée par présentation à la CCP et à la commission spécialisée de la CRSA

## Annexe II – Diagnostic

### 1- Les besoins de santé

Les besoins de santé sont connus de manière globale au niveau régional, particulièrement à travers

- le programme régional de santé publique (PRSP - 2006) et son évaluation (2009),
- le diagnostic partagé pour l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (atlas diagnostic, enquête aux maires, concertation avec les conférences de territoire – 2010),
- les ateliers territoriaux pour l'élaboration du Schéma Régional de la Prévention (2011).

La synthèse en est présentée ci-après.

Il est cependant nécessaire d'en affiner les diagnostics par territoire pour permettre d'ajuster les modalités d'intervention aux spécificités

- **Des spécificités territoriales** sont encore trop peu ou mal prises en compte, ainsi
  - Les « bords de Mer » et l'afflux estival de populations nécessitent des interventions en réduction des risques.
  - Les zones « montagneuses » (Pyrénées orientales et Cévennes) induisent des problèmes de transports y compris pour l'accès à la prévention (vaccinations, dépistages) ou au diagnostic rapide (risque infectieux ...)
- **Des spécificités populationnelles** doivent permettre d'ajuster les priorités d'intervention par tranches de vie (éducation à la vie sexuelle et affective) sans pour autant perdre de vue la nécessité d'une continuité de la prévention au cours de la vie (nutrition) ou « d'étapes » de vie (périnatalité, parentalité).

Nous devons rapprocher et faire évoluer les **bases de données** et les **systèmes d'information** pour servir à une organisation et une gestion territoriales (SIG des besoins et ressources en santé) y compris en ce qui concerne la veille, l'alerte et la gestion de crise dans le champ sanitaire.

## Annexe III – Diagnostic

### SYNTHÈSE DES BESOINS DE SANTÉ IDENTIFIÉS

#### **Prévention des maladies chroniques (particulièrement cancer, AVC, IRC, VIH)**

- Par l'action sur les déterminants environnementaux, l'hygiène alimentaire et l'activité physique, la prévention des consommations nocives et des addictions, la prévention du risque infectieux
- En développant l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des conséquences sociales

#### **Adoption de comportements favorables à la santé, dès le plus jeune âge (périnatalité, enfance)**

- La prévention des maladies infectieuses notamment la couverture vaccinale,
- l'hygiène alimentaire et activité physique
- la prévention des addictions (toutes formes de conduites addictives)
- l'éducation affective et sexuelle, l'accès à la contraception et à l'IVG
- la santé mentale- le parcours de vie des personnes handicapées

#### **Agir pour renforcer la sécurité sanitaire**

- Sur l'environnement : qualité de l'habitat, des eaux de consommation, de loisirs
- Sur les risques infectieux, les activités de soins (médicaments)
- Sur la continuité des activités de soins et leur capacité de mobilisation pour faire face à des crises

#### **Avec une prise en compte particulière**

- De la précarité et de ses conséquences, des facteurs aggravant les inégalités sociales de santé,
- Des besoins de dépistage très précoce chez les enfants des troubles de l'apprentissage et des handicaps (particulièrement la surdité)
- Des besoins des adolescents et jeunes adultes en matière d'addictions notamment chez la femme enceinte, de mal être et de souffrance psychique, de violences subies et agies et d'errance
- Des populations vulnérables que sont certains étudiants, les jeunes prématurément sortis du système scolaire, les travailleurs saisonniers, les gens du voyage

#### **Agir sur les milieux et environnements**

- Santé environnementale
- Santé au travail

#### **Améliorer les parcours en santé**

Beaucoup d'observations concernent les modalités d'intervention

La question de la réduction des inégalités de santé s'imprime comme un fil rouge transversal.

## Annexe III – Diagnostic

### **2- Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses**

Les deux ateliers tenus dans chaque territoire ont permis de préciser la photographie des ces territoires

- en termes de besoins de santé ressentis ou observés par les partenaires, qui devront être étayés et affinés dans les étapes à venir de construction des programmes, des projets territoriaux et des projets locaux de santé
- en termes d'atouts et de faiblesses, de leviers mobilisables pour une politique de prévention en région

Les traits saillants en sont synthétisés ci-après :



### ☐ Des populations vulnérables

Les traits marquants du territoire, qui nécessitent d'identifier et prendre en compte les besoins spécifiques de populations vulnérabilisées :

- Précarité d'une partie importante de la population : 33 % des enfants vivent dans des familles relevant du RSA
- Parmi la population jeune et même très jeune, difficultés importantes et manque de repères, problèmes de comportements (notés en collèges), conduites d'ivresse et de poly-consommations ou épisodes de crises. Les sorties précoces du système scolaire sont fréquentes.
- Le territoire rural est marqué par la paupérisation de nombre d'agriculteurs et la fréquence des suicides est notée.
- Une attention particulière à avoir vis-à-vis des saisonniers, communautés de gens du voyage sédentarisées ou itinérantes, migrants.
- Un territoire marqué par un fort indice de vieillissement, avec installation d'une population de personnes retraitées vivant souvent dans l'isolement et dans des logements inadaptés sans avoir les ressources nécessaires à leur amélioration.
- La très forte croissance de l'agglomération narbonnaise pose en périphérie un problème d'inadéquation de l'offre de services

### ☐ Les problèmes de santé observés ou ressentis

- Le surpoids et l'obésité – avec forte prévalence du diabète dans le narbonnais – plus généralement malnutrition ...et dénutrition de personnes âgées
- Prévalence des consommations de tabac, alcool, et globalement des addictions ....
- Souffrance psychique et ses formes d'expression
- Un recours important à l'IVG ... à explorer ... l'accès à la contraception
- Des problèmes d'accès aux droits et aux prises en charge

### ☐ Espace et environnement

- Les distances et l'isolement pèsent sur les trajets.
- Les distances et l'organisation des transports scolaires présentent des contraintes fortes pour enfants et adolescents
- Des îlots d'habitat ancien dans les centres villes sont marqués par l'insalubrité et le risque de saturnisme
- Des problèmes spécifiques : le passé industriel de la Haute Vallée de l'Aude et l'impact en termes de sols pollués ainsi que les Sites Seveso

### ☐ En termes de dispositifs et d'acteurs : des atouts mais une couverture territoriale très inégale

Hors de Carcassonne et Narbonne, des problèmes de déploiement sur tout le territoire concernant les dispositifs de dépistages, de vaccinations, de réduction des risques, d'addictologie, les espaces d'accueil et d'écoute.

**Des points forts :**

- En santé mentale portée à l'Est par le CH de Narbonne, à l'Ouest par l'AASM, ASV santé mentale de Narbonne, équipe mobile précarité et santé mentale, Maison des ados démarant) et projet de maison des parents (CUCS).
- Dans le domaine des addictions avec un dispositif conséquent mais dont la couverture territoriale n'est pas en adéquation avec les besoins.
- En matière de nutrition santé, impliquant ASV, Ville Epode (Narbonne), réseau, ateliers diabète à Limoux.

**Des atouts :** La richesse en acteurs associatifs.

Malgré aussi **des faiblesses** : une répartition géographique très inégale avec :

- des zones mal desservies ou de manière très incomplète ; Haute vallée de l'Aude, Est audois, Port la Nouvelle,
- des bassins (Castelnaudary, Limoux / Quillan, Lézignan) à dynamique autonome mais difficulté d'accessibilité,
- une bipolarisation Carcassonne / Narbonne avec des inadéquations des dispositifs de prévention et de dépistage au regard des populations et de leurs besoins estimés.
- une fragilité également en termes d'offre de soins de premier recours.

**□ Les coordinations : des atouts et des consolidations nécessaires**

- Des dynamiques politique de la ville intégrant la santé (atelier santé ville) à Narbonne, devant s'ouvrir à la santé à Carcassonne.
- En milieu scolaire, des initiatives d'établissements qu'un partenariat avec l'IA pourrait intégrer dans une programmation concertée.
- Le maillage du territoire en périnatalogie (PMI, liens entre addictologie et réseau périnatal), petite enfance et Aide et appui à la parentalité.
- La couverture du territoire en direction des seniors par la MSA et par le CG, cependant mal repérée par les partenaires.
- Par contre une faiblesse de l'accueil structuré des populations marginalisées (accueil de jour, accueil d'urgence etc...)

**□ Des dynamiques à l'œuvre**

- **Groupes de travail** autour de la Délégation Territoriale (nutrition, addictions, sexualité, santé des jeunes, périnatalité enfance, PRAPS) et un partenariat étroit CODES / DT
- **Des dynamiques de bassin** : CUCS de Narbonne, MOUS habitat de Lézignan, observatoire de la précarité animé par les élus à Castelnaudary, atelier santé ville (ASV) de Narbonne, dynamique impulsée par le CCAS de Quillan ... et des projets de dynamiques de contrat local de santé à Narbonne et à Carcassonne
- **Des articulations santé/social possibles** autour des maisons pluri professionnelles ou adossées aux hôpitaux locaux (Lézignan)

### □ Territoire et populations

Une croissance de la population avec l'arrivée de populations âgées et de populations souvent en difficultés économiques et sociales

La part de la population âgée augmente particulièrement dans certains territoires (ex nord alésien)

Une fragilité socio-économique liée au sous-emploi, avec 6 territoires CUCS, et un nombre élevé de familles monoparentales

Un habitat social insuffisant, un fort poids de l'habitat indigne.

Le poids des violences : violence routière avec un taux élevé d'accidents de la route et délinquance

### □ Les problèmes de santé identifiés

- Alcool et drogues de consommation banalisée, y compris chez les très jeunes, marquant les événements festifs et avec le risque routier.
- Un poids important du VIH et des hépatites, de la contamination hétérosexuelle et des risques liés aux drogues.
- Un taux de couverture vaccinale notablement bas, y compris pour des vaccinations obligatoires (78 % ROR, 90 % DTP, 5% HB)
- Le cancer Tère cause mortalié, avec un recours au dépistage insuffisant
- Un taux élevé d'IVG en 2009, important chez les mineures (2013 dont 6,3 % mineurs)
- Une prévalence du surpoids, de l'obésité variables selon les groupes d'âge et catégories socio-professionnelles
- Les problèmes d'isolement des seniors
- Question transversale de souffrance psychique, avec une articulation psychiatrie institutionnelle et acteurs de 1ère ligne défaillante
- Question de l'accès aux soins des plus démunis, sans couverture sociale ou en rupture de droits, et retard aux soins aggravé par la précarité

### □ Espace et environnement

- Des risques naturels importants (inondations)
- Une ressource en eau de consommation à protéger pour l'agglomération de Nîmes, difficile à protéger dans les Cévennes
- Des zones de sites et sols pollués notamment en lien avec le passé industriel et minier du territoire
- Les maladies vectorielles – arboviroses et West Nile – émergentes ou ré-émergentes liées aux moustiques

### □ Une problématique à anticiper

- **Professions médicales et paramédicales** : une offre importante mais inégalement répartie, avec un vieillissement de la profession médicale (
- **L'articulation des politiques publiques** : Elle mériterait d'être améliorée entre les acteurs institutionnels : services de l'Etat, Conseil Général, Conseil régional, caisses pour plus de cohérence et une meilleure couverture des besoins et des territoires.



#### □ Dispositifs et acteurs

- Opérateurs de prévention nombreux et répartis sur le territoire, une tradition de partenariat, des savoir faire. Les thèmes les plus traités : addictions, VIH/VHC, sexualité, PRAPS, vaccination, cancer, Actions plus dispersées sur : nutrition santé, seniors, santé mentale,
- Maillage fort plus institutionnel sur périnatalité et petite enfance entre Réseau naître en LR, le CG, l'addictologie
- Des points forts ; réactivité, implantation à partir des besoins, organisation en réseau (Réseada à Alès) et ASV à Vauvert et Bagnols
- Mais des points faibles :
  - une certaine dispersion et une absence de continuité de l'éducation de la santé depuis le plus jeune âge
  - une liaison entre acteurs de la prévention, du soin, du médico-social insuffisante induisant des ruptures dans les parcours de santé

#### □ Des bassins de vie et/ou d'action aux dynamiques diverses

- ❖ **Le Grand Alès** : bassin marqué par le poids de populations âgées et fragiles, une précarité très importante, une mortalité élevée dans les cantons du nord et une offre de santé moins diversifiée. Une dynamique de projet de santé globale, participative, structurée en réseau, s'étendant au pays, et un premier contrat local de santé signé.
- ❖ **Le Vigan** : bassin en désertification avec une population âgée importante, de faibles revenus, un taux de décès important (accidents/trauma) et une démographie des professionnels de santé en baisse. Le CSAPA du Vigan Inter Aide est au coeur d'une dynamique dans le champ de la prévention et de la prise en charge en addictologie avec les acteurs du territoire.
- ❖ **Le Gard Rhodanien** : territoire homogène à la population plus jeune et plus dense, avec des zones de précarité dans une situation économique favorable. Mais des zones peu couvertes en dispositifs et acteurs de prévention, autour de Bagnols où une dynamique locale existe coordonnée dans l'ASV rassemblant les acteurs associatifs et du soin.
- ❖ **Nîmes** : à la croissance démographique élevée avec une population jeune, une précarité importante et les quartiers CUCS (Pissevin) mais où la politique de la ville n'a pas encore suscité une dynamique en matière de santé, malgré une présence historique et active de structures dans le champ des prises en charge addicto, dépistage, réduction des risques.
- ❖ Des territoires moins identifiés en termes de dynamiques
  - **La petite camargue** : des atouts en termes d'intervenants (en addictologie, réduction des risques notamment) mais des problèmes d'accessibilité pour le reste, où émerge une dynamique locale autour de Vauvert, de son ASV, portée par les élus locaux
  - **Sommières** où une dynamique se crée autour du CCAS, des problèmes de nutrition, d'addictions et de précarité, mais qui reste excentrée pour beaucoup de dispositifs.



**□ Populations**

Un territoire marqué par

- Une très forte croissance démographique (solde migratoire)
- Le poids des personnes âgées et du vieillissement, mais aussi des moins de 20 ans. Le territoire au plus fort taux de natalité de la région.
- Une précarité marquée dans les villes mais aussi l'arrière pays. Des populations quittant l'agglomération pour la périphérie pour des motifs économiques. Des écarts socio-économiques très marqués.
- Un fort flux de demandeurs d'asile et de migrants primo-arrivants
- Un territoire « de passage », traversé par les « routards », souvent jeunes ou très jeunes et/ou en errance.
- Où la population des personnes détenues est importante (Maison d'arrêt de Villeneuve les M et centre de détention de Béziers)

**□ Des problèmes de santé** qui se démarquent peu de la photographie régionale, avec particulièrement

- La plus forte mortalité infantile régionale et un fort taux de grande prématurité.
- Une forte prévalence du surpoids et de l'obésité, avec des écarts mesurés entre zones CUCS et autres zones. Là encore plus généralement malnutrition ...et dénutrition chez les personnes âgées
- Une surmortalité par maladies cardio-vasculaires
- Un poids particulier du VIH, des IST, des addictions et des hépatites.
- Les difficultés des jeunes (15-25 ans). Alcoolisation, poly consommations, crises, suicides, violences.
- Les problèmes de santé des populations précaires, dont les difficultés d'accès aux droits mais aussi aux soins, et la souffrance psychique

**□ Espace et environnement**

- Un espace dominé par la métropole montpelliéraine
- des bassins de vie : Béziers et arrière pays (Bédarieux, St Pons), pays de Thau, Lodève et cœur d'Hérault, communes de la côte, Lunellois, Pic St Loup et vallée de l'Hérault jusqu'aux Cévennes.
- des îlots d'habitat indigne et insalubre dans les centres anciens (un pôle interministériel de l'HI) – saturnisme identifié à Béziers : le radon à explorer dans le Lodévois
- une eau de consommation à protéger particulièrement pour l'agglomération de Montpellier, fragilisée par l'urbanisation et les risques de pollutions
- certaines zones de sites et sols pollués
- les maladies vectorielles – arboviroses et West Nile – émergentes ou ré émergentes liées aux moustiques

**□ Des bassins qui apparaissent déficitaires**

- **Hauts cantons et Pays cœur d'Hérault** : bassins à forte précarité, chômage, « alertes » quant aux problèmes des 15-25 ans : bassins ruraux avec les problématiques économiques et psychosociales de la population agricole : accueillant aussi des populations marginales, aux mode de vie alternatif et problèmes spécifiques (dont réduction des risques)

- **Pays de Thau** où sont repérées des difficultés d'accès au dépistage des IST (pas de CIDIST), avec une réduction des risques peu déployée, un accès à l'IVG non « sécurisé », mais qui a comme atouts un CH porteur de dynamiques et des associations précaire dynamiques et structurantes

### □ En termes de dispositifs et d'acteurs

Le territoire a une grande richesse d'acteurs mais certains ont une action plus régionale que territorialisée dans l'Hérault. Ressortent :

- une concentration des équipements et intervenants sur l'agglomération capitale
- une inégale implantation laissant des zones « blanches » très mal couvertes (Bédarieux, Cévennes avec un problème d'accessibilité et de transports), des zones où tous les besoins ne sont pas couverts ( Pays cœur d'Hérault, Lunellois), et des zones où la cohérence de couverture n'est pas lisible (bassin de Thau).

Il est couvert par un bon maillage de dispositifs structurants en périnatalité (PMI), réseau Naître et grandir, articulé avec le dispositif addictions, aide à la parentalité (notamment le REAPP), en direction des jeunes ((MLJ et PEJ).

Se posent cependant des problèmes d'accessibilité à des dispositifs de prévention médicalisée, les faiblesses repérées étant

- concernant les dépistages VIH, IST et hépatites, l'absence d'actions hors les murs des CIDDIST/CDAG de Montpellier
- l'absence de cohérence de couverture territoriale pour les vaccinations, avec intervention non coordonnée du SCHS de Béziers, du pôle santé de Montpellier, des Agences départementales de la Solidarité
- les difficultés d'accès à l'IVG, mais aussi à la contraception (notamment Pays Cœur d'Hérault et Bédarieux)

En matière d'addictions, un réseau de structures, conséquent mais relativement concentré sur l'agglomération, ne couvrant pas le territoire, avec une faiblesse de la réduction des risques, souvent mal accessible.

### □ En termes de coordinations

- Des dynamiques fortes : dynamiques locales (le Biterrois, Pays cœur d'Hérault), dynamiques de réseaux (en matière de VIH, IST et hépatites)
- Action concertée en matière d'éducation psycho-affective et sexuelle entre EN, CG, associations, couvrant le territoire et impliquant équipes de santé scolaire.
- Action concertée nutrition santé portée par la PMI en direction des crèches et des écoles, 5 villes Epode, mais comme presque partout problème de lien entre repérage et prise en charge ;
- Par contre concernant détenus et sortants de prison un dispositif insuffisamment concerté pour une population très importante.
- De même une carence de coordination à l'échelle du territoire se fait sentir, de même qu'à l'échelle de l'agglomération.

### □ Des dynamiques territorialisées à l'œuvre

- Dynamique concertée sur le Biterrois, démarche de santé communautaire, projet de santé globale, autour de la commune et de la politique de la ville, concernant l'ensemble des acteurs de la santé et du social. Démarche Contrat local de santé.
- Le Lunellois autour de l'espace santé,
- Des dynamiques de communes : projets santé émergents portés par Grabels, Prades, Mauguio, Lattes en périphérie de l'agglomération Montpellieraine., et coopérations entre les communes de la côte (Palavas – la Grande motte) à partir de addictions.
- Concernant l'agglomération montpellieraine, en l'absence d'atelier santé ville, les points d'appui sont :
  - La dynamique des zones CUCS, au niveau des quartiers (Paillade, Petit Bard ...) reposant sur le réseau des acteurs associatifs et l'animation politique de la ville ;
  - la dynamique portée par le réseau santé précarité

### □ Une population avec des traits spécifiques à prendre en compte

- Une population âgée (21% de plus de 65 ans). Dispersion dans des communes de petite taille, avec une vétusté fréquente de l'habitat,
- En territoire cévenol, une population en recherche de projet de vie alternatif et des difficultés
  - en termes d'accessibilité : importance des durées de transport, peu de premier recours accessible
  - du fait d'options de vie (refus des vaccinations ...) et de choix pour les enfants (rejet des interventions en éducation à la santé...)
- Importance de l'enseignement privé (pas de santé scolaire) et des internats accueillant une importante population de jeunes hors département ayant des problèmes spécifiques : d'accès à la contraception, ou développant consommation d'alcool ou ivresses aiguës
- Importance de la population handicapée accueillie en établissements (jeunes et adultes),

### □ Les problèmes de santé observés ou perçus

- Cancer
- surpoids et obésité – particulièrement chez les femmes - plus généralement malnutrition ...et dénutrition des personnes âgées
- Mortalité par maladies cardio-vasculaires
- Tabac, alcool, addictions .... Expérimentations précoces de cannabis, alcool, ivresses chez les mineurs . Problème massif d'alcool en général. Une population d'usagers de drogues.
- Souffrance psychique et ses formes d'expression... dépression chez les personnes âgées
- Le recours croissant à l'IVG, l'accès difficile à la contraception
- L'accès aux droits ... aux prises en charge des personnes précaires
- En direction des lycées importance et urgence des programmes d'accès à la contraception, de prévention des conduites à risque et de prise en charge / réduction des risques de l'alcoolisation massive

### □ Espace et environnement

Il est marqué par les distances et temps de transport –leur impact sur les trajets scolaires

L'habitat pose des problèmes

- de vétusté (18 à 35% d'habitat indigne selon secteurs)
- d'exposition au radon (% du département concerné )
- de fréquence des intoxications oxycarbonées
- et souvent d'inadaptation pour les personnes âgées

L'eau de consommation pose une problématique spécifique d'anomalies bactériologiques et toxiques, non ou difficilement corrigibles. Enfin une veille est nécessaire quant aux bactéries cyanogènes dans les eaux de loisir.



### □ En termes de dispositifs et d'acteurs :

#### **Des bassins**

- Une organisation rayonnant à partir d'un centre (Mende) avec les bassins de Saint Chély, Marvejols, Florac, Langogne dotés de centres hospitaliers, de CMP et de permanences psychosociales de l'ANPAA.
- Le CH de Mende étant le « point d'ancrage » avec CDAG / CIDIST, PASS, IVG, psychiatre / santé mentale. (réseau RADIAL)

#### **Des problèmes d'accès liés à la spécificité du territoire**

- à l'IVG et à la contraception : problème économique et de confidentialité (distance entre le lieu de recours et de résidence)
- à la prévention réduction des risques
- à une prise en charge de l'obésité du fait de la faiblesse ou absence de réseau professionnel

#### **Mais aussi des carences**

- Faiblesse du dispositif de premier recours, les professionnels de l'ambulatoire, les spécialistes (gynéco et pédiatres).
- Pas de prise en charge possible par nutritionniste, diététicienne.
- Un centre de vaccination (CH Mende) insuffisamment étoffé pour être « repéré »
- Une carence de réseau de CPEF
- Aucun appartement de coordination thérapeutique (ACT), ni lit halte soin santé LHSS)

### □ Une animation territoriale ancienne de réseau d'acteurs

#### **Une coopération interinstitutionnelle développée :**

Avec une animation par la DT ARS et un CODES très actif et partenaire et par une coordination ARS / Education Nationale / PMI / CODES, « noyau structurant et pilote »

#### **Un territoire avec des réseaux d'acteurs parfaitement coordonnés.**

- Sur tous les grands sujets de l'éducation à la santé coordination entre MFPF, EN, CG et CODES, développée aussi en direction des jeunes handicapés (nutrition santé, notamment activité physique, sexualité, compétences psycho-sociales)
- Réseau addictologie autour de l'ANPAA, médiateur santé, des présences sur le territoire à étayer.
- Réseau santé précarité, avec la PASS et les associations précarité
- Dynamique en réseau de santé mentale, avec le Pôle IA, de Meyrueis, les CMP, le réseau Radial, la coordination avec les associations d'insertion.
- Pour les seniors, un lien à faire avec la MSA, un plan piloté par la Préfecture



## Traits saillants de diagnostic - Pyrénées Orientales - 1

### Annexe III – Diagnostic

#### **□ Populations**

Une forte croissance de la population, avec l'arrivée de familles. L'indice de vieillissement est élevé ; beaucoup de personnes retraitées viennent s'installer, sont isolées. Importance des ruptures de logement, de la population hébergée et des sans logis.

Des vulnérabilité ou des difficulté des personnes ou de populations à prendre :

- L'importance de la précarité et de la pauvreté, notamment à Perpignan, dans le Conflent et le Fenouillèdes.
- La Communauté sédentarisée des gens du voyage et l'importance des personnes migrantes
- Une forte population de travailleurs saisonniers.
- Une population de jeunes et très jeunes pour lesquels les intervenants notent déstructuration, manque de repères, problèmes de comportement et sorties précoces du système scolaire, Ivresses, poly consommation, cocaïne concernent y compris les très jeunes

#### **□ Les problèmes de santé observés ou perçus**

Le surpoids et l'obésité – plus généralement la malnutrition et dénutrition des personnes âgées

Tabac, alcool, addictions ....

Souffrance psychique et ses formes d'expression... dépression chez les personnes âgées

Le recours à l'IVG ... à explorer ... l'accès à la contraception

#### **□ Le problèmes général de l'accès est pointé comme une difficulté**

- ✓ à l'IVG et à la contraception (problématique économique et de la confidentialité)
- ✓ à une éducation à la santé cohérente et suivie en milieu scolaire et extrascolaire
- ✓ à la qualité alimentaire (10% de la population dépend de l'aide alimentaire)
- ✓ à un logement décent
- ✓ aux droits, aux soins

#### **□ Espace et environnement**

Distances et conséquences sur les temps de trajets scolaires et sur l'accessibilité sont pointées

Très forts problèmes d'habitat, ancien, insalubre (centres villes avec le risque notamment de saturnisme), inadapté pour les personnes âgées.

## Traits saillants de diagnostic - Pyrénées Orientales - 2

### Annexe III – Diagnostic

#### □ Territoire et acteurs

Territoire riche en acteurs, particulièrement au niveau de la ville de Perpignan et des quartiers CUCS, dans les bassins de Prades, Cérêt, Cerdagne Capcir. Mais dont certains bassins de vie rencontrent des difficultés :

- parce qu'ils sont mal couverts dans les Albères, le Fenouillèdes, et le Haut Vallespir,
- Parce qu'ils sont éloignés (Cerdagne, Capcir) ou mal desservis (Albères).

Le dispositif de premier recours, professionnels de soins ambulatoire, est au niveau de ces mêmes zones soit déficitaire, soit très vulnérable.

#### □ Des atouts et leviers

- Un maillage du territoire sur lequel s'appuyer : PUJ, PAEJ, REAPP ... mais une faiblesse en matière de MUJ
- Un conseil local en santé mentale, intégrant le travail avec l'ASV et une dynamique communautaire.
- Un dispositif étoffé concernant addictions et réduction des risques
- Un centre hospitalier psychiatrique très ouvert sur les secteurs et un centre hospitalier général où la culture de la santé publique se développe.

#### □ Animation, coordinations, dynamiques autour des réseaux d'acteurs

##### ◆ Une animation territoriale ancienne

- par la délégation territoriale, avec un CODES très actif et partenaire,
- par la DT coordonnée avec le CG notamment à travers la définition de bassins de vie autour de la petite enfance. (le Haut Vallespir étant la seule blanche)

##### ◆ Des plans, programmes, collectifs couvrant le territoire

- Réseau santé des jeunes (plan santé des jeunes) – PUJ, PAEJ – collectif associatif visant à couvrir tout le territoire
- Plan départemental addictions – conventions entre animateurs référents et établissements scolaires
- Sexualité contraception VIH et IST : même dynamique
- En train de se monter sur nutrition santé

##### ◆ Des dynamiques communautaires

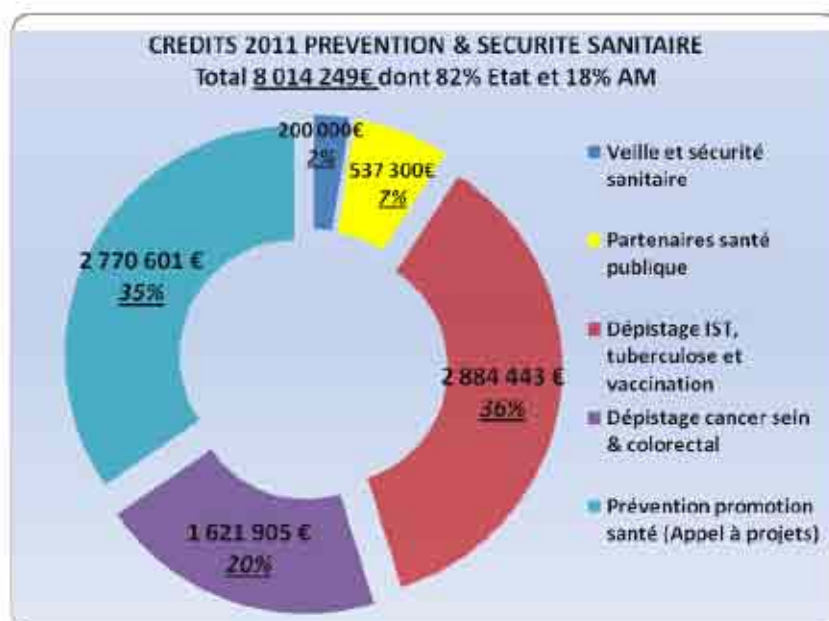
A travers l'ASV de la ville de Perpignan

Les dynamiques sont plus portées par les collectifs associatifs que par les collectivités locales.



## Annexe III – Diagnostic

## Synthèse régionale du diagnostic



## Annexe III – Les dispositifs de prévention spécifiques



## Politique de dépistage du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites<sup>19</sup> La place des centres départementaux d'Information et de dépistage des IST (CIDIST) et consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

#### • Une bonne couverture territoriale d'ensemble, quelques points faibles

9 CIDIST et 10 CDAG : un CDAG et un CIDIST sont associés à l'exception de Sète (CDAG hospitalier)  
34/ Montpellier Béziers (CDAG CIDIST gérés par le CG) - 30/ Alès, Bagnols (CDAG CIDIST hospitaliers) et Nîmes (DAG CIDIST CARMI) -  
11/ Carcassonne et Narbonne (CDAG CIDIST hospitaliers) - 48/ Mende (CDAG CIDIST hospit) - 66 Perpignan (CIDIST hospit, CDAG CG)  
En termes de couverture du territoire : point faible du bassin de Thau (Sète, Agde)

#### • Une activité importante

- 40 000 consultations annuelles, 20 000 personnes venues pour conseil, consultation ou dépistage, 18 888 dépistées (55% d'hommes et 11% de mineurs particulièrement à Bagnols, 29% - à Narbonne, 14% - à Mende, 16%)  
- Une importante activité pour le VIH, le VHB et le VHC, qui a permis de dépister de nombreuses séropositivités en augmentation pour le VIH et le VHC. Pour le VIH 2,4 tests+ /1000 soit le double de l'estimation faite pour les laboratoires de la région (1,2 source INVS).  
- Confirmation de la forte croissance des IST (syphilis et gonococcies), de la forte prévalence des Chlamydioses et de l'intérêt de proposer un dépistage en CDAG CIDIST aux hommes à partir de 30 ans et aux femmes à partir de 25 ans.

#### • Une diversification des interventions à soutenir

Augmentation des actions hors les murs à Perpignan, Carcassonne, Nîmes, Sète, insuffisantes cependant notamment dans l'Hérault.  
Développement d'antennes ... mais des problèmes d'amplitude d'ouverture

### □ Orientations stratégiques (nationales, régionales)

#### Dépister et traiter précocement l'infection à VIH dans une stratégie de prévention combinée :

- proposition de dépistage à toute la population, intensification du dépistage en direction des publics les plus exposés, (UDIV, HSH, migrants des zones à forte prévalence, personnes prostituées) introduisant le dépistage associatif par Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD) -  
- pour permettre une prise en charge précoce  
- et développer la prévention combinée (alliant la palette des outils)

Développer les actions hors les murs, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostic (TROD), faire connaître le dispositif.

Dépister et favoriser accès aux traitements des porteurs d'hépatites (environ la moitié des personnes atteintes le savent), la vaccination contre l'Hépatite B des usagers de drogues

Systematiser le dépistage du chlamydia à la population consultant (H > 30 ans et F > 25 ans)

## □ Objectifs et organisation territoriale cible

### Consolider le dispositif et développer l'activité

- en améliorant les coordinations CDAG CIDDIST là où elles sont faibles
- en étoffant la couverture du pays de Thau (Sète Agde) par rapport à l'activité CIDDIST
- en soutenant les actions hors les murs et les coopérations avec le réseau associatif pour permettre l'accès aux TROD
  - En direction de publics vulnérables au risque, coopération avec les structures et associations spécifiques, notamment CSAPA et CAARUD
  - En direction de territoires découverts : équipes mobiles et/ou participation au panier de service de proximité

Favoriser et soutenir le développement des coopérations, entre structures, avec d'autres dispositifs y compris sous forme de pôles.

### Favoriser l'accessibilité du dispositif

Notamment pour les mineurs, les migrants  
Et pour accéder au traitement post exposition

### Valoriser son rôle d'animation du tissu environnant

Formations, animation du tissu social, médico-social et sanitaire  
En particulier vis-à-vis des professionnels libéraux

### Organiser les formations et le partage d'expérience

#### Travailler avec les conseils des Ordres et les URPS

Les nouvelles orientations de la politique de dépistage du VIH nécessitent de mobiliser les médecins libéraux particulièrement quant à la proposition de dépistage à toute la population une fois dans la vie mais aussi parce qu'ils sont en première ligne pour les diagnostics précoces (primo-infections) ou les propositions de dépistage répété aux personnes les plus concernées.

Ils sont de même des intervenants clés pour les propositions de dépistage de l'hépatite C, de l'hépatite B aux personnes vulnérables, notamment celles venant de pays à forte endémie, les propositions de vaccination contre le VHB aux personnes vivant avec des personnes atteintes.

Ils ont enfin un rôle à jouer pour favoriser le dépistage des chlamydioses chez les jeunes adultes, femmes et hommes de leur patientèle, dès lors qu'ils ont eu au moins un partenaire sexuel.

## Politique régionale de la vaccination La place des centres de vaccinations

### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

- Une **couverture vaccinale insuffisante** globalement dans la région, qui favorise le développement d'épidémies de maladies infectieuses évitables, comme l'illustre l'importante épidémie de rougeole en 2010-2011.
- Existence de **disparités** de couverture vaccinale importante d'un territoire à l'autre possiblement en lien avec les particularités géographiques et sociologiques régionales (zone littorale versus arrière-pays), mais à documenter
- **Les dispositifs / acteurs existants :**
  - Les professions médicales et les infirmières sur prescription médicale
  - Les centres de vaccination : du fait de la recentralisation, les centres ont débuté leur activité en 2007, exceptés ceux gérés par le Conseil Général de l'Hérault qui en a gardé la compétence.
- 8 entités juridiques, avec 9 lieux de vaccination : 11/ Narbonne et Carcassonne – 30/ Alès et Nîmes – 48/ Mende – 66/ Perpignan – 34/ le CG a délégué les activités vaccinales aux trois SCHS de Montpellier, Béziers, Sète (qui fonctionnait a minima et a depuis cessé ses activités.)
- Un cahier des charges régional définissant les missions de ces centres
- Des ouvertures très variables de quelques heures (2h) à 40 h par semaine. Une organisation intégrée avec CDAG CIDDIST au CH de Perpignan. Des difficultés à Mende liées au recrutement de temps médical et à la dimension.
- Un principe de mobilité des équipes inégalement mis en œuvre, essentiellement dans les Pyrénées Orientales, la Lozère et le Gard
- Des partenariats entre Education Nationale et centres de vaccination en cours de construction dans 2 départements (Gard et Pyrénées-Orientales)
- Des conseils généraux et l'Education Nationale davantage mobilisés sur la surveillance de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 16 ans.

### □ Orientations stratégiques (nationales, régionales)

« Atteindre et maintenir une bonne couverture vaccinale » par la définition et l'impulsion d'une réelle politique vaccinale régionale.

Les priorités en termes de vaccinations : au-delà des vaccinations obligatoires, sont **le ROR, le BCG et l'hépatite B**.

La commission régionale de la politique vaccinale souligne la nécessité de travailler dans une approche globale de promotion de la santé impliquant maternités et réseau de la périnatalité (aval et amont) – Conseils généraux et PMI – Education nationale – dispositif de premier recours (médecins, pédiatres, sages femmes, etc...) – milieu du travail – Communes et politiques de quartiers – dispositifs spécialisés (centres de vaccination, ...) – pôle de compétence en éducation à la santé – associations etc .....

Renforcer le caractère intersectoriel des politiques de santé en intégrant la vaccination dans les actions conduites, notamment avec

- o le milieu de travail, dont les secteurs de la petite enfance, des établissements sanitaires et médico-sociaux;
- o le secteur hospitalier
- o la politique périnatale et de la petite enfance
- o les politiques de lutte contre les addictions et de prévention des cancers (vaccinations VHB, mais aussi HPV)





### □ Objectifs et organisation territoriale cible

- Elaborer un **programme permettant de mettre en œuvre la politique vaccinale en région et d'atteindre l'objectif fixé** comprenant notamment :
  - La poursuite du développement et du rapprochement **des systèmes d'information** sur le sujet
  - la réflexion sur les **missions** et le **positionnement des centres de vaccination** en terme d'animation et de relai de la politique vaccinale **par territoire de santé**.
  - La communication en direction des professionnels de santé et des usagers afin de les remobiliser
  - Le renforcement des liens entre les partenaires : Education Nationale, conseils généraux, Services communaux d'hygiène et de santé, centres de vaccination dans une approche territorialisée.
  
- Conforter la place de la **Commission Régionale de la Vaccination comme instance d'animation** de la politique vaccinale régionale
  
- Accompagner les évolutions particulières du dispositif selon les territoires de santé:
  - Dans l'Hérault : repenser les conditions de mise en œuvre de la vaccination sur le territoire (activité placée sous la responsabilité du Conseil Général) et l'animation territoriale du réseau des acteurs
  - Dans l'Aude : créer un pôle de référence unique par une coopération forte entre les centres de vaccination hospitaliers de Narbonne et Carcassonne
  - En Lozère: mettre au travail les scénarii de pôle interdépartemental de l'Est avec le Gard et/ou de « pôle départemental de l'infectiologie » (CDAG / CIDIST, CLAT, CV) au centre hospitalier
  - Dans les Pyrénées orientales : stabiliser l'organisation intégrée avec CDAG et CIDIST
  
- mobiliser les professionnels du soin à travers les URPS et Conseil des Ordres



## Lutte contre la tuberculose La place des Centres de lutte antituberculeux

### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

Chargés de la lutte contre la tuberculose dans ses aspects de prévention, dépistage, suivi et traitements, les CLAT assurent les enquêtes dans l'entourage des cas, le suivi médical des personnes atteintes et la délivrance des médicaments antituberculeux (observance), la réalisation d'actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques et la réalisation d'actions ciblées de dépistage. Ils concourent à la vaccination par le BCG dans certaines indications avec la tenue à jour d'un registre et développent des partenariats nécessaires à la lutte contre la tuberculose dans le département et à la prise en charge des personnes atteintes.

9 CLAT, hospitaliers (Alès, Bagnols et Nîmes, Béziers et Montpellier, Narbonne et Carcassonne, Meride, Perpignan)

Un développement très inégal de l'activité hors les murs (plan de dépistage et d'interventions ciblées en direction des personnes vulnérables)

Un périmétrage à finaliser de l'activité : enquête traitement

Une réflexion nécessaire sur les axes d'intervention communs sur le dépistage

Une action à développer sur la vaccination par le BCG des nourrissons avec PMI, centres de vaccinations, et réseau périnatal

En termes d'organisation :

- une question de masse critique, insuffisante en Lozère, et des évolutions vers des mutualisations ou coopérations y compris en inter-départementalité (Carcassonne et Narbonne, Alès et Bagnols)

- une question de service de rattachement et de création de pôles d'activité intégratifs : pôle CDAG CIDIST, CLAT, Centres de vaccination envisagé à Bagnols, Alès, Perpignan

- un investissement variable des missions de santé publique, déficientes à Nîmes

### □ Orientations stratégiques (nationales, régionales)

Développer une activité de dépistage ciblée auprès des publics les plus à risque.

Identifier les personnes présentant un risque accru de développer une tuberculose et élaborer des référentiels d'intervention.

### □ Objectifs et organisation territoriale cible

▪ **Accompagner l'évolution du dispositif** vers des pôles intégrant l'activité de CLAT à d'autres activités. Stabiliser cette organisation dans les PO, la mettre à l'étude en Lozère (et dans le Gard (Bagnols), l'envisager dans l'Aude)

▪ **Renforcer les coopérations** entre CLAT, dans chaque territoire permettant notamment de définir une stratégie de couverture cohérente du territoire

▪ **Equiper les CLAT** La réalisation des missions réclame de disposer d'un camion équipé en matériel radiographique, afin d'aller au plus près des publics à risque, comme l'a démontré l'expérimentation menée à Perpignan.

## Politique de dépistage des cancers

### La place des structures de gestion des dépistages organisés des cancers

#### ☐ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

Les programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) sont mis en œuvre au niveau territorial par des structures de gestion départementales ou inter-départementales.

La couverture territoriale est structurellement assurée pour ces 2 dépistages par 3 structures de gestion départementales (Aude, Hérault et Pyrénées-Orientales) et une inter-départementale (Gard et Lozère) et pour le DOCCR, 1 laboratoire agréé régional pour la lecture de l'Hémocult\* situé à Montpellier.

Toutefois, la participation de la population de la tranche d'âge concernée (50 à 74 ans) est variable :

- entre les 2 dépistages : meilleur pour le cancer du sein que pour le cancer colorectal (antériorité du dispositif, et acceptabilité du test de dépistage); néanmoins, il reste marqué par une part non négligeable du dépistage individuel, qui fait perdre le bénéfice de la seconde lecture.
- entre les territoires de santé, surtout pour le DOCCR, où le taux de participation varie de 19 à 41%, pour une moyenne régionale à 28% et nationale à 34%.
- en infra territorial : le diagnostic doit être affiné sur les zones à faible taux de participation afin d'y déployer des stratégies ciblées.

Les limites au déploiement de ces dépistages organisés sont:

- le fait que les populations en situation de grande précarité ne bénéficie pas de stratégies ciblées;
- le fait que les populations qui n'ont pas de droits ouverts ou qui ne sont pas à jour de leurs droits, échappent au dispositif;
- le fait que l'adhésion des professionnels de santé (médecins généralistes, gastro-entérologues, radiologues et gynécologues) à sa mise en œuvre doit progresser. Ceci est une condition sine qua non à la participation des usagers à ces programmes.
- Un point particulier est soulevé en Lozère : pour le DOCS, problème d'accessibilité à la mammographie avec un seul centre de radiologie agréé, en difficulté de fonctionnement pour des raisons de démographie médicale.

#### ☐ Orientations stratégiques et objectifs développement

Affiner l'identification des publics ou cantons ayant un taux de participation plus faible que la moyenne

Améliorer le dépistage de masse dans les deux cas, avec des stratégies d'action à cibler différemment :

- **Améliorer les taux de participation** aux dépistages organisés, en soutenant les actions de communication des structures de gestion vis-à-vis du public et des professionnels de santé : objectifs CPOM ARS-LR (DOCS: 65,5% et DOCCR: 45% en 2013)
- **Veiller à l'accès au dépistage** de tous les publics de la tranche d'âge concernés, y compris des personnes vulnérables ou privées de liberté ou de droits: lien PRAPS, Santé mentale, santé des détenus, santé des personnes handicapées...; Mettre au travail des stratégies adaptées en lien avec les acteurs de la précarité, tant pour le dépistage que pour les suites de la prise en charge;

Remobiliser les médecins libéraux

## Politique de lutte contre les addictions, la place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA- et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue - CAARUD

### ☐ L'état des lieux de l'équipement médico-social en addictologie

#### - 19 CSAPA

- Des agglomérations concentrent les structures (10/19) : Carcassonne – Narbonne – Nîmes – Montpellier – Perpignan
- Les moyens sont « dispersés » sur le territoire : 32 antennes, ouvertes en majorité de 2 à 4h par semaine
- La couverture territoriale n'est pas assurée : des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires.

#### - 8 CAARUD

- - Aucune structure en Lozère
- Malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, une couverture du territoire non assurée.
- Mise en place de réseaux de pharmaciens dans les PO et le Gard.
- Une évolution des populations, pratiques, localisation qui nécessite évaluation des besoins et adaptation de la réponse

#### - 3 associations de prévention

Elles assument les missions de CSAPA et/ou de CAARUD sur leurs territoires sans être intégrées au dispositif médico-social (Bagnols/C. Vauvert, périphérie de l'agglomération montpelliéraine)

#### - Les zones blanches ou mal couvertes

- **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan - Corbières) Part La Nouvelle
- **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes. Nord ouest du département (Bagnols.); Nord du département, les Cévennes
- **Hérault** - Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Sumène)  
- Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St. Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- **Lozère** Zone blanche des Cévennes  
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac  
Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- **P O** Les Albères, le Fenouillades, le Pays Cerdan

#### - Un dispositif qui participe aux actions de prévention

En règle générale en milieu scolaire

Selon les territoires en milieu d'apprentissage ou d'insertion

Mais également en milieu festif, ou dans les quartiers politique de la ville, en coordination alors avec les autres associations

#### - Un dispositif qui est en charge de la prévention des risques et des dommages

Vis-à-vis des personnes ayant des consommations nocives ou des conduites d'addictions : la réduction des risques (sociaux, somatiques, infectieux, psychologiques ...)



### ❑ Les points de criticité identifiés

#### En matière de prévention

Plus d'actions ciblant l'information et privilégiant l'approche produit que d'éducation pour la santé. Un manque d'inscription dans la durée.

Un soutien à la parentalité à inscrire dans la durée, y compris à l'enfance, ainsi que les actions d'éducation pour la santé (développement psychoaffectif, estime de soi, acquisition de compétences psychosociales) santé à chaque âge de la vie et dans les lieux de vie (l'école, le sport)

Une éducation aux risques (responsabilisation, choix, réduction des risques, connaissance et utilisation des recours) à systématiser, en intégrant le milieu festif (de la fête votive aux raves parties), le milieu sportif, (la compétition, le contact avec dopage et produits), les lieux et circonstances à risques et à forte vulnérabilisation (temps de ruptures, métiers, stress ...) et « La route »

#### Une faiblesse de repérage et de prise en charge précoce

-des troubles des conduites, des conduites à risque, des vulnérabilités (jeux dangereux, conduites alimentaires)des enfants  
- des troubles de la relation parents / enfants  
- des premières consommation

**La nécessité de redéfinir et recentrer le rôle des équipes des CSAPA en ce qui concerne la prévention**, en fonction de leurs compétences effectives dans le cadre de projets locaux cohérents et coordonnés

**Un dispositif de réduction des risques (RDR)** insuffisant en couverture territoriale, concerté dans les seuls PO et Gard, avec difficulté d'accès géographique (Cévennes) ou grande exclusion

**Pas de réponse aux besoins des « routards »**, population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage.

#### Des coordinations qui demandent à être renforcées et généralisées

- avec CDAG et CIDIST, centres de vaccination, hépatologues  
- entre réseau périnatalité, acteurs de l'addictologie et acteurs de premier recours (médecins, gynéco, sages femmes...)  
- avec les PAEJ, MLI et maisons des adolescents

La faiblesse d'implication des médecins généralistes d'une manière générale, pose problème notamment pour le repérage précoce et une prise en charge rapide (RPPR)







PREFECTURE PYRENEES- ORIENTALES

## **Arrêté n °2012069-0010**

signé par Le Directeur Général de ARS  
le 09 Mars 2012

**Partenaires Etat Hors PO**  
**Agence régionale de santé**

ARRETE ARS LR N ° 2012-213 portant  
adoption du Schéma Régional  
d'ORGANISATION des SOINS du  
LANGUEDOC- ROUSSILLON

**ARRETE N° 2012-213**

**Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS  
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R. 1434-1 à R. 1434-7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine Aoustin en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3, listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

**ARRETE**

**Article 1 :** Le Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté, est adopté pour une durée de 5 ans.

**Article 2 :** le Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

**Article 3 :** Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé. Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

**Article 4 :** Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
du Languedoc-Roussillon,

**signé**

Docteur Martine Aoustin



AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		<b>Collectivités territoriales</b>		
		<b>Communes</b>		
		<b>11 - Aude</b>		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		<b>30 - Gard</b>		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		<b>34 - Hérault</b>		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomieres	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		<b>48 - Lot-et-Garonne</b>		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pampidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		<b>66 - Pyrénées Orientales</b>		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Fomigueres	Favorable	

## Schéma régional

Organisation des soins

- hospitalier



Médico-Social

Prévention

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Languedoc-Roussillon

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Languedoc-Roussillon

**Organisation des soins**

- Ambulatoire

- Hospitalier

## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS)

p.3

### Ambulatoire - Hospitalier

Le premier schéma régional de l'organisation des soins, issu de la loi HPST (SROS-PRS), participe à la mise en œuvre d'un projet régional de santé sur l'ensemble du territoire. Il concerne désormais, non seulement l'ensemble des volets que recouvre l'offre de soins en établissements de santé, mais également l'offre de soins ambulatoire.

Construit avec les professionnels dans le cadre de nombreux groupes de travail, le SROS-PRS a fait l'objet d'une large concertation avec les usagers et les élus locaux, que ce soit dans les instances de démocratie sanitaire voulues par le législateur, ou auprès des acteurs de terrain, par le canal de leurs représentations respectives (fédérations, URPS, syndicats professionnels...).

A l'issue d'une première étape visant à établir un diagnostic des besoins de santé de chaque territoire, l'ARS a pu identifier les points de fragilité sur lesquels les priorités d'action doivent porter. Les objectifs qui guident l'organisation des parcours de soins, consistent à promouvoir, pour chaque patient, sans perte de chance et où qu'il se trouve, une prise en charge adaptée par la structure la plus adéquate à son état.

Ce sont des objectifs ambitieux au service de la population du Languedoc Roussillon parfois confrontée à des réponses insuffisantes en termes de proximité, de délais ou d'adéquation dans leur prise en charge. C'est aussi une nécessité pour les professionnels au regard des difficultés de la démographie médicale en recul sur notre territoire.

En effet, la région se caractérise par une forte croissance démographique de sa population mais aussi par un fort indice de vieillissement, qui doivent conduire à des réflexions innovantes en matière de prise en charge de la dépendance notamment. Même si il existe des écarts infra-régionaux, la consommation et l'offre de soins se situent au dessus de la moyenne nationale. Ce constat, qui se vérifie aussi bien pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers, appelle une optimisation de l'organisation de la santé sur la région.

Il importe de noter que parallèlement, les résultats et l'état de santé de la population restent dans la moyenne (notamment en matière d'espérance de vie), voire se dégradent sur certains indicateurs (mortalité prématurée évitable de la femme).

Dans un contexte de contrainte financière, et au regard de l'importance de l'offre comme de l'activité, la région doit pouvoir trouver dans les ressources déjà existantes, les modalités de réponse aux besoins et l'amélioration de son efficience.

Pour autant, même quand l'offre est abondante, il convient de s'assurer qu'elle est accessible à tous.

En effet, la situation de précarité et de vulnérabilité de la population régionale est un facteur déterminant pour l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement et un facteur aggravant de problématiques sanitaires et sociales déjà présentes.

L'accessibilité financière constitue une préoccupation majeure du schéma de l'organisation des soins au même titre que l'accessibilité géographique. Elle aura des traductions opérationnelles dans les programmes (PRIAC, PRAPS) et les contrats locaux de santé.



## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Ambulatoire - Hospitalier

p.4

### Les soins de premier recours

L'offre libérale est inégalement répartie entre une zone littorale globalement bien pourvue, et un arrière pays où une politique volontariste s'impose pour maintenir la continuité des soins.

Cette politique peut s'appuyer sur l'important pouvoir attractif que conserve le Languedoc-Roussillon pour les professionnels, renforcé par un soutien fort de l'agence, des collectivités locales et de l'Etat, à la mise en œuvre de projets d'exercice collectif et par des aides à l'installation, dans les zones définies par le schéma comme prioritaires.

L'évolution des besoins de santé, des maladies chroniques, impliquent d'adapter l'accompagnement et la prise en charge des populations, en développant un exercice coordonné pluri-professionnel, en favorisant le soutien à domicile, et en repérant au plus tôt les situations de fragilité. Une réponse peut être apportée dans de bonnes conditions grâce à une démarche pro-active des professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, biologistes...).

Les formules de partage des tâches entre professionnels de santé doivent être recherchées afin de répondre à la raréfaction des ressources médicales et de promouvoir de nouvelles modalités de l'exercice libéral. Dans ce but, la constitution de structures d'exercice collectif, autour d'un projet de santé porté par des équipes pluri-professionnelles sera encouragée par tout moyen, notamment pour les territoires sensibles.

L'agence souhaite également promouvoir le contrat d'engagement de service public auprès des étudiants et internes et développer les terrains de stage, en particulier chez les médecins généralistes, en zone rurale défavorisée ou zone urbaine sensible.

## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Ambulatoire - Hospitalier

p.5

### L'articulation ville-hôpital

Les hôpitaux développent une offre de soins de premier recours. Elle n'a pas vocation à se substituer à l'offre libérale, néanmoins sur certains territoires et pour certaines spécialités, l'offre hospitalière peut être le seul recours accessible à tous.

Une complémentarité entre la ville et l'hôpital est également nécessaire pour assurer la permanence des soins ambulatoires, notamment en nuit profonde, sur une partie du territoire.

Le SROS promeut ainsi l'articulation entre offre de soins hospitalière et ambulatoire par exemple pour la mise en œuvre de plateaux intégrés de biologie médicale.

Une bonne collaboration entre la médecine libérale ambulatoire et la médecine hospitalière, constitue une condition à l'évolution de l'offre de soins vers des prises en charge substitutives à l'hospitalisation complète. Ainsi, les projets d'hospitalisation à domicile ne pourront se développer qu'avec une pleine adhésion des professionnels de santé libéraux, médecins, infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires de santé.

Le raccourcissement des durées de séjour, voire chaque fois que possible l'absence d'hébergement au sens de l'hospitalisation classique, par le choix prioritaire et donc le développement des modalités de prises en charge de jour (chirurgie ambulatoire en particulier, mais aussi Hospitalisation de jour ou soins externes) est amené à s'amplifier.

Le suivi de ces patients doit ensuite pouvoir s'appuyer sur le tissu des professionnels de santé libéraux, en lien avec l'hôpital, réservant l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, aux malades dont l'état de santé le justifie et pour lesquels le retour à domicile n'est médicalement pas possible.

Inversement, les professionnels de santé libéraux doivent pouvoir trouver une réponse immédiate et totalement adaptée aux besoins d'hospitalisation des malades dont ils ont la charge, y compris par admission directe en soins de suite ou en HAD le cas échéant, sans avoir à recourir systématiquement aux services d'urgences.

La mise en place de plateformes d'orientation à destination de la médecine libérale, dans cet objectif, doit pouvoir être expérimentée et évaluée.

## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Ambulatoire - Hospitalier

p.6

### Offre hospitalière et gradation des soins

L'importante offre hospitalière de la région répond globalement aux besoins de la population et permet d'anticiper les évolutions démographiques. Elle est par ailleurs tout à fait atypique, avec une forte représentation du secteur libéral (dans lequel les grands groupes régionaux sont dominants) qui effectue 70 % des actes de chirurgie, 50 % des accouchements (situation nationale à 27 %) et 50 % des hospitalisations de psychiatrie.

En dépit de la grande proximité géographique des deux CHU, le secteur public qui maille correctement le territoire dans le domaine des soins voit son activité augmenter ces dernières années, parfois plus vite que le secteur libéral.

Le principe de gradation des soins, préconisé par les instructions ministérielles, est d'ores et déjà mis en œuvre en région Languedoc-Roussillon, chaque niveau de plateau technique devant répondre dans son cadre d'intervention aux besoins spécifiques des populations.

Le schéma est ainsi construit, suivant le principe d'une gradation des activités de soins et équipements matériels lourds, qui comporte désormais 4 niveaux (dont 3 de recours) :

- 1/ Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé, se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité
- 2/ Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » se distingue du niveau précédent, par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie.
- 3/ Le niveau des plateaux techniques de « recours régional » assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional, voire national.
- 4/ Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional », voire de référence nationale correspondant à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

La partie relative aux objectifs de l'offre de soins hospitalière comporte la mention des villes, à cet égard, pour ce qui concerne les agglomérations de + de 50 000 habitants, la dénomination de la ville s'entend aux communes limitrophes.



## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Ambulatoire - Hospitalier

p.7

### L'offre de soins de proximité : les établissements isolés ou de faible capacité

Une attention particulière est portée aux établissements (ex-hôpitaux locaux, cliniques et CH isolés, établissements de SSR spécialisés, ayant moins de 30 lits de SSR et moins de 20 lits de médecine).

Une analyse détaillée de l'activité a été réalisée dans ces structures, à la veille de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :

- La viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite ;
- La place de l'établissement dans l'offre du soin du territoire ;
- La nature du service rendu ;
- Les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Les diagnostics posés pour chaque établissement ont conduit à certaines préconisations de créations ou de regroupements d'implantations.



## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Ambulatoire - Hospitalier

p.8

### Le positionnement des établissements universitaires de recours dans l'offre de soins

La région Languedoc-Roussillon offre la particularité, unique en France, d'abriter deux CHU pour une seule faculté de médecine. Il importe d'en faire un atout.

Les CHU, avec le CLCC dans le domaine de la cancérologie, ont vocation à répondre à leur triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. Ils ont un rôle d'établissement de recours qui doit rester très largement prépondérant. Ils ont également une activité de proximité qui doit perdurer. Ils sont confrontés à une concurrence forte d'un secteur libéral, incontournable en région, avec lequel ils doivent développer de nouvelles coopérations (notamment sur certaines activités de recours).

Les CHU développeront de meilleures synergies notamment en matière de recherche, dans le cadre d'une structure commune qui a vocation à se développer.

## Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Ambulatoire - Hospitalier

p.9

### Les difficultés de déplacement des populations et les exigences en matière de transport

La mobilité des professionnels de santé ne peut plus être la seule réponse à l'accès aux soins dans les territoires isolés et défavorisés ou dans les situations sociales et familiales difficiles. La mise en œuvre d'une politique des transports sanitaires cohérente est une priorité pour permettre l'accessibilité aux soins, notamment de premier recours quelle que soit la situation géographique et personnelle des patients sur le territoire et à tout moment (horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou de la permanence des soins (PDS)).

La pression de la démographie médicale, la restructuration de la permanence des soins, la croissance de la demande, la concentration des plateaux techniques imposent d'améliorer l'efficacité du dispositif et d'innover en matière de transports sanitaires dans le respect des contraintes économiques actuelles en matière de santé.

Cette politique sera mise en œuvre en lien avec le programme régional de la gestion du risque.

Les schémas de l'offre ambulatoire, de la permanence des soins ambulatoire et en établissements hospitaliers, veillent à la cohérence entre les zones de desserte des SMUR, l'existence de médecins correspondants SAMU, l'articulation avec les SDIS, les transports hélicoptérés, les maisons médicales de garde....

NB : Le décret n°20105809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) précise que le dispositif de la PDS doit être défini dans le cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS. Il ne relève donc pas de la partie ambulatoire du SROS.

## Le schéma régional de l'organisation des soins hospitaliers

### Les activités faisant l'objet d'un focus dans le PSRS :

- <u>Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale</u>	Page 11	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Psychiatrie</u>	Page 25	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Traitement du cancer</u>	Page 41	→ <a href="#">Diagnostic</a>

### Les activités structurantes pour le parcours de santé :

- <u>Médecine</u>	Page 57	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Soins de Suite et de Réadaptation</u>	Page 73	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Soins de Longue Durée</u>	Page 88	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Soins palliatifs</u>	Page 102	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Soins aux personnes détenues</u>	Page 116	→ <a href="#">Diagnostic</a>

### Les activités H24 et techniques :

- <u>Chirurgie</u>	Page 125	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Périnatalité</u>	Page 139	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie</u>	Page 154	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Médecine d'urgence</u>	Page 168	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Réanimation, soins intensifs, surveillance continue</u>	Page 182	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Imagerie médicale</u>	Page 197	→ <a href="#">Diagnostic</a>
- <u>Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales</u>	Page 211	→ <a href="#">Diagnostic</a>

### Les missions de service public

Page 228

### Glossaire

Page 246

## Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

[Retour au sommaire](#)



## Insuffisance Rénale Chronique

L'insuffisance rénale chronique est une pathologie sévère aboutissant à l'insuffisance rénale terminale nécessitant un traitement à vie qui peut être la dialyse ou la greffe rénale.

Ces traitements sont lourds et contraignants. Ils nécessitent des structures organisées selon le type de dialyse, le degré d'autonomie des patients, la lourdeur des pathologies associées, l'accessibilité à la greffe rénale.

Ce schéma propose une organisation régionale graduée. Il a été élaboré en collaboration avec les professionnels de santé de la région et les associations d'usagers.

La prévalence de cette pathologie est importante dans la région. Il s'agit donc à la fois :

- De mieux prévenir l'apparition de la maladie, de retarder le stade de l'Insuffisance Rénale Chronique terminale (dépistage, éducation thérapeutique des hypertendus et des diabétiques).
- De traiter au mieux les patients, une fois atteint le stade de l'IRTC :
  - Par la greffe rénale qui est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, en alliant le plus grand confort pour le malade

- En permettant l'accès facile à tous les modes de traitement (Hémodialyse, Dialyse péritonéale...) selon les indications médicales les plus appropriées.
- A domicile chaque fois que cela sera possible, Au plus proche du domicile dans la structure adaptée sinon.

- De développer les nouvelles technologies (télémédecine) au service de cette pathologie
- De poursuivre le suivi épidémiologique par le registre REIN

Le SROS précédent a été mis en œuvre et on observe avec le suivi REIN, qu'une fois les travaux concernant l'implantation déjà autorisée sur Sète terminés, il n'y a pas de nécessité d'une structure nouvelle dans les années à venir du présent SROS PRS. En effet, si la prévalence a augmenté régulièrement, elle se stabilise et le nombre de patients incidents très âgés est significatif.

Il est préconisé que chaque structure existante puisse proposer (directement ou par convention) à ses patients les différentes modalités de traitement. A cet égard les structures n'en disposant pas, sont incitées à demander et/ou à mettre en œuvre la modalité d'entraînement par la dialyse péritonéale.

**Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale**  
Orientations

## Insuffisance Rénale Chronique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Le suivi organisé de la population en dépistage et prévention de l'IRC permettrait d'éviter 18% de passage en IRCT
- Le registre REIN montre que l'augmentation de la prévalence brute est égale à 18.5% en France entre 2003 et 2009, elle est supérieure à 30% en LR (32.6%) soit une augmentation >10% à la variation nationale
- Le recours à la dialyse à domicile et notamment à la DP en LR peut et doit être amélioré
- La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et notamment en termes de qualité de vie pour les patients
- On observe une disparité dans le recours aux différentes modalités de traitement selon les territoires de LR, sans rapport avec les comorbidités et les possibles indications.

### Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité** : Développer la dialyse à domicile et le suivi des greffés par les équipes néphrologiques de proximité (référentiel HAS) dans le respect du choix du patient.
- **Qualité- pertinence**:  
Développer l'information éclairée du patient quant aux diverses modalités de prise en charge. Cette dernière est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de chaque structure en incluant les associations de patients.  
Inscrire chaque structure dans le plan stratégique national 2009-2013 des infections associées aux soins (IAS)  
Maintenir la qualité des données du registre REIN
- **Performance**:  
Augmenter le nombre de greffes rénales et promouvoir le don d'organes
- **Évitabilité**  
Dépister précocement l'IRC débutante ; harmonisation régionale des résultats et des commentaires fournis par les laboratoires

Focus issu du PSRS : infections associées aux soins.

# Insuffisance Rénale Chronique

## Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en traitement de l'insuffisance rénale chronique suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la **prévention**, les **soins de premiers recours** et le **médico-social**. Il s'agit de :

- **prévention**

Inclure les malades diabétiques et hypertendus dans des programmes d'éducation thérapeutique  
Prévenir la iatrogénie médicamenteuse notamment chez les personnes âgées

- **Inter-hospitalier et soins de premiers recours**

Développer la télémédecine et la télésurveillance

Renforcer la coopération et les formations des équipes qui prennent en charge le malade insuffisant chronique: IDEL, médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, rôle des réseaux

- Permettre l'accès aux diverses modalités de prise en charge, en centre et en ambulatoire, dans une grande fluidité

- **médico-social**

Développer les liens entre les structures de dialyse à domicile et les EHPAD

**Liaisons principales avec d'autres volets :** lits de recours en médecine – greffes – réseau REPRELAR.



## Insuffisance Rénale Chronique – Objectifs opérationnels

### Objectifs Schémas

### Indicateurs Schéma

- Veiller à ce que chaque centre autorisé mette en œuvre, par lui-même ou par convention, l'entraînement à la dialyse à domicile : HDD et DP.
- Pour l'hémodialyse, il n'est pas prévu de nouvelle implantation à l'exception d'un centre par territoire (Mende) et la possibilité d'envisager dans les UAD rurales de l'Hérault une évolution avec alternance cycle UDM/cycle UAD

#### Un plan d'action de développement de la Dialyse à domicile et des UAD, et de la greffe rénale est à décliner dans les CPOM établissements :

- Augmenter le recours à la dialyse à domicile
- Augmenter le recours à l'UAD : 20% des patients incidents
- Objectif de 150 greffes rénales annuelles au CHU de Montpellier+suivi partagé des greffés avec les établissements périphériques
- Favoriser le suivi du patient par le néphrologue initial (choix du patient) quelque soit le mode de prise en charge tout au long de sa vie.
- Fluidifier le parcours du patient (coopérations)

#### Il convient de favoriser le développement de la télémédecine :

- Consolidation des organisations existantes
- Etude de tout nouveau dossier, y compris pour le domicile

- Développer la prise en charge en EHPAD de la DP

Pourcentage annuel de patients incidents en dialyse à domicile et DPCA

Pourcentage annuel de patients incidents en UAD

Nombre de greffes rénales annuelles

Par structure : - nombre de patients greffés en suivi partagé avec le CHU de Montpellier  
- nombre de patients transférés annuellement dans le cadre des conventions

Nombre de projets de télémédecine aboutis et rendus opérationnels

Nombre de patients admis en EHPAD en DP



## Insuffisance Rénale Chronique – Objectifs de l'offre de soins LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Languedoc-Roussillon	Dialyse à domicile (dont péritonéale)	1 implantation à vocation régionale	
	Centre d'hémodialyse pédiatrique régional	Montpellier (1)	
Aude	Unité d'Autodialyse	Trèbes (1) Limoux (1) Narbonne (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
	Dialyse en centre	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
Gard	Unité d'Autodialyse	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Alès (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Alès (1)	
	Dialyse en centre	Nîmes (2) Alès (1)	
Hérault	Unité d'Autodialyse	Lunel (1) Clermont l'Hérault (1) Grabels (1) Ganges (1) Villeneuve les Béziers (1) Bédarieux (1) Agde (1) Sète (1) Bouzigues (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Casteinau le Lez (1) Montpellier (1) Béziers (1) Ganges (1) Clermont l'Hérault (1)	+ 2 UDM par alternance avec l'UAD à Ganges et à Clermont l'Hérault
	Dialyse en centre	Montpellier (1) Casteinau le Lez (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	Unité d'Autodialyse/Unité de Dialyse Médicalisée (en alternance)	Mende (1 UDM + 1 UAD) Marvejols (1 UDM + 1 UAD)	
	Dialyse en centre	Mende (1)	+ 1 (Mende)
PO	Unité d'Autodialyse	Le Soler (1) Argelès (1) Saint Laurent de la Salanque (1) Prades (1) Font Romeu (1) Le Boulou (1) Elne (1) Perpignan (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Cabestany (1)	
	Dialyse en centre	Perpignan (1) Cabestany (1)	

### Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Suivi partagé des patients greffés
- Suivi des conventions inter-établissements
- Prendre en compte l'ouverture de l'hôpital transfrontalier Puigcerdá, qui prévoit une modalité de prise en charge de l'IRCT pour les patients du plateau cerdan

ANNEXE

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

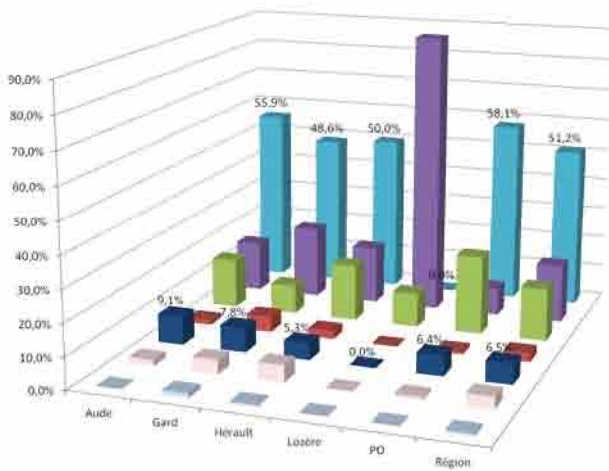
Diagnostic

[Retour au sommaire](#)

# Insuffisance Rénale Chronique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Répartition des recours par modalité de traitement



### Éléments de diagnostic régional

- L'Insuffisance Rénale Chronique constitue une pathologie chronique avec une prévalence qui a augmenté de 4 % par an sur les 5 dernières années.
- Bien que la région soit bien placée au niveau national, la région a la volonté d'augmenter la Dialyse Péritonéale (DP) et la greffe rénale
- Le graphique ci-contre montre une inégalité de recours aux différentes modalités de traitement

### Points de vigilance

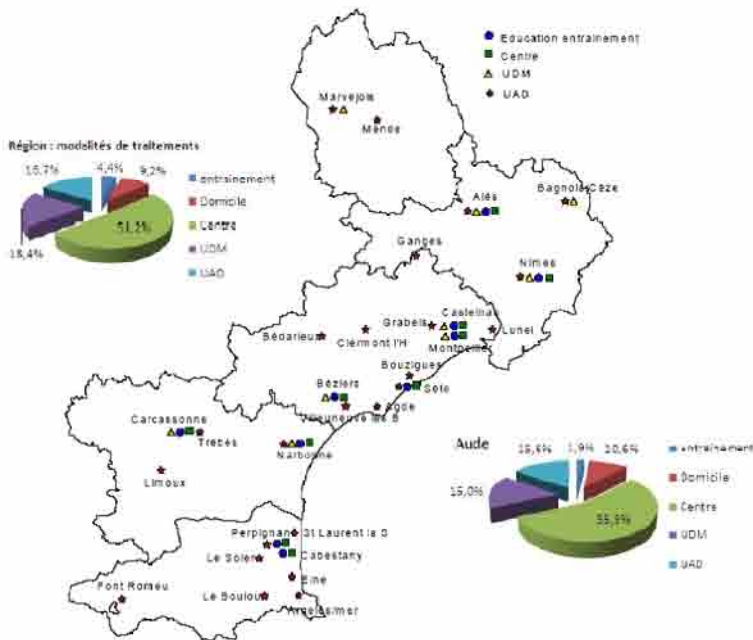
Il convient de :

- Diminuer les freins à la mise en place de la DP
- Augmenter le nombre de greffes rénales :
  - Action sur le CHU pour l'organisation des greffes et sur l'ensemble des établissements préleveurs
  - Incitation au don d'organes

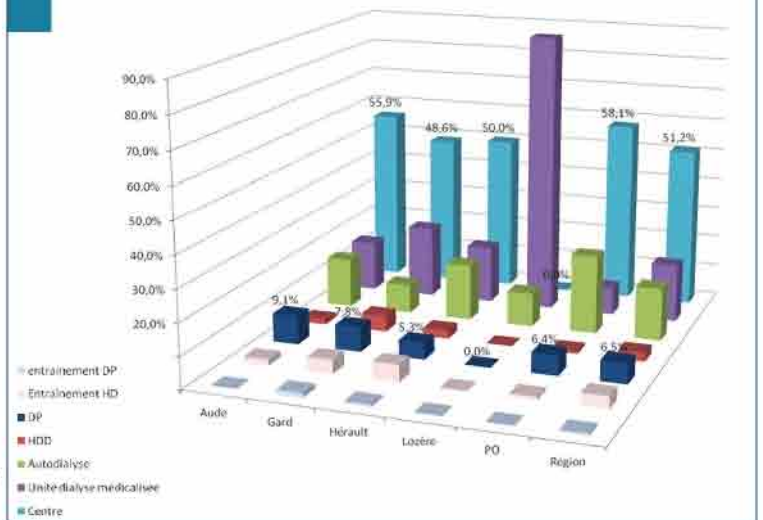


# Insuffisance Rénale Chronique

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



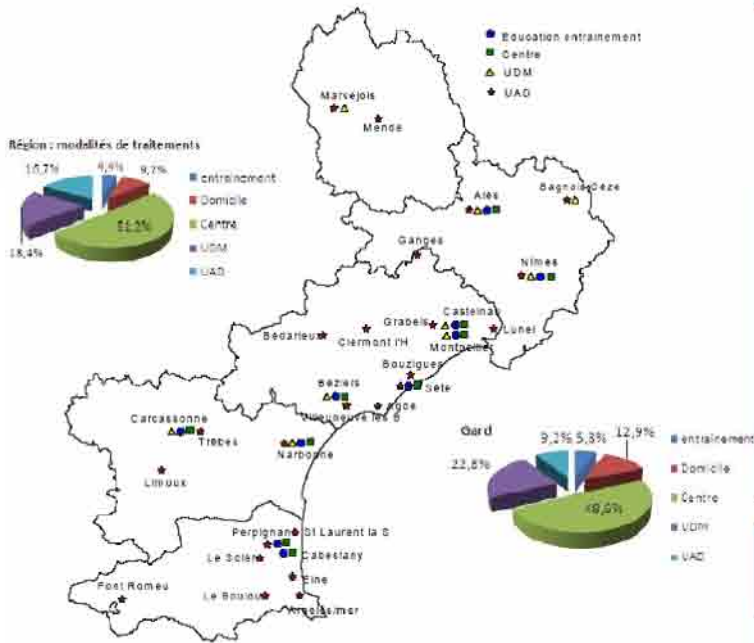
Éléments de diagnostic territorial

- Un bon développement des alternatives, avec le meilleur taux régional de DP (englobe une partie de Béziers – Sète)
- Une faible utilisation de l'UAD

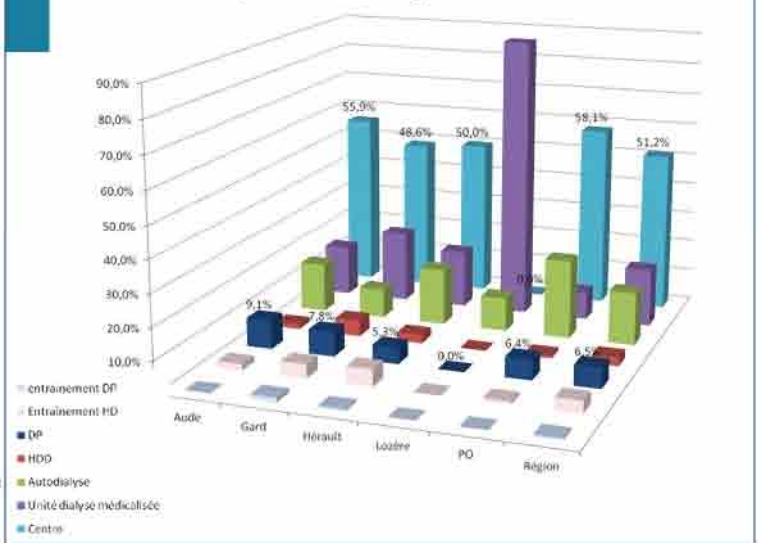
# Insuffisance Rénale Chronique

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



## Modalités de prise en charge



## Éléments de diagnostic territorial

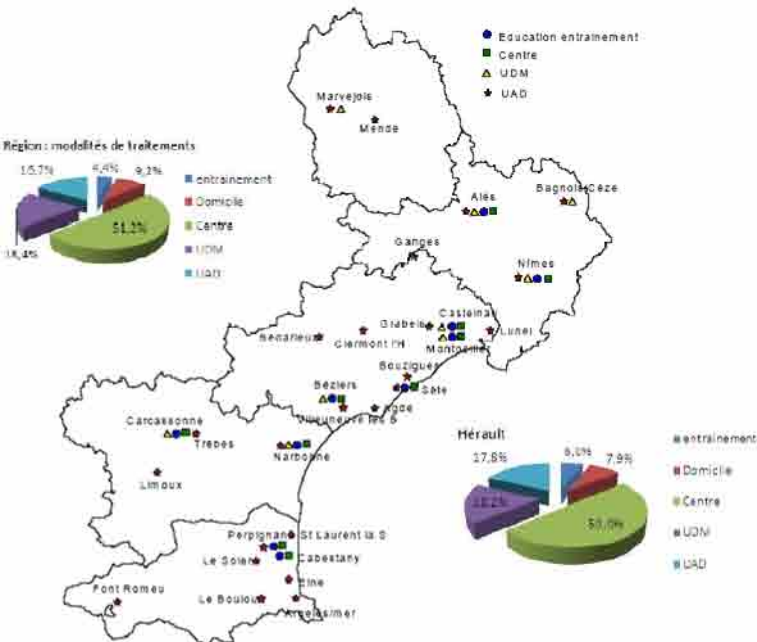
- Un bon niveau de dialyse en centre
- Un bon taux de recours aux alternatives avec 13 % de prise en charge à domicile dont 7,8 % de DP

# Insuffisance Rénale Chronique

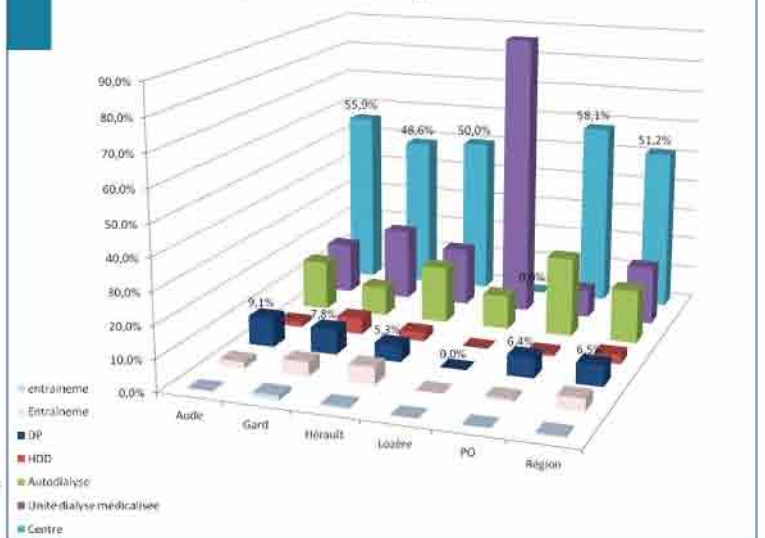
HERAULT

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



## Modalités de prise en charge



## Éléments de diagnostic territorial

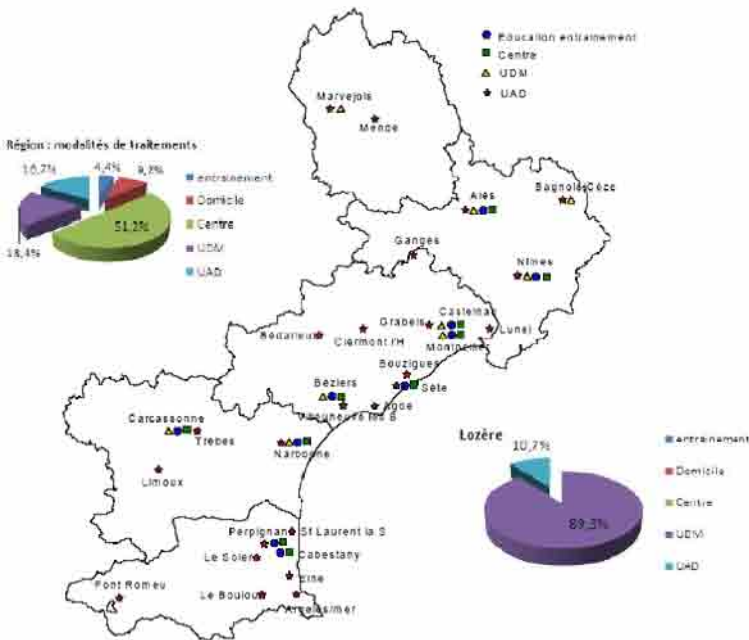
- Un faible développement des alternatives dont la DP inférieure à la moyenne régionale



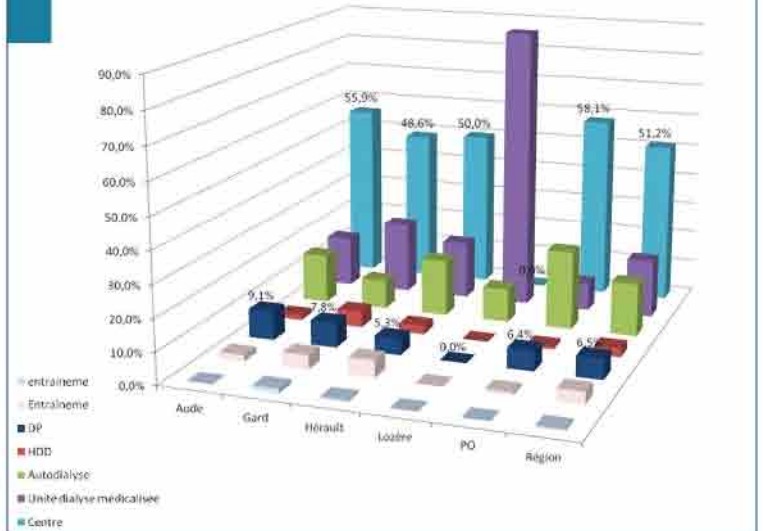
# Insuffisance Rénale Chronique

Implantations

## Localisation des structures de dialyse en LR



## Modalités de prise en charge



## Éléments de diagnostic territorial

- Ce territoire n'est pas comparable aux autres en raison :
  - d'une faible densité de population
  - de difficultés de recrutement de néphrologue
  - des difficultés d'implantation de structure

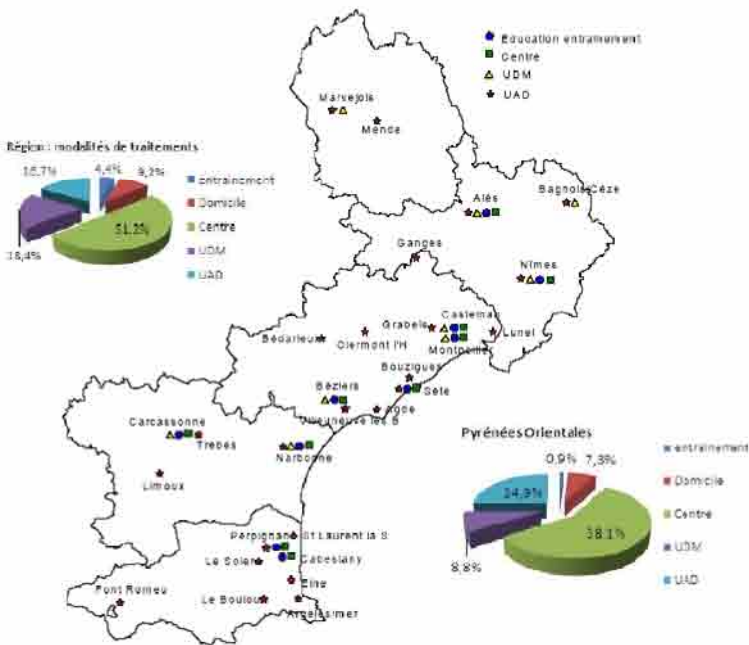


# Insuffisance Rénale Chronique

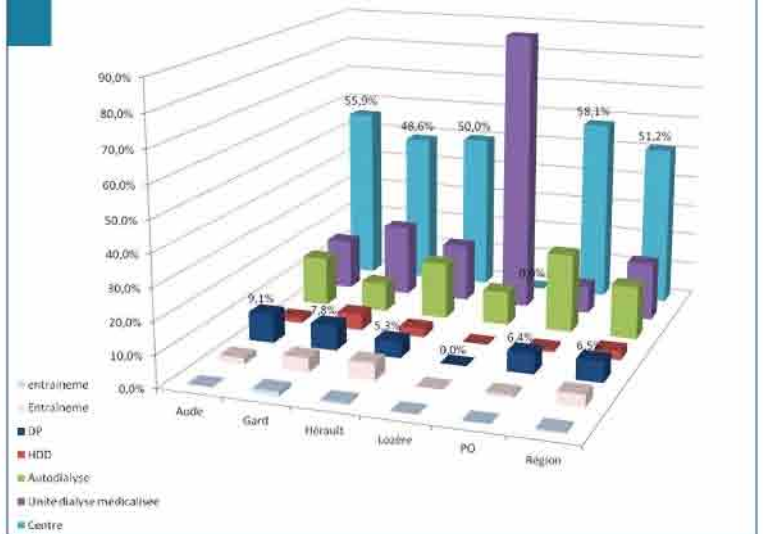
PYRENEES ORIENTALES

Implantations

## Localisation des structures de dialyse en LR



## Modalités de prise en charge



## Éléments de diagnostic territorial

- Malgré 7 implantations l'UAD apparaît insuffisamment développée
- Le taux de recours à la DP se situe dans la moyenne régionale
- Ce territoire possède le plus fort taux régional de dialyse en centre



## Psychiatrie

[Retour au sommaire](#)

## Psychiatrie

Le chapitre santé mentale du SROS PRS a pour objectif d'améliorer le service rendu à la population en rendant plus lisible l'offre de soins psychiatrique dans les territoires de santé et en améliorant son organisation. A ce titre, l'évolution des implantations traduit l'état de l'existant et prend en compte les besoins.

Un diagnostic partagé, préalable au SROS PRS, a permis de mettre en évidence plusieurs inégalités de répartition de l'offre de soins entre les territoires mais aussi à l'intérieur des territoires.

La situation préoccupante de certaines populations telles que les adolescents, les personnes détenues et les personnes âgées a clairement été identifiée et des actions sont déjà mises en œuvre dans la continuité du plan d'action psychiatrique de 2010.

Ce nouveau schéma insistera notamment sur :

L'amélioration de l'entrée dans le système de soins psychiatrique en y incluant le dépistage précoce des troubles mentaux et une amélioration de la réponse des centres médico-psychologiques (CMP), véritable porte d'entrée du système. L'accès aux urgences et à la post-urgence devra également être amélioré.

Une fois dans le système de soins, il est impératif de s'assurer de la continuité de la prise en charge et d'améliorer la qualité et la

sécurité des soins psychiatriques sans oublier la prise en charge somatique des malades mentaux.

Il conviendra cependant de penser, dès l'entrée en hospitalisation psychiatrique, à une sortie la plus précoce possible de cette prise en charge pour éviter l'enlèvement institutionnel toujours préjudiciable au malade. Pour ce faire, un réseau d'aval devra être mobilisé très précocement, mettant en relation le secteur sanitaire, social et médico-social.

Enfin, plusieurs populations doivent faire l'objet d'une attention particulière. S'agissant des adolescents, des solutions de repérage précoce des troubles psycho-sociaux doivent être mises en place ainsi que des structures de prise en charge légère (maison des adolescents) ou lourde (hébergement médicalisé) assurant ainsi une véritable traçabilité des parcours de santé. Les personnes âgées posent d'autres problèmes pour lesquels le schéma préconise la création d'équipes mobiles inter sectorielles de gériatrie-psychiatrie, particulièrement en zone urbaine. Les personnes détenues font l'objet d'un schéma particulier. Enfin, la prise en charge des personnes autistes est traitée dans le schéma médico-social : la synergie avec le schéma hospitalier est assurée par le co-financement conjoint d'antennes départementales du centre de ressources autisme .

**Psychiatrie**  
Orientations



# Psychiatrie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

**En psychiatrie générale :** la région enregistre des taux de recours et d'équipement hospitaliers régionaux supérieurs aux taux moyens nationaux avec une forte présence du secteur privé. La précarité, le chômage, associé au vieillissement de la population constituent des facteurs aggravants des prises en charge. L'amélioration de l'accessibilité au système de soin psychiatrique est un enjeu fort en liaison avec les structures d'urgence et les CMP.

Il est nécessaire de structurer le parcours de soin dans sa composante filière d'aval, vers le secteur médico-social et les établissements de réhabilitation psychosociale. La filière géro-psi-chiatrique est à mettre en place.

**En psychiatrie infanto-juvénile :** les taux de recours et d'équipement hospitaliers régionaux sont inférieurs aux taux moyens nationaux et associés à une sous-occupation des lits et places. L'accessibilité aux structures ambulatoires et hôpitaux de jour (HTP de jour) est à améliorer. Afin d'éviter les ruptures de parcours de soin, la coordination entre les acteurs du soin de court séjour et ceux du médico-social et du social doit être améliorée.

**PSRS :** une attention particulière devra être portée sur les parcours de santé mentale des adolescents et des jeunes adultes.

## Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

### Accessibilité :

Organiser le circuit des urgences en psychiatrie et la prise en charge des situations de crise.

Faciliter l'accès aux structures ambulatoires (CMP) et aux hôpitaux de jour.

Organiser la continuité des prises en charge.

### Performance :

Développer des pratiques médicales innovantes (télé-médecine).

**Qualité- pertinence :** assurer une prise en charge de qualité

- En réservant l'hospitalisation aux seuls malades qui relèvent de cette prise en charge.
- En organisant le traitement des pathologies somatiques et l'accès à la prévention en hôpital psychiatrique.
- En structurant une filière d'aval.
- En favorisant les prises en charge à temps partiel et l'aide aux aidants.
- En assurant la prise en charge spécifique des soignants (unité spécifique interrégionale).
- En organisant la prise en charge des maladies psychosomatiques.

Focus issu du PSRS : santé mentale des adolescents et jeunes adultes

# Psychiatrie

## Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en psychiatrie suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

### 1- Prévention :

- Prendre en charge en amont les adolescents en rupture
- Eviter la « psychiatrisation » en EHPAD

### 2- Premiers recours & Médico-social :

- L'articulation entre les structures médico-sociales et l'hôpital dans la prise en charge des adolescents et dans le cadre d'une filière d'aval.
- Le développement de la géro-psycho-geriatrie vers les structures médico-sociales (EHPAD).

3- Fluidité du parcours du patient (Inter-hospitalier) : développer l'accès aux soins somatiques pour les malades psychiatriques.

### Liaisons principales avec d'autres volets :

Santé des détenus, addictions, périnatalité, urgences

# Psychiatrie – Objectifs opérationnels

## Objectifs Schémas

## Indicateurs Schéma

<p><b>Développement de la filière d'aval :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Réhabilitation et réinsertion psycho-sociale :</b> enquête dans les établissements de psychiatrie ayant une activité de réhabilitation psycho-sociale ; état des lieux et propositions de structures alternatives (appartements relais, thérapeutiques, ...); formation des travailleurs sociaux du Conseil Général (antenne Montpellier-Cévennes) au suivi des patients psychiatriques.</li> <li>• <b>Autonomisation de vie des patients :</b> faciliter l'orientation des patients vers les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et développer des actions conjointes en faveur de l'accès au logement et de la réinsertion professionnelle portées par les associations de familles de malades, les collectivités, les professionnels.</li> <li>• <b>Coordination entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réhabilitation et réinsertion psycho-sociale : mise en conformité des établissements privés avant 2014 ou reconnaissance contractuelle</li> <li>• Nombre de partenariats formalisés et suivis d'effet entre les établissements de psychiatrie et les partenaires du réseau d'aval (médico-social, Conseil Général, GEM, associations, ...).</li> <li>• Pourcentage de malades hospitalisés au long cours (&gt; 292 jours) : objectif cible sur 5 ans = baisse de 10% du niveau régional.</li> </ul>
<p><b>Santé mentale des adolescents – l'amélioration de la prise en charge passe :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en œuvre des recommandations de la MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale) sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique sur le territoire de l'Hérault</li> <li>• Par la prise en charge des <b>situations de crise</b> : prévention du suicide, évaluation de la prise en charge des tentatives de suicide aux urgences et dans les services, fonctionnement des unités d'urgences psychiatriques (centre de crise ou autre).</li> <li>• Par une meilleure <b>coordination des acteurs</b> : maisons des adolescents / point accueil écoute jeunes (PAEJ) // réseaux / établissements sanitaires et médico-sociaux / institution judiciaire pour les mineurs placés sous main de justice / professionnels libéraux, acteurs essentiels des soins de premier recours.</li> <li>• Par la création d'une <b>structure expérimentale d'hébergement médicalisé</b> (partenariat Conseil Général de l'Hérault et CHU de Montpellier) pour adolescents en grande difficulté.</li> <li>• Par l'inscription des établissements dans une logique de coopération publique/privée dans le cadre de filières de prise en charge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan annuel du suivi des recommandations.</li> <li>• Nombre de structures de post urgence dans la région (reconnaissance contractuelle).</li> <li>• Date d'ouverture de la structure.</li> <li>• Convention signées et suivies d'effets.</li> </ul>
<p><b>Favoriser l'accès aux structures ambulatoires et aux hôpitaux de jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le regroupement des structures ambulatoires de prise en charge au sein de pôles de consultation, point d'ancrage des équipes mobiles sur les villes de moyenne importance.</li> <li>• Réduire les délais d'attente pour une consultation dans les CMP en apportant une réponse professionnalisée aux appels téléphoniques 24h/24.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• à 5 ans = nombre de villes concernées / nombre de pôles mis en place.</li> <li>• Nombre de CMP et hôpitaux de jour disposant d'une réponse téléphonique 24h/24 (renvoi appel aux heures de fermeture).</li> </ul>
<p><b>Psychiatrie et vieillissement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement de la géro-psi-chiatrie vers les structures médico-sociales.</li> <li>• Le développement des équipes mobiles géro-psi-chiatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de conventions signées avec les EHPAD.</li> <li>• Nombre d'équipes mobiles géro-psi-chiatriques en place.</li> <li>• Activité développée</li> </ul>
<p><b>Garantir un accès aux soins somatiques pour les malades psychiatriques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systématiser les visites de médecine générale lors de l'admission.</li> <li>• Créer un accès privilégié à des plateaux techniques (chirurgie dentaire, ...).</li> <li>• Faire en sorte que tout patient bénéficiant d'un suivi ambulatoire ait un médecin traitant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de conventions pour accès aux plateaux techniques.</li> </ul>



# Psychiatrie - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations de psychiatrie générale					Centre crise *	Implantations de psychiatrie infanto-juvénile			
	HC	HdJ	HN	PFT	APT		HC	HdJ	HN	PFT
Aude	Narbonne (2) Lézignan (1) Carcassonne (1) Limoux (2) Badens (1)	Narbonne (2) Lézignan (1) Carcassonne (1) Limoux (2) Castelnaudary(1)	Narbonne (1)	Narbonne (1)	Narbonne (1)		Carcassonne (1)	Narbonne (2) Limoux (1) Carcassonne (1) Castelnaudary (1)	Carcassonne (1)	Narbonne (1)
Hérault	Béziers (2) Sète (1) Montpellier (3) Montarnaud (1) Pignan (1) St Clément de Rivière (2) Jacou (1) Vérargues (1) Clapiers (1)	Montpellier(7) Lattes (1) Lunel (2) Lodève (1) Gignac (1) Coumonterral (1) Pignan (1) Saint Clément de Rivière (1) Béziers (3) Sète (1) Agde (1) Pézenas (1) Bédarieux (1) Méze (1) Jacou (1)	Béziers (1)	Béziers (1) Montpellier (1)	Sète (1) Montpellier (1)	Béziers (1)	Montpellier (1) Saint Clément de Rivière (1)	Béziers (1) Sète (1) Frontignan (1) Méze (1) Montpellier (4) Lunel (1) Gignac (1)		Montpellier (1)
Gard	Alès (1) Nîmes (4) Uzès (1) Quissac (1) Remoulins (1) Villeneuve les Avignon (1) Bagnols/Cèze (1) St Hippolyte du Fort (1)	Alès (1) Nîmes (3) Uzès (2) Bagnols/Cèze (1) Beaucaire (1) Villeneuve les Avignon (1) St Hippolyte du Fort (1)	Alès (1) Nîmes (1)	Uzès (1) Nîmes (1) Alès (1)			Nîmes (1) Uzès (1) <i>Complémentarité territoriale Nîmes - Uzès</i>	Alès (1) Uzès (1) Bagnols/Cèze (1) Beaucaire (1) Vauvert (1) Le Vigon (1) Nîmes (6)		Uzès (1) Nîmes (1) Alès (1)
Lozère	Mende (1) Saint Alban (1) Saint Chély d'Apcher (1)	Saint Chély d'Apcher (1) Mende (1)		Saint Alban (1)			Mende (1)	Mende (1) Saint Chély d'Apcher (1)		Saint Alban (1)
Pyrénées-Orientales	Perpignan (2) Thuir (1) Thèza (1) Osséja (1)	Perpignan (4) Thuir (2) Prades (1) Céret (1) Thèza (1) Argelès (1) Eine (1)	Thuir (1)	Thuir (1)	Thuir (1)	Perpignan (1)	Perpignan (1)	Perpignan (4) Cabestany (1)	Perpignan (1)	Thuir (1)

\* Les établissements ne disposant pas d'un centre de crise (arrêté du 8 juin 2005) ont mis en place des organisations spécifiques pour la prise en charge des urgences psychiatriques de moins de 48 heures. A titre d'information, trois unités de crise en hospitalisation complète sont reconnues contractuellement à Nîmes, Montarnaud et Thèza et feront l'objet de précisions dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement. / La modalité de prise en charge en H.A.D. n'est pas retenue dans le SROS PRS.





## Psychiatrie - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Créations / suppressions

- Suppressions des implantations du SROS III non octroyées
- Prise en compte de la modalité de prise en charge en placement familial thérapeutique en psychiatrie générale conformément à l'article premier de l'arrêté du 8 juin 2005
- Prise en compte des nouveaux territoires de santé
- Prise en compte de l'ensemble de l'offre de soins extra-muros des établissements notamment en hospitalisation de jour
  
- Création d'une implantation d'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile à Gignac
- Création d'une implantation d'hospitalisation de nuit infanto-juvénile à Carcassonne (par redéploiement de moyens internes : suppression de lits d'hospitalisation complète)
- Création d'une implantation d'un centre de crise à Béziers
- Création d'une implantation de placement familial thérapeutique infanto-juvénile à Alès

### Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Délocalisation du service adolescents (HC+HDJ) et d'une unité HC adulte du CH de Thuir sur le site du CH Saint Jean à Perpignan.
- Coopération à formaliser entre les établissements de santé du territoire de l'Hérault (CHU de Montpellier, CH de Béziers, CH Hôpitaux du Bassin de Thau) et la clinique La Lironde pour son inscription dans le réseau de prise en charge des adolescents.
- GCS psychiatrie infanto-juvénile du secteur de Nîmes.
- L'axe « santé mentale » du projet médical de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue est à conforter par l'intégration du CH du Mas Careiron dans la CHT.

## ANNEXE

**Psychiatrie**  
Diagnostic

[Retour au sommaire](#)

# Psychiatrie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## L'offre sanitaire, médico-sociale et sociale

	France	Languedoc Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	PO	
<b>Psychiatrie générale</b>	Taux d'équipement sanitaire (lits et places en ETS sanitaire pour 1000 habitants de plus de 16 ans)	1,21	1,71	1,22	1,8	1,73	1,74	
	Places pour troubles psychiques en ETS médico-social pour 1000 adultes (20 ans et plus)		1,2	1,27	0,96	1,09	0,88	
	Filière d'aval estimée (places en médico-social adulte + places en post cure + moitié des places en CHRS pour 1000 adultes)		1,69	1,66	1,36	1,65	6,42	1,48
	Taux de recours hospitalier en psychiatrie adulte (nombre de séances/séjours pour 10000 habitants)	4 820	5 089	4 213	4 578	5 474	7 422	5 276
<b>Pédopsychiatrie</b>	Taux d'équipement sanitaire (lits et places en ETS sanitaire pour 1000 enfants de 0 à 16 ans)	0,93	0,92	0,84	0,94	0,69	3,72	1,02
	Places pour déficience intellectuelle et troubles du comportement en ETS médico-social pour 1000 enfants (inférieur à 20 ans)		6,3	7,2	6,1	5,4	10,7	7,3
	Taux de recours hospitalier en pédopsychiatrie (nombre de séances/séjours pour 10000 habitants)	1 652	1 414	1 562	1 466	1 342	2 090	1 270
<b>Autres données</b>	Densité de psychiatres pour 100000 habitants	22	21,6	13	18	35,7 sur Montpellier	16,4	19,4
	Taux de prise en charge en ambulatoire (% de patients ambulatoires CMP/CATP sur le nb total de patients distincts pris en charge à l'hôpital)	89,27	81,74	91,65	72,83	82,62	93,1	82,81
	Taux de patients en longs séjours (durée de séjour > à 292 jours)	25,16	20,55	25,52	10,22	29,64	42,02	20,37
	Taux de patients en hospitalisation sans consentement	21,05	14,64	16,79	7,49	21,26	15,8	16,76
	Taux de recours en médecine de ville (nombre de consultations et visites de psychiatrie libérale pour 10 000 habitants)		1 705,6	705,7	1 251,7	2 581,8	284,6	1 400,4

### L'activité hospitalière de psychiatrie recouvre en région 34 secteurs de psychiatrie générale et 18 de pédopsychiatrie

- 31 établissements de santé ont une autorisation en psychiatrie, 11 publics et 20 privés.
  - Ils se partagent l'activité d'Hospitalisation Complète (HC) en psychiatrie générale,
  - mais le secteur public assure 87% de l'activité d'Hospitalisation Complète en pédopsychiatrie.
- **Activité en psychiatrie générale :**
  - HC : l'activité 2009 est conforme au SROS 3 et aux OQOS (1 084 843 journées déclarées soit activité supérieure de 0,15% aux OQOS de la région); cependant, des disparités sont relevées entre les territoires.
  - HTP jour : le nombre de places déclarées en 2009 est supérieur aux OQOS (+9,2%) mais conforme au SROS 3.
- **Activité en Pédopsychiatrie :**
  - HC : 7 établissements font de l'HC en région, leur activité en 2009 est en dessous des OQOS (-28%)
  - HTP jour : 20 établissements font de l'HTP jour, le nombre de places installées est supérieur au nombre autorisé. (Source : SAE 2009)

### L'activité ambulatoire de psychiatrie

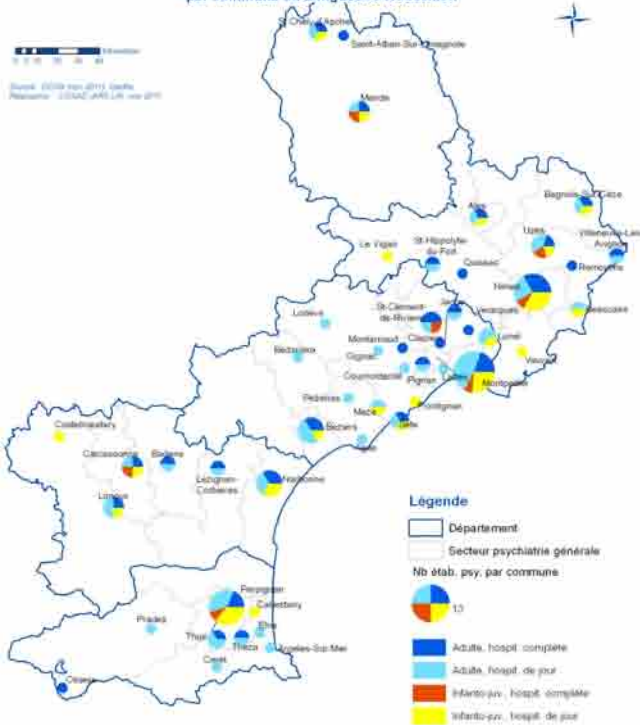
- L'activité des CMP en 2009 est de 347 391 actes, soins et interventions.
- 267 psychiatres libéraux sont enregistrés dans la région, ils ont réalisé 446 195 actes (consultations + visites) en 2009.
- 1576 psychologues sont en activité sur la région ;
  - dont 233 en mode libéral;
  - dont 1183 salariés.
- La localisation préférentielle de ces professionnels se fait sur les grandes villes ou littoral.



# Psychiatrie

## Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition de l'offre de soin de psychiatrie, par commune du Languedoc-Roussillon



### Points de vigilance

- La prise en charge des adolescents en crise doit constituer un axe fort du PRS.
- L'accès aux CMP, qui constituent les soins de première intention en psychiatrie, doit être fortement amélioré.
- La réinsertion psycho-sociale et l'autonomisation de vie des patients constituent deux axes forts de développement de la filière d'aval.
- Les malades psychiatriques doivent avoir un accès de qualité aux soins somatiques et à la prévention.
- Les prises en charge à temps partiel qui permettent de soulager les aidants doivent être soutenues.
- La géro-psycho-psy. devra s'ouvrir vers les structures médico-sociales.
- La psychiatrie de liaison doit s'ouvrir vers les structures médico-sociales.
- Développer une prise en charge spécifique des addictions dans les établissements psychiatriques.
- La répartition trop hétérogène de l'offre de soins devra être corrigée.
- Les projets de télémédecine en psychiatrie sont à développer.



# Psychiatrie

## Éléments d'activité

SAE 2009

	CH de Narbonne	Clinique Miremont	A.A.S.M. de Limoux	AUDE				
Psychiatrie générale	<b>Hospitalisation complète</b> : journées réalisées				16 841	18 869	76 328	112 038
	% de l'activité du département				15,03%	16,84%	68,13%	
	% de réalisation de l'OQOS				+53,10%	+3,39%	+9,04%	+13%
	<b>Hospitalisation de jour</b> : nombre de venues				3 791		8 214	12 005
	nombre de places installées				22		38	60
	nombre de places autorisées CPOM				20		43	63
Pédopsychiatrie	<b>Hospitalisation complète</b> : journées réalisées				967		1 582	2 549
	% de l'activité du département				37,94%		62,06%	
	% de réalisation de l'OQOS						-56,66%	
	<b>Hospitalisation de jour</b> : nombre de venues				4 076		4 370	8 446
	nombre de places installées				18		30	48
	nombre de places autorisées CPOM				18		17	35

### Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 60 631 actes, soins et interventions.
- 17 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 25 469 actes (consultations + visites) en 2009 soit 5,7% des actes de la région.
- Il y a 180 psychologues dont 26 en mode libéral et 144 salariés.

### Activité hospitalière

- **3 établissements sont autorisés** : l'activité est essentiellement publique. L'ASM a récemment délocalisé une partie de ses activités sur Carcassonne, Castelnaudary et Lézignan-Corbières.
- L'équipement hospitalier est limité et le nombre de psychiatres libéraux très bas.
- L'accès aux structures de soins se révèle difficile dans certaines zones du territoire.
- La prise en charge en gériatrie-psychiatrie est à organiser.
- Les filières d'aval, réhabilitation psycho-sociale et le secteur médico-social, doivent être développées et consolidées.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux structurée en raison d'un déficit de dispositif pour adolescents en crise et une problématique forte concernant l'addiction chez les jeunes. L'ouverture d'une maison des adolescents est programmée prochainement.
- Face à une précarité importante, une équipe mobile psy-précarité s'est ouverte à l'AASM de Limoux.

# Psychiatrie

GARD

## Éléments d'activité

SAE 2009	CH Alès	CHU Nîmes	CH Mas Careiron	Centre la Valbonne	Centre de post cure du Peyron	Clinique Bellorive	Clinique les Sophoras	Clinique Mont Duplan	Clinique neuropsy de Quissac	Clinique Pont du Gard	Hôpital de jour le Bosquet	OPI Montauray	GARD
----------	---------	-----------	-----------------	--------------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------	---------------	------

Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	25 727	29 603	80 595	15 080	5 207	37 055	30 899	19 665	71 837	25 448	0	0	321 114
	% de l'activité du département	8,01%	8,22%	18,87%	4,70%	1,62%	11,54%	9,62%	6,12%	22,37%	7,92%			-0,01%
	% de réalisation de FOQOS	6,17%	-6,21%	-1,47%	3,29%	4,14%	1,52%	5,82%	-1,68%	-1,59%	-0,41%			
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	2 427	3 937	13 063		3 485	6 539	3 768	2 921					96 194
	nombre de places installées	19	20	97		10	12	12	8					178
nombre de places autorisées CPOM	15	36	87		10	12	12	8					180	

Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées		2 405	996							473	759		4 623
	% de l'activité du département		52,02%	21,33%							10,23%	16,42%		
	% de réalisation de FOQOS		-58,82%	-45,97%										-39,69%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	3 718	6 265	5 030							1 659	2 160		18 832
	nombre de places installées	10	28	35							8	8		89
nombre de places autorisées CPOM	13	28	34							8	8		91	

## Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est 60 740 actes, soins et interventions.
- 55 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 85 689 actes (consultations + visites) en 2009 soit 19,20% des actes de la région.
- Le département compte 400 psychologues, 57 en mode libéral et 299 sont salariés.

## Activité hospitalière

- 12 établissements sont autorisés avec une prédominance des lits privés en psychiatrie générale (60%).
- La coordination des structures ambulatoires publiques et privées est à dynamiser. Il existe un GCS en psychiatrie infanto-juvénile du secteur de Nîmes.
- L'étude des tranches d'âge montre un corps médical vieillissant, ainsi 45,5% des psychiatres du secteur d'Alès ont plus de 60 ans.
- La géronto-psychiatrie doit être organisée avec notamment la mise en place d'une équipe mobile sur Nîmes.
- La filière d'avant est à réorganiser.
- La prise en charge des adolescents doit être développée. Une maison des adolescents du Gard s'est ouverte en juin 2010.
- Le département est doté de deux équipes mobiles de psychiatrie - précarité en fonctionnement, l'une au CHU de Nîmes et l'autre au CH d'Alès.

# Psychiatrie

HERAULT

## Éléments d'activité

	CHU Montpellier	Clinique La Litonde	Clinique Rech	Clinique Saint Antoine	Clinique Saint Clément	Clinique St Martin de Vignogou	Clinique Stella	La Maison Lune	CH Béziers	CH Bassin de Thau	Clinique La Pergola	HERAULT
Psychiatrie générale	SAE 2009											
	Hospitalisation complète : journées réalisées	124 411	35 941	66 531	23 782	19 047	30 279	49 776	40 306	10 445	22 101	422 619
	% de l'activité du département	29,44%	8,50%	15,74%	5,63%	4,51%	7,16%	11,78%	9,54%	2,47%	5,23%	
	% de réalisation de l'OOOS	3,66%	-4,16%	0,15%	1,01%	4,37%	-2,33%	-1,89%	-6,27%	4,45%	-33,82%	-2,59%
Pédopsychiatrie	Hospitalisation de jour : nombre de venues	57 607		4 136			4 811		12 441	2 312		81 307
	nombre de places installées	233		10			12		54	15		324
	nombre de places autorisées CPOM	186		10			12		49	15	15	287
	Hospitalisation complète : journées réalisées	5 768	2 256									8 032
% de l'activité du département	71,81%	28,09%										-26,65%
% de réalisation de l'OOOS	-12,21%	-48,49%										
Pédopsychiatrie	Hospitalisation de jour : nombre de venues	16 013						1 617	2 840	3 031		23 501
	nombre de places installées	66						5	12	16		99
	nombre de places autorisées CPOM	50						5	20	16		91

## Activité hospitalière

- **11 établissements sont autorisés** : avec une majorité d'établissements privés qui prédomine surtout en psychiatrie générale (56,5%).
- La densité médicale est forte surtout sur Montpellier avec un profil d'âge jeune puisque seulement 25% des psychiatres ont plus de 60 ans.
- Les prises en charge psychiatriques sont très hospitalo-centrées.
- La géro-psi-chiatrie est à développer ; une équipe mobile est en expérimentation au CHU de Montpellier ainsi que des lits spécialisés à la clinique Saint Antoine.
- La filière d'aval est à organiser.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux organisée ; une maison des adolescents va être prochainement ouverte.
- Deux équipes mobiles de psychiatrie / précarité fonctionnent, l'une au CHU de Montpellier et l'autre au CH de Béziers ainsi qu'une structure d'évaluation et d'orientation au CHU de Montpellier.
- Une structure de post-urgence fonctionne au CHU de Montpellier en lien avec la clinique Rech (convention de coopération). Le CH de Béziers et la clinique La Pergola travaillent en coopération.

## Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 134 571 actes, soins et interventions.
- 161 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 270 393 actes (consultations + visites) en 2009 soit 60,60% des actes de la région.
- Le département est doté de 720 psychologues, 127 exercent en libéral et 511 en salariés.



# Psychiatrie

## Éléments d'activité

		CH de Saint-Alban	LOZERE
SAE 2009			
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	46 164	46 164
	% de l'activité du département	100,00%	
	% de réalisation de l'OQOS	-7,67%	-7,67%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	5 735	5 735
	nombre de places installées	38	38
	nombre de places autorisées CPOM	17	17
Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées	1 108	1 108
	% de l'activité du département	100,00%	
	% de réalisation de l'OQOS	-49,41%	-49,41%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	2 601	2 601
	nombre de places installées	33	33
	nombre de places autorisées CPOM	7	7

### Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est 16 413 actes, soins et interventions.
- 2 psychiatres libéraux sont installés dans le département. Ils ont réalisé 2 203 actes (consultations + visites) en 2009 soit 0,49% des actes de la région.
- Le département compte 57 psychologues, un seul en mode libéral et 54 salariés.

### Activité hospitalière

- Un établissement public est autorisé.
- Rapporté au nombre d'habitants, le taux d'équipement apparaît pléthorique (3 fois plus que la moyenne nationale en pédopsychiatrie et 2 fois plus en psychiatrie générale).
- L'offre ambulatoire est à restructurer ; le département accuse un déficit de psychiatres libéraux (2).
- La filière d'aval est à dynamiser.
- Une équipe mobile de géronto-psychiatrie est à mettre en place.
- Une équipe mobile de psychiatrie / précarité est en fonctionnement au CH de Saint-Alban.



# Psychiatrie

PYRENEES ORIENTALES

## Eléments d'activité

	CH de Thuir	Clinique du Pré	Clinique psychothérapique du Roussillon	Clinique Sensévia	PO
--	-------------	-----------------	---	-------------------	----

SAE 2009

Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	104 342	36 863	21 209	20 494	182 908
	% de l'activité du département	57,00%	20,15%	11,60%	11,20%	
% de réalisation de l'OQOS	+11%	-1,70%	-16,99%	-6,42%	+2,21%	
Pédopsychiatrie	Hospitalisation de jour : nombre de venues	29 160	1 370	1 396		31 926
	nombre de places installées	142	20	8		170
	nombre de places autorisées CPOM	121	20	8		149
	Hospitalisation complète : journées réalisées	4 471				4 471
% de l'activité du département	100,00%					
% de réalisation de l'OQOS	+2,08%				+2,08%	
Hospitalisation de jour : nombre de venues	5 950		2 017		7 967	
nombre de places installées	50		15		65	
nombre de places autorisées CPOM	24		15		39	

## Activité hospitalière

- **4 établissements sont autorisés** : l'activité de psychiatrie est principalement publique, avec une forte concentration des structures autour de Perpignan.
- En matière de gériatrie-psychiatrie, une équipe mobile est en place au CH de Thuir ainsi que 25 lits spécialisés à la clinique du Roussillon.
- La filière d'aval est à consolider.
- Le CH de Thuir dispose d'un centre de crise «CAC 48» de 10 places qui fonctionne sur le site du CH de Perpignan.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux organisée en créant notamment une maison des adolescents.
- Une équipe mobile de psychiatrie / précarité fonctionne au CH de Thuir (MAO).

## Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 75 036 actes, soins et interventions.
- 32 psychiatres libéraux sont installés. Ils ont réalisé 62 441 actes (consultations + visites) en 2009 soit 13,99% des actes de la région.
- Le département compte 219 psychologues, 22 exercent en mode libéral et 175 en salariés.

Traitement du cancer

[Retour au sommaire](#)

## Traitement du cancer

La prise en charge du cancer est un enjeu majeur de santé publique. Le nombre des patients atteints augmente et concerne plus de 16 000 nouveaux cas régionaux par an.

Par ailleurs la mortalité diminue progressivement.

Le 2ème Plan CANCER 2009-2013 identifie plusieurs axes et y introduit des voies nouvelles :

- En matière de prévention : poursuivre la lutte contre le tabac, promouvoir la prévention en ce qui concerne les liens avec l'alimentation, renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement, les cancers d'origine infectieuse

- En matière de dépistage : augmenter la participation aux campagnes de dépistage organisé ; s'attacher à lutter contre les inégalités d'accès et de recours à ces dépistages (d'ordre socio-économique, culturel ou territorial)

- L'effort de recherche concerne l'incitation à développer les essais cliniques...

- L'axe soins propose diverses mesures :

- L'accès aux tests de génétique moléculaire ,orientant vers les thérapies ciblées

- La coordination du parcours de soins à la phase active (programme personnalisé de soins) puis dans l'après-cancer, avec une implication des médecins traitants dans la prise en charge (nombreux guides publiés par INCa/HAS ).

- La prise en charge sociale personnalisée (D.A, PPS, PPS de l'après-cancer)

- Le soutien à la spécialité d'anatomopathologie

- Le soutien à la radiothérapie

- Généralisation des mesures transversales de qualité des prises en charge.

Les objectifs généraux du Schéma sont centrés sur :

- Une répartition équitable de l'offre, privilégiant le territoire de santé, pour la majorité des situations cliniques, reposant sur un 3C de territoire (centre de coordination en cancérologie) et des coopérations inter-établissements

- Une organisation graduée : selon les plateaux techniques ; l'offre est constituée d'établissements spécialisés détenteurs d'autorisations de traitement du cancer, d'établissements hospitalo-universitaires, de centres de radiothérapie ou de services de médecine nucléaire développant des techniques particulières et/ou innovantes, de services d'anatomopathologie avec tumorothèques... de services d'imagerie

- Un Réseau régional ONCO-LR observateur et garant de la qualité et de la gradation des soins, ayant satisfait en 2011 à la procédure de reconnaissance par INCa/ARS. Le réseau est en attente du déploiement du DCC (dossier communiquant en cancérologie) prévu par l'ASIP.

Les autorisations de traitement du cancer ont été notifiées en août 2009. Les visites de conformité ont eu lieu, pour la plupart, pendant le premier semestre 2011. Elles ont permis de constater certains manquements aux critères réglementaires pour quelques établissements (manquements relatifs aux seuils ou aux qualifications des médecins), qui font actuellement l'objet d'injonction. Ces situations conduiront à des suspensions d'autorisation puis à une redistribution de ces activités .

**Traitement du cancer**  
Orientations



# Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- de poursuivre les efforts en matière de prévention primaire autour des trois cibles majeures que sont la lutte contre le tabac, un bon équilibre nutritionnel, un exercice physique adapté; de renforcer la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo rectal (en particulier pour les populations défavorisées ou isolées)
- de maintenir des équipes et des plateaux techniques de qualité sur chaque territoire de santé en veillant à une gradation des soins
- de revoir les autorisations d'activité de traitement des cancers lorsque les établissements ne valident pas les critères INCA
- d'animer les dispositifs mis en place par le plan cancer ) et notamment de relancer les dynamiques du réseau régional, du pôle régional, des 3C de territoire
- d'améliorer l'accompagnement des malades pendant et après la maladie, au travers d'une meilleure coordination ville-hôpital

## Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

### Accessibilité :

- Garantir une accessibilité financière à la chirurgie carcinologique dans tous les territoires
- Garantir plus d'égalité géographique au dépistage, au diagnostic, et à la surveillance des cancers via l'imagerie (IRM principalement : délais de rendez-vous).
- Accessibilité aux soins palliatifs

### Qualité- Sécurité :

- Généraliser les mesures qualité (D.A., RCP, PPS, soins de support ,RMM)
- Mieux accompagner les patients pendant et après les soins et coordonner le parcours de soins
- Garantir un égal accès aux traitements innovants ,aux tests moléculaires, à la chirurgie de recours, à la radiologie interventionnelle à visée curative
- Structurer les filières de prise en charge des personnes âgées, des enfants et adolescents
- Qualité de la préparation et distribution des chimiothérapies
- Démarche qualité en radiothérapie
- Coordination dans le circuit anatomo-pathologique

### Évitabilité :

- Prévention, participation aux dépistages.
- Précocité des prises en charge
- Favoriser les alternatives à l'hospitalisation

### Performance :

- Favoriser la gradation des soins
- Adéquation des situations aux prises en charge.
- Renforcer la fluidité des filières (retour à domicile ,HAD ,SSR )

Focus issu du PSRS : maladies chroniques

# Traitement du cancer

## Principes d'organisation :

Le parcours de santé en traitement du cancer suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

### 1- Prévention : Développer la prévention et le dépistage

- Lutter contre le tabac adolescents et adultes (notamment chez les femmes)
- Prévenir et dépister les cancers professionnels et environnementaux
- S'attacher au repérage des facteurs environnementaux dont professionnels dans le diagnostic des cancers
- Améliorer la participation aux campagnes de dépistage organisé

### 2- Premiers recours & Médico-social :

- Mieux intégrer le médecin traitant et les différents professionnels de santé libéraux dans le parcours de soins par une meilleure coordination ville hôpital en phases inter-hospitalières et pour le suivi post hospitalier
- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné
- Renforcer les liens avec les EHPAD, les SSIAD
- Faire intervenir les HAD en EHPAD
- Etre attentif au suivi social ; accompagnement durant et dans l'après maladie, accès au prêt, réinsertion professionnelle.

Liaisons principales avec d'autres volets :  
chirurgie, imagerie, médecine

# Traitement du cancer - Objectifs opérationnels LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Objectifs Schémas

## Indicateurs Schéma

<ul style="list-style-type: none"> <li>Animer les dispositifs mis en place par le plan cancer I, promouvoir leur rôle respectif</li> </ul>	Evaluation des 3 C et du réseau régional ; exhaustivité des RCP, Nombre de RCP de recours,
	Part des séjours de médecine en hospitalisation de jour Part de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir le respect des référentiels nationaux ( bonnes pratiques et bon usage des molécules onéreuses</li> <li>Respect des référentiels HAS-INCa et régionaux</li> </ul>	Audits des pratiques professionnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'accompagnement des malades pendant et après la maladie</li> </ul>	Coordination infirmière et suivi social
<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer l'accès aux soins innovants , aux plateformes de génétique moléculaire et à l'oncogénétique</li> <li>Mettre en place une RCP de recours régional en oncogériatrie / et une RCP de recours interregional en oncopédiatrie</li> </ul>	Taux de malades intégrés dans un essai thérapeutique. Bilan d'activité des consultations d'oncogénétique et des laboratoires de génétique moléculaire. Taux de patients bénéficiant d'une RCP interrégionale.
Renforcer les interventions des HAD	Part des séjours en HAD pour des traitement de chimiothérapie
Renforcer la prévention primaire, les taux de participation aux dépistage organisés <ul style="list-style-type: none"> <li>Mieux articuler dépistage et prise en charge</li> <li>Améliorer la reconnaissance des cancers professionnels</li> </ul>	Taux de participation Taux de reconnaissance de cancer professionnels par la consultation régionale de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) au CHU de Montpellier.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer le médecin traitant et les professionnels de santé libéraux dans le parcours de soin</li> </ul>	Place du Médecin traitant lors du dispositif d'annonce ; nombre de fiches de consultation d'annonce adressées au médecin traitant



# Traitement du cancer - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations	Créations / suppressions
Aude	Chirurgie	Mammaire	Carcassonne (2) Narbonne (1)
		Digestive	Carcassonne (2) Narbonne (2)
		Urologique	Carcassonne (1) Narbonne (1)
		Gynéco	Carcassonne (2) Narbonne (2)
		ORL	Carcassonne (1) Narbonne (1)
		Thoracique	Carcassonne (1)
	Chimiothérapie	Carcassonne (2) Narbonne (2)	
	Radiothérapie externe	Carcassonne (1)	
			+1 (Narbonne)
Gard	Chirurgie	Mammaire	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (2)
		Digestive	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (2)
		Urologique	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (1)
		Gynéco	Nîmes (3) Alès (1)
		ORL	Nîmes (2) Alès (1)
		Thoracique	Nîmes (2) Alès (1)
	Chimiothérapie	Nîmes (2) Bagnols (1) Alès (2)	
	Radiothérapie externe	Nîmes (1)	
	Sources non scellées	Nîmes (1)	
			+ 1 (Bagnols) Regroupement des implantations urologique et mammaire
Hérault	Chirurgie	Mammaire	Montpellier (4) Sète (1) Béziers (2)
		Digestive	Montpellier (6) Castelnau (1) Ganges (1) Sète (2) Béziers(2) Boujan s/Libron (1)
		Urologique	Montpellier (3) Castelnau (1) Ganges (1) Sète (1) Boujan s/Libron (1)
		Gynéco	Montpellier (5) Sète (1) Béziers (2)
		ORL	Montpellier (4) Castelnau (1) Béziers (1) Colombiers (1)
		Thoracique	Montpellier (2) Castelnau (1) Béziers (1) Boujan s/Libron (1)
	Chimiothérapie	Montpellier (4) Castelnau (1) Sète (1) Béziers (2) Boujan s/Libron (1)	
		Radiothérapie externe	Montpellier (2) Béziers (1) / curiethérapie : Montpellier (2)
		Sources non scellées	Montpellier (2)
			- 2 (Boujan s/Libron et Ganges)
Lozère	Chirurgie Digestive	Mende (1)	
	Chimiothérapie	Mende (1)	
	Radiothérapie	0	
PO	Chirurgie	Mammaire	Perpignan (2)
		Digestive	Perpignan (3) Cobestany (1) Prades (1)
		Urologique	Perpignan (1) Cobestany (1)
		Gynéco	Perpignan (2)
		ORL	Perpignan (2) Cobestany (1)
		Thoracique	Perpignan (2)
	Chimiothérapie	Perpignan (2)	
		Radiothérapie externe	Perpignan (1)
	Sources non scellées	Perpignan (1)	
			- 1 (Perpignan)
			-1 (Perpignan)





## Traitement du cancer - Objectifs de l'offre de soins

### Coopération des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Renforcer l'animation des 3 C des territoires par le réseau régional et positionner le pôle régional dans la gradation des soins.
- Renforcer la coordination ville-hôpital (HAD, médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux)

## ANNEXE

**Traitement du cancer**  
Diagnostic

*[Retour au sommaire](#)*

# Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Offre de santé sur les territoires

### La région LR est dotée :

► de dispositifs de prévention diversifiés à mieux coordonner

► de 4 structures pour le dépistage organisé des cancers

► de 32 établissements de santé autorisés pour la chirurgie des cancers, 21 pour la chimiothérapie, 6 établissements (ou cabinets libéraux) ont une autorisation d'activité en radiothérapie, 2 en curiethérapie et 4 pour une utilisation de radioéléments en sources non scellées

► Le réseau régional ONCO-LR coordonne et anime les 3 C (Centres de Coordination en Cancérologie) des territoires.

► Les 3 C existent dans chaque territoire.

## Éléments de diagnostic régional

**DONNÉES DE CADRAGE** le cancer représente depuis 2004 la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité en France. Toutefois, grâce à une meilleure prévention, au dépistage plus précoce, à des soins plus efficaces, la mortalité baisse. La prévention reste un enjeu majeur.

► La région Languedoc Roussillon enregistre 16 000 nouveaux cas de cancer par an, en progression constante d'une année sur l'autre. La région n'est pas particulièrement touchée comparativement aux autres régions.

### ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

• **CHIRURGIE :** Le tableau ci dessous présente le nombre de séjours hospitaliers réalisés par les établissements de santé de la région entre 2007 et 2010 : le nombre d'actes progresse de 241 séjours entre 2007 et 2009 (2,2 %)

	Chirurgie mammaire	Chirurgie digestive	Chirurgie urologique	Chirurgie gynécologique	Chirurgie ORI	Chirurgie Thoracique
2007	3140	2843	2109	837	897	816
2009	3225	2931	1910	897	964	956
	+ 85	+ 88	- 199	+ 60	+ 67	+ 140
2010	3356	3105	1824	855	1047	942

### • CHIMIOTHÉRAPIE :

L'activité de chimiothérapie progresse. La reconstitution des unités de reconstitution Centralisée des chimiothérapies anticancéreuses est engagée Dans les territoires de la région

	Séjours	Séances
2007	12 020	72 035
2009	11 055	83 574 (+16%)

• **RADIOTHÉRAPIE :** l'activité est marquée par une réorganisation des centres de Radiothérapie, regroupés en plateau technique d'au moins 2 accélérateurs.

Il existe un registre des Tumeurs de l'Hérault.

### Prévention :

La région Languedoc-Roussillon est une région dynamique en matière de prévention et d'éducation à la santé.

### Dépistage

Le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal est déployé sur l'ensemble des territoires de la région. Les taux de participation régionaux pour le sein sont bons. Ils doivent être améliorés pour le cancer colo-rectal.

# Traitement du cancer - Activité en LR

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Etude des séjours hospitaliers par la « consommation » entre les années 2007 et 2009 des patients domiciliés dans la région

### ↳ Chirurgie carcinologique :

• Les taux de recours standardisés en chirurgie du cancer en 2009, c'est-à-dire le nombre de séjours hospitaliers (pour 10 000 habitants, séjours chirurgicaux avec Diagnostic principal de cancer) ajusté sur l'âge sont les suivants : taux moyen régional à 68,6 (variation selon les territoires de santé de 51,7 à 75) pour un taux médian national à 65,7.

• Ci-dessous le nombre de ces séjours :

	Lozère		Gard		Hérault		Aude		PO		Progression
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Chirurgie mammaire	90	78	932	834	1206	1292	409	405	552	581	+1
Chirurgie digestive	71	67	772	771	992	1056	379	436	532	508	+92
Chirurgie urologique	68	64	597	468	746	781	273	252	466	402	- 183
Chirurgie gynécologique	29	21	251	276	307	347	108	141	151	132	+71
Chirurgie ORL	22	24	221	281	355	326	121	143	176	198	+77
Chirurgie thoracique	20	21	256	280	342	420	79	107	126	159	+ 164
TOTAL	300	275	3029	2910	3948	4222	1369	1484	2003	1980	
Chimiothérapie	1301 Séances	2036 Séances	18983 Séances	20255 Séances	28223 Séances	33421 Séances	12268 séances	14270 séances	12906 Séances	15450 Séances	

Pour les 6 groupes de chirurgie carcinologique, le nombre de séjours passe de 10649 en 2007 à 10871 en 2009 soit une augmentation de 2,8 %

↳ **Séances de chimiothérapie** : sur la même période, le nombre de séances passe de 73681 à 87468 soit une augmentation de 18,7%.





# Traitement du cancer

## Les établissements et centres de santé autorisés pour le traitement du cancer sur le territoire

	CH Carcassonne	Clinique Montréal	CH Narbonne	Clinique Languedoc	Clinique Genêts
Radiothérapie	x				
Chimiothérapie	x	x	x		x
Chirurgie mammaire	x	x		x	
Chirurgie digestive	x	x	x	x	
Chirurgie urologique		x		x	
Chirurgie gynécologique	x	x	x	x	
Chirurgie ORL	x			x	
Chirurgie Thoracique		x			

- Le territoire dispose de 2 centres de coordination en cancérologie communs public - privé :
  - o Le 3 C de Narbonne - Lézignan
  - o Le 3 C de Carcassonne

## Données d'activité et points de vigilance

- Chirurgie :
  - Les équipes narbonnaises doivent renforcer leur coopération
- Radiothérapie :
  - La couverture en radiothérapie du territoire repose sur
    - le CH de Carcassonne pour l'Ouest Audois
    - les centres de Béziers, Perpignan, ou le CRLC pour l'Est Audois
- Chimiothérapie :
  - Dans l'Aude, le nombre de séjours hospitaliers pour traitement par chimiothérapie a doublé entre 2006 et 2009. Le nombre de séances a augmenté de 19 %, lié à un développement important de cette activité par un établissement de Carcassonne : de 18 séjours et 2360 séances en 2006, il passe à 475 séjours et 3479 séances en 2009.
    - La progression est plus modérée à Narbonne, 8 %.

# Traitement du cancer

## Offre de soins sur le territoire

	Chu Nîmes	GCS IGOR	Franciscaines	KENVAL Kennedy	Grand Sud	CH Bagnols	CH Alès	Bonnefont	KENVAL Valdegour
Radiothérapie		X							
Chimiothérapie	X					X	X	X	X
Chirurgie mammaire	X			X	X	X	X	X	
Chirurgie digestive	X			X	X	X	X	X	
Chirurgie urologique	X			X	X			X	
Chirurgie gynécologique	X			X	X			X	
Chirurgie ORL	X				X			X	
Chirurgie Thoracique	X		X					X	

- Le territoire dispose de 3 centres de coordination en cancérologie :
  - 1 commun aux établissements de santé privés et au centre de radiothérapie libéral à Nîmes
  - 1 commun aux établissements publics et privés à Alès
  - 1 interne au CHU de Nîmes

## Données d'activité et points de vigilance

### Radiothérapie :

- Le regroupement des 2 plateaux gardois de radiothérapie s'organise sur le site du CHU : plateau de 4 accélérateurs.

### Chirurgie :

- les séjours sont en légère progression sauf pour le cancer du sein
- Le territoire assure une autarcie variant de 51 % (sein) à 78 % (urologie)
- Quelques établissements vont être conduit à cesser certaines activités soit qu'ils n'atteignent pas les seuils ou ne valident pas les critères INCA. D'autres sont incités à regrouper la pratique sur 1 site.

### Chimiothérapie :

- Les besoins en séances de chimiothérapie progressent de 14 % entre 2006 et 2009 avec une progression de la production des séances de chimiothérapie de 10 % sur la même période
- Le niveau d'autarcie est stationnaire à 68 %. Les fuites se font vers Montpellier (20%) ou Avignon (10%).
- L'offre de chimiothérapie doit être réorganisée à Alès.

# Traitement du cancer

## Offre de soins sur le territoire

	CHU Montpellier	CRLC	Millénaire	Clémentville	St Roch	St Jean	Beausoleil	Parc	St Louis	CHIBT	Ste Thérèse	CH Béziers	Dr Causse	Champeau	St Privat	ONCODOC
Radiothérapie		x		x												x
Chimiothérapie	x	x		x	x			x		x		x		x	x	
Chirurgie mammaire	x	x		x	x				x		x	x		x	x	
Chirurgie digestive	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Chirurgie urologique	x		x				x	x	x	x					x	
Chirurgie gynécologique	x	x	x	x			x			x		x		x		
Chirurgie ORL	x			x		x	x	x				x	x			
Chirurgie Thoracique	x			x				x				x			x	

- Le territoire comporte 4 centres de coordination en cancérologie
  - o 1 interne au CRLC
  - o 1 interne au CHU de Montpellier
  - o 1 privé regroupant les établissements de Montpellier et de Castelnau, la clinique Ste Thérèse de Sète et St Louis de Gangas ainsi que le centre regroupé de radiothérapie libérale de Montpellier : GCS Centre de cancérologie du Grand Montpellier.
  - o 1 commun aux établissements public-privé Béziers

## Données d'activité et points de vigilance

Le territoire dispose est très autarcique surtout dans sa partie orientale

### Radiothérapie :

- Regroupement de la radiothérapie libérale montpelliéraine sur le site de la clinique Clémentville
- Le centre libéral de Béziers est renforcé par un oncologue de Narbonne

### Chirurgie :

- Plusieurs établissements de ce territoire vont être conduit à cesser certaines activités soit qu'ils n'atteignent pas les seuils ou ne valident pas les critères INCa

### Chimiothérapie :

- L'analyse de la production montre une progression des séances de 24 % de 2007 à 2009
- La consommation, étudiée à partir du nombre de séances progresse sur cette période de 18 %

### Radioéléments en source non scellée :

Le CRLC est le seul site d'irathérapie

## Traitement du cancer

### Offre de soins sur le territoire

Pas d'offre de radiothérapie

- Le CH de Mende a une autorisation de chirurgie des cancers digestifs.
- Le CH a organisé un 3 C avec l'appui des praticiens du CRLC
- Le CH dispose d'une autorisation de chimiothérapie

### Données d'activité et points de vigilance

Un nombre non négligeable de malades se font soigner en dehors de la région et selon leur lieu de résidence vont vers Clermont-Ferrand, Millau ou Le Puy.

#### Chirurgie :

- Les besoins apparaissent stables entre 2006 et 2009 pour la chirurgie mammaire et gynécologique sur la même période, les besoins en chirurgie des cancers urologiques progressent et les besoins de chirurgie ORL et thoracique diminuent
- Le territoire maintient son autarcie en chirurgie des cancers digestifs, seule autorisation en chirurgie carcinologique.

#### Chimiothérapie :

- La consommation analysée en terme de nombre de séances de chimiothérapie progresse de 61 % entre 2007 et 2009 avec des fuites plus importantes vers Montpellier ou Clermont-Ferrand.
- La productivité du CH de Mende évaluée sur le nombre de séances progresse de 9% entre 2007 et 2009.



# Traitement du cancer

## Offre de soins sur le territoire

	CH Perpignan	coradix St Pierre	Cl St Pierre	St Roch Médipôle	Mutualiste catalane	GCS ORL	St Michel
Radiothérapie		x					
Chimiothérapie	x		x				
Chirurgie mammaire	x		x		x		
Chirurgie Digestive	x		x	x	x		x
Chirurgie Urologique	x			x			
Chirurgie Gynécologique	x		x		x		
Chirurgie ORL			x	x		x	
Chirurgie Thoracique	x		x				

- Le territoire dispose d'un centre de coordination en cancérologie qui regroupe l'ensemble des acteurs de soins en cancérologie : ONCO-PO

## Données d'activité et points de vigilance

### Radiothérapie :

- Le centre libéral de radiothérapie à Perpignan dispose de 3 accélérateurs de particules

### Chirurgie :

- On note entre 2007 et 2009 une progression des besoins en chirurgie mammaire, digestive, ORL et surtout thoracique et une baisse des besoins en chirurgie des tumeurs urologiques et gynécologiques.
- L'autarcie s'améliore sur l'ensemble des activités chirurgicales.

### Chimiothérapie :

- La consommation, évaluée en nombre de séances progresse de 41 % entre 2006 et 2009, l'autarcie passant de 83 % à 87 %.
- Sur la même période, la production des établissements, exprimée en séances progresse de 48 %.

**Médecine**

*Retour au sommaire*

## Médecine

Dans le cadre de cette thématique, ont été étudiées les activités de médecine générale/polyvalente et de spécialités avec un focus particulier sur la Pédiatrie, ainsi que l'hospitalisation à temps partiel et l'hospitalisation à domicile. Les autres activités médicales sont examinées dans des parties spécifiques du schéma.

Sur le principe, il paraît nécessaire de structurer l'offre en médecine polyvalente ainsi que l'accès aux soins par une gradation des plateaux techniques et l'organisation de la permanence des soins.

La région Languedoc-Roussillon est dotée d'une offre importante d'établissements. L'activité de médecine est réalisée principalement dans les établissements de santé publics (80 %). Globalement l'activité régionale est supérieure de 8 % à l'activité médiane nationale.

Par rapport au SROS III, les analyses ont démontré une progression du taux d'autarcie des territoires y compris en Lozère, ce qui est en adéquation avec les objectifs fixés à l'époque, ainsi qu'un développement de l'hospitalisation de jour.

Aujourd'hui, les principales difficultés mises en évidence lors de la phase de diagnostic et de concertation avec les professionnels portent :

- Sur la fragilité de la démographie médicale des omnipraticiens sur certaines zones géographiques (Lozère et nord du Gard notamment), sur la fragilité des spécialités en Lozère (neurologie et endocrinologie métabolisme notamment) et sur la fragilité régionale de certaines spécialités du fait de la part des praticiens âgés de plus de 60 ans (pathologies Neuro Vasculaires, Neurologie et Pédiatrie pour des médecins exerçant une activité mixte libérale et salariée et Pédiatrie pour des médecins exerçant sous mode libéral exclusif),
- Sur la consommation des endoscopies (techniques interventionnelles) et des séances, dont les taux de recours montrent une surconsommation par rapport aux médianes nationales,
- Sur la iatrogénie médicamenteuse, qu'il convient de limiter dans le cadre d'une coopération entre médecine hospitalière et médecine de ville,
- Sur la présence d'hospitalisations itératives, notamment par les urgences, domaine nécessitant d'importants efforts de rationalisation. A cet égard, l'une des questions fondamentales porte sur l'organisation de l'accueil direct des personnes âgées dans les services, le fait de transiter par les urgences paraissant inefficace.

Une attention particulière a été portée sur les établissements disposant de moins de 20 lits de médecine (ex-hôpitaux locaux, cliniques et Centres Hospitaliers isolés). Pour mémoire, la même étude a été menée sur les établissements de moins de 30 lits de Soins de Suite et de Réadaptation.

Les services de médecine à l'hôpital local, aujourd'hui CH de proximité, favorisent le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Le médecin généraliste a notamment recours à ce service lorsque l'état du patient requiert des soins relevant d'une prise en charge hospitalière.

Ces établissements sont les lieux où s'exerce une médecine polyvalente d'orientation et de premiers recours qui permet notamment d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements, de dispenser des soins de proximité aux personnes âgées, de réaliser des biens notamment gériatriques et des diagnostics, de constituer des antennes de l'hospitalisation à Domicile. Ils constituent par ailleurs le lieu de développement des consultations avancées de spécialistes avec le concours d'autres établissements de santé ou de l'offre libérale, ces consultations pouvant être ouvertes à des patients non hospitalisés dans l'établissement. Ces services, doivent donc constituer des supports de coordination, un ancrage pour la médecine libérale et un relais en amont et en aval des courts séjours gériatriques, et développer d'une manière générale une médecine

plus active.

Une analyse de ces établissements a été réalisée afin de vérifier l'impact de la mise en place de la tarification à l'activité (TZA), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :

- la viabilité économique en système de financement TZA, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite,
- La nature du service rendu,
- les parts de marchés, l'environnement concurrentiel,
- les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Suite à cette analyse qui a démontré des difficultés liées à la faiblesse de certains taux d'occupation, à des Durées Moyennes de Séjour excessives et aux inadéquations de patients qui paraissent relever plutôt de Soins de Suite, et après prise en considération des difficultés financières potentielles à venir dans le cadre du passage à la tarification à l'activité, il est apparu que l'offre de médecine serait à réorienter dans trois structures.

Ainsi, un lien particulier a été établi entre la médecine et les Soins de Suite et de Réadaptation afin de proposer une offre de soins adaptée sur les territoires avec le maintien d'une offre sanitaire dans les petites structures.

Le SROS préconise par ailleurs un renforcement des alternatives à l'hospitalisation, par substitution de l'hospitalisation Complète. Toutefois, un certain nombre d'implantations d'hospitalisation de jour qui n'étaient dédiées qu'à l'activité de chimiothérapie ne sont pas renouvelées dans la mesure où les établissements bénéficient désormais d'une autorisation spécifique de traitement des cancers.

Au plan général, l'amélioration de la prise en charge en médecine reposera sur la mise en place de procédures organisationnelles et de complémentarités entre les établissements (médecine et Soins de Suite et de Réadaptation) ainsi qu'avec les structures du secteur Médico Social et la médecine ambulatoire, afin de fluidifier les prises en charge.

S'agissant de ce dernier secteur, les liens devront être resserrés avec les structures de court séjour de médecine dans les domaines de la relation ville-hôpital, notamment dans le cadre de la régulation libérale (permanence des soins), de la préparation du retour à domicile, de l'hospitalisation à Domicile, de l'inscription dans l'action des réseaux de proximité, du partage de l'éducation thérapeutique mise en œuvre lors du séjour hospitalier et de l'appui à la télé-médecine.

Une telle organisation devrait concourir à l'évitabilité de l'hospitalisation et des réhospitalisations, en lien si nécessaire avec la mise en place de plates formes de services.

A cet égard, seule la prise en compte efficiente des transversalités permettra de répondre efficacement à l'enjeu de santé publique que constitue la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi l'ARS a développé une politique générale à l'attention de cette population dans un document spécifique intitulé « parcours ».

Les diagnostics posés ont conduit aux décisions d'implantations inscrites dans ce schéma.

**Médecine**  
Orientations



# Médecine

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux de recours régional supérieur de 8 % au taux médian national et qui concerne particulièrement les endoscopies et les séances.
- Un taux d'autarcie en amélioration dans tous les territoires.
- Une activité de médecine à 80% dans les établissements publics.
- L'étude des Affections de Longue Durée montre un positionnement régional dans le dernier quartile national pour : maladie d'Alzheimer, maladies de l'appareil génito-urinaire (dont maladies rénales), maladies de l'appareil respiratoire, maladies infectieuses et parasitaires
- Concernant la santé de l'enfant et de l'adolescent, des prises en charge à améliorer en terme d'accessibilité et de coordination,

## Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

<b>Accessibilité :</b>	Maintenir dans chaque territoire une filière de prise en charge gériatrique Développer les consultations avancées Développer l'accès aux soins innovants Organiser l'accès à l'éducation thérapeutique, notamment en pédiatrie, en prenant en compte l'entourage de l'enfant En pédiatrie, améliorer l'accès précoce au repérage et à une prise en charge globale Rendre lisible le maillage régional en consultation et/ou une consultation ou un centre identifié en tant qu'acteur de la prise en charge de la douleur chronique
<b>Qualité- Sécurité :</b>	Lutter contre les infections liées aux soins Associer les patients à leur prise en charge
<b>Évitabilité :</b>	Prévenir la iatrogénie. Encourager la vaccination. Éviter le passage des personnes âgées par les urgences. Développer les prises en charge sous forme d'alternative à l'hospitalisation (HTP et HAD)
<b>Performance :</b>	Respecter la gradation des soins Favoriser les alternatives à l'hospitalisation Assurer la continuité du parcours de santé de l'enfant entre la période périnatale et la petite enfance et entre la période enfance, adolescence et adulte pour permettre un parcours de vie sans rupture Organiser la précocité des processus de diagnostic et de prise en charge

Focus issu du PSRS : Cancer, AVC, IRC, VIH, obésité, vaccinations, addictions, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer



## Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en médecine suppose des articulations entre le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social, il s'agit de :

### 1- Prévention :

- Développer les liens avec les associations de malades.
- Assurer l'accès à l'éducation thérapeutique, y compris en pédiatrie dans un cadre spécifique aux enfants ou partagé avec les adultes.
- En pédiatrie notamment :
  - Participer aux actions de prévention (nutrition / obésité / surpoids, asthme, usage de substances psycho actives, ...).
  - En matière de surpoids et d'obésité, prévenir leur survenue, les complications liées aux formes graves et les complications différées rencontrées à l'âge adulte.
  - Améliorer la place des parents dans les processus de prise en charge et développer le soutien à la Parentalité.
  - Prévenir par la vaccination les hospitalisations des pathologies infectieuses.
  - Prévenir les ruptures de scolarisation, les ruptures familiales, et les processus de désinsertion sociale précoce, en identifiant précocement les signaux d'alerte et en organisant des prises en charges pluridisciplinaires, en lien avec le médecin traitant.
  - En matière de santé mentale des adolescents, participer à la prévention primaire, se coordonner avec les dispositifs d'écoute (maison des adolescents).

### 2- Premiers recours & Médico-social :

- Développer des soins coordonnés pour les personnes atteintes de maladies chroniques en renforçant les liens hôpital/ville et par le biais du Dossier Médical Partagé.
- Éviter le recours à l'hospitalier (pour les personnes âgées), à condition de sécuriser le domicile.
- Fluidifier le parcours du patient (**inter-hospitalier**) et notamment celui des personnes âgées par une meilleure gestion de l'amont (urgences) et l'aval de l'hospitalisation (SSR, domicile, EHPAD).
- Renforcer les liens entre les services d'Urgences et la PDSES.
- Respecter la gradation des soins

### Liaisons principales avec d'autres volets :

Urgences, Périnatalité, Génétique, SSR, SLD, Réanimation, Santé mentale.

# Médecine – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Objectifs Schémas

## Indicateurs Schéma

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer le taux de recours régional (consommation) par :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une identification des acteurs concernés par l'activité</li> <li>– Un dialogue médicalisé sur les causes</li> <li>– Une utilisation éventuelle de la M&amp;AP (sur la base des référentiels HAS)</li> <li>– L'amélioration de la coordination entre médecine hospitalière et médecine libérale</li> <li>– La concrétisation de projets médicaux de territoire coordonnés</li> </ul> </li> </ul>	<p>Taux de recours selon modalités DGOS</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérimenter la mise en place de plateformes de coordination en lien avec les « petites structures » en zone rurale; un gestionnaire de cas organisant la prise en charge de la personne âgée vers la structure la plus adaptée au regard de sa pathologie (médecins libéraux, SSIAD, HAD, EHPAD, structures sanitaires).</li> <li>• Développer les équipes mobiles de gériatrie.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des places d'alternatives à l'hospitalisation, par substitution, y compris l'HAD, voire externalisation d'actes hospitaliers.</li> </ul>	<p>Evolution du nombre de places d'alternatives à l'hospitalisation, évolution des prises en charge dans ces places</p>

# Médecine – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Objectifs Schémas

## Indicateurs Schéma

En pédiatrie :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Développer l'éducation thérapeutique sur nutrition / obésité / surpoids, asthme, ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de programmes d'ETP autorisés</li> <li>• Nombre de patients inclus dans chaque programme d'ETP</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mobiliser les équipes sur les enjeux de la vaccination et du rattrapage du calendrier vaccinal chez l'adolescent</li> <li>✓ Dans les situations cliniques complexes, améliorer la lisibilité des Filières de prises en charge, développer des plates formes mutualisées d'évaluation et d'orientation, renforcer les coordinations entre les prises en charge spécialisées, organiser une prise en charge globale coordonnée avec les professionnels de santé du premier recours, les secteurs, social, médico- social et avec l'Education Nationale. Cet objectif concerne les établissements les plus importants , particulièrement le CHU de Montpellier</li> <li>✓ Développer avec les services de pédiatrie des établissements une offre permettant de mettre en œuvre un bilan pluridisciplinaire en matière de prise en charge du surpoids et de l'obésité</li> <li>✓ Par territoire de santé, définir un établissement en capacité de mettre en œuvre une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité de l'enfant, conformément aux référentiels</li> <li>✓ Identifier un centre spécialisé régional pour la prise en charge de l'obésité sévère</li> <li>✓ optimiser le potentiel de développement de l'enfant et Organiser la continuité du Parcours de vie Périnatalité / petite enfance / enfance :</li> <li>- Organiser le dépistage, le diagnostic et l'accès à une prise en charge précoce des surdités néonatales (cf lien chapitre périnatalité)</li> <li>- Poursuivre la mise en place du suivi des enfants susceptibles de présenter des troubles du développement suite à des situations à risque périnatal (prématurité, hypotrophie...) (cf chapitre périnatalité).</li> <li>- Organiser la continuité du suivi des situations de vulnérabilité psychique identifiées lors de la période Périnatale.</li> <li>- Améliorer le diagnostic précoce, la prise en charge globale des enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED/autisme) (aéclinaison du plan autisme) par la mise en place d'équipes territorialisées venant en appui des dispositifs existants.</li> <li>- Améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge des enfants présentant des anomalies du développement et des syndromes malformatifs complexes (cf chapitre génétique et aéclinaison régionale du plan maladies rares).</li> <li>- Organiser le repérage, le diagnostic précoce, la prise en charge globale des enfants présentant des troubles de l'acquisition du langage oral et écrit, des dyspraxies, en améliorant l'accès aux bilans pluridisciplinaires et en inscrivant le centre de référence régional dans une fonction d'animation d'un réseau régional.</li> <li>✓ Parcours de vie : Enfance / adolescence / jeune adulte : Identifier les situations à risque avec risque de rupture et organiser des prises en charges pluridisciplinaires, organiser les liens avec le médecin traitant, le secteur social, éducatif ou médico-social</li> </ul>	



# Médecine - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations <sup>(1)</sup>	Créations / suppressions
Aude	HC	Carcassonne (2) Limoux (1) Quillan (1) Castelnaudary (1) Narbonne (2) Lézignan (1)	+ 1 Quillan <sup>(2)</sup> , - 1 Narbonne <sup>(3)</sup>
	HTP <sup>(1)</sup>	Carcassonne (1) Narbonne (2) Lézignan (1)	
	HAD	Lézignan (1) Narbonne (1) Carcassonne (1 avec antenne à Limoux et Castelnaudary)	- 2 (non attribuées)
Gard <sup>(5)*</sup>	HC	Nîmes (4) Uzès (1) Bagnols s/Cèze (1) Alès (2) Pontevès (1) Le Vigan (1)	- 3 (Pont St Esprit, Beaucaire et 1 non allouée) + 1 Le Vigan <sup>(4)</sup>
	HTP <sup>(1)</sup>	Nîmes (2) Bagnols (1) Pontevès (1) Alès (1)	
	HAD	Alès (2) Nîmes (3) Bagnols s/Cèze (1)	
Hérault*	HC	Montpellier (7) Clermont l'Hérault (1) Lunel (1) Castelnaud-le-Lez (2) Lodève (1) Ganges (1) Béziers (2) Pézenas (2) Boujan s/Libron (1) Agde (1) Sète (1) Bédarieux (1)	- 4 (St Pons, Bédarieux, Le Vigan <sup>(4)</sup> , Palavas)
	HTP <sup>(1)</sup>	Montpellier (5) Castelnaud le Lez (1) Palavas (1) Béziers (1) Agde (1) Sète (1)	
	HAD	Montpellier (3 dont 1 avec antenne à Ganges et 1 avec antenne à Lodève) Lamalou (1) Pézenas (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	HC	Mende (1) Florac (1) Langogne (1) Marvejols (2) Saint Chély d'Apcher (1)	
	HTP <sup>(1)</sup>	Marvejols (1) Mende (1)	+ 1 Mende
	HAD	Mende (1)	
PO <sup>(6)</sup>	HC	Perpignan (3) Cabestany (1) Céret (1) Prades (2) Err (1)	
	HTP <sup>(1)</sup>	Perpignan (1) Cabestany (1)	
	HAD	Perpignan (1 avec antenne à Prades) Cabestany (1 avec antenne à Céret)	

\* Chaque CHU est considéré comme un seul site

<sup>(1)</sup> Hors autorisations de traitement au cancer selon la modalité chimiothérapie (cf. partie spécifique du SROS).

<sup>(2)</sup> Prise en compte de l'antenne autorisée du CH de Limoux.

<sup>(3)</sup> Prise en compte de la fusion et du regroupement des cliniques « Le Languedoc » et « Les Genêts » à Narbonne.

<sup>(4)</sup> Prise en compte des nouveaux territoires de santé

<sup>(5)</sup> Site Beaucaire de l'hôpital « Portes de Camargue » pour mémoire

<sup>(6)</sup> Site de Puigcerdá pour mémoire. L'offre hospitalière du GECT répondra aux besoins de la population française du plateau cerdais.

<sup>(7)</sup> 2 CHU, 8 CH et 1 établissement privé (ESPIC) sont impliqués dans les prises en charge médicales de pédiatrie

## Médecine - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Techniques peu invasives ou interventionnelles

*Ces actes peuvent être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou en chirurgie. La mutualisation des plateaux techniques est encouragée lorsque l'établissement est autorisé à exercer ces 2 activités de soins.*

Les sites de médecine ou de chirurgie où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale - secteur interventionnel - **sont mentionnés ci-dessous à titre indicatif :**

**Aude :** Carcassonne (2), Narbonne (2), Castelnaudary (1), Lézignan (1).

**Gard :** Nîmes (4), Alès (2), Bagnols (2), Les Angles (1).

**Hérault :** Montpellier (7), Castelnaud-le-Lez (1), Béziers (4), Sète (2), Ganges (1), Pézenas (1), Bédarieux (1), Lunel (1).

**Lozère :** Mende (1), Marvejols (1).

**Pyrénées Orientales :** Perpignan (4), Céret (1), Prades (1), Cabestany (1).

### Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

CH et Ex-Hôpitaux locaux pour la mise en œuvre de consultations avancées.

CH Lunel et clinique Via Domitia à Lunel (GCS).

Rapprochement de la clinique de Marvejols et du CH de Marvejols, à rechercher.

CH Mende et Clinique de Marvejols.

Structures de médecine et SSR pour fluidifier les filières.

**ANNEXE**

**Médecine**  
Diagnostic

*Retour au sommaire*

# Médecine

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Offre de soins sur le territoire de santé



### Éléments de diagnostic régional

- Le taux de recours régional est supérieur de 8% au taux médian national (soit un total d'environ 26 000 séjours)
- Il est particulièrement élevé pour les endoscopies et les séances
- 80% de l'activité de médecine est réalisée dans le public
- 85% de l'activité d'endoscopies est réalisée dans le secteur privé ex-OQN

#### Evolution activité 2007/2009 ( HC et HTP)

Douleur chronique Soins Palliatifs : + 26,66 %	Digestif : + 6,57%
Système nerveux : + 13,67% hors cathétérismes Diagnostiques et interventionnels	Pneumologie : + 4,44%
Endocrinologie : + 10,08 %	Tissu cutané et lissu sous cutané : - 8,72%
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels : + 7,88%	Rhumatologie : - 8,02 %

### Points de vigilance

- Le taux d'autarcie tend à s'améliorer sur l'ensemble des territoires.
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales progresse de manière marquante
- S'agissant des OQOS, sur 5 territoires analysés,
  - 2 affichent une activité équivalente aux OQOS contractualisés, il s'agit de l'Aude et de la Lozère
  - 3 affichent une activité réalisée très supérieure aux OQOS contractualisés, il s'agit du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées Orientales
- Les établissements à petites capacités constituent un point de fragilité





# Médecine

## Offre de soins sur le territoire



### Données d'activité

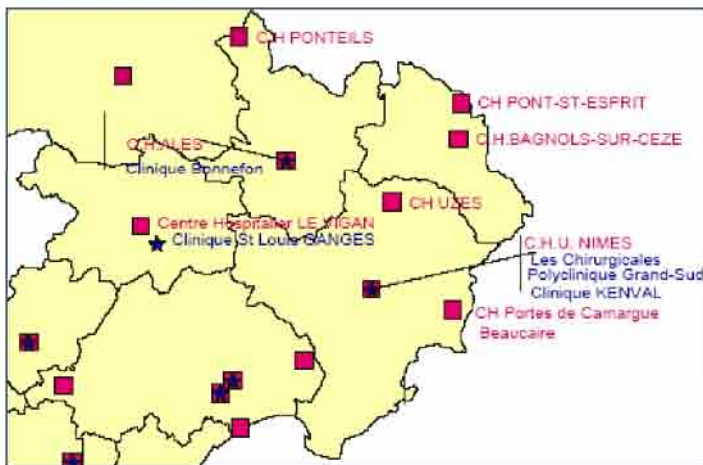
- Le département enregistre une forte progression d'activité en digestif, système nerveux, ophtalmologie, pneumologie.
- La progression de la consommation est supérieure à la progression de la population

### Points de vigilance

- Il y a une surconsommation nette en endoscopies accompagnée d'une forte progression de l'activité
- Cette surconsommation touche les séjours de « une nuit et plus »
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national ( il est de +23% sur Narbonne / Lézignan, soit + 4 500 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes :
  - à Carcassonne, l'hépatogastroentérologie, la rhumatologie, la neurologie médicale, l'uro-néphrologie médicale.
  - à Narbonne : la rhumatologie, la cardiologie, la médecine vasculaire, la pneumologie, la diabète-endocrinologie, l'addictologie et notamment les séances en alcoologie.
- Le taux d'autarcie tend à s'améliorer depuis 2002
- L'activité réalisée est équivalente à celle des OQOS contractualisés

# Médecine

## Offre de soins sur le territoire



### Données d'activité

#### Entre 2009 et 2007

- Le nombre d'endoscopies progresse de 10,74 %  
cette progression est particulièrement importante sur Nîmes / Bagnols alors qu'elle diminue sur le territoire d'Alès
- Le nombre des « séjours sans nuit » progresse de 19,74 %
- Le nombre des « séances » progresse de 28,82 %
- De fortes hausses d'activité sont enregistrées en digestif, système nerveux, pneumologie, toxicologie / alcool, séances.
- De fortes baisses d'activités sont enregistrées en rhumatologie, hématologie, tissus cutanés et sous-cutanés.

### Points de vigilance

- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (+ 14 % sur Nîmes / Bagnols, soit + 9000 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes:
  - Sur le territoire Nîmes / Bagnols, la neurologie médicale, la diabétologie, la rééducation convalescence, les endoscopies digestives, les séances.
  - Sur le territoire Alès / Cévennes, la traumatologie, la cardiologie, la pneumologie, l'ORL et la stomatologie médicale, la diabétologie, la neurologie médicale.
- Le taux d'autarcie s'est nettement amélioré par rapport à 2002.
- On note cependant des fuites importantes vers l'Hérault
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales se développe de manière importante
- Les OQOS sont très nettement dépassés (+14,91 %) :

# Médecine

## Offre de soins sur le territoire



### Données d'activité

#### Entre 2009 et 2007

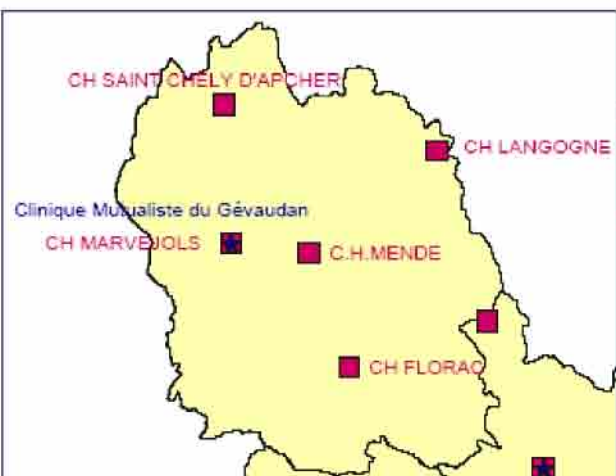
- Le nombre d'endoscopies progresse de 6,50%
- Le nombre des séjours d'alternatives à l'hospitalisation baisse fortement
- Le nombre des séjours avec nuit progresse de 2,21 %
- Le nombre de séances est en forte progression de 31 %
- la consommation globale évolue de manière modérée
- Il est relevé de fortes hausses d'activité en digestif, système nerveux, cathétérisme vasculaire, cardiologie, pneumologie, endocrinologie, séances, douleur chronique/ soins palliatifs,
- De fortes baisses d'activité sont relevées en : rhumatologie, hématologie, maladies infectieuses, activités inter-spécialités

### Points de vigilance

- L'activité « d'alternatives à l'hospitalisation » diminue sans que l'on puisse indiquer de manière formelle que c'est au profit des « séances »
- Il y a sur ce territoire une surconsommation générale
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national et concerne plus particulièrement les activités suivantes :
  - **À Béziers – Sète**, les endoscopies digestives, la cardiologie, les endoscopies bronchiques, l'ORL et la stomatologie médical, les endoscopies ORL, ...
  - **à Montpellier** : les endoscopies digestives, les cathétérismes vasculaires, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs.
- Le taux d'autarcie est très bon
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales se développe de manière rapide au CHU de Montpellier, dans les CH, dans les cliniques
- Les OQOS contractualisés sont en dépassement

# Médecine

## Offre de soins sur le territoire



## Données d'activité

### Evolution de l'activité entre 2007 et 2009

- En endoscopie sans nuit : + 67,52 %
- En séjours en Hospitalisation Complète : + 6,24 %
- En séjours Ambulatoires : + 12,59 %
- En Séances : + 20,62 %

## Points de vigilance

- Plusieurs activités sont en forte progression : l'endoscopie, les séjours HC et ambulatoires, les séances
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national et concerne plus particulièrement les activités suivantes : hépato-gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, ORL et stomatologie médicale, gynécologie, sénologie hors obstétrique, chimiothérapie et radiothérapie hors séances, recours pour fièvres/infection/septicémie, alcoologie.
- Le taux d'autarcie progresse bien mais de façon insuffisante.
- Les OQOS réalisés équivalent aux OQOS contractualisés



# Médecine

PYRENEES ORIENTALES

## Offre de soins sur le territoire



### Données d'activité

#### Evolution de l'activité entre 2007 et 2009

- en nombre de séances : + 12,63% (+903)
- Dans la C.M.D. « affections du système nerveux » : +11,51% (+446 séjours)
- dans la C.M.D. « affections du tube digestif Digestif » : +2,32% (+222 séjours)

### Points de vigilance

- Il y a sur ce territoire une surconsommation au niveau des endoscopies et des séances
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (+17% soit 9700 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes : les endoscopies digestives et bronchiques avec ou sans anesthésie, l'uro-néphrologie médicale (hors séances), la diabétologie, les maladies métaboliques, l'endocrinologie (hors complications), les séances.
- Les OQOS contractualisés sont en net dépassement, +11,36%.

## Soins de suite et de réadaptation

[Retour au sommaire](#)

## Soins de Suite et de Réadaptation

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur adaptation et leur réinsertion.

La région Languedoc-Roussillon est dotée d'un nombre conséquent d'établissements et le taux d'équipement régional en lits et places de SSR est largement supérieur au taux moyen national. De plus, les établissements de SSR sont inégalement répartis sur le territoire régional, certains d'entre eux étant positionnés en dehors des grands bassins de population pour des raisons historiques.

Enfin, les patients de la région ont davantage recours aux établissements de SSR que la moyenne nationale.

Suite à la parution des décrets du 17 avril 2008, relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR, les nouvelles autorisations d'activité ont été déclinées en 2010 et complétées, le cas échéant, d'une ou plusieurs mentions spécialisées.

Le champ des SSR représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de son positionnement entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée ou structure médico-sociale.

La tendance nationale est à la diminution des hospitalisations en SSR principalement pour les actes qui pourraient être réalisés en ville (d'où la mise sous accord préalable de certains actes) et des séjours inadéquats par manque de places d'aval notamment.

Les établissements autorisés à exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation doivent participer activement à l'animation des filières de prise en charge.

Dans le cadre des travaux de ce schéma, une attention particulière a été portée aux établissements (ex-hôpitaux locaux, cliniques et CH isolés, établissements de SSR spécialisés) ayant moins de 30 lits de SSR (pour mémoire, la même étude a été menée sur les établissements de moins de 20 lits de médecine).

Cette analyse a été réalisée à la veille de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :

- la viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite ;
- la nature du service rendu ;
- les parts de marchés, l'environnement concurrentiel ;
- les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Les diagnostics posés pour chaque établissement ont conduit à certaines décisions de créations et suppressions d'implantations inscrites dans ce schéma.

**Soins de suite et de réadaptation**  
Orientations



## Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- L'offre régionale est excédentaire en soins de suite et de réadaptation. De plus, cette offre est inégalement répartie sur le territoire régional.
- L'offre régionale est déficitaire en structures médico-sociales pour personnes âgées et pour personnes handicapées et excédentaire en kinésithérapeutes libéraux.
- La mise en place annoncée de la tarification à l'activité dans les établissements de soins de suite et de réadaptation risque d'avoir une incidence préjudiciable sur des établissements de faible capacité. Par ailleurs, ce système de financement impactera le parcours de santé des patients vis-à-vis de l'aval (domicile et structures médico-sociales) et de l'amont (court-séjour hospitalier).
- Le vieillissement de la population du Languedoc-Roussillon est un élément de contexte à prendre en compte pour appréhender cette thématique.

### Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

#### Accessibilité :

- Développer la télésanté notamment pour les cas complexes en lien avec le centre de référence universitaire régional en soins de suite et de réadaptation pour adultes situé au Grau du Roi.
- Garantir l'accessibilité financière en acceptant tous les patients adéquats, qu'ils soient ou non en capacité de financer le supplément pour chambre particulière.

#### Performance :

- Développer l'hospitalisation à temps partiel par substitution de l'hospitalisation à temps complet dans les spécialités de soins de suite et de réadaptation où cette modalité de prise en charge est la plus efficace (spécialités de SSR ciblées : locomoteur, neurologique, cardiologique, respiratoire).
- Élargir le champ d'intervention de services d'hospitalisation à domicile (HAD) existants à la prise en charge de patients en soins de suite et de réadaptation, prioritairement pour les patients ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral.

#### Qualité-pertinence & Évitable :

- Évaluer l'adéquation des patients aux structures de façon à limiter les hospitalisations.

Focus issu du PSRS : AVC, Personnes Agées

## Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins de suite et de réadaptation suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- 1- **Prévention** : développer des programmes d'éducation thérapeutique comme outils de prise en charge du patient visant à améliorer sa qualité de vie.
- 2- **Premiers recours & Médico-social** ; améliorer l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en soins de suite et de réadaptation vers :
  - le domicile du patient : en organisant l'articulation avec les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les médecins spécialistes.
  - l'établissement médico-social ; en articulation avec les SSIAD, les EHPAD et les structures pour personnes handicapées.
- 3- Optimiser le parcours du patient (**Inter-hospitalier**) par :
  - la mise en place de l'outil « Trajectoire » pour fluidifier le parcours du patient du court-séjour (médecine, chirurgie) vers les soins de suite et de réadaptation.
  - la promotion de l'hospitalisation à domicile (HAD) en alternative aux SSR dans certain cas.

### Liaisons principales avec d'autres volets :

Chirurgie, Médecine, Cardiologie interventionnelle, SLD, Médico-social.  
L'activité de SSR a été ciblée dans les priorités nationales du programme régional de gestion du risque .

## Soins de Suite et de Réadaptation – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schéma	Indicateurs Schéma
Développer la prise en charge en hospitalisation à temps partiel (HTP) aux dépens de celle en hospitalisation complète	Part de l'activité d'HTP sur le total de l'activité de soins de suite et de réadaptation en SSR spécialisés en cardiologie, en locomoteur, en respiratoire et en neurologie
Evaluer la pertinence des séjours et limiter les inadéquations de patients dans les établissements de soins de suite et de réadaptation	Nombre d'établissements respectant les référentiels de la Haute Autorité en Santé (HAS) / Nombre d'établissements ciblés par la MSAP
Analyser les spécificités des établissements à faible capacité et/ou isolés géographiquement	
Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) dans les établissements	Nombre de programmes d'ETP autorisés Nombre de patients inclus dans chaque programme d'ETP
Optimiser le parcours du patient en aval des soins de suite et de réadaptation en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>les soins de longue durée (SLD) : en évaluant les protocoles de coopération passés entre soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée</li> <li>le <b>Médico-social</b> : en évaluant les protocoles de coopération passés entre soins de suite et de réadaptation et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</li> </ul>	Nombre de patients transférés en SLD et EHPAD
Utiliser l'outil Trajectoire : tous les établissements de médecine, de chirurgie et de soins de suite et de réadaptation de la région sont concernés	Nombre d'établissements de court-séjour (médecine, chirurgie - MC) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) utilisant l'outil Trajectoire / Nombre total d'établissements MC et SSR

## Soins de Suite et de Réadaptation - Objectifs de l'offre de soins LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations <sup>(1)</sup> de SSR		SSR spécialisés en								Créations / suppressions	
		enfants-ado	adultes	locomoteur	neurologie	cardiologie	respiratoire	digestif, métabolique et endocrinien	onco-hématologie	brûlés	addictologie		Gériatrie
Aude	HC		14 <sup>(2)</sup>	4	2	1	1	1				5	
	HTP		3	3	2	1	1						
Gard	HC		18 <sup>(3)</sup>	5	3	2	2	2		2	5	+ 2 (Le Vigan, Molières-Cavaillac) + 1 cardiologique (Alès)	
	HTP	1	8	5	3	2	1	1			1	+ 1 gériatrique (Nîmes) - 1 cardiologique (Alès)	
Hérault	HC	2	29 <sup>(4)</sup>	10	6	2	2		1	1	11	+ 1 gériatrique (Lunel) - 2 (Vigan, Molières-Cavaillac)	
	HTP	2 <sup>(5)</sup>	15	10	5	3	1				1	+ 1 (Castelnau)	
Lozère	HC	1	8	1	1		1				2	- 1 (St Chély d'Apcher)	
	HTP		1	1									
PO	HC	1	18 <sup>(6)</sup>	4	4	2	3	1			1	6	- 4 dont 1 (création du GCS pôle sénitaire cardan) et 3 enfants-ado (dont 1 création du GCS pôle pédiatrique de Cerdagne et 2 MECS Font Romeu)
	HTP	1	5	1	2	3	2						+ 1 (création du GCS pôle santé cardan) - 1 enfants-ado (création du GCS pôle pédiatrique de Cerdagne)

Les éléments surlignés sont mentionnés à titre indicatif et seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

<sup>(1)</sup> Toute implantation de SSR permet d'assurer une prise en charge polyvalente. Cette implantation peut être complétée par une ou plusieurs mentions spécialisées.

La ventilation de l'activité entre la prise en charge polyvalente et spécialisée sera précisée dans les CPOM des établissements. Il pourra être demandé à un établissement de réaliser 100% de son activité en SSR spécialisé.

<sup>(2)</sup> dont 1 UCC et 1 EVC-EPR.

<sup>(3)</sup> dont le centre de référence universitaire régional en SSR adultes et dont 1 UCC et 1 EVC-EPR (incluement 2 unités d'EVC-EPR mais 1 unité de moins à Pontels).

<sup>(4)</sup> dont le centre régional de référence en SSR enfants et dont 1 UCC et 2 EVC-EPR.

<sup>(5)</sup> dont 1 à titre non exclusif.

<sup>(6)</sup> Dont 1 EVC-EPR, 1 UCC sera reconnue sur ce territoire en 2012.

1 UCC supplémentaire devra être reconnue dans la région en 2012.

UCC : Unité Cognitive-Comportementale ; EVC-EPR : Etat végétatif chronique et Etat Paul-Relational





## Soins de Suite et de Réadaptation - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- **Territoire de l'Aude** : Centre Hospitalier de Narbonne et Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières  
Mise en œuvre de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation spécialisés en digestif, métabolique et endocrinien détenue par le CH de Narbonne sur le site du CH de Lézignan-Corbières.
- **Territoire du Gard** : Etablissements SSR de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue  
Elaboration et mise en œuvre, par les 7 établissements membres de la CHT, d'un projet médical commun de structuration des filières de soins de suite et de réadaptation à partir des capacités existantes, pour une meilleure gradation des soins.
- **Territoire des Pyrénées-Orientales** :  
Le recentrage sur Perpignan des activités de soins de suite et de réadaptation est à encourager.

## ANNEXE

### Soins de suite et de réadaptation

Diagnostic

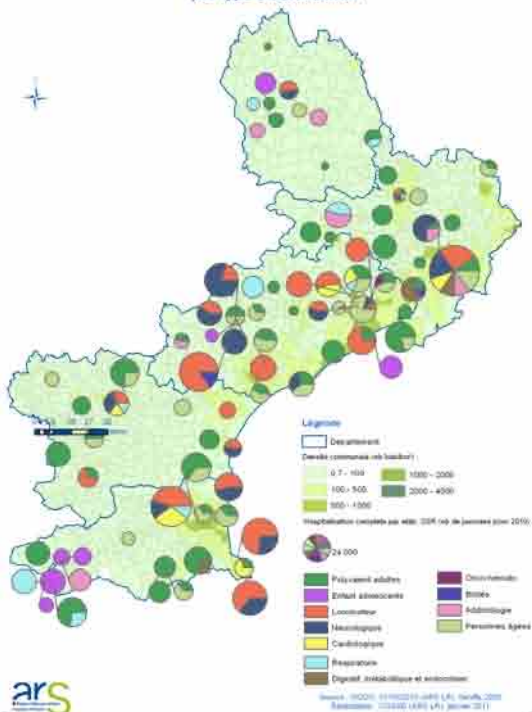
[Retour au sommaire](#)

# Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition de l'hospitalisation complète par type d'autorisation



### Eléments de diagnostic régional

Le tableau ci-dessous présente les taux d'équipement régionaux comparés aux taux moyens nationaux :

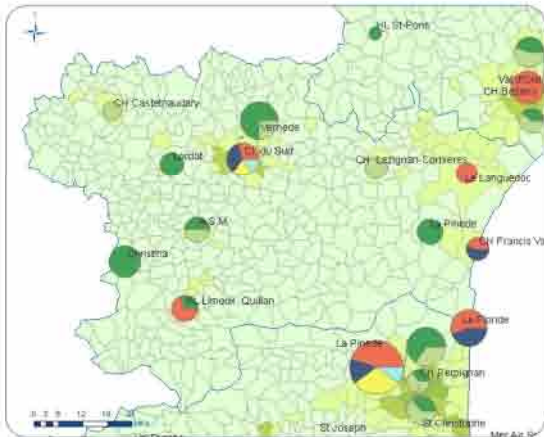
	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits et places pour 1000 habitants)	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des habitants de la région)	5664	5278
Solde flux (Attractivité-Fuites)	8 %	/
Evolution OQOS 2010/2007	- 4 %	/

### Points de vigilance

- La pertinence des séjours de SSR nécessite d'être évaluée
- La répartition des établissements sur le territoire régional est inéquitable
- Certains établissements ont une taille critique qui fragilise leur efficacité
- Certains établissements de SSR rencontrent des problématiques d'aval expliquées notamment par :
  - une moindre densité des kinésithérapeutes libéraux dans l'Aude et en Lozère
  - un taux d'équipement régional en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne nationale notamment dans les PO
  - un taux d'équipement régional en places pour personnes handicapées adultes insuffisant notamment pour les cérébro-lésés
- Certains établissements ont un recrutement extrarégional disproportionné

# Soins de Suite et de Réadaptation

**Offre de soins sur le territoire**  
Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Source : OQOS 31/03/2010 (ARS LR) - Gerda 2001  
Réactualisation : COSAD (ARS LR), Janvier 2011

## Données d'activité

	Aude	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	1,7	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	7 Carcassonne 5 Narbonne	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de l'Aude)	5670	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	86 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	75 %	81 %	75 %

## Points de vigilance

Problématique de l'aval du SSR expliquée notamment par :

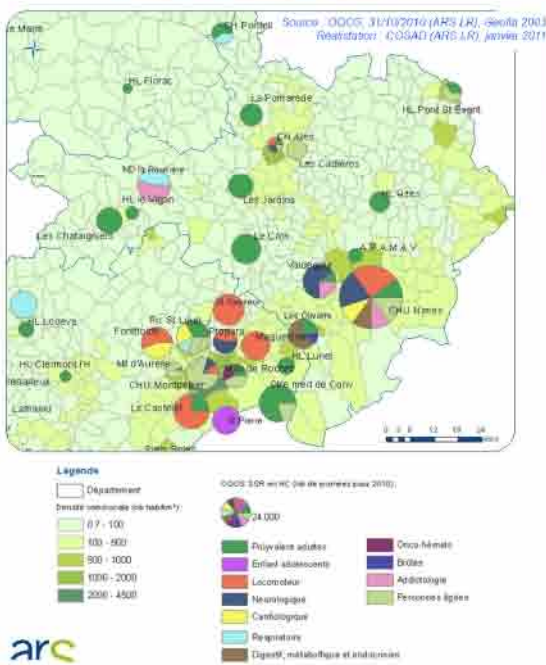
- la faible densité des kinésithérapeutes libéraux (équivalente à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale)
- un taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne régionale et nationale



# Soins de Suite et de Réadaptation

## Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



## Données d'activité

	Gard	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	1,4	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	10 N-B 4 A	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. du Gard)	4867	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	61 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	81 %	81 %	75 %

## Points de vigilance

- Le secteur d'Alès est insuffisamment couvert en SSR
- Le service de SSR du CH du Vigan a une taille critique
- Problématique de l'aval du SSR expliquée notamment par :
  - la faible densité des kinésithérapeutes libéraux (supérieure à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale)
  - un taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne régionale et nationale



# Soins de Suite et de Réadaptation

LOZERE

**Offre de soins sur le territoire**  
Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Source : OQOS, 31/10/2010 (ARS LR), Geofis 2003  
Réalisation : OCSAD (ARS LR), Janvier 2011

## Données d'activité

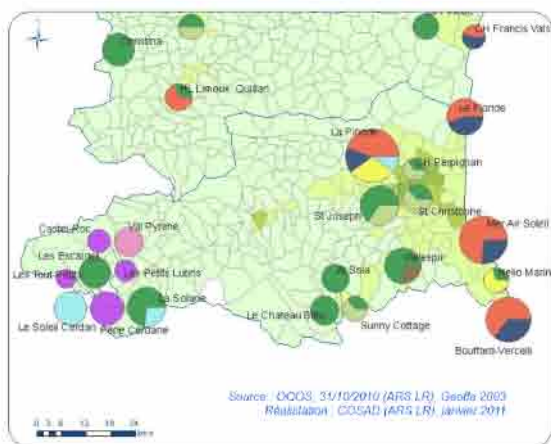
	Lozère	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	4	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	10	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de Lozère)	6276	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	54 %	69 %	75 %
Mode d'entrée : Domicile	38 %	28 %	21 %
Mode de sortie : Domicile	80 %	81 %	75 %

## Points de vigilance

- Plusieurs établissements de ce territoire sont confrontés à une problématique de taille critique : CH de Florac, CH de St Chély, CH de Marvejols
- La faible densité des kinésithérapeutes libéraux dans le département peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR
- Certains établissements du territoire ont un recrutement extrarégional disproportionné allant jusqu'à 89 %

# Soins de Suite et de Réadaptation

**Offre de soins sur le territoire**  
Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



## Données d'activité

	PO	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	3,8	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	23	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. ces PO)	7198	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	62 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	85 %	81 %	75 %

## Points de vigilance

- Spécificité du plateau cerdan qui compte un taux d'équipement important au vu de la population du bassin
- Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans apparaît insuffisant, ceci peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR sur ce territoire
- Certains établissements du territoire ont un recrutement extrarégional allant jusqu'à 77 % de leur patientèle : ce chiffre comprend notamment les patients de la région Midi-Pyrénées



**Soins de longue durée**

*[Retour au sommaire](#)*

## Soins de longue durée

L'activité de soins de longue durée s'exerce désormais dans des structures redéfinies par la partition des capacités au sein des anciennes unités en 2010. Dans la région Languedoc-Roussillon, la séparation géographique des lits médico-sociaux et des lits sanitaires a été mise en œuvre mais n'est pas encore totalement achevée dans certains établissements.

La mission des unités de soins de longue durée (USLD) est ainsi définie par l'arrêté du 12 mai 2006 : « sont considérées comme unités de soins de longue durée les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. » Un référentiel d'organisation des soins, des recommandations de fonctionnement et des indicateurs de suivi sont proposés dans la circulaire du 10 mai 2007.

Les orientations nationales du SROS-PRS en matière de soins de longue durée montrent la volonté de ne plus considérer les USLD comme l'ultime maillon de la filière gériatrique hospitalière : en effet, les USLD sont invitées à nouer des partenariats plus étroits avec les structures sanitaires, médico-sociales et sociales pouvant le cas échéant faciliter le retour au domicile du patient.

A ce titre, les USLD, inscrites dans les filières gériatriques, seront partie intégrante du parcours de santé des personnes âgées.

En l'absence de données précises sur l'âge et les profils pathologiques des patients présents en USLD dans la région (exemple : patients de moins de 60 ans atteints de pathologies neuro-dégénératives) ainsi que sur les séjours longs en SSR et en médecine, le besoin en lits de soins de longue durée à l'horizon 2015 a été évalué sur la base du taux d'équipement recommandé de 6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, les personnes âgées étant majoritaires dans les USLD.

Pendant la durée du SROS-PRS, une attention particulière sera portée sur les points suivants :

- l'inscription des USLD dans les filières gériatriques territoriales;
- l'identification géographique et fonctionnelle des USLD;
- la qualité de la prise en charge en USLD au regard notamment de la réglementation;
- les prises en charge respectives en EHPAD et en USLD : les USLD devront assurer pleinement leur mission de prise en charge des patients nécessitant les soins les plus lourds ; à cet effet, l'outil PATHOS constituera un indicateur privilégié.

**Soins de longue durée**  
Orientations

## Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Les USLD prennent en charge des patients en fonction de leur état polypathologique à haut niveau de dépendance : les personnes âgées de 75 ans et plus, bien que majoritaires, ne sont pas exclusives de ces structures.
- La partition des USLD mise en œuvre en 2010 a généré un déséquilibre des territoires de santé en lits de soins de longue durée.
- Au vu des coupes PATHOS validées en EHPAD en 2010, un certain nombre de patients pris en charge en EHPAD relèveraient en fait d'USLD (excès de patients SMTI).

### Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité** : Optimiser la répartition des USLD en région et par territoire de santé en fonction des besoins.  
Prévoir des lieux de répit pour les aidants dans le cadre du transfert à domicile à partir de l'USLD.
- **Qualité- efficacité** :  
Améliorer la qualification et la formation des personnels. Veiller à leur reconnaissance et à leur valorisation.  
Harmoniser les pratiques professionnelles de la prise en charge au sein des filières gériatriques des différents territoires.
- **Sécurité** :  
Éviter la iatrogénie médicamenteuse.  
Veiller à l'amélioration de la sécurité des soins (vigilances) et à la gestion des événements indésirables.
- **Performance** :  
S'assurer que les patients soient adéquats à la structure.  
Proposer au patient le projet de vie (incluant le projet de soins) le mieux adapté.

Focus du PSRS : Maladies chroniques, prévention bien vieillir, Personnes Agées, Personnes Handicapées, politique du médicament, soutien à domicile, maladies d'Alzheimer.



## Soins de longue durée

### Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins de longue durée suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- **Prévention** : Mettre en œuvre les politiques prioritaires de prévention spécifiques (dénutrition, gestion des troubles psycho-comportementaux, chutes, escarres,...).
- **Entrée du patient en USLD** : Améliorer les conditions d'accès aux USLD à partir des structures sanitaires, médico-sociales ou du domicile.
- **Sortie du patient de l'USLD** : Prendre en compte la dimension sociale du patient et articuler les structures de soins à domicile (SSIAD, HAD) et les EHPAD avec les USLD.
- **Parcours du patient dans la filière « personnes âgées »** : Assurer une bonne fluidité de la filière de soins gériatriques.
- **Intra-hospitalier** : Favoriser en USLD le recours aux avis spécialisés :
  - médicaux, chirurgicaux, odontologiques,...
  - ou délivrés par les différentes équipes mobiles (gérontopsiatrie, soins palliatifs).

### Liaisons principales avec d'autres volets :

Médecine, SSR, psychiatrie

## Soins de longue durée – Objectifs opérationnels

### Objectifs Schémas

### Indicateurs Schéma

Définir les besoins au sein des territoires de santé en tenant compte des évolutions socio-démographiques attendues.	
Obtenir l'identification géographique et fonctionnelle de l'ensemble des USLD en 2013.	Nombre d'USLD identifiées géographiquement et fonctionnellement en 2013.
Poursuivre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC).	
Faire évaluer la qualité de vie des patients en USLD (prise en compte de l'immobilier, projet de vie, projet de soins).	
Mettre en œuvre la démarche de bientraitance et de prévention de la maltraitance au sein de chaque USLD.	
Formation : développer les formations des personnels soignants aux politiques de prévention (dénutrition, troubles psycho-comportementaux, chutes, escarres) et aux soins palliatifs. Définir une politique de valorisation des personnels soignants en gériatrie.	
Adéquation : mettre en œuvre une évaluation régulière par l'outil PATHOS du profil de soins des patients pris en charge en USLD pour améliorer l'adéquation.	Pourcentage régional de SMI en USLD.
Amont : s'assurer que toutes les possibilités de maintien à domicile ont été envisagées avant l'entrée du patient en USLD (y compris l'HAD en EHPAD).	
Entrée du patient : formaliser une fiche d'admission régionale commune aux EHPAD et aux USLD.	Fiche d'admission régionale.
Sortie du patient : anticiper le retour en établissement médico-social ou au domicile, lorsque celui-ci est possible, si nécessaire en lien avec les structures de soins à domicile (HAD, SSIAD) aptes à prendre en charge le patient, en prévoyant notamment la continuité de la prise en charge et la coordination des actions entre les partenaires.	
Favoriser le recours à la compétence psychiatrique : équipe mobile de gérontopsychiatrie, équipe intra-hospitalière de liaison, psychiatrie libérale, psychiatrie de secteur.	



## Soins de longue durée – Objectifs de l’offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Implantations

TERRITOIRE DE SANTE	IMPLANTATIONS (HC)	Créations / suppressions
AUDE	Castelnaudary (1) Limoux (1) Carcassonne (1) Narbonne (1) Lézignan (1)	
GARD	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Uzès (1) Alès (1) Le Vigan (1)	+1 (Le Vigan) -1 (non octroyée)
HERAULT	Montpellier (2 au CHU) Castelnaud le Lez (1) Lodève (1) Lunel (1) Béziers (1) Sète (1) Agde (1) Bédarieux (1)	-1 (Le Vigan)
LOZERE	Mende (1) Florac (1) Langogne (1)	-1 (non octroyée)
PYRENEES-ORIENTALES	Perpignan (1) Prades (1) Err (1) Sur le territoire (1)	

- Aude : installation prévue des lits de SLD du CH de Carcassonne.
- Gard : confortation de l'offre à partir des implantations existantes par extension des capacités en lits de SLD au sein de la CHT Cévennes-Gard-Camargue
- Hérault : le besoin en lits de SLD à l'horizon 2015 sera satisfait sous réserve de la réouverture des 40 lits de SLD fermés au CHU de Montpellier
- Lozère : les capacités actuelles en lits de SLD resteront suffisantes à l'horizon 2015
- Pyrénées-Orientales : reconduction de l'implantation restée vacante au SROS III pour répondre au besoin en lits de SLD.

### Coopération des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Structurer les filières gériatriques territoriales, composantes du parcours de santé des personnes âgées.
- Une filière gériatrique intégrant des lits de soins de longue durée devrait être constituée au sein d'un pôle régional de gérontologie
- Inciter les EHPAD et les USLD à coopérer pour une meilleure adéquation de leurs prises en charge respectives.
- Coopération au sein de la CHT Cévennes-Gard-Camargue pour la prise en charge des patients relevant de soins de longue durée.
- Coopération entre les USLD et les structures de soins à domicile (HAD, SSIAD).

**ANNEXE**

**Soins de longue durée**

Diagnostic

*[Retour au sommaire](#)*



## Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Offre de soins sur le territoire de santé

- La partition des capacités (4 septembre 2009) est entrée en vigueur en 2010. Elle aboutit à 23 implantations géographiques d'USLD redéfinies (dont 2 pour le CHU de Montpellier).
- L'annexe du SROS III (16 juillet 2009) prévoyait 27 implantations géographiques (dont 2 pour le CHU de Montpellier) en tenant compte d'un indice de besoin de 6 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus (sauf 9 pour 1000 en Lozère).
- À ce jour (novembre 2011): 23 implantations géographiques d'USLD (dont 2 pour le CHU de Montpellier).

### Éléments de diagnostic régional

#### Taux d'équipement en 2010 (Nb de lits/1000 personnes de 75 ans et +)

Préconisation nationale en 2006	6	Sauf pour le département de l'Hérault et excepté la Lozère (taux initial retenu de 9 lits/1000 habitants de 75 ans et plus), le taux d'équipement est partout inférieur à la préconisation nationale.
Région LR	5,6	
Hérault	6,2	
Gard	5,8	
Lozère	10	
Aude	4,4	
PO	4,6	

#### Points de vigilance

- A l'horizon 2015, si les capacités en lits de SLD restent inchangées, le taux d'équipement régional ne sera que de 5,35 lits/1000 personnes de 75 ans et plus, faisant apparaître l'existence d'un besoin.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans, les patients au long cours en médecine et SSR doivent également être pris en compte dans l'évaluation des besoins.
- Certains résidents pris en charge en EHPAD relèveraient d'une USLD. A l'inverse, il existe des inadéquations en USLD (patients qui relèveraient d'une EHPAD) qui seront évaluées par les coupes PATHOS.
- Nécessité de définir les conditions d'admission en USLD et les conditions de transfert des structures médico-sociales vers les USLD pour une meilleure adéquation de leurs prises en charge respectives.
- L'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge en USLD devra être fixé dans les conventions tripartites de deuxième génération.
- La planification dans le champ des SLD doit utiliser comme unité géographique non seulement les territoires de santé mais également les bassins gériatriques sièges de la filière.
- Le maintien à domicile des patients relevant d'une USLD ne peut s'envisager que si les conditions de prise en charge sont équivalentes.

## Soins de longue durée

### Offre de soins sur le territoire

- Partition : 4 implantations
- SROS III : 5 implantations
- Installé : 4 implantations
- 1 implantation autorisée mais non installée pour le CH de Carcassonne en 2010

### Données d'activité

- La partition induit en 2010 un déficit de 70 lits (taux d'équipement de 4,35 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 4,25 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2015 (compte non tenu de l'autorisation délivrée au CH de Carcassonne).

### Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans l'Aude était de 1,48 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

## Soins de longue durée

### Offre de soins sur le territoire

#### Y compris CH du Vigan

Partition : 5 implantations

SROS III : 6 implantations

Installé : 5 implantations

### Données d'activité

- La partition induit en 2010 un besoin de 14 lits (taux d'équipement : 5,79 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).

- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 5,2 lits / 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2015, soit un déficit d'environ 60 lits.

### Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI en EHPAD, qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans le Gard était de 1,19% en 2009.

- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.

- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

## Soins de longue durée

### Offre de soins sur le territoire

#### Sauf CH du Vigan

- Partition : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)
- SROS III : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)
- Installé : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)

### Données d'activité

- La partition induit en 2010 un excédent de 19 lits (taux d'équipement : 6,19 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement restera satisfaisant en 2015 (6,06/1000 personnes âgées de 75 ans et +).

### Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans l'Hérault était de 1,08 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.
- Un pôle régional de gériatrie intégrant des lits de SLD est en projet.



## Soins de longue durée

### Offre de soins sur le territoire

Partition : 3 implantations

SROS III : 4 implantations

Installé : 3 implantations

### Données d'activité

- Le taux d'équipement en Lozère retenu en 2006 est de 9 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +.
- La partition induit en 2010 un excédent de 9 lits (taux d'équipement : 10,06 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 9/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 9,52 lits / 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2015.

### Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès en Lozère était de 10,79 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

## Soins de longue durée

### Offre de soins sur le territoire

- Partition : 2 implantations
- SROS III : 4 implantations
- Installé : 2 implantations

### Données d'activité

- La partition induit en 2010 un déficit de 76 lits (taux d'équipement de 4,57 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 4,42 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2015.

### Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans les P.O. était de 1,02 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

**Soins palliatifs**

*Retour au sommaire*

## Soins palliatifs

Bien que le modèle français intègre la démarche palliative dans la pratique de tout acteur de santé, il est nécessaire de poursuivre son développement à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé.

Le programme de développement 2008-2012 comprenait des mesures concernant le domicile et les établissements médico-sociaux et notamment l'action des EMSP dans les EHPAD. Ces orientations seront privilégiées dans le SROS au-delà de 2012.

La coordination et la coopération doivent s'organiser entre les différentes modalités de prise en charge.

Les unités sont les lieux de prise en charge des situations complexes. L'objectif est de disposer d'une telle offre par

territoire..

Les EMSP et les réseaux territoriaux de Soins Palliatifs concentrent les ressources expertales de soutien, de formation, d'appui.

Les lits identifiés sont un maillon nécessaire, au même titre que l'HAD.

Les soins palliatifs à domicile bénéficient aussi de l'intervention d'auxiliaires de vie, d'aide-ménagères, de système de téléalarme... Les aidants doivent pouvoir être soutenus.



**Soins Palliatifs**  
Orientations

## Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

### Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux d'équipement en lits identifiés de soins palliatifs Court Séjour et soins de suite qui reste au niveau de la moyenne nationale : 10 lits pour 100 000 habitants
- Une forte sollicitation des Equipes Mobiles en Soins Palliatifs et des Réseaux, experts des territoires
- Certaines zones restent non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux, sur l'arrière-pays ou sur le littoral
- Un secteur médicosocial (EHPAD) demandeur de formation et de conseils
- Une coordination ville-hôpital à développer : HAD, ou maintien à domicile avec les professionnels libéraux
- Une juxtaposition de modalités de prise en charge sans coordination organisée.

### Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

#### Accessibilité :

- Assurer la gradation de l'offre de soins pour permettre l'accès à des prises en charge spécialisées pour des situations complexes. Sur chaque territoire, il conviendra d'identifier une unité de SP et de développer la coopération entre l'ensemble des acteurs : EHPAD, médecins généralistes, USLD, HAD avec les structures expertes (partenariat réseau/EMSP et liens avec l'unité de soins palliatifs).
- Identifier les zones non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux

#### Performance - Evitabilité :

Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge en favorisant l'accès aux compétences de soins palliatif à domicile, et en établissements médicosociaux, maintenant les patients dans leur cadre de vie, évitant ainsi des hospitalisations en urgence non justifiées et psychologiquement difficiles.

#### Qualité- pertinence :

- Intégrer la démarche palliative à toute pratique soignante
- Renforcer l'évaluation qualitative
- Favoriser une coordination par territoire voire régionale

Focus issu du PSRS : maladies chroniques, personnes âgées

# Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins palliatifs suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- 1- **Prévention** : anticiper les conditions psychologiques et matérielles de la prise en charge, en amont, par la parole des professionnels et l'information aux familles.
- 2- **Premiers recours & Médico-social** : personnes âgées.
  - EHPAD :
    - Soutenir la coordination en EHPAD qui s'articule autour du médecin coordonnateur et des médecins généralistes
    - Accroître l'intervention des EMSP et des réseaux dans les EHPAD afin de favoriser le maintien en ESMS des résidents
  - À domicile : organiser des réseaux de soins palliatifs avec la participation des professionnels de santé libéraux dans les parcours de soins de patients. Soutenir les familles en intégrant le suivi psychologique
  - Réaliser systématiquement pour tout malade pris en soins palliatifs un bilan de l'environnement psycho socio familial et intégrer le suivi psycho-social dans la démarche de soins et de soutien.
  - Soutenir les associations de bénévoles

**Liaisons principales avec d'autres volets :**  
Personnes Agées, SLD

# Soins palliatifs- Objectifs opérationnels

## Objectifs Schémas

## Indicateurs Schéma

Positionner les EMSP et les réseaux de SP en experts des territoires de santé Favoriser l'activité des équipes mobiles en dehors de leur établissement	Ratio patients internes / patients externes Nombre de patients suivis par EMSP et par réseaux de soins palliatifs
Créer une unité de Soins Palliatifs dans les territoires qui en sont dépourvus	Nombre d'unités
Garantir une répartition équitable des lits identifiés	Nombre de lits identifiés en soins palliatifs pour 100 000 habitants par bassin
Intégrer les associations de bénévoles dans la prise en charge	
Limiter les hospitalisations en urgence non justifiées de patients en soins palliatifs	Nombre d'hospitalisations en urgence non justifiées
Développer la place de l'HAD	Nombre de journées SP en HAD
<b>Premiers recours</b> : Mieux intégrer tous les professionnels de santé libéraux (MG, IDE, kinés, pharmaciens, orthophonistes...) dans le parcours de soins palliatifs, en adhérant aux réseaux de soins palliatifs et aux HAD	Evolution du nombre de patients pris en charge à domicile
<b>Médico-social</b> : améliorer les prises en charge des patients palliatifs au sein des établissements	Conventions EMSP-EHPAD
Organiser des formations en EHPAD de prise en charge des patients palliatifs	Nombre de formations dispensées par EMSP et/ou réseaux de soins palliatifs Nombre de professionnels formés



# Soins Palliatifs – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Coordination de toutes les modalités de prise en charge en soins palliatifs.
- Coordination avec les acteurs libéraux avec ou sans HAD

\*Les implantations sont mentionnées à titre indicatif, ces éléments seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

La création d'Unités de soins palliatifs doit se faire par conversion de lits identifiés.



Territoires de santé	Implantations *		Créations / suppressions
Aude	LISP	Narbonne (2) Carcassonne (1) Castelnaudary (1) Limoux (1)	
	USP	Carcassonne (1)	
	EMSP	Narbonne (2) Carcassonne (1)	
Gard	LISP	Nîmes (3) Bagnols s/ Cèze (1) Pont Saint Esprit (1) Uzès (1) Anduze (1) Alès (2) Pontetils (1) Saint Privat des Vieux (1) Le Vigan (1)	
	USP	Nîmes (1)	
	EMSP	Nîmes (1) Bagnols s/ Cèze (1) Alès (1)	
Hérault	LISP	Montpellier (4) Castelnaud le Lez (1) Palavas (1) La Grande Motte (1) Saint Clément de Rivière (1) Lunel (1) Clermont l'Hérault (1) Béziers (2) Bédarieux (1) Pézenas (1) Boujan s/Libron (2) Sète (1)	
	USP	Montpellier (1 unité régionale) Castelnaud le Lez (1)	
	EMSP	Montpellier (2) Castelnaud le Lez (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	LISP	Mende (1) Florac (1)	
	USP	1	+1
	EMSP	Mende (1)	
PO	LISP	Perpignan (2) Cabestany (1) Prades (1) Le Boulou (1) Err (1) Montbolo (1) Saint Estève (1) Cerbère (1)	
	USP	Perpignan (1)	+1 (Perpignan)
	EMSP	Perpignan (2)	

## ANNEXE

**Soins Palliatifs**

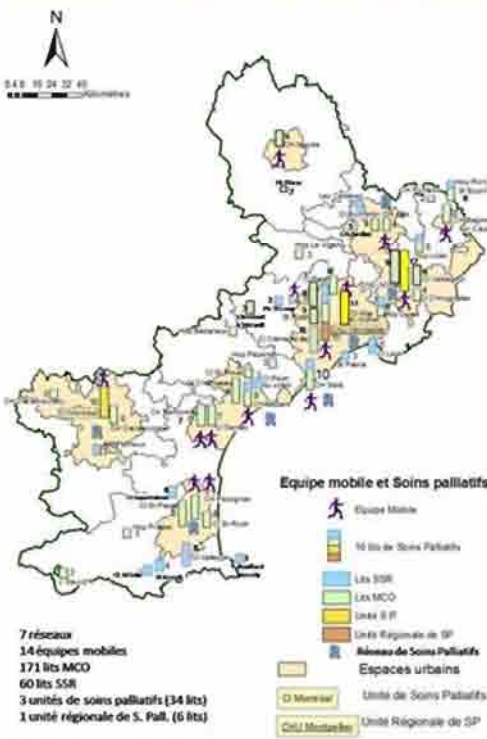
Diagnostic

*[Retour au sommaire](#)*

# Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Offre de soins sur le territoire de santé



### Eléments de diagnostic régional

- Le taux d'équipement en lits et places est légèrement inférieur à la moyenne nationale pour le court séjour et supérieur à la moyenne nationale pour le SSR (sur la base de 10 lits pour 100 000 habitants)
- PRODUCTION** : l'activité hospitalière régionale en 2009 s'élève à :
  - court séjour : 4203 séjours, 63 402 journées dont 3,7 % HTP (DMS15,1)
  - 51,7% des journées ont été réalisées en établissements publics
  - 51,7 % des journées ont été produites par les établissements de l'Hérault (attractivité de ces derniers)
  - SSR : 33 601 journées.
  - HAD : 5000 journées.
- La population régionale a bénéficié :**
  - En court séjour de : 4243 séjours et 64557 journées (DMS15,2)
  - En soins de suite : 33 601 journées

### Points de vigilance

- Les EMSP et les réseaux de SP enregistrent de fortes sollicitations, leur activité est en augmentation, ils sont confrontés à des difficultés pour assurer cette augmentation de la demande.
- Les EMSP et les réseaux sont à positionner en qualité d'experts au sein des territoires de santé.
- Favoriser l'activité des EMSP en dehors de leur établissement.
- Certaines zones sont non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux : Ouest Alès (Quissac, Sommières...), Lamalou-Bédarieux-Ganges, le Vigan et St Pons de Thomières, littoral Gardois... zones limitrophes de notre région, moyenne montagne dans les PO.
- Le dispositif actuellement en place devra être évalué afin de mieux déterminer ses besoins d'évolution et d'adaptation, dans le cadre de la Commission technique Régionale en SP, les problématiques suivantes seront à travailler : SP en EHPAD, SP en USLD, problématique du grand âge, place des médecins généralistes, problème de la permanence des soins.
- Au sein du secteur médico-social, une attente de formation est formulée par les EHPAD.
- au sein des EHPAD le rôle du médecin coordonnateur et le rôle des médecins généralistes sont à développer dans la coordination des soins de malades en SP

# Soins palliatifs

## Offre de soins sur le territoire



## Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
  - GCS Ouest Audois (Depuis 1999 - CH de Carcassonne, Polyclinique Montréal, Réseau ROADS, ASM, CH de Castelnaudary) : 407 patients suivis
  - CH de Narbonne (Depuis ) : 172 patients suivis
  - Clinique les Genêts (Depuis ) : 359 patients suivis
- **Réseau de soins palliatifs :**
  - Réseau ROADS intégré au GCS Ouest Audois
  - Pas de réseau à Narbonne
- **Unité de soins palliatifs :** Polyclinique Montréal (10 lits)
- **L'activité hospitalière en court séjour** est de 11 120 journées et 733 séjours (DMS15.1) et de 4627 journées en soins de suite.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a **bénéficié** de 12 093 journées court séjour et de 4627 journées en SSR.

Ce **taux de recours territorial** est en court-séjour supérieur de 40% au taux régional et inférieur de 10% en soins de suite

## Points de vigilance

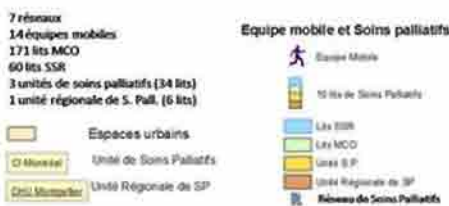
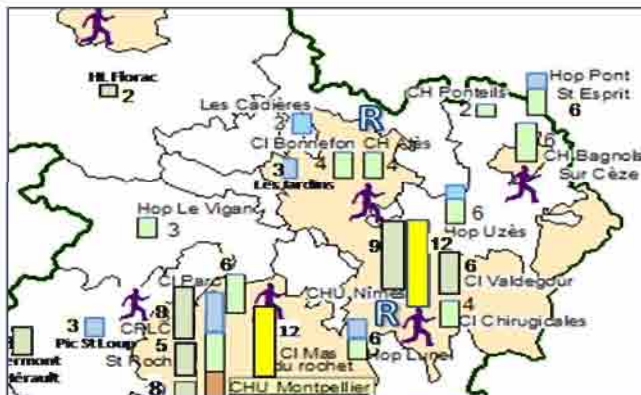
- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge : USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD.
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD. La dynamique de rencontres pluridisciplinaires mise en place au niveau de la Délégation Territoriale de l'Aude facilite le développement de la démarche palliative dans le champ social et médicosocial.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts





# Soins palliatifs

## Offre de soins sur le territoire



## Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs**
  - CHU de Nîmes (depuis 2001) : 340 patients suivis
  - CH Bagnols (depuis 1997) : 185 patients suivis
  - CH d'Alès (depuis 2000) : 319 patients suivis
- **Réseaux de soins palliatifs :**
  - Le réseau Garrigues Costières de Nîmes : 159 patients
  - Le réseau Ensemble à Alès : 80 patients
- **Unité de Soins Palliatifs :**
  - La reconnaissance donnée au CHU Nîmes en Juillet 2009 n'est actuellement pas mise en place
- **L'activité hospitalière en court séjour est de 11 964 journées et 891 séjours (DMS 13,4) et de 6389 journées en soins de suite**
- **Des HAD participent à cette offre.**

La population a bénéficié de 15 360 journées et 1062 séjours en court séjour. 2000 journées ont eu lieu sur le territoire de Montpellier et 1200 sur le territoire d'Avignon.

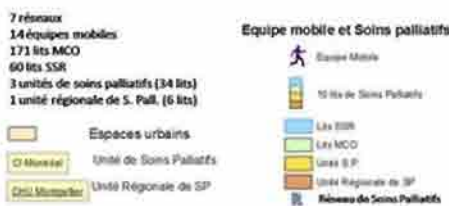
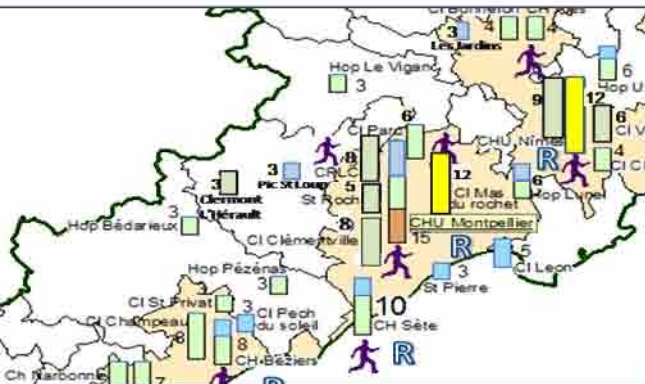
• Ce taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 15% au taux régional et inférieur de 40% en soins de suite.

## Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD.
- les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'expert.

# Soins palliatifs

## Offre de soins sur le territoire



## Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
  - CHU de Montpellier (depuis 1996) : 483 patients suivis
  - Clinique du Mas de Rochet (depuis 2001) : 119 patients suivis
  - CH de Béziers (depuis 2002) : 411 patients suivis
  - CHIBT (depuis 2000) : 339 patients suivis
  - CRLC (depuis 2009) : 405 patients suivis
- **Réseaux de soins palliatifs :**
  - Réseau Béziers-Agde-Hauts Cantons : 279 patients
  - GAIA de Sète : 142 patients
  - Réseau SPHERES : 186 patients
- **Unités de soins palliatifs :**
  - CHU de Montpellier : 6 lits à vocation régionale
  - Clinique du Mas de Rochet : 12 lits
- **L'activité hospitalière court séjour** du territoire est de 32 775 journées et 2091 séjours (DMS de 15,6 jours). En soins de suite, l'offre est de 16 969 journées.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 28207 journées et 1822 séjours en secteur court séjour.

Ce taux de recours territorial est en court-séjour équivalent au taux régional et supérieur de 25% en soins de suite.

## Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge : USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD.
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts



PREFECTURE PYRENEES- ORIENTALES

## **Arrêté n °2012069-0011**

signé par Le Directeur Général de ARS  
le 09 Mars 2012

**Partenaires Etat Hors PO**  
**Agence régionale de santé**

ARRETE ARS LR N ° 2012-214 portant  
adoption du Schéma Régional  
d'ORGANISATION MÉDICO- SOCIALE du  
LANGUEDOC- ROUSSILLON

**ARRETE N° 2012-214**

**Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE  
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R. 1434-1 à R. 1434-7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine Aoustin en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L.1434-3, listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

Vu la consultation de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux en date du 1<sup>er</sup> Février 2012,



## ARRETE

**Article 1 :** Le Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté est adopté pour une durée de 5 ans.

**Article 2 :** le Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

**Article 3 :** Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès des ministres chargés de la santé et des solidarités.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

**Article 4 :** Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
du Languedoc-Roussillon,

**signé**

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		<b>Collectivités territoriales</b>		
		<b>Communes</b>		
		<b>11 - Aude</b>		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		<b>30 - Gard</b>		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		<b>34 - Hérault</b>		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomieres	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		<b>48 - Languedoc</b>		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pompidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		<b>66 - Pyrénées Orientales</b>		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Fomigueres	Favorable	

## Schéma Régional



Version V01 du mars 2012



**Médico-Social**



# Plan du schéma régional d'organisation médico-sociale

p.3

## Introduction

### I - Synthèse du diagnostic de l'offre

### II - Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie

#### II.1 Périnatalité – Petite enfance : dépister et agir le plus précocement possible

##### II.1.1- Apprentissages/Action précoce

#### II.2 Enfants - Adolescents

##### II.2.1-Enfance/Adolescence handicapée : favoriser le maintien en milieu ordinaire et l'inclusion scolaire

#### II.3 Adultes

##### II.3.1 - Adultes handicapés : promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes

##### II.3.2 - Personnes à vulnérabilité spécifique : favoriser leur accès aux soins et leur prise en charge globale

#### II.4 Personnes vieillissantes

##### II.4.1 - Personnes handicapées vieillissantes : adapter les prises en charge au vieillissement des personnes handicapées

##### II.4.2 - Personnes âgées : améliorer la qualité de vie de nos aînés et leur modalités d'accompagnement

### III - Leviers et outils transversaux

#### III.1 - Des politiques publiques médico-sociales coordonnées : faire vivre l'intersectorialité

#### III.2 - Observation & systèmes d'information : construire et partager des observatoires pour mieux évaluer les besoins

#### III.3 - Politique de qualité et de sécurité de la prise en charge : porter la qualité en exigence permanente

#### III.4 - Coopération/Mutualisation : promouvoir des modalités de partenariats favorisant la complémentarité et l'efficacité

#### III.5 - Contractualisation : développer une politique contractuelle harmonisée au niveau régional

### Annexes :

1- Bibliographie

2- Diagnostic de l'offre médico-sociale

3- Glossaire



## Introduction : Contexte

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) de première génération s'inscrit dans un contexte marqué par une profonde mutation du secteur.

En effet, le secteur médico-social a connu des **évolutions réglementaires importantes**, ponctuées par 4 lois structurantes :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales positionnant le Département comme chef de file du secteur,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et enfin, plus récemment,
- la loi HPST du 21 juillet 2009, instaurant notamment une nouvelle gouvernance régionale dans le secteur médico-social.

D'après le rapport publié le 9 juin 2011 par l'OMS et la Banque mondiale, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre et près de 200 millions d'entre elles ont de très grandes difficultés fonctionnelles. Dans les prochaines années, le handicap deviendra une préoccupation encore plus grande à cause de l'augmentation de sa prévalence, qui s'explique par le **vieillessement des populations et le risque plus élevé de handicap chez les personnes âgées**, mais aussi par l'accroissement des problèmes de santé liés aux maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles de la santé mentale.

En région Languedoc-Roussillon, l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom entraîneraient une **augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans de l'ordre de 80% entre 2007 et 2040**. Cette augmentation serait plus forte qu'en moyenne nationale (+ 67 %) en raison de la croissance démographique plus soutenue dans la région et de sa forte attractivité chez les jeunes retraités. **D'ici à 2020, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (250 000 en 2010) devrait augmenter de 12%**.

**Face aux enjeux liés au handicap ou à la perte d'autonomie, l'ARS souhaite s'engager dans une politique volontariste.**

## Introduction : Contexte

L'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) s'appuie notamment sur des plans nationaux structurant l'évolution du secteur :

-Le **plan « Solidarité Grand Age »** (PSGA) (2007-2012) : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche.

-Le **plan « Alzheimer »** (2008-2012) : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public.

-Le **programme de création de places pour personnes handicapées** pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014).

-Le **plan « Autisme »** (2008-2012) : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches.

-Le plan en faveur des **personnes aveugles et malvoyantes** (2008-2011) « Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité ».

-Le plan en faveur des **personnes sourdes et malentendantes** (2010-2012). Améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive, mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie, rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes.

-Le plan de **prise en charge et de prévention des addictions** (2007-2011) : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

-Le schéma « **Handicaps rares** » (2009-2013) : le premier schéma national d'organisation sociale et médico-sociale.

Partie intégrante du **Projet Régional de Santé** (PRS), le SROMS a vocation à organiser la prise en charge médico-sociale en lien avec les actions de prévention, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Il présente la particularité de devoir s'articuler d'une part, avec les autres schémas du PRS (SROS et SRP) et d'autre part, avec les différents schémas départementaux élaborés par les Conseils Généraux. Il s'attache à mettre en oeuvre les priorités définies par le **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**. Il constitue un levier d'action déterminant pour **faire évoluer l'organisation des structures et des activités médico-sociales** (de la transformation aux coopérations ainsi qu'aux priorités de développement) et orienter les autorisations des établissements et services à venir.

Cette transversalité se traduit par la mise en oeuvre de 4 programmes régionaux :

- Le **PRIAC** (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie) viendra décliner les objectifs du SROMS par territoire et par catégorie d'établissement. Il constituera d'une part **le plan d'action du SROMS** (fiche actions concrètes par objectif opérationnel) et il établira d'autre part **les possibilités de financement prioritaires de créations, extensions ou transformations d'ESMS**.

- Le **PRAPS** (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins)

La prise en compte de la précarité, qui apparaît comme une problématique majeure dans notre région, sera principalement traitée dans le cadre du (PRAPS). Toutefois, le SROMS identifie d'ores et déjà des pistes de travail afin de répondre à cette problématique : développement de SAMSAH à destination des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives (cf. § II.3.1 p. 34), personnes à vulnérabilité spécifique (§II.3.2) et personnes handicapées vieillissantes (§ II.4.1 p. 59). Ces réflexions trouveront leur déclinaison opérationnelles dans le cadre du PRAPS et du PRIAC.



**- Le programme régional de télémédecine :**

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un médecin et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a pour objet de définir sa mise en œuvre au regard des trois schémas du PRS sur la base des priorités, objectifs et principes d'action identifiés dans le PSRS.

Programme concernant tous les acteurs de la santé, il a pour objectif de mieux répondre aux besoins des populations et aux particularités des territoires. Ces solutions technologiques devraient permettre une meilleure utilisation des ressources ou expertises rares, aider aux prises de décision, faciliter les prises en charge multidisciplinaires au plus près des patients, tout particulièrement les malades chroniques ou dépendants.

Enfin, deux priorités de gestion du risque concernent spécifiquement le secteur médico-social (EHPAD) et relèvent du PRGDR (Programme Régional de Gestion Du Risque) (Cf. § III.3.4).

Le SROMS a été établi et devra être actualisé en tenant compte des schémas départementaux relatifs aux personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. En matière de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la **concertation avec les conseils généraux** pour une meilleure connaissance des besoins de ces populations. Dans un souci de cohérence et d'articulation avec ces schémas, l'ARS a retenu le niveau départemental, comme territoire de santé, pour proposer l'évolution souhaitable de l'offre sur les 5 ans à venir.

En deça de ce niveau départemental, le schéma régional a pour ambition de **s'appuyer sur des territoires de proximité infra-départementaux pertinents (infra-territoires)** au sein desquels doit se structurer l'organisation territoriale de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, notamment en ce qui concerne l'accompagnement et le soutien à domicile.

S'agissant de l'**analyse de besoins**, le SROMS s'est appuyé sur l'**ensemble des données récentes disponibles** :

- Les analyses de besoins réalisées dans le cadre des schémas départementaux d'organisation médico-sociale;
- Les contributions des instances de démocratie sanitaire, CRSA et conférences de territoire;
- Le guide méthodologique d'élaboration du SROMS (CNSA, mai 2011);
- L'atlas régional de la santé et l'enquête réalisée auprès des maires de la région.

**Un travail important a été conduit en concertation avec chaque Conseil Général** afin d'une part, de **partager un diagnostic commun** et d'autre part, de **s'accorder sur les actions conjointes à mener sur les 5 ans à venir**, visant à faire évoluer quantitativement et qualitativement l'offre médico-sociale.

Une synthèse de l'ensemble des sources utilisées dans ce schéma se trouve en annexe 2.

En lien avec le PSRS, les grands axes du schéma régional de l'organisation médico-sociale sont les suivants:

• **Favoriser le soutien à domicile et en milieu ordinaire des personnes en perte d'autonomie**

L'amélioration de la qualité de vie et de l'accompagnement à domicile constitue l'un des axes majeurs du SROMS.

Il s'agira d'une part, de renforcer la coordination autour des personnes à domicile et d'autre part, de développer des modalités visant à favoriser l'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (intégration scolaire, insertion professionnelle, participation à la citoyenneté, ...). Ce maintien à domicile doit passer par une adaptation globale du dispositif (logement, transport, soins de premier recours, ...).

• **Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage**

Dans le cadre de la déclinaison régionale du plan Alzheimer, la prise en charge de cette maladie et le soutien des aidants naturels sont une des priorités du SROMS.

• **Déplacer le centre de gravité du système vers des enjeux de Santé Publique** favorisant une démarche préventive, ainsi qu'une organisation des soins de ville. La population en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie doit bénéficier des mêmes actions que la population générale en matière de promotion de comportement favorable à la santé, de dépistage, et de suivi régulier de santé.

• **Mieux articuler le secteur sanitaire avec le secteur médico-social**

Améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie à l'hôpital comme en ville, notamment grâce à une meilleure formation des professionnels de santé.

• **Inscrire les personnes âgées ou handicapées dans des logiques de parcours de vie sur les territoires**

Par la formalisation de réseaux gradués. Il s'agit de structurer et de fluidifier le parcours des personnes au sein des territoires.

**• Impulser une politique visant à promouvoir la qualité de la prise en charge au sein des ESMS**

Il s'agit de **favoriser la bientraitance**, d'une part en améliorant la détection et la prévention des risques de maltraitance (application des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles rédigées par l'ANESM et la HAS) et d'autre part en accompagnant les structures médico-sociales dans une politique active de promotion de la bientraitance. (cf. § III.3.1)

Il conviendra également de s'attacher à l'adéquation de la prescription médicamenteuse et à lutter contre la iatrogénie, ainsi qu'à **l'amélioration de la qualité des prises en charge soignantes** et des pratiques professionnelles.

Enfin, la **politique de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins** en établissements et services médico-sociaux constitue également un axe fort du SROMS. (cf. § III.3.2)



## Introduction : Architecture

Le SROMS se compose de 3 parties :

- Une **synthèse du diagnostic régional** de l'offre médico-sociale. En annexe 2 du SROMS, un diagnostic plus complet, dans une approche globale de l'environnement de la personne handicapée et/ou en perte d'autonomie, met en évidence des points de vigilance.

- **Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie** : petite enfance, enfance/adolescence, âge adulte et personnes vieillissantes.

Pour chacune de ces 4 périodes de la vie, le SROMS définira :

- les principaux éléments du diagnostic régional,
- les principes d'organisation,
- les objectifs opérationnels,
- l'évolution souhaitable de l'offre par territoire de santé.

- **5 leviers et outils transversaux** ont été identifiés afin de faire évoluer et d'optimiser le dispositif médico-social, en terme de **gouvernance** (coordination des politiques publiques), de **connaissance** (systèmes d'information), de **efficience** (qualité et sécurité de la prise en charge) et de **partenariat entre acteurs de santé** (coopération/mutualisation et contractualisation).

**Diagnostic de l'offre**

## I-Diagnostic régional : Synthèse

Le diagnostic régional permet de mettre en évidence les caractéristiques et les enjeux suivants dans la région Languedoc-Roussillon :

- **Les personnes fragilisées et/ou en situation de perte d'autonomie - populations "cibles" du SROMS - sont en très grand nombre** : une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure au niveau national, un nombre de bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH supérieur à la moyenne nationale, des besoins difficiles à quantifier mais qui semblent encore importants en matière de handicap, et un nombre croissant de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, personnes en situation de précarité).
- **Un dispositif d'accompagnement à domicile** favorisé par la mise en place de l'APA et de la PCH, ainsi que par une densité de professionnels de santé libéraux importante, mais qui reste globalement insuffisamment développé, mal coordonné et peu lisible pour les usagers y compris dans ses dimensions "adaptation du logement" et "transport".
- **Une offre d'hébergement en faveur des personnes âgées** qui a connu un rattrapage important au cours des 5 dernières années, avec des disparités intra-régionales sensibles (les Pyrénées-Orientales et dans une moindre mesure l'Aude (Est du département) demeurent en déficit d'équipement).
- **S'agissant des enfants handicapés**, l'offre de prise en charge reste globalement inférieure au niveau national, en particulier dans l'Hérault. Des progrès importants en matière d'intégration scolaire en milieu ordinaire ont été réalisés depuis la loi de 2005.
- **En ce qui concerne les structures pour adultes lourdement handicapés**, la région présente un taux d'équipement nettement supérieur au niveau national, à l'exception du département du Gard qui reste en retrait, malgré un rattrapage important ces dernières années, et dans une moindre mesure de l'Hérault.
- **Des prises en charge à adapter en fonction de certains publics ou handicaps** : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes autistes ou atteintes de TED (troubles envahissants du développement), personnes polyhandicapées, déficients sensoriels, handicapés psychiques, personnes handicapées vieillissantes.

**Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie**





## II.1 - Petite enfance/Action précoce

### Diagnostic régional et enjeux principaux

- Insuffisance du dépistage et de la prise en charge précoce, malgré un développement important de places de CAMSP
- Des délais d'attente qui restent trop longs et qui contribuent à des pertes de chances dans le diagnostic précoce du handicap

- Le département de l'Hérault dispose du plus faible taux d'équipement de la région

CAMSP	AUDE	GARD	HERAULT	LOZERE	PYRENEES-ORIENTALES	REGION LR
Capacité en places	85	160	131	20	78	<b>474</b>
Population 0-6 ans	26 428	57 010	79 503	5 681	33 379	<b>202 001</b>
Taux d'équipement	3,22	2,81	1,65	3,52	2,34	<b>2,35</b>

### Principes d'organisation

#### Accessibilité et Qualité/pertinence

#### Améliorer la précocité du repérage, du diagnostic et de la prise en charge du handicap chez l'enfant dès le plus jeune âge :

- Structuration du dépistage de la surdité neonatale et organisation d'une filière de prise en charge précoce globale
- Structuration de la filière de repérage et de prise en charge des **troubles du langage et des apprentissages**
- Constitution d'une filière formalisée pour les **troubles envahissants du développement (TED)**, en appui du 1er recours, composée de professionnels de psychiatrie et/ou du champ médico-social, en articulation avec le CRA (cf. Appel à projet lancé en 2010)
- **Veiller à une répartition homogène par territoire de santé** des structures de dépistage, notamment des CAMSP
- Accès à des évaluations et des soins spécialisés pour les enfants présentant des **troubles du développement** : améliorer la lisibilité, la coordination des fonctionnements et la synergie de moyens autour des 4 centres de références régionaux "Autisme" (CRA), "Génétique", "Troubles du langage", et service de neuropédiatrie

#### Efficience :

- Améliorer et coordonner l'action du réseau "Naître et Grandir" avec les CAMSP, services de PMI, professionnels libéraux
- Mise en place de plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique
- S'appuyer sur les nouvelles technologies (**télémédecine**)



## II.1 - Petite enfance/Action précoce

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
<b>Renforcer le lien entre les différents partenaires du dépistage</b>	
Centres de référence : convention de partenariat entre les 4 centres de référence régionaux	
Renforcer les liaisons télé-médecine entre les centres de référence "maladies rares" et les ESMS	
Mise en place de plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique	
Abaisser les tranches d'âge des SESSAD afin de favoriser une prise en charge plus précoce	Age moyen des enfants pris en charge
Déployer le modèle régional de rapport d'activité des CAMSP au sein de l'ensemble des CAMSP de la région pour améliorer la connaissance des handicaps et les interfaces entre partenaires	% de CAMSP ayant utilisé le rapport régional
<b>Handicaps spécifiques</b>	
<b>Autisme</b>	
Déploiement de 3 équipes interdépartementales d'évaluation des TED : Aide au diagnostic et prise en charge précoce, évaluations périodiques, prévention des situations de crise, ...	
Déploiement du plan de formation régional pour l'appropriation des nouveaux référentiels de diagnostic et d'accompagnement des personnes autistes et structuration d'un répertoire de ressources par territoire	
<b>Surdité néonatale</b>	
Structuration du dépistage et organisation d'une filière sur la base du cahier des charges national	
<b>Troubles du langage et des apprentissages</b>	
Renforcer la coordination des soins (dépistage et diagnostic) entre les professionnels de santé libéraux et les partenaires institutionnels (centre référent, Education Nationale, ...)	
Optimiser les pratiques professionnelles grâce à l'élaboration de référentiels diagnostics communs et renforcer les concertations pluridisciplinaires tout au long de la prise en charge de l'enfant	



## II.1 - Petite enfance/Action précoce

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Aude :

L'extension du CAMSP de Carcassonne à 50 places permettra d'améliorer la réponse aux besoins sur l'Ouest du département et sur la Haute Vallée. **Une augmentation de capacité du CAMSP de Narbonne pourra également être envisagée** au regard de la croissance importante de population de ce territoire.

Les deux CAMSP travaillent en étroite collaboration avec les services de néonatalogie et sont associés au projet individualisé de prise en charge des enfants à la crèche et au projet personnalisé de scolarité en école maternelle.

**Une équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** a vocation à couvrir les Pyrénées-Orientales et l'Aude. Dans ce cadre, un partenariat avec le CHS de Thuir, porteur du projet, sera à formaliser.

#### Gard :

La création du CAMSP de Bagnols/Cèze a permis de compléter l'offre de places en CAMSP répartie de manière assez homogène sur l'ensemble du département (160 places sur Nîmes, Alès et Bagnols). Toutefois, compte tenu de leur dynamisme démographique, de leur aire d'attraction importante et des délais de réponse importants, **les CAMSP de Nîmes (après le transfert de sa gestion au CHU de Nîmes) et de Bagnols/Cèze pourront faire l'objet d'une augmentation de capacité.**

En complémentarité des CAMSP, un partenariat fort doit se structurer avec le relais petite enfance handicapée (RAPEH) dont l'objectif est de favoriser l'accueil et la scolarisation précoces, ainsi qu'avec les crèches et écoles maternelles, mais aussi avec les SESSAD, dont certains sont autorisés pour l'accompagnement dès le plus jeune âge (déficients sensoriels).

La mise en place de **l'équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement** portée par le CHU de Nîmes qui a vocation à couvrir le secteur Gard/Lozère permettra d'améliorer le dépistage et le repérage des ces troubles.

S'agissant des troubles du langage et des apprentissages, un **renforcement du travail du SEFFIS du CROP et de son centre relais** est prévu sur le dépistage et la prise en charge précoce avec les écoles maternelles (Gard/Hérault).



## II.1 - Petite enfance/Action précoce

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Hérault :

Au regard des taux d'équipement, **l'Hérault est le département prioritaire au plan régional en matière de places de CAMSP.**

Ainsi, les **CAMSP de Béziers et de Montpellier** devront faire l'objet d'extension.

La création récente d'une plateforme de consultation et de soins (CAMSP et CMPP) à Lunel doit permettre d'améliorer la réponse aux besoins sur ce secteur.

La mise en place de l'**équipe d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** qui a vocation à couvrir le département de l'Hérault permettra de désengorger le Centre Ressources Autisme, qui pourra ainsi pleinement remplir son rôle de centre régional de référence.

#### Lozère:

Le territoire lozérien bénéficie d'une bonne couverture par le CAMSP de Mendé. **Le partenariat avec les IME est à formaliser.**

Une équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED) a vocation à couvrir le territoire Gard/Lozère. Dans ce cadre, un partenariat avec le CHU de Nîmes, porteur du projet, sera à formaliser.

#### Pyrénées-Orientales :

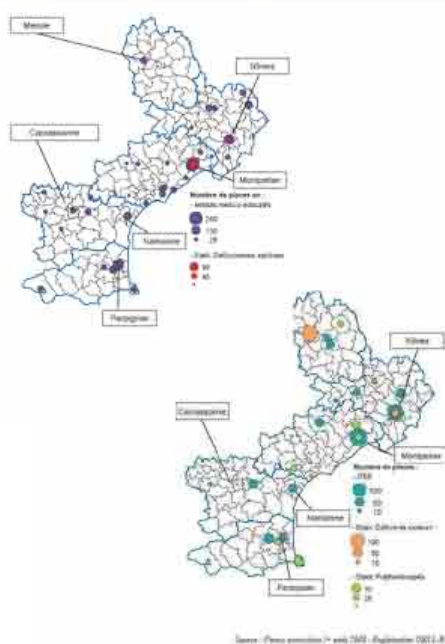
**L'extension du CAMSP de St-Estève à 83 places** doit permettre de couvrir les besoins de l'ensemble du territoire des Pyrénées-Orientales. L'antenne de 5 places déployée sur Cérêt offre une réponse aux besoins de proximité de ce territoire.

La mise en place d'une **équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** portée par le CHS de Thuir qui a vocation à couvrir les Pyrénées-Orientales et l'Aude permettra d'améliorer le dépistage et le repérage des ces troubles sur ces départements.





## II.2- Enfance/Adolescence handicapée



### Diagnostic régional

- Le taux d'équipement régional en structures pour enfants est légèrement inférieur au niveau national, à l'exception de la Lozère et des Pyrénées-Orientales, avec des disparités infra-départementales importantes et d'un handicap à l'autre
- La part des services dans l'offre globale représente 30%, elle est plus importante que France entière (25%).
- La proportion de places d'internat s'élève à 50%, elle est supérieure à la moyenne nationale (40%), notamment en raison de la Lozère.
- Il y a eu un fort développement des places de SESSAD durant les 5 dernières années, ainsi que des places de CAMSP, des places en faveur d'enfants lourdement handicapés ou présentant des troubles du comportement ou autistes.
- S'inscrivant dans les mêmes priorités, un programme pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services est en cours de réalisation.
- Un travail de redéploiement a été bien engagé, qui reste à poursuivre.

### Difficultés / Points de vigilance

- L'adaptation et la transformation du secteur permettra de mieux répondre aux enjeux de scolarisation et de vie sociale en milieu ordinaire.
- Une attention spécifique doit être portée sur l'accompagnement du handicap psychique.
- La prise en charge de certains handicaps rares et de cas complexes reste difficile.

## II.2- Enfance/Adolescence handicapée



### Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil enfance et jeunesse handicapées

Nombre d'établissements et de services - Places par catégorie d'établissement et de services au 1.01.2011 - Taux d'équipement

Sources : DREES - ARS - FINES

	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	65-Pyrénées-Orientales
<b>Etablissements</b>						
<b>Instituts médico-éducatifs</b>						
nombre d'établissements	44	8	12	14	2	6
nombre de places	2 115	388	513	707	90	417
<b>Instituts thérapeut., éducatifs et pédagogiques</b>						
nombre d'établissements	18	3	7	4	2	2
nombre de places	817	115	244	283	75	100
<b>Etablissements pour déficients moteurs</b>						
nombre d'établissements	3	0	2	0	1	0
nombre de places	264	0	46	52	135	31
<b>Etablissements enfants et ados polyhandicapés</b>						
nombre d'établissements	12	0	3	5	1	3
nombre de places	364	0	77	130	30	121
<b>Etablissements pour déficients sensoriels</b>						
nombre d'établissements	3	0	2	1	0	0
nombre de places	132	0	42	90	0	0
<b>Total Etablissements</b>						
nombre d'établissements	80	11	28	26	6	11
nombre de places	3 692	503	922	1 268	330	669
<b>SESSAD</b>						
nombre de services	64	8	19	23	2	13
nombre de places	1 635	127	443	681	30	354



## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

### Principes d'organisation



#### Accessibilité :

- **Accessibilité géographique :**  
Réduire les inégalités territoriales dans une appréhension régionale de l'offre et de la réponse aux besoins (redéploiement d'équipement entre les territoires)
- **Accessibilité handicapés :**  
Identifier un établissement de recours accessible et adapté à l'accueil d'enfants handicapés

**Évitabilité :** Favoriser le maintien en milieu ordinaire de l'enfant

**Qualité- pertinence :** Faire évoluer l'offre existante afin de répondre aux enjeux de la politique d'inclusion scolaire

**Efficience :** Poursuivre les efforts en matière d'intégration scolaire (en lien avec l'Education Nationale)

Repositionner l'offre de prise en charge sur les problématiques les plus lourdes, dans un contexte d'intégration privilégiée en milieu ordinaire

**Parcours de santé :** articulations avec la **prévention, les soins de premiers recours et le médico-social**

**1- Prévention :** Problématiques de l'obésité, des vaccinations et de l'hygiène bucco-dentaire chez les enfants/adolescents handicapés

**2- Premiers recours :** qualité des liens avec les intervenants du secteur ambulatoire : orthophonie, kiné, psychomotricien,

**3- Hospitalier : lien ville hospital**

Parcours de soins : mieux articuler la psychiatrie de l'enfant en établissement et en institution

**4-Médico-social :** anticiper le passage à l'âge adulte pour assurer une bonne transition entre le secteur "enfant" et le secteur "adulte" en évitant la rupture de prise en charge



## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
<b>Favoriser l'intégration scolaire des enfants handicapés</b>	
Créer des places de Services à domicile (SESSAD) sur les territoires prioritaires	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil séquentiel (de jour et d'hébergement temporaire)	Nombre de places autorisées
Promouvoir l'accueil d'enfants handicapés dans les structures périscolaires ou préscolaire (centres de loisirs ou crèches)	
Améliorer la formation des adolescents handicapés (formation professionnelle, apprentissage)	
<b>Optimiser et adapter l'offre de service</b>	
Rééquilibrer l'offre de service et d'équipements afin de les adapter aux besoins recensés sur les territoires (transformation de places d'internat en place de SESSAD ou en semi-internat, transferts d'équipements d'un territoire à l'autre)	
Diversifier l'offre de service (accueil séquentiel)	% de services dans l'offre globale
<b>Handicaps spécifiques</b>	
Adolescents handicapés psychiques : mieux articuler les ESMS avec la psychiatrie de secteur	
Autisme : développer l'offre d'hébergement temporaire pour autistes par création et adaptation de l'existant (4ème maison de Manon, reconnaissance d'unité dédiée) afin d'offrir des périodes de répit pour l'enfant et son entourage	Taux d'évolution des places "autisme"
Polyhandicap : développer des plateformes de coordination de la prise en charge et de répit pour les familles	
Troubles d'acquisition du langage : structurer filière coordonnée de diagnostic et de prise en charge précoce	
<b>Parcours de santé</b>	
Décloisonner les secteurs Enfant/Adulte afin de favoriser la mutualisation de prestations et la fluidité du parcours	Nombre d'Amendements Creton
Identifier un établissement de recours adapté aux hospitalisations d'enfants souffrant de TED	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et les professionnels de santé libéraux	





## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Aude:

##### Déficience Intellectuelle (IME):

•Déficience légère à moyenne ; Dans le cadre du schéma départemental 2008/2011, un travail de redéploiement des équipements a été amorcé et apporte une **réponse satisfaisante aux besoins départementaux**.

•Déficience moyenne à sévère/Autisme TED ; Un travail de remise à plat des agréments des IME a été effectué : **un rééquilibrage entre les sections "déficience intellectuelle" et "autisme" est nécessaire sur l'IME de Narbonne**.

Troubles du comportement (ITEP): Avec 3 établissements qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire, l'Aude compte un taux d'équipement adapté, notamment depuis que le centre Ste Gemme est devenu intégralement ITEP.

La création d'un **service de placement familial spécialisé de l'ordre de 5 places** mobilisé pour l'ensemble du territoire pourrait renforcer ce dispositif.

##### Handicap moteur et polyhandicap :

Sur le handicap **moteur**, la création d'un IEM a été écartée au vu des besoins de l'Aude ; la prise en charge actuelle est réalisée par le biais d'un **SESSAD à vocation départementale de 22 places pour lequel une augmentation de capacité devra être envisagée**.

Sur le **polyhandicap**, la réponse est à ce jour insuffisante (seulement 8 places à Narbonne), il est indispensable de pouvoir mettre en place une réponse sur l'Ouest du département, **La création de places pour polyhandicapés sur l'ouest-audois est nécessaire**.

Déficience auditive: la prise en charge actuelle est effectuée par un service à vocation régionale.

Déficience visuelle: Les prises en charge spécialisées s'effectuent à Toulouse ou dans l'Hérault en fonction du domicile des enfants concernés. Globalement, la prise en charge des déficiences sensorielles doit être ré-interrogée au regard des équipements et des pratiques des services à vocation régionale.



## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Gard :

##### Déficience intellectuelle (IME) :

Le secteur de Nîmes est **insuffisamment pourvu en places d'IME**. La création de places d'IME sur le bassin nîmois se justifie et peut être opérée en partie par une redistribution à partir d'autres territoires ou d'autres catégories d'équipements. Le partenariat entre les structures doit être développé sur Aïès.

**Le développement de places de SESSAD est nécessaire sur le bassin alésien.**

##### Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Le Gard dispose de structures très différentes dans les projets de prise en charge, notamment une structure expérimentale fonctionnant sur les temps familiaux en complément des structures sanitaires ou des IME (Sésame Autisme). **Le développement de l'offre** en faveur des enfants autistes **doit se poursuivre sur la base de l'évaluation des besoins** des structures récemment ouvertes et des données de l'observatoire mis en place par la MDPH.

##### Troubles du comportement (ITEP) :

L'offre est importante, mais sa **répartition géographique est très inégale**, avec une implantation importante sur le bassin nîmois. A l'inverse, le territoire de Bagnols-sur-Cèze est dépourvu d'équipement. La création récente d'un SESSAD sur Pont St Esprit permet de pallier ce déficit d'équipement, mais ce territoire devrait être encore renforcé, en fonction des besoins. **Globalement, l'équipement est suffisant, et doit être redistribué en faveur des secteurs de « Camargue-Vidourte » et du Gard rhodanien.**

##### Handicap moteur et polyhandicap :

**Le dispositif existant donne satisfaction et ne semble pas devoir être prioritairement renforcé.**

Déficience auditive : Une articulation plus importante doit être trouvée entre les deux SEFFS à vocation régionale (CROP et ARIEDA qui intervient sur le Gard à hauteur de 33 places).

Déficience visuelle : Le SESSAD pour déficients visuels à vocation régionale intervient dans le Gard à hauteur de 25 places. **Ce dispositif semble suffisant.**



## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Hérault :

##### Déficience intellectuelle (IME) :

Au regard de l'analyse des besoins et du taux d'équipement, **le dispositif héraultais est à renforcer.**

Les besoins sont importants sur l'ensemble du département, principalement en ce qui concerne les SESSAD. **Les créations seront prioritairement allouées aux zones non couvertes** (Secteur de Mauguio et Nord-Ouest département). La création d'antennes de SESSAD existants est à privilégier.

##### Autisme et troubles envahissants du développement (ITEP) :

Des sections pour enfants autistes sont identifiées au sein de certains IME et des SESSAD dédiés existent.

Une structure fonctionnant sur les temps familiaux en complément des structures sanitaires ou des IME (Sésame Autisme) est implantée à Juvignac. **L'ouverture d'une deuxième structure de ce type à Béziers viendra renforcer ce dispositif.**

##### Troubles du comportement (ITEP) :

Avec l'implantation récente d'un ITEP sur Béziers, la couverture des besoins s'est améliorée. Le territoire des Cités Maritimes resterait insuffisamment pourvu.

Compte tenu des délais d'attente pour une prise en charge en CMPP, le renforcement des CMPP existants devra être envisagé, avec le déploiement d'antenne sur les secteurs non desservis (Coeur d'Hérault).

##### Handicap moteur et polyhandicap :

Le schéma départemental ne met pas en évidence une tension très importante sur ce dispositif.

S'agissant du handicap moteur, il n'y a pas d'offre de prise en charge institutionnelle sur l'agglomération montpelliéraine au-delà de 16 ans, qui conduit à une rupture de prise en charge dans le parcours de vie et qui devra faire l'objet d'une révision d'agrément.

Concernant le polyhandicap, la mise en oeuvre d'une **plateforme d'accueil temporaire et de coordination des prestations en faveur d'enfants et de jeunes adultes polyhandicapés** pourra être étudiée, afin de proposer des temps de répit aux familles.

##### Déficience auditive :

Deux structures assurent la prise en charge des déficients auditifs : l'une avec hébergement et SESSAD (CESDA), l'autre sous forme de SESSAD, à vocation régionale (ARIEDA).

##### Déficience visuelle :

Le SESSAD de l'UAHY a vocation à intervenir sur l'ensemble de la région. **Ce dispositif semble suffisant.**



## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Lozère:

##### Déficience intellectuelle (IME) :

L'offre est concentrée sur Marvejols, avec un IME et un IMPro, qui proposent 90 places au total, dont la majorité en internat. Le recrutement géographique est régional ou limitrophe pour 4 enfants sur 5.

**Le dispositif de placement familial spécialisé (20 places de PFS) devra être évalué** afin de s'assurer du service rendu.

Le SESSAD de 19 places à vocation départementale répond aux besoins de proximité (100% d'enfants lozériens).

##### Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Pas d'agrément pour ce type de prise en charge. **La reconnaissance d'une unité "autistes" au sein de l'IME de Marvejols pourrait être étudiée.**

##### Troubles du comportement (ITEP) :

Les deux ITEP situés à Mende et St Etienne du Volp donnez disposent d'une capacité de 77 places, quasi exclusivement en internat.

**Ces deux structures ont un rôle de recours au niveau régional** et assurent une prise en charge régionale et limitrophe pour 75% des cas.

Le SESSAD de 15 places à vocation départementale assure une prise en charge ambulatoire de proximité.

##### Handicap moteur (IEM) :

Le centre de Montredon dispose de 135 places dont 14 d'externat. Recrutement régional et limitrophe de plus de 53%. La structure a le projet d'élargir son activité aux cérébrolésés, traumatisés crâniens et trachéotomisés. **Une évaluation de l'établissement devra être réalisée à horizon 2013 et conduire la réflexion sur une éventuelle restructuration de l'offre.**

##### Polyhandicap (EEAP) :

L'établissement de Chateauneuf de Randon offre 30 places d'internat. Recrutement majoritairement régional ou limitrophe (66%).

##### Déficience auditive :

Le SEFRS à vocation régionale intervient en Lozère à hauteur de 5 places. **Ce dispositif semble suffisant.**

##### Déficience visuelle :

Le SESSAD pour déficients visuels à vocation régionale intervient en Lozère. Recours également au Centre de rééducation pour déficients visuels de Clermont-Ferrand. **Ce dispositif semble suffisant.**





## II.2- Enfance/Adolescence handicapée

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Pyrénées-Orientales :

##### Déficience intellectuelle (IME) :

Les quatre IME de l'agglomération perpignanaise ont initié un important redéploiement de places d'internat en semi-internat et en SESSAD ce qui permet l'amélioration de la réponse aux besoins. L'IME de Port-Vendres répond à des besoins de proximité tandis que l'IME d'Osséja offre une prise en charge pour des personnes cérébro-lésées (20 places à vocation régionale).

Le dispositif global est complété par une offre de SESSAD importante et bien répartie, ce qui fait des Pyrénées-Orientales le département le mieux couvert au niveau régional. Pas de création complémentaire envisagée sur ce territoire.

##### Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Des sections pour enfants autistes sont identifiées au sein des IME et des SESSAD dédiés existent. Le dispositif est globalement satisfaisant, mais pourrait être renforcé par redéploiement de moyens.

##### Troubles du comportement (ITEP) :

Les deux ITEP couvrent globalement les besoins du département avec une offre diversifiée (internat, semi-internat). Toutefois, l'offre en SESSAD reste concentrée sur l'agglomération perpignanaise.

##### Handicap moteur et polyhandicap :

L'organisation existante donne satisfaction et ne semble pas devoir être prioritairement renforcée.

##### Déficience auditive :

Une articulation plus importante doit être trouvée entre la structure départementale dont la capacité vient d'être augmentée et le SEFFIS à vocation régionale qui intervient sur les Pyrénées-Orientales à hauteur de 20 places.

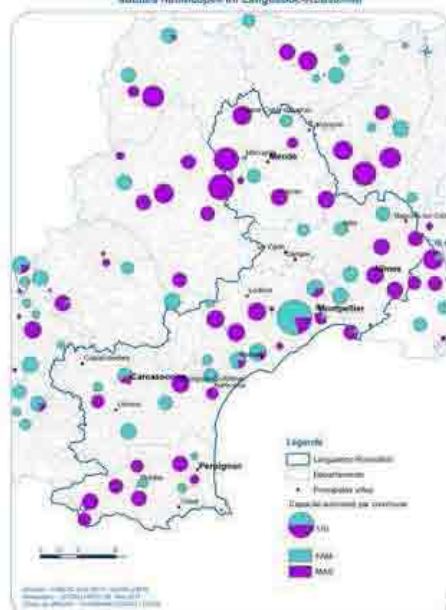
##### Déficience visuelle :

Le SESSAD départemental dispose de 21 places. Ce dispositif semble adapté.



## II.3.1- Adultes handicapés

Répartition des établissements d'hébergement médicalisés pour adultes handicapés en Languedoc-Roussillon



### Diagnostic régional de l'offre en établissement

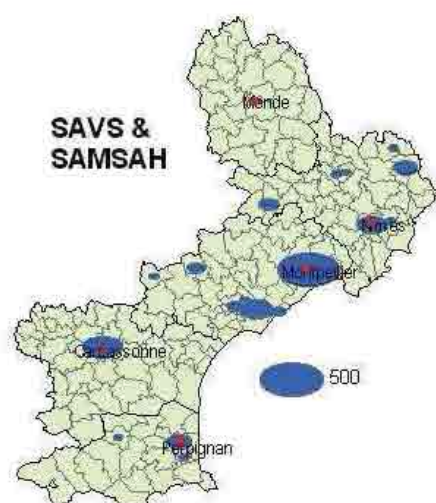
- Un taux d'équipement en structures pour adultes (y compris foyers de vie) nettement supérieur au niveau national, à l'exception notable du Gard, et des P-O en ce qui concerne les foyers de vie.
- Une répartition hétérogène des structures et des moyens alloués sur le territoire régional. Toutefois, le Gard est le seul département qui ressort moins bien doté que le niveau national.
- Le poids de la Lozère est historiquement significatif.
- Un développement de places de SAMSAH, de SSIAD PH, mais aussi de MAS-FAM à destination de publics spécifiques (handicapés psychiques ou autistes).
- Part des services plus faibles que France entière, notamment dans l'Aude et la Lozère.
- Un programme pluriannuel 2008-2014 de création de places en établissements et services en cours de réalisation visant à poursuivre cet effort.

### Difficultés / Points de vigilance

- Rupture de prise en charge ou d'accompagnement dans le parcours (réponse à des situations d'urgence)
- Vieillesse des personnes handicapées
- Barrière administrative de 60 ans



## II.3.1 - Adultes handicapés



### Diagnostic régional de l'offre en services à domicile

- 38 SAVS (1 421 places) et 10 SAMSAH (160 places) en région.

Ces services d'accompagnement ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

- L'objectif des SAMSAH est de coordonner les soins de la personne handicapée à domicile.

- 258 places de SSIAD pour adultes handicapés le plus souvent adossées à un SSIAD pour personnes âgées.

### Difficultés / Points de vigilance

- Effort à poursuivre sur ces modalités de prise en charge insuffisamment développées.
- Travailler sur l'articulation entre services et établissements.

## II.3.1 - Adultes handicapés



### Accueil des adultes handicapés Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Us et places initiales au 1/01/2011 par catégorie d'établissement

Source : DREES - ARS - FINESS - OGETP

Catégorie d'établissement	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	36-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
<b>Établissements d'hébergement</b>						
Maison accueil spécialité						
nombre d'établissements	38	4	5	12	8	9
nombre de lits	2 513	174	233	382	420	304
Foyer d'accueil médicalisé						
nombre d'établissements	30	5	0	13	3	3
nombre de lits	894	130	178	436	100	85
Foyer de vie						
nombre d'établissements	53	8	11	15	14	5
nombre de lits	1 648	130	285	400	520	214
nombre de places en accueil de jour	269	13	16	233	5	32
Foyer d'hébergement						
nombre d'établissements	39	15	13	20	5	7
nombre de lits	2 205	404	433	614	494	259
<b>Établissements de travail protégé ESAT (ex-CAT)</b>						
nombre d'établissements	58	15	12	17	9	9
nombre de lits	4 762	955	1 063	1 467	531	714
<b>Établissements et services de réinsertion professionnelle</b>						
nombre d'établissements	3	0	0	1	0	2
nombre de places	412	0	0	280	0	131
<b>Total établissements</b>						
nombre d'établissements	243	47	46	78	35	35
nombre de places	11 730	1 819	2 229	3 775	2 128	1 779
<b>Services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés</b>						
nombre de places	258	7	76	123	14	53
<b>Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés SAMSAH</b>						
nombre de places	160	0	47	63	19	20





## II.3.1 - Adultes handicapés

### Principes d'organisation

#### Qualité- pertinence :

Favoriser le maintien à domicile par la diversification des prises en charge, l'aide aux aidants

Adapter et redéployer l'existant en fonction de l'évolution des publics et des besoins (autisme, handicap psychique, vieillissement des personnes) et des attentes (vie sociale, désir d'autonomie des jeunes adultes)

Favoriser la bienveillance

Soutenir l'insertion professionnelle

**Efficience** : Diversifier la palette de prise en charge par la mise en place de plateforme de services polyvalente (hébergement complet, famille d'accueil, accueil séquentiel, temporaire, de jour, SAMSAH, SAVS,...) en s'appuyant sur les territoires "infra " définis par les schémas départementaux

Fonctionnement des services en file active

#### Accessibilité :

##### Accessibilité géographique :

Réduire les inégalités territoriales dans une appréhension régionale de l'offre et de la réponse aux besoins (redéploiement d'équipement entre les territoires)

##### Accessibilité géographique :

Identifier un établissement de recours accessible et adapté à l'accueil de personnes handicapées

**Évitabilité** : Éviter les ruptures de parcours en santé mentale

#### Parcours de santé : articulations avec la **prévention, les soins de premiers recours et le médico-social**

**1-Prévention** : S'assurer de l'accès à la prévention, Education à la sexualité au sein des ESMS

**2-Premiers recours** : Des difficultés d'accès aux soins - médecin généraliste - dentiste - malgré une région est bien pourvue en professionnels de santé libéraux, notamment en IDE.

**3-Hospitalier** : Renforcer les liens avec le secteur hospitalier

**4-Médico-social** : Éviter la rupture de prise en charge en anticipant le vieillissement de la personne handicapée (barrière d'âge des 60 ans)



## II.3.1 - Adultes handicapés

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
<b>Favoriser le maintien à domicile des adultes handicapés</b>	
Créer des places de services à domicile (SAMSAH, SSIAD PH) sur les territoires prioritaires, en lien avec la densité en IDE	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil séquentiel (de jour et d'hébergement temporaire)	Nombre de places autorisées
<b>Soutenir l'insertion professionnelle des adultes handicapés</b>	
Renforcer le partenariat et les articulations entre les différents partenaires de politiques publiques (DIRECCTE, Education Nationale, Assurance Maladie, AGEFPH, ARS, Conseil Régional, ...) en matière d'insertion professionnelle à partir d'une réflexion et d'un diagnostic partagé	
Susciter et soutenir les adaptations nécessaires de l'activité des ESAT au regard de l'évolution des besoins et projets des personnes (vieillesse, autisme) : extension de places, développement du temps partiel, ESAT "hors les murs"	
Rechercher et promouvoir les complémentarités (coopération, mutualisation...) entre les différents acteurs et dispositifs du champ du travail afin de prévenir les situations de rupture et faciliter l'accès et le maintien au travail	



## II.3.1 - Adultes handicapés

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
<b>Optimiser et adapter l'offre de service</b>	
Promouvoir des plateformes de services, adossées à une structure ou portées par des services	
Décloisonner les secteurs PA/PH afin de favoriser la mutualisation de prestations	Nombre de conventions de partenariat
Privilégier la création de structure de type FAM à destination de publics spécifiques sur les territoires prioritaires, notamment par le redéploiement de l'offre régionale excédentaire	Taux d'équipement
Favoriser le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs en ESMS	Nombre de conventions de partenariat
<b>Handicaps spécifiques</b>	
Développement des GEM et de SAMSAH dédiés pour favoriser la socialisation des malades psychiques et des traumatisés crâniens	
Autisme : développer l'offre d'hébergement pour adultes autistes par création ou adaptation de l'existant	Taux d'évolution des places "autisme"
<b>Parcours de santé</b>	
Utiliser le dispositif d'HAD d'amont à proximité des établissements afin d'éviter les hospitalisations	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et les professionnels de santé libéraux	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et le secteur psychiatrique : psychiatrie de liaison	



## II.3.1 - Adultes handicapés

### Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

#### MAS-FAM :

Au plan régional, **le département du Gard est prioritaire** en ce qui concerne la création de places de MAS/FAM. Dans une moindre mesure, **le département de l'Hérault a également vocation à être renforcé**. L'ARS privilégiera le développement de formules de type FAM, ces formules d'accompagnement favorisant une approche territorialisée de réponses aux besoins et permettant de respecter les objectifs du plan pluriannuel national handicap.

**Des structures innovantes permettant de favoriser la fluidité du parcours entre le secteur enfant et le secteur adulte** seront à développer.

Les opérations de **médicalisation de foyers occupationnels** pourront être envisagées, sur la base d'une évaluation des besoins à conduire en partenariat avec le Conseil Général.

#### Domicile :

**Les SAMSAH et les SSIAD pour personnes handicapées** constituent des modalités de prise en charge favorisant le maintien à domicile et à ce titre **seront privilégiés**. Il conviendra de rechercher un maillage du territoire par le déploiement de ces services.

Dans un cadre d'action innovante, **les SAMSAH pourraient également répondre aux problématiques des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives**.

#### ESAT :

Au plan régional, **le département de l'Hérault est prioritaire** en ce qui concerne la création de places d'ESAT.

Les départements de l'Aude et de la Lozère s'attacheront à recentrer leur réponse aux besoins de proximité.

**Des structures innovantes comme les ESAT "hors les murs" seront privilégiées.**





## II.3.1 - Adultes handicapés

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Aude:**

##### MAS-FAM :

Compte tenu de l'important effort de création de places réalisé entre 2007 et 2011, **le département de l'Aude ne sera pas prioritaire.**

##### Domicile :

La priorité sera la **finalisation des opérations en cours concernant les SAMSAH** pour handicapés psychiques et handicapés moteurs à vocation départementale.

##### ESAT :

L'Aude dispose d'une **offre en ESAT historiquement très importante** et qui n'est pas calibrée aux besoins du département.

Il conviendra de **recentrer la réponse au niveau départemental**, en mettant à profit le départ massif de travailleurs handicapés à la retraite pour réajuster le dispositif.

La **médicalisation de places de foyers d'hébergement** sera également étudiée.



## II.3.1 - Adultes handicapés

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Gard :**

##### MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle s'est renforcée mais reste nettement inférieure aux niveaux régional et national. **Le département du Gard reste donc prioritaire** en ce qui concerne la création de places de MAS/FAM.

L'offre de prise en charge institutionnelle pour autistes et handicapés psychiques se développe et devra faire l'objet d'une évaluation des besoins avant d'envisager de nouveaux projets.

##### Domicile :

En terme de SAMSAH, le Gard compte :

- un SAMSAH pour handicap moteur à vocation départementale de 25 places qui répond aux besoins.
- 2 SAMSAH pour handicapés psychiques : 12 places à Nîmes, 10 places à Alès. **Ce dispositif doit être renforcé** par l'ouverture d'un 3ème SAMSAH prioritairement sur Bagnols/Cèze afin d'assurer le maillage du territoire.

Le dispositif de GEM pour handicapés psychiques est renforcé par un 4ème GEM à Nîmes.

##### ESAT :

Un projet innovant à Bagnols/Cèze pourra compléter le dispositif.



## II.3.1 - Adultes handicapés

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Hérault :

##### MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle est proche du taux d'équipement régional. Toutefois, **des besoins sont mis en exergue, principalement en FAM, et sur l'Est du département.**

Ainsi, le territoire de l'Hérault pourra être renforcé dans une logique préférentielle d'extension, voire de regroupement de FAM ou MAS. En terme qualitatif, une attention particulière sera portée sur la prise en charge du handicap psychique, de la déficience intellectuelle sévère et du polyhandicap.

Sont également prioritaires les opérations de **médicalisation de foyers occupationnels** préexistants notamment au regard des besoins recensés en termes de soins des populations d'ores et déjà accueillies dans les structures existantes.

##### Domicile :

**Les besoins en matière de SAMSAH et SAVS sont également très importants** sur l'ensemble du département.

Un maillage du territoire est souhaitable par le déploiement de SAMSAH.

##### ESAT :

L'analyse des besoins ainsi que le taux d'équipement de l'Hérault montre la **nécessité de développer l'offre en ESAT.**

En terme qualitatif, la priorité sera le développement de **l'accueil des travailleurs handicapés souffrant un handicap psychique** par création ou reconversion (Certains travailleurs handicapés étant accueillis dans des ESAT non habilités pour ce type de handicap). **La diversification de l'offre est à compléter par le développement de structures "hors les murs" non existantes à ce jour sur le département.**



## II.3.1 - Adultes handicapés

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Lozère:**

##### MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle du département est historiquement très importante que ce soit en MAS, FAM, foyers de vie, ESAT ou services à domicile. Elle répond à des besoins extra-régionaux, le schéma en faveur des adultes handicapés 2008-2013 indiquant que près d'une personne sur cinq provient de la région parisienne.

Cette offre doit être diversifiée et restructurée par redéploiement afin d'améliorer la réponse aux besoins des autres territoires de la région.

Ainsi, le développement de places d'accueil de jour pour des adultes vivant à domicile sera recherché, ainsi que la réflexion sur des projets innovants.

L'identification d'unité dédiée à une population spécifique (autistes, handicapés psychiques,...) pourra également être privilégiée.

**Le fonctionnement de la structure d'accueil temporaire et d'urgence à vocation régionale située à Montrodât devra être évaluée** afin de mettre en exergue les besoins en matière de situation d'urgence et d'accueil temporaire.

Une formalisation du partenariat entre le CHS de St Alban et les ESMS sera à formaliser.

##### Domicile:

Le CLIC départemental pourrait s'ouvrir aux personnes handicapées.

Un SAVS départemental est envisagé.

ESAT : Population de handicapés psychiques qui nécessite une adaptation des moyens en personnel notamment en terme de formation et de taux d'encadrement.





## II.3.1 - Adultes handicapés

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Pyrénées-Orientales :**

##### MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle du département est jugée suffisante et n'est pas prioritaire au niveau régional.

L'ouverture récente de deux MAS, l'une à Thuès les Bains pour handicapés psychiques, l'autre à Argelès pour polyhandicapés va permettre d'élargir le panel de réponses institutionnelles.

##### Domicile :

Deux SAMSAD pour handicapés psychiques de 10 places chacun couvrent le secteur de Perpignan. **Ce dispositif devra être renforcé** afin de mailler le territoire, et notamment les secteurs du Conflent et de Cerdagne-Capcir.

Par ailleurs, un SAMSAD pour déficients moteur à vocation départementale pourrait être créé, le cas échéant par redéploiement.

ESAT : Pas de tension particulière ni d'évolution de capacité prévue sur ce dispositif.



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Un dispositif médico-social spécifique prend en charge les personnes vulnérables du fait de leurs addictions; d'atteintes par des maladies et rendues vulnérables par la précarité sociale. La précarité accompagne très fréquemment la maladie chronique grave ou invalidante, qu'elle en soit une conséquence ou un des déterminants.

- Dispositif de prise en charge **des addictions** qui comprend les :
  - Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec ou sans accueil résidentiel et les Consultations jeunes consommateurs;
  - Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD);
- Dispositif de prise en charge **des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies graves et/ou invalidantes**. Ce sont les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), qui n'ont pas vocation à accueillir les malades mentaux (ne se substituent pas aux missions des secteurs de santé mentale) et n'accueillent les personnes présentant des addictions que du fait des co-morbidités (ne se substituent pas au dispositif de soins résidentiels en addictologie);
- Dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) de prise en charge **des personnes en grande précarité**, sans chez eux et nécessitant des soins du fait de pathologies intercurrentes.



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### I - LES ENJEUX POUR LA RÉGION

L'enjeu de déploiement de ces dispositifs est particulièrement important en Languedoc Roussillon du fait de la convergence de trois caractéristiques régionales, sources de besoins : le poids des addictions, des maladies chroniques et de la précarité.

#### □ Les addictions, un problème de santé important en région

> Le Languedoc Roussillon est dans les 8 régions les plus concernées par les problèmes d'addictions. La consommation élevée de tabac ne baisse pas significativement chez les 17 ans, augmente chez les femmes avec une « épidémie » attendue de cancers du poumon.

> L'alcool est une des causes importantes de la mortalité prématurée régionale, cause par ailleurs de prématurité et de morbidité périnatale et infantile. La toxicité liée à l'alcool chez la femme enceinte serait responsable de 10 à 20% des enfants et jeunes en IMP ou IMPRO pour des troubles comportementaux. Usage régulier, ivresses répétées touchent même c les plus jeunes.

> La région est dans les 5 premières régions où les pratiques de consommations de drogues sont les plus élevées , avec leur cortège de co-morbidités (VIH, hépatites) et leur impact sur des populations très vulnérables : détenus, femmes, enfants.

> Le problème des addictions est corré à la situation sociale et économique. En région (enquête ORS pour le Conseil régional) 50% des jeunes en MJ ou apprentissage consomment régulièrement du tabac, s'alcoolisent massivement, 60% consomment du cannabis (30% tous les jours), 15% de la cocaïne, 5% de l'héroïne. Les étudiants sont en retrait pour l'ensemble de ces consommations. Ce problème touche tous les lieux et milieux : la sphère privée et publique, les milieux festifs, les zones rurales. Les jeunes, les femmes, mais aussi les seniors semblent de plus en plus concernés.

> Certaines pratiques de consommation exposent aux risques de contamination : 4% des contaminations VIH concernent des usagers de drogue (2% du national), la prévalence du VHC est massive (60%), alcool et précarité sont des déterminants du VHB.



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### □ La maladie chronique

L'importance des maladies chroniques en région, en particulier le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les hépatites et le VIH (pouvoyeuses d'un nombre important de cancers et maladies cardio-vasculaires) est soulignée par tous les acteurs. La complexité des prises en charge, les interactions entre les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-social sont aggravées par la fréquence des ruptures sociales (et parfois familiales) qui les accompagnent et la précarité ou l'isolement qu'elles peuvent induire.

Elle est objectivée par le poids des ALD concernant les maladies de l'appareil cardiovasculaire, les cancers, les maladies nutritionnelles et métaboliques (dans lesquelles la maladie alcoolique).

### □ La précarité

Le taux de pauvreté est élevé dans tous les départements de la région, touche tous les âges (un enfant sur 4 vit au dessous du seuil de pauvreté), 11% de la population vit avec le RSA (contre 7% au niveau national). Le taux de chômage se maintient très supérieur à la moyenne nationale. La part des salaires dans la composition totale des revenus est la plus faible de France. Avec les ayants droits, la population couverte par la CMUc représente 10,8% de la population générale (contre 6,8% en France métropolitaine).

Ces données et celles attestant de l'absence fréquente d'entourage, de la faiblesse et de la fragilité des revenus, de la fragilité ou de l'absence de logement traduisent la vulnérabilité d'une partie importante de la population d'une part par rapport à certains risques (dont les addictions et leur cortège de comorbidité) d'autre part face aux conséquences sociales de maladies graves.

Le schéma de l'organisation médico-sociale en direction des personnes à vulnérabilité spécifiques sous-tend donc fortement et de manière particulière les développements ultérieurs du programme Régional d'Accès à la Santé et aux soins (PRAPS). Il appelle une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la cohésion et de l'action sociale (CCAS, CAF, Conseils généraux, DDS).



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.43



CSAPA-CAARUD

### La place du médico-social dans le dispositif de prise en charge des addictions

**Le dispositif structurant le parcours santé en matière d'addictions est organisé en transversalité autour de quatre « champs »**

#### - Le champ médico-social

- Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) avec ou sans accueil résidentiel
- Les consultations jeunes consommateurs
- Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) qui animent sur certains territoires des réseaux de pharmaciens

Il a une place centrale du fait :

- de ses missions dans les champs de la prévention, de l'accompagnement et du soin
- de son rôle pour une prise en compte de l'ensemble des besoins des personnes (besoins sociaux, économiques, sanitaires, psychologiques, éducatifs)

#### - Le champ hospitalier

- équipes de liaison (ELSA)
- Consultations (addictologie, tabacologie...)
- Sevrages complexes
- Units de sevrage et SSR
- le dispositif de santé mentale

#### - La médecine de ville et les pharmaciens, les réseaux

Des réseaux d'addictologie regroupant des médecins généralistes maillant une partie du territoire (implantés dans l'Aude, à Alès, Bagnols-sur-Cèze, Pont St Esprit, Vauvert, Montpellier et Perpignan) jouent un rôle de coordinations d'acteurs.

#### - Les acteurs de prévention

-Associations dans le champ de l'éducation à la santé ou professionnels (milieu scolaires, universitaires...)

**Le dispositif médico-social agit en liens structurés avec les acteurs sanitaires et sociaux locaux, acteurs du parcours de vie en matière d'addictions**

La lutte contre les addictions et la prise en charge globale des personnes passe par :

- Des actions de prévention au long du développement des personnes, adaptées aux âges de la vie : soutien à la parentalité éducation à la santé (compétences psychosociales, estime de soi, responsabilisation et éducation citoyenne, prises de risques)
- La prise en compte de vulnérabilités particulières : grossesse et risques pour l'enfant à naître
- La réduction des risques et des dommages liés aux addictions, notamment en matière de contaminations virales (VHB, VHC et VIH) mais aussi du dommage social
- La prise en compte des co-morbidités dont le VIH et hépatites, les troubles psychopathologiques

Le dispositif médico-social de lutte contre les addictions est ainsi au centre de partenariats nécessaires à construire avec :

- Le réseau périnatal, les maternités et PMI
- Les professionnels en lien avec les adolescents et jeunes adultes, et notamment Maisons des adolescents et Points écoute jeunes, espaces de premier recours pour les jeunes
- Les centres de vaccination
- Le dispositif de dépistage des IST, du VIH et des hépatites
- Le dispositif de santé mentale
- le dispositif d'action sociale et de lutte contre les exclusions



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### CSAPA-CAARUD

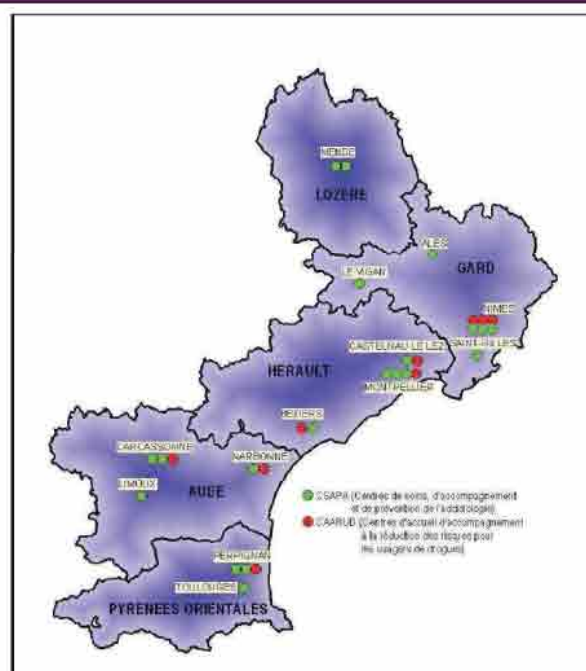
#### Diagnostic régional de l'offre

##### Les CSAPA 19 structures

- ❑ Des agglomérations concentrant les structures (10)  
Carcassonne – Narbonne – Nîmes – Montpellier – Perpignan
- ❑ Une « dispersion » des moyens (32 antennes ouvertes en majorité de 2 à 4h par semaine) ne permet pas de couvrir le territoire.
- ❑ Des secteurs où la mission est assurée par des associations non gestionnaires de CSAPA.
- ❑ Des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires

##### Les CAARUD 8 structures

- ❑ Malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, une couverture du territoire non assurée. Pas de structure en Lozère. Des micro territoires où la fonction est assurée par des associations non gestionnaires de CAARUD.
- ❑ Mise en place de réseaux de pharmaciens dans les P-O et le Gard.
- ❑ Une évolution des populations, de leurs pratiques, et de leurs localisation qui nécessite en corollaire une évaluation des besoins et une adaptation de la réponse.



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.45



CSAPA-CAARUD

### Atouts et faiblesses, les enjeux (1)

- Un enjeu de déploiement territorial et de coordination avec les autres acteurs en réponse aux besoins des populations locales
  - Le dispositif des CSAPA est étoffé mais ne couvre pas le territoire ; il est de manière générale insuffisamment coordonné avec les établissements sanitaires et les médecins et professionnels de premier recours. Il reste encore très spécialisé, alors que le poids des poly-consommations est noté partout et que l'alcool est toujours présent en « toile de fond ».
  - S'il y a peu de problèmes d'accessibilité à la méthadone, un meilleur « chaînage » entre la prescription et la délivrance effectuée à l'hôpital et/ou dans le champ médico-social, puis en ville et un meilleur accès des usagers les plus marginalisés s'avère nécessaire.
  - L'analyse de l'activité montre un turn-over important des personnes accueillies et une certaine discordance entre les observations du terrain (grande précarité et marginalisation) et les données sur les conditions sociales des personnes accueillies.
- Un enjeu de réponse à des besoins non couverts :
  - Du fait des implantations actuelles et de l'utilisation qui est faite en est faite, l'offre de soins résidentiels ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins régionaux. Il est nécessaire de préserver les appartements relais ou thérapeutiques actuels, et de développer des CSAPA avec hébergement.
  - Aucune réponse cohérente n'est apportée aux besoins des « routards », population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage important. D'une manière générale, dans les trois principales agglomérations régionales, l'accès à la méthadone des plus marginalisés n'est pas organisé.
- Un enjeu de déploiement des CAARUD, de diversification des réponses et de prise en compte des évolutions :

Le dispositif de réduction des risques (RDR) demande à être étayé pour une bonne couverture territoriale. Il n'obéit à un déploiement concerté d'une palette de modes d'intervention que dans les PO et Gard. Il se heurte à des difficultés d'accès géographique (Cévennes, Lozère...)

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.46



CSAPA-CAARUD

### Atouts et faiblesses, les enjeux (2)

- Un enjeu de réponse cohérente aux troubles neurocognitifs

En relai du dispositif spécialisé (sanitaire dont les SSR, mais aussi médico-social) il n'existe pas d'alternatives à l'hospitalisation et de possibilité de prise en charge (accompagnement) à domicile en particulier des troubles neurocognitifs induits par les produits consommés auxquels des dispositifs tels que les SAMSAH pourraient répondre

- Un enjeu d'articulation avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le repérage et la prise en charge des co-morbidités

La faiblesse ou l'absence des liens avec le dispositif de santé mentale est massive.  
L'articulation demande à être étayée et généralisée avec les CDAG et CIDIST, les centres de vaccination et les hépatologues.  
L'articulation avec le réseau périnatal et les maternités demande à être consolidée notamment dans les PQ.

- L'enjeu majeur de la prévention et le recentrage de l'action des équipes de prévention des CSAPA

Enfin, l'analyse critique des actions de prévention conduites sur la région montre la nécessité de recentrer le rôle des équipes de prévention des CSAPA dans des projets locaux, en lien avec le pôle de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé et les autres acteurs du champ.



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.47



CSAPA-CAARUD

### Les principes d'organisation (1)

Il s'agit bien de mettre en œuvre un déploiement concerté du dispositif médico-social pour couvrir les besoins du territoire, répondre aux besoins actuels des populations.

**Les établissements ont vocation à se déployer au niveau territorial** pour répondre aux besoins des populations dans l'ensemble des bassins de vie. Ce doit être un déploiement progressif et concerté mais qui demande à être programmé sur la durée du schéma. La programmation se fera en cohérence avec la programmation de déploiement des contrats locaux de santé et du panier de service de proximité (se référer au schéma régional de la prévention).

> Ils ont en effet vocation à s'inscrire dans les projets locaux de santé au niveau des territoires de proximité identifiés du fait de leur dynamique dans le schéma de la prévention (cf. annexe relative au diagnostic territorial). Dans ces bassins de vie, la mise en place d'une coordination de proximité et la coopération des acteurs locaux doivent permettre l'émergence d'un projet global de santé dans lequel s'intègre le dispositif médico-social.

> Ils portent un socle de prestations qui participe du panier de service de proximité défini dans le schéma de la prévention, auquel l'ensemble de la population doit pouvoir avoir accès.

**Ils doivent développer les interfaces avec les médecins généralistes et professionnels libéraux.** Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens et paramédicaux) sont le recours naturel des habitants.

- Ce sont des acteurs incontournables face aux enjeux de repérage et prise en charge précoces.

- Les pharmaciens ont un rôle important à jouer à travers la délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO) mais aussi dans la réduction des risques et l'accès au matériel et aux conseils.

Ils ne peuvent rester isolés et le rôle du dispositif médico-social est bien de faciliter leur implication par l'information et la formation, l'action en relais ou en appui, le développement de travail en réseau ou en interfaces. L'implantation du panier de services de proximité, en privilégiant les lieux d'exercice pluri-professionnel, constitue bien à ce titre une interface.

**Ils sont les garants du parcours de santé en matière d'addiction dans les territoires.** A travers leurs actions propres, les coopérations entre professionnels, la mobilisation et l'appui aux acteurs de terrain de l'ensemble des champs concernés, leur rôle est de construire les conditions de ce parcours et de son accessibilité quel que soit le choix d'entrée de l'utilisateur. Ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin d'intervention, en matière de connaissances et de pratiques.

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.48



CSAPA-CAARUD

### Les principes d'organisation (2)

**Ils ont un rôle à jouer dans les programmes de prévention.** Ceci ne peut se concevoir qu'en mobilisant les compétences spécifiques liées à leur formation mais aussi à leur expérience, **en appui et en coopération avec les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, reconnus par le pôle ressources régional en éducation et promotion de la santé** défini dans le schéma régional de la prévention.

- La prévention doit en effet avoir une place centrale. Les questions essentielles sont celles de la construction de la personnalité, des compétences, du lien social, du bien-être individuel et social... Elle implique d'agir précocement sur les facteurs qui aggravent les risques : la précocité, l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (les risques professionnels, l'apprentissage pour le jeune, des périodes de vie comme la grossesse), les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, les contextes de désocialisation et de marginalisation ...

- Il est donc nécessaire d'agir en amont du dispositif spécialisé par des actions qui s'inscrivent dans la durée. La prévention doit être adaptée aux âges et aux conditions de vie depuis l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales jusqu'à la réduction des risques. Elle nécessite le soutien de la parentalité. Elle implique de se préoccuper des troubles des conduites alimentaires, jeux dangereux, troubles de la relation parents enfants dès leur survenue.

- Le dispositif exerce pleinement ses missions dès lors qu'il faut mobiliser la prévention spécifique. Dans les lieux (rassemblements festifs...) et face aux circonstances à risques, dans la formation et le soutien des professionnels intervenant auprès des jeunes, l'action coordonnée avec les personnels des établissements scolaires, des lieux d'accueil des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales d'insertion, centres d'apprentissage), des lieux d'écoute (Points écoute jeunes, Maisons des adolescents), les personnels de la santé au travail (médecine du travail et CHSCT).

Ces axes de déploiement seront intégrés dans les travaux d'élaboration des projets territoriaux de santé et ceux de la commission régionale de coordination en addictologie (définie dans le schéma régional de la prévention).

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.49



CSAPA-CAARUD

### Les objectifs opérationnels

1. **Les CSAPA** doivent jouer un rôle pivot dans la fluidification des parcours et la cohérence des réponses territoriales.

• Un déploiement concerté sur le territoire qui pourra passer selon les situations ou les spécificités locales par des :

- redéploiements à partir des bassins à forte concentration de structures (en particulier les agglomérations de Montpellier et Nîmes, mais aussi Carcassonne, Narbonne et Perpignan)
- création dans les secteurs où la mission est principalement portée par une association de prévention
- regroupements coopératifs de moyens disséminés
- développement d'antennes (création ou renforcement) dans les zones blanches ou mal couvertes
- la contribution des CSAPA au déploiement du panier de service de proximité, en priorité dans les zones rurales ou les quartiers enclavés des villes.

• Les zones blanches ou mal couvertes identifiées sont :

- **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan-Corbilières) Port La Nouvelle
- **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Algue Morte (petite Camargue), Nord Est du département (Bagnols/C., Pont St Esprit) Nord du département (les Cévennes)
- **Hérault** Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)  
Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St. Pons) Pays coeur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- **Lozère** Zone blanche des Cévennes  
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac  
Nécessité de partage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- **P O** Les Albères, les Fenouillèdes, le plateau Cerdan, le Haut Vallespir

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.59



### CSAPA-CAARUD

#### • Des priorités identifiées en termes de déploiement sur les zones blanches :

- Pays cœur d'Hérault et Bassin de Thau
- La haute vallée de l'Aude et l'Est Audois
- Les Fenouillèdes et les Albères
- Langogne
- Bagnols/C et le Nord Est du Gard, petite Camargue

#### • Des conditions de déploiement obéissant à des cahiers des charges à construire collectivement et destinés à favoriser

- o une stabilisation des antennes (amplitude minimale d'ouverture réduisant l'émission actuelle des forces)
- o création d'antenne conditionnée par une étude de besoins ou par une première implantation exploratoire. Dans ce dernier cas, la pérennité de l'implantation sera examinée au vu des résultats
- o une intervention de proximité à travers le panier de service plutôt qu'à travers des consultations avancées
- o une coordination étroite avec les acteurs locaux de la santé et du social

#### • Une évolution souhaitée des CSAPA :

##### - vers la polyvalence qui répond :

- aux orientations en matière d'interventions centrées non plus le produit mais sur la personne,
- qui répond aussi à la réalité des besoins des populations accueillies dans les structures quel que soit leur agrément.

- vers une **implantation extra-hospitalière** afin de mieux répondre aux besoins des usagers les plus en difficulté et de permettre une plus grande cohérence des rôles respectifs des structures médico-sociales et hospitalières.

- vers une **fonction d'animation de leur bassin** d'implantation, chaque bassin de vie devant pouvoir à terme identifier un CSAPA référent pour le parcours de santé des usagers au regard des addictions

##### o coordination des acteurs locaux

- o en articulation avec le secteur hospitalier, médecine ambulatoire et pharmaciens, secteur social et psychiatrie, réseau périnatal et maternités, dépistages, vaccinations ... condition du parcours santé concernant les addictions



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.51



CSAPA-CAARUD

= **vers un recentrage de leurs interventions de prévention** en direction des lieux et des publics prioritaires au regard de leur vulnérabilité et de leur proximité avec le risque, et en cohérence avec les projets locaux de santé.

### • Un accompagnement nécessaire

- La prise en compte des missions nouvelles en termes de compétences (formations et ou recrutements)
- La construction de référentiels et cahiers des charges régionaux en lien avec la commission régionale de coordination des addictions

2. **Les CAARUD** doivent de même jouer un rôle important dans la fluidification des parcours et la cohérence des réponses territoriales.

### • Un déploiement concerté sur le territoire

Il est nécessaire de programmer la couverture des besoins du territoire pour :

- rentrer en contact et accueillir sans aucun préalable, les usagers puis les accompagner afin de répondre aux besoins vitaux de soins de première nécessité et d'hygiène, aux besoins sociaux et d'accès aux droits,
- mettre à disposition le matériel de réduction des risques et les savoir-faire.

**Certaines zones prioritaires** sont identifiées :

- Le bassin de Thau, les Hauts Cantons (Bédarieux St Pons) et pays cœur d'Hérault dans l'Hérault
- La petite Camargue(Beaucaire, St Gilles , Aigues Mortes) et le Nord est du département du Gard (Bagnols/C., Pont St Esprit)
- La Lozère
- L'agglomération de Montpellier où est posée la question du renforcement des actions et de la diversification de la palette de réponse aux besoins. A ce titre, la création d'une structure comprenant un hébergement (« sleep in ») pourra être envisagée.

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.52



### CSAPA-CAARUD

La couverture des besoins du territoire par l'activité des CAARUD nécessitera **une concertation par territoire de santé et entre territoires** (pour les Cévennes notamment) pour envisager :

- la création de nouvelles structures, notamment dans les secteurs où les missions sont portées par des associations de prévention (petite Camargue, Nord Est du Gard), ou les extensions de l'action des structures existantes;
- les articulations et coopérations entre structures existantes associant les CSAPA;
- la diversification des outils et modes d'intervention : équipes mobiles, animation de réseaux de pharmaciens, automates, points d'accueil, interventions en milieu festif ...

▪ Etant donné la rapidité de l'évolution de la population concernée et de ses besoins, il conviendra d'actualiser **un état des lieux des besoins** (« recherche actions », diagnostic communautaire) à partir du dispositif existant, en lien avec l'ensemble du réseau addictologie et des acteurs de première ligne (sociaux ou sanitaires).

▪ **Une évolution souhaitée du rôle des CAARUD** vers une fonction d'animation de leur bassin de couverture en articulation avec le (ou les) CSAPA de référence : information et coordination des acteurs, notamment avec secteur social et dispositif ambulatoire (médecins et pharmaciens), hôpital et santé mentale.

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.53



CSAPA-CAARUD

Tant CSAPA que CAARUD doivent intégrer dans leurs missions l'amélioration de l'accès des usagers à :

- La réduction des risques dans la globalité des aspects de la santé et du social et notamment la récupération des droits.
- L'accès aux soins somatiques en premier lieu à la médecine de proximité sans oublier la gynécologie.
- L'accès aux dépistages du VIH, du VHC et du VHB en partenariat avec CIDIST et CDAG, notamment en développant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), communautaires ou non, ou en ayant recours aux médecins généralistes.
- L'accompagnement vers la prise en charge des contaminations (liens avec les infectiologues et avec les hépatologues).
- L'accès aux vaccinations VHB.
- L'aide et le soutien de l'entourage.

### 3. Les prises en charge avec hébergement

Les soins résidentiels (Communautés thérapeutiques, familles d'accueil, CSAPA avec hébergement, appartements thérapeutiques) offrent peu de disponibilité pour les besoins de la région.

Les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des P-O doivent pouvoir disposer :

- d'un CSAPA résidentiel ouvert aux besoins du territoire,
- d'appartements thérapeutiques, avec mobilisation de l'ALT (aide au logement temporaire).

Dans ce domaine également, il conviendra d'évaluer régulièrement la satisfaction des besoins de soins résidentiels.



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### ACT

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu de solidarité active...) et l'aide à l'insertion sociale.

Les appartements de coordination thérapeutique offrent à la fois une coordination médicale et psychosociale.

Ce dispositif s'il est le plus important n'est pas le seul. Mais dans la palette des dispositifs d'accueil des personnes atteintes de maladie chronique, les autres moyens mobilisés, principalement les appartements relais, répondent plus aux besoins d'hébergement et d'accompagnement social et psychologique sans la dimension de coordination thérapeutique, et sont plus spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

#### Diagnostic régional et les enjeux

##### Le dispositif

76 places d'ACT et 6 places spécifiques sortants de prison soit un total de 82 places financées pour 83 autorisées.

Aude :	Carcassonne	11 places
Gard :	Alès	6 places
	Nîmes	15 places
Hérault :	Montpellier	32 places
		6 places sortants de prison
PO :	Perpignan	12 places



## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.55



ACT

### Les enjeux

#### □ Un enjeu de réponse aux besoins

S'ils sont difficiles à estimer au vu des déterminants qui se conjuguent et demandent à être affinés, l'évaluation actuelle montre un sous-dimensionnement au regard des refus d'admission de patients (en ce qui concerne les PVVIH qui occupent environ 30% des places, une cinquantaine de refus en 2010)

Les perspectives d'un accroissement des besoins appellent un doublement des capacités au regard :

- de l'augmentation de la file active des patient atteints d'hépatites C éligibles aux nouveaux traitements (trithérapies), souvent co-infectés VIH et VHC en relation avec l'usage de drogues
- de l'augmentation régulière de la file active des patients VIH sur la région du fait de l'allongement de la vie avec le virus, marquée par les co-morbidités (cancers, maladies cardio-vasculaires, troubles neuro-cognitifs et altération de l'autonomie ...)
- de l'augmentation de la précarité en région et du poids des maladies chroniques telles que maladie cardio-vasculaire, la maladie alcoolique, les cancers digestifs Il s'agit de répondre aux besoins, notamment dans les périodes transitionnelles, où rechutes et aggravations sont liées à la qualité et à la continuité de la prise en charge (sortie d'hôpital, sortie de prison, initiation de traitement )

En outre, l'insuffisance de réponse aux besoins de sortie de détention pour éviter les ruptures de parcours de soins, justifie la création de 5 places pour les centres de détention de Béziers, Perpignan et Nîmes.

#### □ Un enjeu de couverture territoriale

Répartir les nouvelles places sur l'ensemble du territoire et particulièrement les bassins de vie autour des principales villes moyennes de la région.

#### □ Un enjeu d'amélioration de la qualité de la réponse

Plusieurs points critiques doivent être pointés :

- La difficulté à accueillir les enfants en même temps que les mères
- La difficulté à accueillir les personnes présentant troubles neurocognitifs ou psychopathologiques
- La difficulté à fluidifier les parcours de prise en charge du fait de l'appauvrissement en capacités d'appartements relais et de carences de prise en charge spécifique des troubles neurocognitifs

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.56



ACT

### Les objectifs opérationnels

- Un objectif quantitatif :
  - doubler le nombre d'ACT
  - et créer 15 places de sortants de prisons (PO, Gard, Hérault)
- Un objectif de déploiement territorial pour couvrir les bassins de vie des principales villes moyennes de chaque territoire
- Un objectif d'évolution qualitative du dispositif
  - Améliorer la prise en charge des publics les plus difficiles (pratiques addictives et troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques,) en développant les compétences des équipes et les partenariats avec les dispositifs compétents médico-sociaux ou sanitaires
  - Permettre l'accueil des accompagnants, notamment des enfants, par mobilisation du droit commun de l'action sociale et familiale
- Un objectif concernant l'utilisation de la palette des réponses aux besoins d'hébergement avec accompagnement social
  - Privilégier le maintien et non la transformation des places d'appartements relais
  - Etudier avec les associations et les DDCS et Conseils généraux, la possibilité d'inscrire les appartements relais dans le droit commun (maisons relais, résidences sociales ...) en maintenant un accompagnement social et en mobilisant SSIAD, SAMSAH et SAVS en accompagnement des personnes.

## II.3.2 Personnes à vulnérabilité spécifique

p.57



ACT

### **Articulation avec l'ensemble des schémas**

L'insuffisance de places d'ACT conduit au maintien durable des personnes en SSR, service de soins et CHR<sup>S</sup> mais aussi à des situations d'errance pour les personnes.

A contrario, la carence de réponse des dispositifs de droit commun aux besoins des personnes a des répercussions sur les ACT et globalement sur l'ensemble de la filière de soins:

- **Difficulté du parcours résidentiel et de l'accès à l'hébergement** et au logement social. Cela ne concerne pas que les personnes malades, mais la maladie est une difficulté aggravante (15 % des PVVIH n'ont pas de logement personnel en France - enquête DGS 2010)

- **Difficulté de prise en compte du vieillissement prématuré des personnes vivant avec le VIH**. 25% d'entre elles a plus de 52 ans. Elles vieillissent prématurément du fait de l'atteinte prolongée du système immunitaire, avec des troubles neurocognitifs et une dépendance précoces. Or, il n'y a actuellement pas de réponse adaptée en termes d'EHPAD, d'autant que se pose la question des dérogations d'âge

- **Difficulté de répondre au handicap induit par la maladie**, qui ne se limite pas qu'au VIH, mais aussi tout le champ des maladies avec atteinte neuro-dégénérative. Pourtant, les structures de type MAS/FAM ou SAMSAH/ SAVS pour ce qui concerne l'accompagnement à domicile (ou au domicile de substitution) pourraient répondre à ces besoins. Afin de faciliter ces modalités de prise en charge, le raccourcissement des délais d'instruction de la Prestation de compensation du handicap (PCH) serait souhaitable.

## II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

p.28



Lits Halte Soins Santé

### L'état des lieux régional

51 places réparties entre le Gard, l'Hérault et les Pyrénées Orientales

Gard	Alès	15 places
Hérault	Montpellier	3 places
	Béziers	8 places
	Sète	8 places
PO	Perpignan	4 places
	Banyuls/Mer	3 places

### Les principes d'organisation et objectifs opérationnels

Ce dispositif doit s'inscrire dans la grande proximité des populations concernées (populations de personnes en situation d'exclusion sociale et sans chez elles) et être porté par les acteurs des réseaux précarité locaux au premier rang desquels les CHRS et le dispositif d'hébergement et d'accompagnement social ainsi que les associations mobilisées sur la veille sociale.

Il doit s'inscrire en cohérence avec les projets locaux de santé et la veille sociale dans les bassins de vie.

### L'évolution souhaitable

L'objectif est d'assurer une couverture régionale en lien avec les DDCS et les PASS par l'ensemble des acteurs de la veille sociale et une réelle prise en compte de la santé des personnes dans des projets locaux où les LHSS peuvent avoir toute leur place.



## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

LANGUEDOC-ROUSSILLON



### Diagnostic régional et enjeux principaux

- 37% des adultes pris en charge dans les ESMS ont plus de 45 ans (Enquête ES 2006 CREAL )
- En MAS: l'âge médian est de 43 ans (DRASSInfo 2009) / 7% des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans
- En ESAT : 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans
- Des politiques départementales hétérogènes en matière de prise en charge du vieillissement des personnes handicapées



### Principes d'organisation (PSRS)

#### Accessibilité :

Développer une offre de prise en charge à destination des personnes handicapées vieillissantes (PHV) diversifiée et équitablement répartie sur les territoires.

#### Qualité- pertinence :

Pas d'approche dogmatique ni de solution "idéale" mais du "sur mesure" en fonction des besoins de la personne :  
Individualisation de la prise en charge  
Formation des personnels accueillant les personnes handicapées vieillissantes

**Efficience :** Adaptation de l'existant : médicalisation de foyers de vie ; section PHV en EHPAD ou en MAS/FAM  
Déclassement des secteurs PA/PH

**Évitabilité :** Éviter la rupture de prise en charge en anticipant le vieillissement de la personne handicapée (âge des 60 ans)

#### Parcours de santé : articulations avec la **prévention**, les soins de premiers recours et le médico-social

1- **Prévention** : prévention perte autonomie

#### 2- Premiers recours

- Articuler la prise en charge au domicile et en SAVS
- La médicalisation de l'établissement face au vieillissement des PH

3- **Hospitalier** : lien ville-hôpital, volets médecine, USLD, HAD, soins palliatifs / liens EHPAD hôpitaux

- Equipe mobile de soins palliatifs dans les ESMS, Hospitalisation à domicile (HAD) pour les personnes handicapées à domicile

4- **Médico-social** : Etayage spécifique des EHPAD à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes

## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes



Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs
<b>Adapter et développer l'offre de prise en charge</b>	
Développer, en lien avec les C.G., des unités dédiées en EHPAD ou en MAS/FAM, la médicalisation de foyers de vie	
Adapter l'offre existante de SSIAD et de SAMSAH en renforçant leurs missions d'accompagnement et de coordination en lien avec le vieillissement de la personne handicapée à domicile	
Favoriser l'intervention des EMSP et de l'HAD auprès de la personne handicapée vieillissante	
<b>Anticiper la rupture de prise en charge par un décloisonnement des secteurs PA et PH</b>	
Evaluer les besoins de la personne et les solutions disponibles en amont de la barrière administrative des 60 ans	
Proposer des prises en charge conjointes SAVS/EHPAD	% de PA 60 ans suivies en SAVS et hébergées en EHPAD
Créer des passerelles entre secteurs PA/PH favorisant l'intégration progressive en EHPAD	

## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes



### Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

**La thématique des personnes handicapées vieillissantes recouvre plusieurs problématiques très différentes et nécessite donc des réponses différenciées.**

Ainsi, en fonction d'une évaluation fine des besoins, à réaliser sur chaque territoire, les modalités suivantes seront étudiées :

- Création d'unités PHV adossées à des EHPAD, en articulation avec les SAVS sur le territoire
- Adaptation des MAS/FAM afin d'offrir des unités dédiées aux PHV, soit par redéploiement soit par création de places
- Médicalisation de places de FO pour offrir une réponse sécurisée aux besoins des PHV
- Permettre le maintien la prise en charge en foyer d'hébergement au-delà de 60 ans, en fonction des orientations départementales
- Renforcer et diversifier l'accueil familial, en lien avec les ESMS

**Une attention particulière sera portée au public en grande précarité et en perte d'autonomie importante.** En effet, leurs problématiques d'accompagnement dans le secteur médico-social peuvent se rapprocher de celles des personnes handicapées vieillissantes. Dans ce cadre, des actions expérimentales et innovantes seront proposées afin d'offrir des réponses adaptées à ce public, en partenariat avec les services de l'Etat et du Conseil Général dans le champ de la cohésion sociale.



## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

**Aude:**

La thématique du vieillissement des personnes handicapées est un enjeu fort des années à venir pour le département de l'Aude: la conférence de territoire s'est d'ailleurs emparée de ce sujet en mettant en place un groupe de travail spécifique.

**L'offre existante :**

- 1 FAM PHV adossé à un EHPAD à Pennautier (24 places)
- 1 unité PHV au sein de l'EHPAD de Salles d'Aude (14 places)
- 3 unités PHV en FO

En lien avec les orientations actualisées des schémas PA et PH du Conseil Général, les modalités suivantes seront privilégiées :

- création d'unités dédiées aux PHV qui pourront être adossées à des EHPAD
- médicalisation de places de FO pour offrir une réponse sécurisée aux besoins des PHV



## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes



### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Gard :**

##### **L'offre existante :**

Section PHV à la MAS d'Alesti sur Nîmes (15 places)  
Unité PHV en EHPAD Notre Dame des Pins  
FAM pour autistes vieillissants (ouverture prévue en 2013)

La prise en charge des travailleurs handicapés vieillissants et des personnes handicapées vieillissantes peut s'effectuer par adaptation des établissements existants ou par l'aménagement d'un accueil spécialisé en EHPAD

Concernant les personnes lourdement handicapées vieillissantes déjà accueillies en institutions la problématique se pose davantage en terme de médicalisation des établissements (MAS et FAM), à l'instar de l'unité spécialisée de la MAS d'Alesti.

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées vieillissantes, doit être étudiée en lien avec les services d'aide à domicile du territoire.



## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Hérault :

##### L'offre existante :

5 EHPAD accueillent des unités PHV pour un total de 74 places. Une évaluation de ces places sera réalisée courant 2012 afin d'en évaluer la pertinence et l'opportunité.

Au-delà de cette modalité d'accueil, la constitution de petites unités dédiées au sein d'ESMS pour adultes handicapés est également envisagée.

#### Lozère:

##### L'offre existante :

Le département compte 153 places spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes en foyer de vie. Une évaluation de ces places est nécessaire afin d'évaluer les besoins.

La création de quelques places pour PHV en EHPAD est envisageable, mais en très petite quantité et à moyens constants.

## II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes



### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Pyrénées-Orientales :**

##### **L'offre existante :**

1 FAM adossé à un EHPAD à Bompas (15 places) et un FAM de adossé au foyer de Los Masos (15 places)

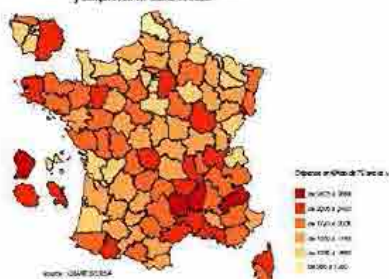
Outre les modalités envisagées en page 59, l'intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées vieillissantes doit être étudiée en lien avec les SAVS du territoire.



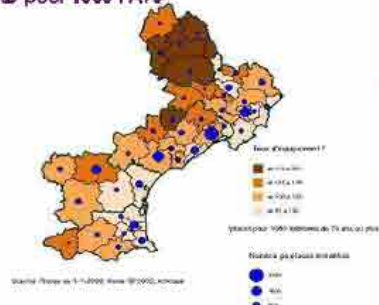
## II.4.2 Personnes âgées



Département Assurance Maladie secteur PA en 2008  
y compris AIS en libéral et USLD



Taux d'équipement en  
EHPAD pour 1000 PA75



### Diagnostic régional de l'offre en EHPAD

- Une densité importante en soins infirmiers libéraux qui compense un taux d'équipement en structures médicalisées inférieur de près de 20 points à la moyenne nationale ⇒ Un niveau de dépenses en €/PA+75ans supérieur au niveau national de près de 10%.
- Une répartition hétérogène des structures d'hébergement, implantées plutôt dans l'arrière-pays, tandis que la frange littorale plus peuplée est sous-équipée.
- 550 établissements et services pour 31 000 places, dont 22 568 d'EHPAD.
- Un effort de création de places d'EHPAD sur les 5 dernières années (près de 2 000 places d'EHPAD créées).
- La phase de médicalisation des maisons de retraite en EHPAD quasiment achevée.
- Une capacité moyenne en EHPAD de 61 places inférieure au niveau national (66 places).
- Des structures essentiellement gérées par le secteur non lucratif (public ou associatif pour 82% de l'offre).
- 60% de la dépense en EHPAD (public et privé) est couverte par les résidents et leur famille.
- Une durée médiane de séjour en EHPAD de moins d'un an (DRASS-Info décembre 2009)
- Un PMP à 189 en 2010 contre 172 en 2009 et 180 au niveau national

### Difficultés / Points de vigilance

Difficulté d'accessibilité financière aux EHPAD qui pose un réel problème d'accès à ce type de structure ⇒ nécessité d'évaluation fine des besoins et d'envisager une pause dans la création d'EHPAD

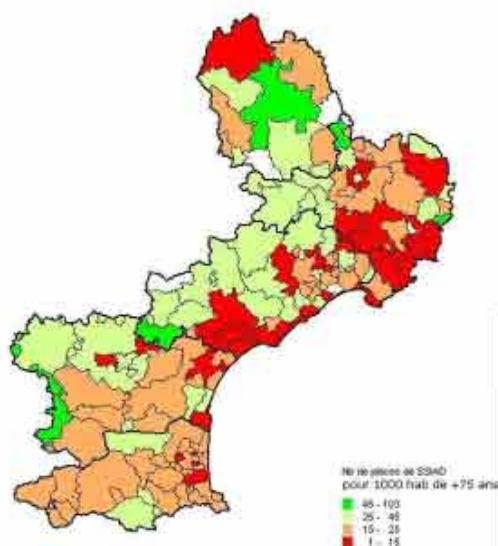
- Entrée de plus en plus tardive en EHPAD, lorsque la dépendance n'est plus gérable à domicile.
- Rupture de prise en charge (hospitalisation en urgence)
- Rôle des médecins généralistes et kinés libéraux dans le dispositif contractuel (décret et arrêté du 30/12/2010)





## II.4.2 Personnes âgées

Densité de places de SSIAD - Juillet 2009  
Languedoc-Roussillon



### Diagnostic régional de l'offre à domicile (SSIAD/AJ/HT)

- SSIAD : un fort développement (+ 60%) du nombre de places depuis 2004. ⇒ 479 places créées entre 2007 et 2009. Il n'y a plus de zones blanches non couvertes par un SSIAD.
- 4 988 places de SSIAD en LR : un taux d'équipement légèrement inférieur au taux national (19 contre 19,6 pour 1000 PA+75) compensé par la densité IDE libérales
- Montée en charge de l'accueil de jour, mais émiettement des 601 places d'accueil de jour adossées de façon disparate à des EHPAD (1 à 2 places par établissement)
- Des capacités d'hébergement temporaire (477 places) avec un taux d'occupation faible et parfois utilisées en hébergement complet.

### Difficultés / Points de vigilance

- Besoins importants de structures de répit et de soutien aux aidants
- Difficulté de fonctionnement des places d'accueil de jour : dispositif à redéployer (circulaire du 25/02/2010 : 6 places minimum adossées à un EHPAD, 10 places si AJ autonome)
- Convention nationale avec IDE libéraux qui limite la création de places de SSIAD en zones surdotées.
- Problématique de couverture de certains cantons isolés pour les SSIAD
- Nécessaire coordination entre IDE libéraux et SSIAD

## II.4.2 Personnes âgées



### Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

#### Accueil des personnes âgées

Etablissements et services, lits ou places installés au 3.01.2011 publics ou privés

Sources : DREES - ARS - FINESS

Types d'accueil	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
<b>Hébergement permanent</b>						
<b>Maison de retraite</b>						
nombre d'établissements	337	52	81	124	33	47
nombre de lits	20 471	3 617	5 022	6 700	1 660	34 700
<b>Logement foyer</b>						
nombre d'établissements	71	6	17	37	1	10
nombre de logements	3 863	289	760	2 306	66	442
<b>dont EHPAD (en maisons de retraite ou logements foyers)</b>						
nombre d'établissements	342	50	74	144	29	45
nombre de lits	22 568	3 669	5 125	8 652	1 604	35 138
<b>Hébergement temporaire - nombre de lits</b>						
	477	13	229	118	5	112
<b>Accueil de jour - nombre de places</b>						
	601	84	180	189	19	129
<b>Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)</b>						
nombre de services	141	42	27	42	10	20
nombre de places	4 988	869	1 172	1 653	281	1 013



## II.4.2 Personnes âgées



### Principes d'organisation



#### **Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement à domicile :**

- Promouvoir une politique d'accompagnement à destination des professionnels et des aidants naturels
- Structurer une véritable politique de prévention des personnes âgées
- Poursuivre la diversification de l'offre et innover en matière d'alternative à l'hébergement
- Améliorer la coordination entre les différents acteurs à domicile

#### **Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage :**

- Développer et diversifier les dispositifs d'aide et de soutien des aidants naturels
- Renforcer la coordination entre les intervenants
- Adapter les prises en charge par la création de dispositifs spécifiques dédiés aux résidents souffrant de troubles du comportement

#### **Organiser territorialement l'offre en faveur des personnes âgées :**

- Structurer et fluidifier la filière gériatrique
- Améliorer la complémentarité de l'offre ambulatoire avec l'offre médico-sociale, en s'appuyant sur les territoires "infra" définis par les schémas départementaux

#### **Optimiser et « repenser » l'offre en EHPAD :**

- Poursuivre la création d'EHPAD sur les territoires prioritaires
- Améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD
- Expérimenter des formes innovantes de prises en charge



## II.4.2 Personnes âgées

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
<b>Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement à domicile</b>	
Développer la mise en place la formation des aidants naturels	Nombre de sessions de formation
Déployer le dispositif de formation des salariés de l'aide à domicile	
Développer la formation des professionnels de santé en veillant à décloisonner les acteurs de différents secteurs	
Développer des ateliers de prévention sur les risques liés à la dénutrition et aux chutes	
Développer des ateliers d'éducation thérapeutique spécifiques aux PA sur les pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, médicaments psychotropes...)	
Créer des places de SSIAD sur les territoires déficitaires, en lien avec la densité en IDE	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire	Nombre de places autorisées
Reconfigurer l'offre en accueil de jour, conformément à la circulaire du 25 février 2010	
Utiliser les dispositifs d'HAD pour éviter l'hospitalisation en amont ou pour accélérer le retour à domicile en aval d'une hospitalisation	
Favoriser les interventions des SSIAD et/ou des SAD la nuit et en urgence	
Définir et positionner un opérateur référent par territoire de proximité	
S'appuyer sur les réseaux gérontologiques existants pour coordonner les accompagnements	
Créer un dossier partagé et des outils de transmission des informations pour l'ensemble des intervenants	
Promouvoir le développement des SPASAD (gestionnaire unique SSIAD + SAD)	Nombre de SPASAD autorisés
<b>Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage</b>	
Déployer des formations des aidants naturels en lien avec les MAIA et les plateformes de répit	Nombre de sessions de formation
Développer des plateformes de répit et d'accompagnement en s'appuyant sur les accueils de jour autonomes	
Déployer des équipes spécialisées Alzheimer à domicile sur chaque territoire de santé	Cartographie du dispositif Alzheimer déployé par territoire de santé
Etendre la labélisation des MAIA comprenant des gestionnaires de cas sur chaque territoire de santé	
Développer la labélisation des PASA et UHR au sein des EHPAD et/ou des USLD	





## II.4.2 Personnes âgées

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
<b>Organiser territorialement l'offre en faveur des personnes âgées</b>	
Structurer et fluidifier la filière gériatrique	
Utiliser le dispositif "HAD d'amont" à proximité des EHPAD pour éviter l'hospitalisation aux urgences	
Privilégier l'accès direct au court séjour gériatrique si l'hospitalisation est nécessaire, sans passer par les urgences	
Améliorer l'articulation entre les EHPAD et les professionnels de santé libéraux	Taux de médecins et professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD avec contrat
Améliorer l'articulation entre les EHPAD et le secteur psychiatrique : psychiatrie de liaison, gériatrie-psychiatrie	
<b>Optimiser et « repenser » l'offre en EHPAD</b>	
Poursuivre la création d'EHPAD sur les territoires prioritaires	Taux d'équipement
Favoriser le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs en EHPAD	
Organiser des formations en EHPAD sur les soins palliatifs	
Expérimenter la télé-médecine en EHPAD	
Expérimenter des formes innovantes de prises en charge : logements alternatifs, plateformes multi-services adossés ou non à des EHPAD, visant notamment à garantir une accessibilité financière plus aisée	



## II.4.2 Personnes âgées

### Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

#### **Domicile :**

Le développement de l'offre portera sur les alternatives à l'hébergement et les SSIAD, en lien avec la densité d'IDE libérales particulièrement dense dans la région. Ainsi, le renforcement de l'offre en places de SSIAD sera basé sur une approche globale de l'offre, tenant compte à la fois du taux d'équipement en SSIAD et de la densité en IDE libérales (Etude CNAMTS Mai 2010).

Dans ce cadre, **seuls trois départements comprennent des bassins sous-dotés en SSIAD : l'Aude (Moyenne et Haute Vallée), le Gard (Cévennes) et les Pyrénées-Orientales (Fenouillèdes, Conflent et Vallespir).**

S'agissant de l'accueil de jour, la réforme des capacités visant à regrouper a minima 6 places d'accueil de jour adossés à un EHPAD, et 10 places en AJ autonome sera déclinée sur chaque territoire.

Une articulation entre les équipes d'HAD et le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

#### **Alzheimer :**

**Les dispositifs prévus par le plan Alzheimer seront déployés sur les territoires :**

Des équipes spécialisées Alzheimer (ESA portée par des SSIAD)

Des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MAIA)

Des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants familiaux

Des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

Des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

#### **EHPAD :**

Au regard des taux d'équipement et du niveau de dépenses d'Assurance Maladie en € par personne âgée de plus de 75 ans, **deux départements sont prioritaires au niveau régional** en matière de création de places d'EHPAD : **les Pyrénées-Orientales** et, dans une moindre mesure, **l'Aude**.



## II.4.2 Personnes âgées

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Aude:**

Le département de l'Aude est découpé en **5 bassins gérontologiques** :

3 dans l'Ouest-Audois : Moyenne et Haute Vallée, Lauragais, Carcassonnais,

2 dans l'Est-Audois : Corbières-Minervois et Littoral.

#### **Domicile :**

En terme de coordination, l'Aude dispose de 5 CLIC de niveau 2 qui fonctionnent bien et qui se positionnent en pivot de la coordination sur chaque bassin gérontologique.

La Moyenne et Haute Vallée de l'Aude bénéficie en outre de l'intervention d'un réseau gérontologique qui participe à la coordination et au maintien à domicile sur ce secteur. **En articulation avec ce réseau et compte tenu de l'isolement géographique de la Moyenne et Haute vallée, l'offre en SSIAD pourra être renforcée sur ce secteur.**

#### **Alzheimer :**

Au moins deux équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) devront être déployées, l'une sur l'Ouest Audois, l'autre sur l'Est Audois.

Il existe une plateforme de répit sur la moyenne et haute vallée de l'Aude. Au moins une MAIA ainsi qu'une plateforme de répit supplémentaires pourront être déployées sur ce département.

Une UHR est labélisée sur Limoux-Quillan. Deux UHR supplémentaires pourront être implantées sur Narbonne et Castelnaudary.

Un PASA est labélisé à Carcassonne. Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque bassin gérontologique. 6 projets sont en instance d'instruction.

#### **EHPAD:**

**Deux territoires sont prioritaires : les bassins du littoral et du Lauragais** en place d'EHPAD (préférentiellement sur des extensions) et en places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT).

La Moyenne et Haute vallée de l'Aude pourra également être renforcée sur des extensions et des restructurations d'établissements.



## II.4.2 Personnes âgées

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Gard :

Le Gard est découpé en 4 territoires d'UTASI : Camargue-Vidourle, Uzège-Gard rhodanien, Cévennes-Aigoual et le Grand Nîmes.

**EHPAD : l'équipement est globalement satisfaisant** en tenant compte des autorisations en cours de réalisation.

Concernant les **SSIAD, le secteur des Cévennes** (Génolhac et Bessèges) pourra être renforcé.

S'agissant des MAIA, la couverture départementale (sur chaque territoire d'UTASI) est envisagée.

**Camargue-Vidourle** : Ce territoire reste le moins bien équipé du département en EHPAD et pourrait être renforcé en places d'AJ-HT, ainsi que par une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD). Un PASA est labélisé à Redessan.

Le déploiement d'une plateforme d'habitat alternatif est en cours de réflexion sur ce territoire.

**Uzège-Gard rhodanien** : Ce secteur bénéficie de l'implantation d'une MAIA et d'une plateforme de répit basées à Bagnols/Cèze. Dans ce contexte, et compte tenu de l'absence d'offre d'accueil de jour à Pont-St Esprit, la création d'un accueil de jour Alzheimer de 10 places par redéploiement de moyens serait cohérente. L'implantation d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) permettrait de disposer de l'ensemble du panel des prises en charge Alzheimer. Deux PASA pourront être labélisés à Pont St Esprit et Uzès. Des UHR pourront être implantées sur Bagnols/Cèze, Pont St Esprit et Uzès.

**Cévennes-Aigoual** : Ce territoire dispose du meilleur taux d'équipement en EHPAD du département. Il conviendra donc d'axer le développement sur le renforcement de l'accompagnement à domicile. A ce titre, le secteur du Vigan pourrait être renforcé par la création de places d'accueil de jour par redéploiement de moyens. Ce secteur pourrait également être renforcé en place de SSIAD, notamment sur Génolhac et Bessèges et par une équipe spécialisée Alzheimer. Un PASA et une UHR sont labélisés à Boisset-Gaujac.

**Grand Nîmes** : Ce secteur semble correctement peuplé en EHPAD et SSIAD. Ce territoire dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) qui pourrait être renforcée. Ce territoire a vocation à pouvoir disposer d'une MAIA et d'une plateforme de répit et d'accompagnement. 3 projets de PASA sont à labéliser sur Nîmes. Une UHR pourra être implantée à Nîmes.

Une intervention des services d'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.





## II.4.2 Personnes âgées

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### Hérault :

L'Hérault pourrait être découpé en 4 **infra-territoires de grands projets départementaux (GPD)** :

3 dans l'Est Héraultais : l'Aire métropolitaine de l'Est Héraultais, les Cités maritimes, le Coeur d'Hérault

1 dans l'Ouest Héraultais : le Piémont biterrois.

#### Domicile :

Il n'y a pas de bassins sous-dotés en SSIAD dans ce département.

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

#### Alzheimer :

En complément des 3 équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) implantées sur Montpellier, les territoires de Béziers, Bédarieux et Lodève devront également être couverts.

Une MAIA ainsi qu'une plateforme de répit sont déployées sur le Biterrois. Le territoire de l'Hérault a vocation à bénéficier d'autres MAIA et d'autres plateformes de répit, notamment sur l'Est héraultais.

Des UHR pourront être implantées sur Montpellier, Béziers et Castelnaud-le-Lez.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. 11 projets sont en cours.

#### EHPAD :

Globalement, un effort soutenu de création de places d'hébergement a été fourni depuis quelques années.

Aussi, **le territoire de l'Hérault n'est pas jugé prioritaire.**

Toutefois, des projets de créations pourraient être envisagés dans certaines zones déficitaires (Béziers). Les modalités d'extensions et de regroupements de structures sont également à privilégier.



## II.4.2 Personnes âgées

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Lozère:**

La Lozère est découpée en **5 bassins gérontologiques** : Mende, Marvejols, St Chely d'Apcher, Florac et Langogne.

Compte tenu du taux d'équipement du département, le territoire lozérien doit axer son développement sur un **redéploiement de l'existant sur des capacités d'alternative à l'hébergement**.

#### **Domicile:**

Le CLIC départemental de niveau 3 fonctionne bien et sera positionné en tant que pivot de la coordination.

#### **Alzheimer :**

Par dérogation au seuil minimum, la Lozère a vocation à bénéficier d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) ainsi que d'autres dispositifs en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Une UHR pourra être déployée à Mende sans extension de capacité.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. Ainsi, des PASA sont prévus à Mende, La Canourgue et Langogne.

#### **EHPAD :**

Il conviendra d'étudier le redéploiement de places existantes de certains intra-territoires surcapacitaires vers Mende.



## II.4.2 Personnes âgées

### Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

#### **Pyrénées-Orientales :**

Les Pyrénées-Orientales peuvent être découpées en **6 territoires d'action** : le grand Perpignan, le Conflent, le Vallespir, la Côte Vermeille, les Fenouillèdes et Cerdagne-Capcir.

#### **Domicile :**

**Les territoires du Vallespir ainsi que des Fenouillèdes sont prioritaires** pour un renforcement de l'offre d'accompagnement à domicile en places de **SSIAD**.

Le Conflent bénéficie de l'intervention d'un réseau gérontologique qui participe à la coordination et au maintien à domicile sur ce secteur. **En articulation avec ce réseau, l'offre en SSIAD pourra également être renforcée sur ce secteur.**

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

#### **Alzheimer :**

3 équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) sont déployées et ont vocation à couvrir une grande partie du territoire des P-O. Ce dispositif pourra être renforcé par l'implantation d'équipes spécialisées sur le Conflent et sur le Vallespir.

Il existe une plateforme de répit à Perpignan. Au moins deux MAIA et une plateforme de répit supplémentaires devront être déployées sur le département.

Une UHR est labélisée à Prades. Une UHR supplémentaire devra être implantée à Perpignan.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. 10 projets sont en cours.

#### **EHPAD :**

**Le territoire des P-O est prioritaire en matière de création d'EHPAD** et de places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT).

Dans ce cadre, les **secteurs des Fenouillèdes, du Vallespir, de la Côte catalane et de la Salanque** seront prioritaires.

Leviers et outils transversaux



## III.1 Coordination des politiques publiques médico-sociales

La loi HPST a considérablement modifié le paysage institutionnel. **Les modalités de partenariat entre les différentes institutions qui interviennent dans le secteur médico-social sont donc à reconstruire.**

**La commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux a vocation à réunir l'ensemble des décideurs en charge de conduire ces politiques et de les articuler.**

Cette instance, politique, devra s'accorder sur des thématiques ou des problématiques communes prioritaires, mandater des comités techniques pour proposer des axes de progrès sur ces sujets, et orienter les financements institutionnels en conséquence.

Dans ce cadre, **les relations avec les Conseils Généraux seront bien évidemment privilégiées.**

En outre, les **partenariats naturels avec l'Education Nationale (inclusion scolaire et santé scolaire), la DRJSCS (public fragilisé), la DIRRECTE (santé au travail) et la CARSAT (observatoire et prévention de la perte d'autonomie) seront également consolidés** dans le cadre de cette commission.

**Cette commission devra développer des politiques complémentaires avec la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention.**

La commission de coordination a également vocation à suivre la mise en œuvre des priorités et des actions du SROMS.

## III.2 Observation et systèmes d'information

Des systèmes d'information sont disponibles mais ne permettent une connaissance suffisamment fine de l'offre dans le secteur du handicap et des personnes âgées. Concernant les dispositifs d'aide à domicile les données disponibles sont limitées. Concernant les besoins de la population les informations restent très dispersées et difficilement agrégeables. Ainsi, l'évaluation des besoins est difficile, notamment dans le champ du handicap.

La consolidation d'un système d'information partagé doit constituer un objectif cible du présent schéma. Ainsi, les axes de progrès sont les suivants :

### 1- Dans le cadre de relations les partenaires institutionnels :

- Développer un partenariat avec les Conseils Généraux pour **optimiser l'exploitation des informations disponibles au sein des MDPH** (Etude CREA-ORS/ARS) et ainsi améliorer l'évaluation des besoins.
- **S'intégrer dans des dispositifs d'observation partagés** : POSS-LR, observatoire de personnes en situation de fragilité (CARSA),...
- Conduire des **études en partenariat avec le CREA-ORS** dans le cadre de la convention conclue avec l'ARS (étude MDPH)
- Développer des études visant à **améliorer la connaissance des populations cibles** (ex : étude en partenariat avec l'INSEE sur les personnes âgées dépendantes)

### 2- En interne à l'ARS :

- **Exploiter les systèmes d'information disponibles** au sein de l'ARS (enquêtes Drees : EPHA 2011, ES 2010, PMSI, les données Assurance Maladie) et **s'appuyer sur des outils performants** en les utilisant dans le secteur médico-social (exemple : outil « trajectoire » pour les personnes âgées).

### III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

#### III.3.1 Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) caractérise **la bientraitance comme une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste de ses besoins.**

Pour la mise en oeuvre d'une politique de bientraitance, l'ANESM a identifié quatre repères :

- l'usager co-auteur de son parcours,
- la qualité du lien entre professionnels et usagers,
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes,
- le soutien aux professionnels dans leurs démarches de bientraitance.

La circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au **renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services médico-sociaux** de la compétence de l'ARS précise la politique nationale qui comprend **trois axes principaux** :

- Améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- Renforcer l'efficacité, la fréquence des inspections, des contrôles et de l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- Mettre en place une politique de développement de la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus pour la mise en oeuvre s'articulent autour de :

- l'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- l'inscription des établissements et services médico-sociaux dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à favoriser la bientraitance.



## III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

### III.3.2 Prévention des infections associées aux soins en ESMS

Les établissements médico-sociaux accueillent des résidents dont l'âge, la pathologie et le niveau de dépendance nécessitent une prise en compte du risque infectieux dans un objectif de qualité et de sécurité des prises en charge. Cette nécessité se traduit au sein du Plan Stratégique National 2009-2013 de Prévention des Infections Associées aux Soins (PSNPIAS) par une volonté d'étendre l'expérience des établissements de santé en termes de prévention des IAS aux établissements médico-sociaux et aux soins de ville. Cette approche vise à couvrir l'ensemble du parcours de soins pour une meilleure sécurité au bénéfice du patient, notamment face aux phénomènes infectieux épidémiques et endémiques qui diffusent de plus en plus souvent d'un secteur à l'autre.

Le plan stratégique national (PSNPIAS) est décliné pour les ESMS au travers du **programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013** défini dans la circulaire interministérielle N° DGCS/DG5/2011/377 du 30 septembre 2011. L'enjeu principal pour ce secteur est de **structurer la politique de prévention des infections associées aux soins**.

Ce programme national qui concerne les EHPAD, les MAS et les FAM a pour objectif opérationnel la réalisation d'une démarche d'analyse du risque infectieux permettant à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique, d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque et d'élaborer ou d'adapter un programme d'action. Cette démarche devra être formalisée par chaque établissement dans un « document d'analyse du risque infectieux » (DARI).

Le DARI comporte 3 étapes comme précisé en annexe B de la circulaire suscitée :

1/ **Evaluation du risque** : Recensement des épisodes infectieux survenus, détermination de leur criticité et hiérarchisation des phénomènes infectieux en fonction de leur criticité.

2/ **Gestion du risque** :

- Analyse du niveau de maîtrise interne au risque infectieux de l'établissement, cette étape pourra être réalisée à partir du manuel d'auto-évaluation proposé en annexe 2.

- Elaboration d'un programme d'actions (PA) prioritaires, qui devra porter une attention particulière sur des thématiques ciblées.

- Détermination d'un calendrier de réalisation du PA et de la périodicité des évaluations.

3/ **Communication** : Information à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés.



### III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

Avant de s'engager dans cette démarche, les établissements s'efforceront d'identifier et de mettre en place les mesures organisationnelles permettant de faciliter la conduite et la réalisation de ce projet, notamment l'engagement de la direction dans la démarche, la désignation d'un responsable mandaté et la constitution d'un comité de suivi.

Pour les établissements ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, il est préconisé de s'appuyer sur les compétences d'un établissement sanitaire disposant d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) par convention ou de mettre en place par coopération une EOH entre établissements médico-sociaux dans le cadre d'un GCSMS permettant de mutualiser des personnels compétents en hygiène.

Pour l'élaboration de leur projet, **les établissements pourront s'appuyer sur la compétence de l'ARUN** (Antenne Régionale de lutte contre les Infections nosocomiales).

L'ARS du Languedoc-Roussillon a organisé en 2011 des réunions territoriales sur la thématique « Prévention du Risque Infectieux en EHPAD » en lien avec l'ARUN et la CIRE (Cellule de l'InVS en région). **Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national 2011-2013, d'autres réunions de sensibilisation seront organisées en 2012** afin de présenter ce programme et d'identifier les possibilités de maillage régional permettant de faciliter sa mise en œuvre.

**En 2013, une évaluation de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections** dans le secteur médico-social sera réalisée à partir notamment des indicateurs de niveaux de mobilisation des établissements MS extraits du DARI. Suite à cette évaluation, il pourra être envisagé son extension à d'autres établissements du secteur des personnes handicapées, notamment aux établissements d'enfants.

## III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

### III.3.3 Evaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux

Le code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L 312-1 procèdent à des évaluations de leur activité et de la qualité de leurs prestations (évaluations internes) au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques.

En outre, le renouvellement, total ou partiel, de leur autorisation qui est accordée pour une durée de quinze ans est subordonné aux résultats d'une évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur habilité (évaluation externe).

Ainsi, les établissements et services médico-sociaux autorisés avant le 2 janvier 2002, dont l'autorisation arrivera à échéance en 2017, sont les premiers concernés par cette démarche. Ils devront avoir transmis aux autorités ayant délivré l'autorisation les résultats de leur évaluation interne avant le 31 décembre 2013 et leur rapport d'évaluation externe au plus tard au 31 décembre 2014.

Selon les résultats d'une enquête réalisée **en 2011** auprès de l'ensemble des ESMS relevant de la compétence de l'ARS, **près d'un établissement sur 2 a réalisé son évaluation interne**. A contrario, seulement une vingtaine de structures a déclaré s'être engagée dans un processus d'évaluation externe.

Cette démarche va constituer un levier important pour impulser et dynamiser une politique de qualité au sein des ESMS. A ce titre, **l'ARS conduira une politique active d'accompagnement des ESMS dans la démarche d'évaluation**.

Les conclusions des évaluations externes seront prises en compte dans les CPOM signés avec l'ARS.

## III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

### III.3.4 Politique régionale de gestion du risque

La politique de gestion du risque conduite par l'ARS et l'Assurance Maladie au niveau régional a pour objectif **d'améliorer le rapport qualité/coût des prestations délivrées par les établissements médico-sociaux.**

Ainsi, le programme « **Qualité et Efficience en EHPAD** » constitue l'une des priorités du Programme Régional de Gestion du Risque, partie intégrante du Projet Régional de Santé.

Ce programme « **Qualité et Efficience en EHPAD** » a notamment vocation à **améliorer les bonnes pratiques de soins** par :

- **L'amélioration de la coordination des professionnels de santé** et de la qualité de la prise en charge en EHPAD par l'accompagnement de la mise en place des **contrats de coordination entre les établissements et les professionnels libéraux.**

- La participation de la région au **projet inter-régional avec les régions Midi Pyrénées et Limousin visant à promouvoir la qualité des prises en charge en EHPAD.** Sur la base du volontariat, des EHPAD seront appelées à participer à ce projet qui a notamment pour objectifs d'améliorer :

- l'adéquation de la prescription médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie,
- la prise en charge des troubles psychologiques et/ou comportementaux,
- la qualité des prises en charge soignantes et des pratiques professionnelles,
- la qualité de l'alimentation des personnes résidant en EHPAD,
- la lutte contre les risques infectieux.

- **La mise en place de réunions d'informations et d'échanges avec les établissements et les professionnels** visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins et à la prise en charge des patients. Ces réunions ont été instaurées au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2011 au niveau de chaque département, en lien avec l'assurance maladie. Elles ont vocation à se poursuivre, afin d'impulser une dynamique d'amélioration des pratiques et de répondre aux souhaits des établissements. Elles permettent de susciter des échanges à partir d'initiatives concrètes mises en œuvre par les professionnels.

Sensibilisation par l'assurance maladie sur les bonnes pratiques et les référentiels HAS, ANESM (maladie d'Alzheimer, pansements primaires...).

- **L'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente**, en lien avec les médecins libéraux et le pharmacien référent.

- **Le suivi de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins.**



### III.4 Coopération/Mutualisation

Le SROMS préconise la mise en place de **coopérations territoriales structurées et formalisées**.

**Des mécanismes de partenariat seront ainsi déclinés, le cas échéant inters-sectoriels, visant à tendre vers la recherche d'efficience.**

Ils permettront également de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique, notamment par le partage de ressources humaines sur certains micro-territoires. Ces coopérations territoriales pourront **répondre à des besoins multiples** : la couverture du territoire, l'organisation des prises en charge, l'amélioration de la qualité des soins, la réponse à une raréfaction des moyens humains ou de certaines compétences, le maintien d'une continuité des soins, l'optimisation des coûts notamment sur la question des transports.

**Différents outils de coopération** pourront être mobilisés : depuis le mode de coopération fonctionnel (convention, réseau, communauté hospitalière de territoire, etc.), jusqu'à la coopération organique conduisant à la création d'une nouvelle structure juridique (groupements de coopération de type GCS, GCSMS, etc.).

**Des formes innovantes de coopération seront également recherchées**, notamment sous forme de plateformes afin d'accompagner la diversification et la complémentarité des prises en charge sur les territoires. Dans ce cadre, l'ARS cherchera à identifier les pratiques innovantes ou pertinentes en matière de coopération au niveau d'un territoire afin de les promouvoir au niveau régional.

S'agissant des aspects de mutualisation ou de regroupement de gestionnaires, **FARS accompagnera toutes les opérations qui peuvent conduire à renforcer la pérennité des ESMS.**

Dans le cadre des évaluations externes que doivent conduire les ESMS avant la fin 2014, l'ARS aura une attention particulière sur les outils et les modes opératoires mis en place en matière de mutualisation.

Les projets de mutualisation et de regroupement (inter-services, inter-établissements et inter-gestionnaires) seront validés et inscrits dans les CPOM signés avec les ESMS.



## III.5 Contractualisation

### Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

Une réflexion a été conduite en région sur l'élaboration de **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens harmonisés** sur le secteur du Handicap. Ainsi, ces CPOM doivent permettre **un diagnostic partagé et la fixation d'objectifs prioritaires précis** conformes aux orientations du SROMS, en lien direct avec l'ensemble des champs d'intervention des ESMS, à savoir :

- Droits des usagers
- Ressources Humaines
- Situation budgétaire et financière
- Organisation et gouvernance
- Partenariat et réseau

Cet outil permettra une **véritable gouvernance** ainsi que la mise en place d'un dialogue partagé avec les opérateurs.

En lien direct avec les travaux de l'ANAP, **cette dynamique de contractualisation favorisera la démarche de benchmarking.**

### Conventions tripartites

Les conventions tripartites permettent l'élaboration d'objectifs et de moyens pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. C'est l'outil stratégique de pilotage et d'évaluation des autorités de financement, à savoir l'ARS et le Conseil Général.

Avec l'ensemble des Conseils Généraux, **une réflexion sera lancée sur la faisabilité d'une harmonisation des conventions tripartites** ou sur certaines thématiques contenues dans celles-ci.

Un groupe de travail issu de la commission de Coordination des Politiques Publiques permettra la mise en place de cette dynamique.

# ANNEXES

## 1-Bibliographie

Aude : Schéma Enfance Handicapée 2008-2011

Gard : Schéma pour l'autonomie des personnes 2011-2014

Hérault : Schéma Adultes Handicapés 2011-2015; Schéma gériatrique 2008-2012

Etude des flux de personnes handicapées bénéficiaires d'une orientation en ESMS en 2009 (CREAI, juin 2010)

Lozère : Schéma Adultes 2008-2013

Pyrénées-Orientales : Schéma des solidarités 2011-2015; schéma gériatrique 2008-2012

Orientations de l'Etat sur le handicap 2009-2014

Contribution du CREAI au schéma des personnes handicapées 2008-2013

Analyse comparée des schémas départementaux en LR (CREAI, juin 2010)

Guide méthodologique d'élaboration du SROMS (CNSA, mai 2011)

Rapport sur les personnes handicapées vieillissantes (CNSA, octobre 2010)

Atlas régional de la santé (2010)

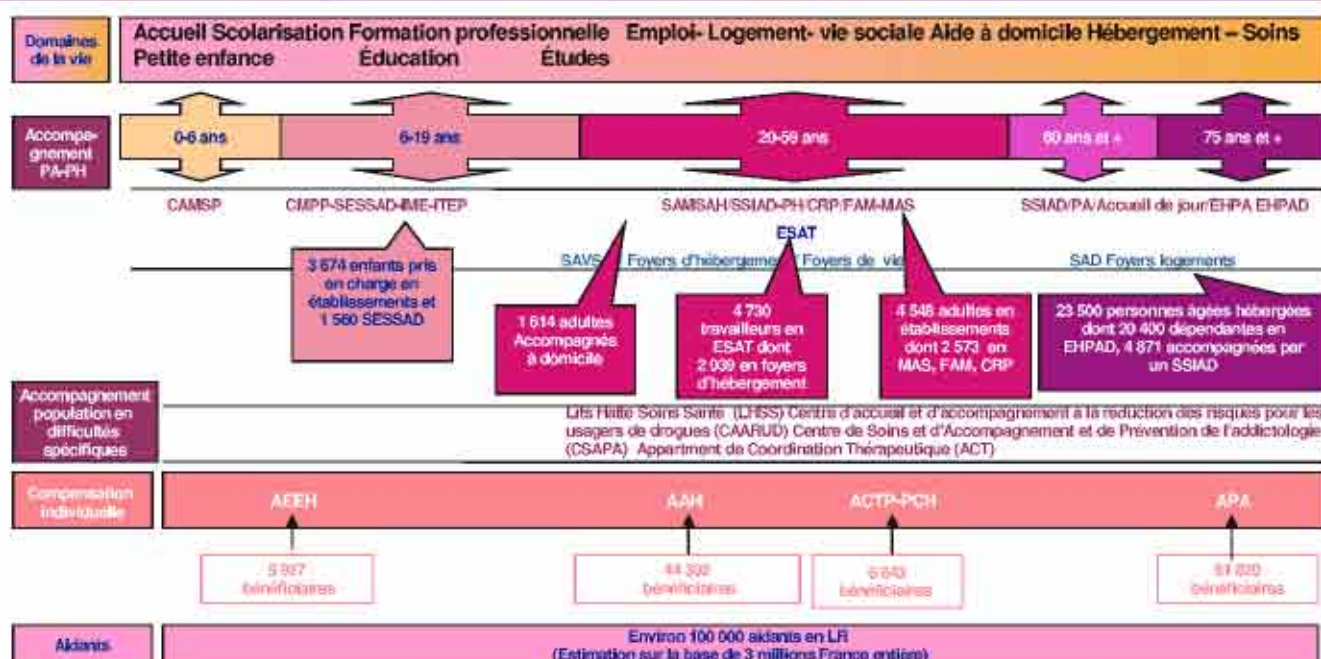
Enquête auprès des maires de la région (juillet 2010)

## 2-Diagnostic régional



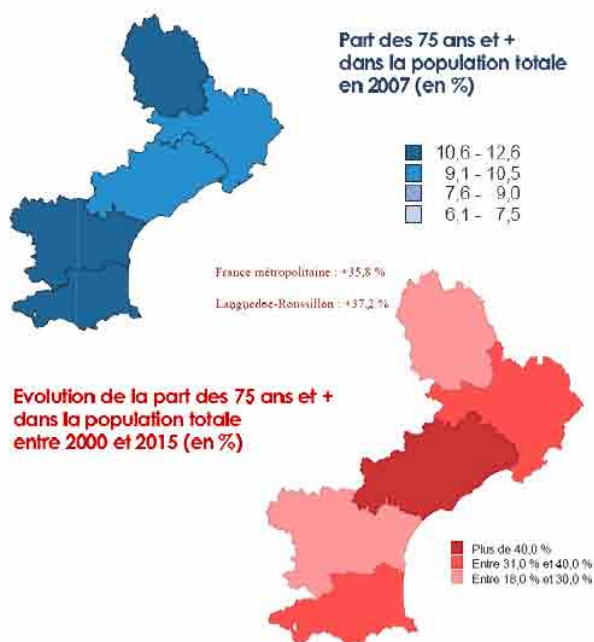
## 2- Accompagnement des personnes tout au long de la vie

### Représentation synoptique des établissements et services médico-sociaux





## 2-Diagnostic régional : Démographie des personnes âgées



Source : Insee Languedoc-Roussillon Projection modèle Oeplink 2000 - Scénario Central

### Diagnostic régional : Démographie

- En Languedoc-Roussillon, près de 20% de la population est âgée de plus de 65 ans.
- La part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la région s'élève à près de 10%, soit 1,5 point de plus qu'au niveau national. Le Gard et l'Hérault sont les départements « les moins âgés », mais ont vocation à « vieillir » fortement dans les 5 ans.
- Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 12% entre 2008 et 2020.

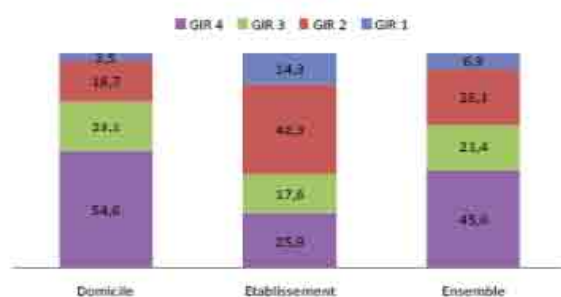
### Difficultés / Points de vigilance

- Evolution démographique sans précédent
- Des disparités importantes entre territoires : le vieillissement de la population sera très important dans les départements de l'Hérault, du Gard et des Pyrénées-Orientales dans les années à venir



## 2-Diagnostic régional : Dépendance

Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne  
au 1er janvier 2008\*\* en Languedoc-Roussillon  
Unité : en %



Source : Drees, Enquête trimestrielle sur l'APA auprès des conseils généraux - Exploitation ORF L-R  
\*\*La structure par GIR des bénéficiaires observée dans les établissements ne pratiquant pas la notation globale a été appliquée à l'ensemble des bénéficiaires en établissement

### Diagnostic régional

- 61 820 bénéficiaires de l'APA en LR : un taux de bénéficiaires de l'APA supérieur de 9% au niveau national.
- Plus de 2/3 des allocataires de l'APA vivent à domicile.
- Les bénéficiaires de l'APA, modérément dépendants restent majoritairement à domicile.
- A l'horizon 2015, la région devrait compter près de 50 000 personnes dépendantes d'une tierce personne pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (6,3% de la population).

### Difficultés / Points de vigilance

- Prévention de la dépendance
- Impact de la réforme de la dépendance à venir
- Améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des aidants.



## 2-Diagnostic régional : Maladie d'Alzheimer

### Diagnostic régional

- Un plan national 2008-2012 pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés).
- Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés atteint 18% de la population âgée de plus de 75 (Etude PAQUID).
- L'espérance de vie est de l'ordre de 10 ans après les premiers symptômes mais la médiane de survie après le diagnostic est de 3 ans.
- En Languedoc-Roussillon, on évalue le nombre de malades Alzheimer à environ 20 000 personnes.
- Réalisation de 2 MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer) en 2011 suite à un appel à projet
- Labélisation de 15 UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) et de 100 PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) entre 2010 et 2012
- Création de places de SSIAD spécialisés prévue sur la période du plan (30 places créés dans l'Hérault, 30 places dans les P-O, 10 dans le Gard)
- Développement de structures de répit

### Difficultés / Points de vigilance

Manque de structures de répit pour soulager les aidants.

Peu d'attractivité des PASA pour les opérateurs.

Coordination entre les acteurs à développer (MAIA).

### Alzheimer (ALD 15) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	11631	1561	2827	4824	323	2096
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	ND	91	88	93	96	79

Classement du département / 100 départements français





## 2-Personnes âgées

### Diagnostic territorial AUDE

- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population
- Le plus faible niveau de dépenses en €/PA75 ans de la région, inférieur de 8% au niveau national, en raison d'une densité d'IDE libérales nettement moins importante et d'un taux d'équipement en structures d'hébergement inférieur aux niveaux régional et national
- Des besoins identifiés sur le littoral et sur Castelnaudary
- Maladie d'Alzheimer : Développement de réponses adaptées : 1 UHR à Limoux, des projets de PASA
- Filière gériatrique : nécessité de la renforcer et de la coordonner en adossant les BHPAD aux établissements sanitaires de référence dans une logique de territoire voire de micro territoires.

### Éléments du schéma gérontologique 2006-2010 élaboré par le Conseil Général

- Alzheimer : Création d'EHPAD réservées aux projets qui prennent en compte cette problématique
- Politique en faveur du développement des établissements habilités à l'aide sociale pour répondre aux besoins des PA audoises (niveau de revenus relativement faible) ⇒ 60% de places habilitées à l'aide sociale, mais seulement 28 % des PA en bénéficient
- Renforcer le rôle d'information et de coordination des CLIC : mise en place de plateformes territorialisées autour des CLIC



## 2-Personnes âgées

### Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Un taux de bénéficiaires de l'APA plus élevé que les taux régional et national (230 pour 1000 PA 75 contre 224 en LR et 205 France entière)
- Un niveau de dépenses en €/hab supérieur de près de 18% au niveau national, en raison d'une densité d'IDE libérales très importante.
- Un retard en offre d'hébergement quasiment comblé à ce jour, mais une répartition inégale : l'arrière pays est mieux équipé que le sud du département.
- Maladie d'Alzheimer : des projets innovants : 1MAIA autorisée sur le territoire de Bagnols/Cèze, 4 projets d'UHR et 5 PASA en 2011 et 2012, la création de 10 places de SSIAD spécialisées, d'un accueil de jour autonome de 15 places spécialisées. Enfin, le CODES 30 en partenariat avec le Conseil Général mène un projet intitulé : "face à la maladie d'Alzheimer, rompre l'isolement des aidants"

### Éléments du schéma en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

**Faciliter la continuité des parcours de vie en soutenant et développant les réponses de proximité, notamment par :**

- la mise en place d'une plateforme d'information et d'accompagnement des demandes d'accès à un logement adapté
- la structuration de la coordination des acteurs de la prise en charge à domicile
- le développement et la professionnalisation de l'accueil familial: la promotion et l'expérimentation de modes d'habitat alternatif: le soutien et la formation des aidants
- la poursuite de la mise en place des lits et places autorisés au 31/12/2010, soit 1 002 places, et l'adaptation de l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes
- l'amélioration de l'accès aux soins et aux prises en charge adaptées et de proximité, par le soutien à l'ingénierie de projet des Maisons de Santé Pluri professionnelles en milieu rural, la mise en place d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer sur chaque Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion
- la promotion d'une dynamique de coopération des différents acteurs du champ médico-social au sein des territoires.



## 2-Personnes âgées

### Diagnostic territorial HERAULT

- Le taux de bénéficiaires de l'APA le plus important de la région (258 pour 1000 PA>75 ans contre 224 en LR et 205 France entière).
- Revenu moyen des PA = 1 126€/mois, 15% des PA>70 ans ont des revenus inférieurs à 675€/mois.
- Un niveau de dépenses en €/hab supérieur au niveau national de 14%, en raison d'une densité d'IDE libérales particulièrement importante
- 663 places autorisées entre 2007 et 2009 dont 628 d'EHPAD dans le cadre du plan Plan Solidarité Grand Age
- Au 1er janv 2010 :
- Un taux d'équipement en structures d'hébergement médicalisé proche du niveau national
- GMP = 676
- Prix de journée moyen EHPAD habilités = 55,75€/jour, EHPAD non habilités 70 à 100€/jour
- Une proportion de gestionnaires privés lucratifs supérieures à la moyenne régionale (26% dans l'Hérault contre 18% en LR)
- Alzheimer : 5 projets d'UHR d'ici à 2012, 11 projets de PASA, 30 places de SSIAD spécialisés

### Éléments du schéma gérontologique 2008-2012 élaboré par le Conseil Général

- Respect d'un cahier des charges avec un plafond de 70 + 5 places (priorité donnée aux extensions des petites structures)
- Prise en compte de parcours de vie particuliers : PA handicapées vieillissantes, PA en grande précarité et PA immigrées
- Organiser le territoire : priorités au littoral et au Lunéolois
- Mettre en oeuvre le Plan Solidarité Grand Age
- Développer les places de SSIAD en zones déficitaires en privilégiant des plate-formes de prestations diversifiées (EHPAD, SSIAD, A.J. SAD)
- Améliorer la prise en charge des PA par l'organisation des filières de soins gériatriques



## 2-Personnes âgées

### Diagnostic territorial LOZERE

- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population et très bien pourvu en offre de prise en charge.
- Un niveau de dépenses en €/PA > 75 ans supérieur au niveau régional de près de 55%, en raison d'une offre d'hébergement très au-dessus de la moyenne nationale : un des taux d'équipement les plus élevés de France en 2010.
- Une majorité d'établissements de petite capacité qui permettent une prise en charge de proximité mais dont la gestion est plus délicate
- Un GMP moyen pondéré à 662 pour les EHPAD du département et 844 pour les USLD.
- Le prix de journée moyen sur le département est de 44,89 € en 2010. Pas d'établissement privé à but lucratif
- Un parc immobilier qui a réalisé un effort important de restructuration, favorisé par des politiques convergentes du département, de l'Etat et de la CNSA. Il demeure encore quelques établissements où la restructuration est indispensable pour garantir la sécurité des équipes et des résidents et leur attractivité
- Un travail exemplaire de partenariat avec le secteur sanitaire : convention avec le CH de Mendé et la clinique du Gévaudan, plans bleus, conventions avec le CH de Saint-Alban
- Certains EHPAD accueillent une proportion importante de personnes handicapées vieillissantes et/ou de personnes issues de centres hospitaliers psychiatriques

### Difficultés / Points de vigilance

- Vigilance sur les taux d'occupation (85% en moyenne)
- Réflexion à mener sur l'adaptation de la prise en charge en EHPAD pour des populations spécifiques : handicapés vieillissants ou personnes à profil psychiatrique





## 2-Personnes âgées

### Diagnostic PYRENEES-ORIENTALES

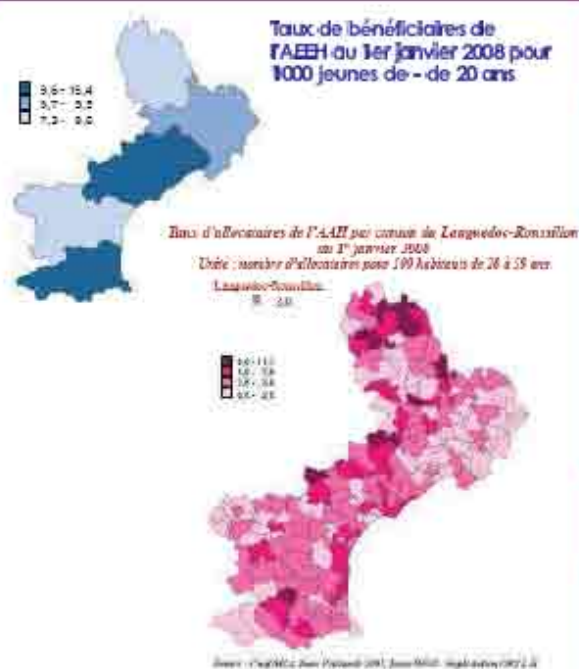
- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population
- Un département globalement sous-équipé :
  - Un niveau de dépenses en €/PA > 75 ans inférieur au niveau régional de près de 17%, en raison du plus faible taux de la région en terme d'équipement en structures d'hébergement (yc USLD)
- Une dynamique sur la Maladie d'Alzheimer : 1 UHR à Prades, 20 places de SSIAD spécialisés, des projets de PASA.
- Partenariat important entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire

### Éléments du schéma gérontologique 2007-2012 et du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général

- Promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes
- Favoriser l'accès et le maintien de tous dans un logement adapté
- Faire évoluer les pratiques pour améliorer la qualité du service rendu
- Problématique de modernisation des EHPAD qui impacte fortement sur le prix de journée



## 2-Diagnostic régional : Personnes handicapées



### Diagnostic régional

La région recense 11,6 bénéficiaires de l'AEH (Allocation d'Education pour Enfants Handicapés) pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, taux supérieur à la moyenne nationale (11 pour 1 000). Ce taux atteint 12,5 dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

Plus de 5 000 enfants handicapés pris en charge en LR par une structure médico-sociale

Un taux de bénéficiaires de l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) nettement supérieur à la moyenne nationale : 29,1 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en LR contre 22,7.

Environ 11 000 adultes handicapés pris en charge en LR par une structure médico-sociale

Le maintien à domicile favorisé par la mise en place de la PCH au cours des 5 dernières années : 6 642 bénéficiaires ACTP/PCH

La loi du 11 février 2005 instaure un « guichet unique », à travers la création des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

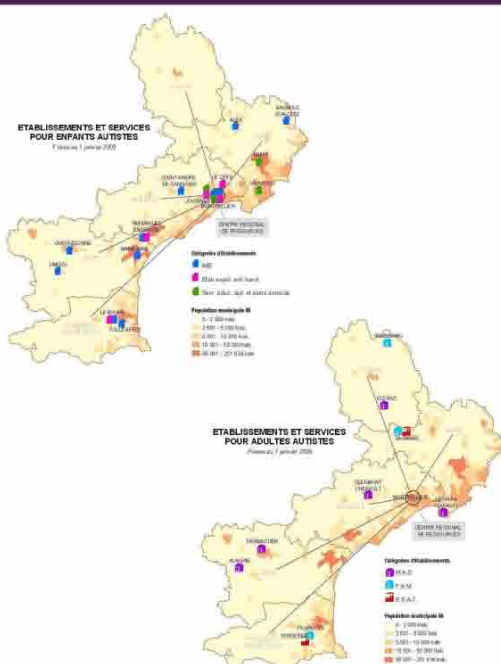
### Difficultés / Points de vigilance

Les MDPH ne sont pas en capacité de fournir la répartition des usagers, enfants ou adultes, par diagnostic ou déficience

Manque d'observatoire en matière de handicap



## 2- Diagnostic régional : Autisme



### Diagnostic régional

- Plan national 2008-2010 « Autisme et troubles envahissants du développement (TED) »
- Au 1er janvier 2009, 222 places sont dédiées à la prise en charge des enfants autistes ou présentant des troubles envahissants du développement (TED) dans la région.
- Taux de prévalence de 6 à 7 pour 1000 enfants pour les TED et troubles autistiques au sens large, de 2 à 3 pour 1000 pour les TED avec retard mental
- Un appel à projets lancé en 2010 sur la création d'antennes délocalisées du Centre Régional de l'Autisme (CRA)
- Un dispositif d'annonce du diagnostic a fait l'objet d'un appel à projet en 2009.
- Des structures expérimentales dédiées (Maisons de Manon)

### Difficultés / Points de vigilance

Difficultés d'évaluation des besoins présents prioritaires sur le champ des adultes.

Actualisation des projets des établissements médico-sociaux aux nouvelles recommandations de la HAS/ Anesm

Repréciser les articulations entre secteurs sanitaire et médico-social dans la prévention des situations de crise, et d'évaluation des situations

Niveau de formation des professionnels à améliorer

Diagnostic précoce à structurer



## 2- Diagnostic régional : Déficients sensoriels

### Diagnostic régional

- 2 plans nationaux « Handicap visuel » 2010-2011 et « Sourds et malentendants » 2010-2012
- Taux de prévalence pour les déficiences sensorielles sévères (visuelles ou auditives) : 1,4 /1000 enfants
- Une offre ressermée en région : 2 structures pour enfants déficients visuels et 4 pour enfants déficients auditifs (dont 2 qui ont une vocation régionale)
- Pour les adultes, des services spécifiques existent, mais ne sont pas toujours accessibles après 60 ans.
- Création en 2008/2009 de 2 pôles pour l'accompagnement et la scolarisation des jeunes sourds (à Montpellier et Nîmes) avec apprentissage de la langue des signes
- Instauration de dépistage systématique de troubles de l'audition dans les maternités
- Instauration de dépistage systématique de troubles de l'audition entre 16 et 25 ans (consultations de prévention) et vers 60 ans venant s'ajouter aux dépistages déjà mis en place par la PMI notamment.

### Difficultés / Points de vigilance

- Enjeu important en matière d'intégration scolaire à maintenir
- Consolider le dépistage de la surdité néo-natale dans les maternités
- Impact du dépistage systématique de la surdité sur les filières de prise en charge à évaluer à tous les stades





## 2-Diagnostic régional : Handicap psychique

### Diagnostic régional

- Le handicap psychique peut apparaître au cours de l'enfance, de l'adolescence ou à l'âge adulte.
- Ce handicap, durable ou épisodique, entraîne des difficultés d'adaptation à la vie en société et des problèmes de relation à soi et aux autres.
- Le handicap psychique ressort comme la 2<sup>ème</sup> déficience repérée dans le dispositif médico-social, après la déficience intellectuelle et devant le handicap moteur.
- Les "Groupes d'Entraide Mutuelle" (GEM) : une solution adaptée à ce type de handicap. Il s'agit d'un lieu où les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se rendre pour rompre l'isolement et, le cas échéant, partager des activités en commun, à leur rythme.
- Quelques structures d'hébergement (MAS ou FAM), des maisons relais et des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) dédiés ont été créés.

### Difficultés / Points de vigilance

- Un handicap à la croisée des chemins avec le champ psychiatrique : psychiatrie de liaison médico-sociale
- Difficulté d'intégration sociale de personnes souffrant de handicap psychique

## 2-Diagnostic régional : Personnes handicapées vieillissantes

p.104



### Diagnostic régional

- Un phénomène qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale et qui a vocation à s'amplifier.
- 37% des adultes pris en charge dans le dispositif ont plus de 45 ans (Enquête ES 2006 CREAI )
- En MAS: l'âge médian est de 43 ans (DRASSInfo 2009)
- 7% des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans
- En ESAT : 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans
- Une dizaine de structures dédiées en région
- Certains départements font le choix de créer des unités au sein d'EHPAD, d'autres de développer des structures spécifiques (FAM, Foyer de vie, médicalisation de SAESAT)
- Besoin de médicalisation de places de foyers de vie accueillants ces personnes vieillissantes

### Difficultés / Points de vigilance

Pas de réponse unique, mais une réflexion à engager afin de proposer un panel de solutions adaptées aux diverses situations  
Accompagnement de fin de vie en lien avec les soins palliatifs



### Diagnostic régional

#### Des progrès importants en matière d'intégration scolaire en milieu ordinaire

- Grâce notamment au développement de SESSAD (Service d'Education et de Soins Spécialisés), à la mise en place d'Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) et de matériel adapté à certains types de handicap, l'intégration des enfants handicapés en milieu ordinaire est en nette progression depuis 5 ans.
- Ainsi, depuis la parution de la loi de 2005 sur l'égalité des chances, le nombre d'intégrations individuelles ou collectives (CLIS/UJIS) en milieu ordinaire a augmenté de 56% pour les enfants du 1er degré, et de 222% au 2nd degré.
- Le taux de scolarisation d'enfants handicapés en région est de 2,15% pour le 1er degré et de 1,37% pour le second degré (niveaux supérieurs au taux national).
- 70% des enfants handicapés scolarisés le sont en intégration individuelle. Ces enfants bénéficient d'un accompagnement de type AVS pour 57% d'entre eux, de transport spécifique pour 17% et de matériel pédagogique adapté pour 14%.
- Dispositifs collectifs existants et évolution depuis 2004 : 156 CLIS (+2,6%), 59 UJIS Collège (+64%) et 23 UJIS Lycée (aucune structure en 2004)
- Type de handicaps principaux : troubles intellectuels et cognitifs (40%), troubles du psychisme (19%), troubles du langage et de la parole (1,6%), autisme 7%, moteur 7%.

#### Difficultés / Points de vigilance

Poursuivre l'adaptation du dispositif IME (places d'internautes notamment), afin de favoriser le maintien en milieu ordinaire  
 Effort d'intégration à poursuivre, notamment sur le 2nd degré : scolarisation à temps très partiel  
 Formation et statut précaire des AVS (auxiliaires de vie scolaire)  
 Difficultés de scolarisation de certains enfants (avec profil IIEP notamment)



## 2- Enfance/Adolescence handicapée

### Diagnostic territorial AUDE

- Dans ce département, le taux d'équipement global en établissement et services est inférieur aux taux régional et national (7,86 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national)
- Une reconfiguration importante des agréments sera nécessaire pour mieux répondre aux besoins
- La proportion des services dans l'offre globale est inférieure à 20% (25% France entière et 30% en LR)
- Il n'y a pas d'établissement pour Handicap moteur, aucune création n'est envisagée. La prise en charge se fait en SESSAD.
- Les chiffres en matière d'intégration scolaire sont très bons, surtout dans le 2<sup>nd</sup> degré.

### Les éléments du schéma Enfants 2008-2011, selon les orientations de l'Etat sont les suivants :

**Petite enfance** : créer des outils adaptés pour les assistants familiaux, mobiliser le REAAP pour les parents d'enfants handicapés et renforcer les places de CAMSP sur l'Ouest (couverture zones mal desservies).

**Scolarisation** : mettre en oeuvre la scolarisation partagée (cf. loi 2005) ; augmenter places de SESSAD, créer des places dédiées pour les apprentis, abaisser l'âge d'entrée en ITEP et augmenter le nombre d'Auxiliaires de vie scolaire et d'intégration





## 2- Enfance/Adolescence handicapée

### Diagnostic territorial GARD – ce diagnostic a été réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Le taux d'équipement global en établissement et services est inférieur aux taux régional et national (7,87 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national)
- Les conditions de scolarisation des enfants handicapés se sont nettement améliorées mais les taux de scolarisation restent toutefois les moins bons de la région (taux de scolarisation 2010: Source : Education Nationale)
- L'offre de prise en charge s'est bien développée mais elle est inégalement répartie avec un manque de places d'IME en semi-internat pour déficients intellectuels sur Nîmes et un manque de places d'ITEP sur Bagnols/Cèze.
- Les acteurs sont structurés et dynamiques à l'exemple du "réseau ITEP" et du "réseau Autisme"
- L'émergence d'une dynamique "IMPro/milieu du travail ordinaire" joue un rôle de facilitation dans l'accès à l'emploi, tel le réseau formalisé "Rédapipro"

### Les éléments du schéma en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014 élaboré par le Conseil Général sont les suivants :

Favoriser l'insertion scolaire et sociale, notamment par :

- la mise en place au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'un outil de suivi des décisions d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées afin d'accompagner les familles dans la recherche d'une place et d'objectiver les besoins non satisfaits
- la mise en place au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation dédiée aux 16-25 ans
- l'accompagnement des familles par un enseignant référent pour la scolarité de leur enfant
- la promotion de l'apprentissage et de la mise en situation en entreprise pour les jeunes en établissements spécialisés



## 2- Enfance/Adolescence handicapée

### Diagnostic territorial HERAULT

Ce département connaît des besoins importants...

- Le taux de bénéficiaires de l'AEEH est le plus important de la région (12,51 contre 11,6 au niveau régional)
- Des efforts de création ont été menés entre 2007 et 2009 avec 138 places autorisées et un ciblage sur les SESSAD
- Cette offre reste néanmoins insuffisante. Le taux d'équipement global en établissement et services est le plus faible de la région (7,77 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national au 1er janv 2010)
- Les besoins sont particulièrement marqués sur le Biterrois, tandis que l'Est Héraultais apparaît mieux couvert (schéma départemental 2011-2015)
- De bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire surtout sur le 1er degré

### Les éléments du schéma Enfants 2006-2010 (Orientations de l'Etat) sont les suivants :

Diversifier l'offre pour qu'elle soit mieux adaptée au projet de vie (développer les alternatives à l'institution en mode internat : accueil séquentiel, accueil temporaire, favoriser le maintien à domicile, SESSAD,...)

Améliorer le repérage et le dépistage du handicap

Réviser les agréments afin de mieux adapter les prises en charge au regard de la réalité et des besoins. Il conviendra de redéployer des places d'internat vers l'externat ou les SESSAD

Améliorer l'efficacité (accompagner les regroupements, les coopérations - développer les outils et indicateurs sur l'évaluation des besoins)



## 2- Enfance/Adolescence handicapée

### Diagnostic territorial LOZERE

• Le taux d'équipement global en établissement et services est de 22,44 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 9,11 au niveau national, avec une part prépondérante de l'intemat

• Scolarisation : Des bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire, surtout au 2nd degré. Le constat inverse est fait pour les jeunes des ITEP avec une diminution des scolarisations en milieu ordinaire, ce qui témoigne d'une hausse des difficultés des publics accueillis sur les ITEP de Lozère. En effet, les ITEP lozériens sont de « seconde intention » pour la région, lorsque les solutions de proximité ont montré leurs limites. La prise en charge s'inscrit alors dans le cadre d'une rupture thérapeutique.

• Insertion professionnelle : Les stages réalisés par les jeunes d'IMPro s'effectuent en milieu protégé (environ 2/3) et en milieu ordinaire (environ 1/3), grâce à un large partenariat avec les différents employeurs.

Constat : A la sortie d'IMPro, plus de la moitié des jeunes sont orientés en ESAT.

### Les éléments du schéma départemental PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général sont les suivants :

Mettre en place un dispositif cohérent et non discriminant offrant aux jeunes en situation de handicap et/ou de difficultés sociales, les meilleures chances de réintégration socioprofessionnelle comparables et équitables.

Garantir et renforcer la diversité institutionnelle (offre de jour, accueils séquentiels, famille-relais).

Mettre en place des relais souples de type « séjour de rupture ».

## 2- Enfance/Adolescence handicapée



### Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

- Le taux de bénéficiaires de l'AEEH est supérieur aux niveaux régional et national.
- Le département est globalement bien doté avec un taux d'équipement en établissement et services de 9,71 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national.
- le dispositif enfance régi par le schéma 2008-2013 ne rencontre pas de tensions fortes, mais un manque de coordination est noté entre le secteur « enfants » et « adultes ».
- De bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire.

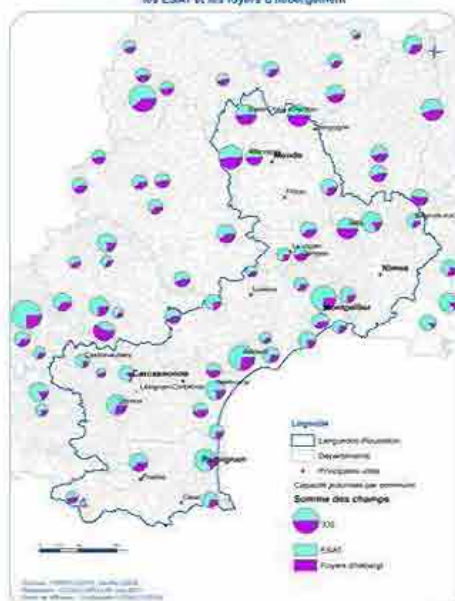
### Les orientations de l'Etat 2009-2014 sont les suivantes :

- Mettre en place des réponses adaptées aux projets de vie des jeunes handicapés (16-20 ans).
- Diversifier l'offre de prise en charge des ESMS.
- Accentuer les articulations entre l'Éducation Nationale et l'éducation spécialisée.
- Travailler en pleine intégration dans la société.





Répartition des établissements et services pour adultes handicapés : les ESAT et les foyers d'hébergement



### Diagnostic régional

#### L'accès au travail, une composante essentielle de l'intégration sociale

- Un taux de chômage des travailleurs handicapés deux fois plus élevé que la moyenne de la population active
- Une double évolution à prendre en compte pour les structures du secteur du travail protégé :
  - Au niveau de leur public : vieillissement des personnes handicapées, prévalence croissante du handicap psychique, et précarisation d'une partie des usagers.
  - Au niveau du contexte économique : sortie vers l'emploi de plus en plus complexe, budgets commerciaux en tension, exigences de technicité de plus en plus élevée.
- Taux d'équipement en ESAT supérieur au niveau national : suréquipement important en Lozère et dans l'Aude, déficit dans l'Hérault.
- La DIRECCTE renouvelle son plan régional de santé au travail en lien avec la CARSAT

#### Difficultés / Points de vigilance

- Pas d'outil d'évaluation commun pour évaluer la situation des personnes (invalidité (Sécurité Sociale), inaptitude (Médecine du travail), restriction de la capacité de travail (MDPH), ...), créant une difficulté de lisibilité du dispositif pour les bénéficiaires et plus largement pour l'ensemble des acteurs, incluant de véritables obstacles pour l'accès aux droits.
- Les divers dispositifs sont peu complémentaires et répondent souvent à des filières spécifiques selon la porte d'entrée.



## 2-Adultes handicapés

### Diagnostic territorial AUDE

- Un taux d'équipement en établissement d'hébergement proche du taux national
- Un effort continu de création depuis 2007 permettant une diversification de l'offre institutionnelle
- Réflexion sur la nécessité de médicalisation de places de foyers de vie
- Un taux d'équipement en ESAT (5,55) nettement supérieur au taux national (3,35)
- Un dispositif ESAT/foyer d'hébergement « obsolète », à reconfigurer : besoin de redéployer des places de foyers d'hébergement en foyers de vie ou foyers médicalisés et en structures pour handicapés vieillissants

### Éléments des schémas départementaux élaborés par le Conseil Général (adultes et gérontologique)

Problématique des personnes handicapées vieillissantes :

Schéma gérontologique : réponses spécifiques individualisées et réflexion sur la création de sections spécialisées au sein d'EHPAD

Schéma adultes : mettre en place une gamme de réponses adaptées (sections spécialisées en EHPAD, familles d'accueil agréées, maintien des PHV dans leurs structures d'origine avec une adaptation de la prise en charge)

Réflexion spécifique menée sur le champ des ESAT, développement des SACAT



## 2-Adultes handicapés

### Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Un retard d'équipement historique : le taux d'équipement le plus bas de la région (1,7 pour mille adultes de 20 à 59 ans contre 2,49 au plan national et 3,12 pour le régional), principalement en offre pour adultes lourdement handicapés.
- Mais des efforts très importants de création de places, notamment en MAS-FAM, à destination de personnes autistes ou vieillissantes permettent de combler une partie de ce retard (nombreuses ouvertures prévues en 2011)
- Le développement des SAMSAH est souhaitable, avec des études de besoins nécessaires pour cibler les publics ayant des besoins d'accompagnement médico-social, au delà du handicap psychique.
- Le dispositif ESAT a été renforcé de façon importante entre 2003 et 2008 et semble aujourd'hui quantitativement suffisant. Toutefois, des nouveaux besoins apparaissent dans ce secteur.

### Éléments du projet de schéma de l'autonomie 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux et accompagner les projets de vie, notamment par :

- la mise en place au sein de la MDPH d'un outil de suivi des décisions d'orientation de la CDAPH, afin d'accompagner les familles dans la recherche d'une place
- la poursuite de la mise en place des lits et places autorisés au 31/12/2010, soit 271 places, et l'adaptation de l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes
- le développement et la professionnalisation de l'accueil familial; la promotion et l'expérimentation de modes d'habitat alternatif; le soutien et la formation des aidants
- la mise en place d'une plateforme d'information et d'accompagnement des demandes d'accès à un logement adapté
- l'accompagnement dans et vers l'emploi; développement de formules innovantes, telle que l'intérim spécialisé, la création d'un SAMSAH spécialisés pour les personnes handicapées psychique, la sensibilisation et la formation des acteurs de l'insertion et de la formation professionnelle de droit commun aux dispositifs liés à l'emploi des personnes handicapées.

## 2-Adultes handicapés

### Diagnostic territorial HERAULT

• Un niveau d'équipement proche voire supérieur au niveau national, hormis pour les foyers d'hébergement en lien avec le taux d'équipement en ESAT (2,71) sensiblement inférieur au taux national (3,35)

• Un effort continu de création depuis 2004 ; +446 places permettant une diversification de l'offre et des expérimentations  
 • Des listes d'attente conséquentes, 80 amendements Creton, essentiellement en IME

Le schéma départemental 2011-2015 met en exergue les tendances suivantes en matière d'évaluation des besoins :

• Des besoins repérés en MAS/FAM essentiellement sur l'est du département (Montpellier-Lunel)

• Besoins importants de SAMSAH et de SAVS (plus d'1/4 des décisions d'orientation), notamment sur le Biterrois et l'Est du département

• Besoins sur le handicap psychique

• 5 unités pour personnes handicapées vieillissantes de 12 lits en moyenne réparties sur l'ensemble du département et adossés à une structure de type EHPAD

### Eléments du schéma départemental Adultes PH 2011-2015 élaboré par le Conseil Général :

#### 5 orientations opérationnelles :

- Renforcer l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil
- Organiser les interventions en faveur du maintien à domicile
- Accompagner les projets de vie autonome des jeunes adultes
- Accompagner les personnes handicapées vieillissantes
- Rééquilibrer les territoires en matière d'équipement



## 2-Adultes handicapés

### Diagnostic territorial LOZERE

- Un taux d'équipement en structures d'hébergement nettement supérieur au taux national.
- Moins de 20% des places occupées par des Lozériens. Recrutement régional et limitrophe à hauteur de 50%.
- Un taux d'équipement en ESAT (13,39) 4 fois supérieur au taux national (3,35)
- Satelli : permettre aux personnes travaillant en ESAT de cesser progressivement leur activité (en raison d'un projet de réorientation ou de départ à la retraite par exemple)
- Réflexion sur la médicalisation des foyers de vie (notamment à destination des personnes handicapées vieillissantes)

### Eléments du schéma départemental Adultes PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général :

- Créer un observatoire des flux de population lozériens et non lozériens demandant une entrée dans les établissements de Lozère
- Créer un dispositif d'observation de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement : Echéance 2011
- Détourner les verrouillages administratifs entre les capacités des ESAT et des foyers d'hébergement : En cours sur le volet emploi – Création du Satelli – échéance 2011.



## 2-Adultes handicapés

### Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

- Un taux de bénéficiaires de l'AAH supérieur aux niveaux régional et national
- Une forte proportion de personnes jeunes (40% de l'effectif a moins de 35 ans)
- Un département globalement bien équipé : un taux d'équipement en établissement d'hébergement de 2,58 pour mille adultes de 20 à 59 ans contre 2,49 au plan national
- Des besoins qui restent cependant importants sur les MAS-FAM et FO.
- Un réseau MAS-FAM dynamique, dont le positionnement devra être clarifié
- Un taux d'équipement en ESAT (3,16) légèrement inférieur au taux national (3,35)
- Peu de tension sur le dispositif ESAT, qui a été reconfiguré

### Éléments du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général :

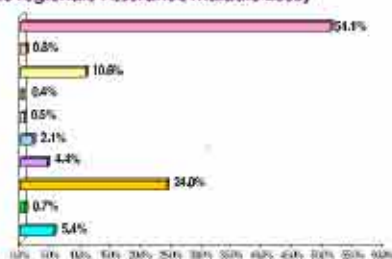
- Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées : plan local d'insertion
- Un taux élevé de personnes handicapées vieillissantes accueillies en établissement (55%) Privilégier les projets prenant en compte le vieillissement de la population handicapée.
- Besoins repérés sur les foyers de vie et FAM
- Redéploiement de l'offre disponible existante



## 2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

### Affections psychiatriques en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)



<span style="color: #e91e63;">■</span>	Troubles mentaux organiques
<span style="color: #ff9800;">■</span>	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
<span style="color: #ffff00;">■</span>	Schizophrénie, troubles schizo-affectifs et troubles délirants
<span style="color: #c8e6c9;">■</span>	Troubles de l'humeur (bipolaires)
<span style="color: #bbdefb;">■</span>	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
<span style="color: #90caf9;">■</span>	Syndromes comportementaux associés à des perturbations psychologiques et à des facteurs physiques
<span style="color: #9c27b0;">■</span>	Troubles de la personnalité et du comportement
<span style="color: #ffc107;">■</span>	Troubles du développement psychologique
<span style="color: #4caf50;">■</span>	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparus durant l'enfance
<span style="color: #00bcd4;">■</span>	Autres troubles mentaux

#### Diagnostic régional

- Plus de 50% des pathologies psychiatriques présentes en MAS et FAM sont des troubles liés à une pathologie organique existante (maladies ou lésions cérébrales).
- 24% des pathologies sont des troubles du développement psychologique (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif)
- Près de 11% sont des troubles de type schizo-phréniques.

#### Difficultés / Points de vigilance

- Lien avec le champ psychiatrique (psychiatrie de liaison médico-sociale)
- Hétérogénéité des publics accueillis qui appelle une spécialisation et une individualisation des prises en charge



## 2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

### Suivi médical en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)

#### Diagnostic régional

- 24 % des résidents en MAS et FAM ont un suivi psychiatrique hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire et 35% ont un suivi mensuel ou trimestriel,
- Le suivi par un médecin généraliste est hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire pour 19% des résidents et mensuel ou trimestriel pour 49% d'entre eux.
- Le suivi dentaire en MAS et FAM n'est pas optimum : 57% des résidents ont un suivi annuel et 17% ont une fréquence de suivi dépassant l'année.
- Le suivi gynécologique est lui aussi déficient avec une fréquence de suivi dépassant l'année pour 39% des résidentes.

#### Difficultés / Points de vigilance

- Accès à la prévention et au dépistage
- Accès aux soins en établissements sanitaires



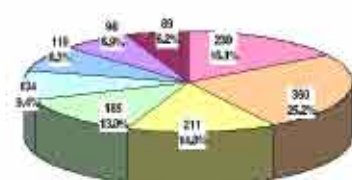


## 2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

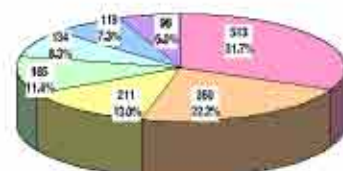
### Soins de nursing et infirmiers en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)

#### Soins de nursing



#### Soins infirmiers



#### Diagnostic régional

- 41% des résidents nécessitent moins d'une heure de soins de nursing par jour, 37% ont une durée de soins de nursing comprise entre 1 et 3 heures par jour et pour 22% des soins durent plus de 3 heures par jour.
- 54% des résidents ont besoin de soins infirmiers ne dépassant pas 20 minutes par jour, 24% ont des soins infirmiers d'une durée comprise entre 20 minutes et une heure par jour et pour 22% ces soins durent plus d'une heure par jour.



## 2-Diagnostic régional : Logement et accessibilité

### Logement adapté

Logement adapté pour accueillir des personnes âgées ou handicapées, par pays (en %)

5 % des Français déclarent vivre dans un logement avec des équipements adaptés aux personnes âgées ou handicapées.



Source : Enquête SHARE.

Champ : Ensemble des individus enquêtés.



### Diagnostic régional

Un enjeu majeur dans la politique de maintien à domicile

⇒ plus de 90 % des personnes dépendantes (âgées de plus de 75 ans ou handicapées) vivent à domicile.

- L'absence de logement adapté : facteur important déclenchant l'entrée en EHPAD (Etude gérontoclef 2011)
- Appel à projet de la Région Languedoc-Roussillon «logement social et accessibilité» qui vise à augmenter la part de logements sociaux
- Partenariat entre certains conseils généraux, bailleurs sociaux et la MDPH
- Convention de partenariat expérimental dans le Gard entre le département, la MDPH, FDI Sacicap et l'Etat au travers de la délégation «ANAH»
- La loi du 5 février 2005 au milieu du gué : les bâtiments et transports publics ont 5 ans pour être rendus accessibles.

### Difficultés / Points de vigilance

- Manque d'information tant des usagers que des professionnels notamment en terme d'aides existantes liés au logement.
- Pour les personnes en situation de handicap la PCH permet de bénéficier d'une adaptation du logement (titre 3)
- Dispersion des acteurs, complexité des montages et délais de réalisation dissuasifs
- Nécessité d'articuler trois dimensions : un logement adapté, une proximité de services et une accessibilité accrue notamment grâce à une politique de transports adéquate
- Peu d'alternatives entre domicile et établissement (formules d'habitat collectif ou logements regroupés à imaginer)



## 2-Diagnostic régional : Transport et mobilité

### Diagnostic régional

**Première difficulté évoquée par les personnes en perte d'autonomie dans leur vie sociale.**

Plusieurs opérateurs en matière de transport adapté :

- les Conseils Généraux (transports inter-urbains)
- les communautés d'agglomération (transports de droit commun)
- les CCAS
- les transporteurs sanitaires (ambulanciers, taxis ; 2 200 dans la région)
- des opérateurs privés ou associatifs (GHP, Ulysse, ...)
- les établissements d'hébergement

**La problématique du transport doit être remise à plat dans sa globalité au niveau de chaque bassin de vie, afin de l'articuler avec les besoins de la population**



### Difficultés / Points de vigilance

- Dispositifs parcellaires, peu connus et insuffisamment coordonnés
- Accessibilité des gares (SNCF et routières)
- Réflexion à porter sur l'organisation globale des transports

## 2-Dispositif d'accompagnement à domicile

### Diagnostic régional :

- L'aide à domicile repose d'abord sur les aidants naturels.
- ⇒ 75% des bénéficiaires de l'APA recevraient une aide de leur entourage.
- Les aides apportées par les services viennent en complément et rarement en substitution.
- Le maintien à domicile favorisé par la mise en place de l'APA et de la PCH (taux de bénéficiaires supérieurs au taux national) ; En LR : 61 820 bénéficiaires de l'APA, dont 42 332 à domicile, 6 642 bénéficiaires de la PCH/ACTP.
- De nombreux acteurs, pas toujours bien coordonnés : les services à la personne (115 SAD "autorisés", 106 SSIAD, 38 SAVS, 10 SAMSAH), 1000 places d'AJ et d'HT, 356 accueillants familiaux, les CCAS et CIAS, de nombreux professionnels de santé, l'HAD, les CLIC, 2 réseaux gérontologiques (Haute vallée de l'Aude (11) et Conflent (66)).
- Le secteur des services d'aide à la personne : un secteur atomisé, de plus en plus concurrentiel, en fragilité économique, développement du gré à gré.
- Un effort important de développement des services (SSIAD, SAVS, SAMSAH) au cours des 5 dernières années.
- Un élément qui favorise la politique de maintien à domicile, en LR : la région est bien pourvue en professionnels de santé libéraux, notamment en IDE.
- La prévention et la préservation de l'autonomie est insuffisamment prise en compte par l'ensemble des décideurs et par les acteurs.

### Difficultés / Points de vigilance

- Lisibilité insuffisante du dispositif de maintien à domicile par territoire
- Deux univers étanches : le monde du domicile et celui des institutions ⇒ Nécessité de décloisonner
- Les dispositifs de soutien aux aidants demeurent peu répandus, cloisonnés et mal adaptés aux besoins
- Le dispositif d'accueillants familiaux reste peu développé dans la région



## 2-Dispositif d'accompagnement à domicile

### Diagnostic territorial AUDE

Un territoire bien équipé pour répondre au besoin d'accompagnement à domicile :

PA : Un bon taux d'équipement en SSIAD (20,61 pour mille PA75 sensiblement supérieur à la moyenne nationale (19 pour mille), de nombreux services à domicile (32 SAD) avec une bonne couverture (pas de zones blanches théoriques), un dispositif d'accueil de jour qui est monté en charge, 1 réseau gérontologique dans la haute vallée de l'Aude, Un réseau de soins palliatifs dans l'ouest audois (ROADS).

PH : 7 places de SSIAD PH, 250 places de SAVS réparties sur 4 services et 2 SAMSAH ; 1 pour handicap psychique et un pour handicap moteur)

85 accueillants familiaux agréés PA/PH, dispositif particulièrement bien développé dans l'Aude.

Le fonctionnement des 5 CLIC est jugé satisfaisant, pas d'intervention systématique à domicile, mais beaucoup d'actions de coordination.

Convention 2010-2012 entre l'Etat, la CNSA et le Conseil Général visant à moderniser et professionnaliser les services à domicile

Protection des PA en danger : le Conseil Général s'est doté d'un service qui suit les signalements des PA et PH à domicile.

### Difficultés / Points de vigilance

2 freins au maintien à domicile :

- la densité de professionnels libéraux est inférieure à la moyenne nationale
- les petits propriétaires agricoles retraités de la MSA ont souvent des difficultés financières pour entretenir ou adapter leur logement => difficulté pour les maintenir à domicile.

## 2-Dispositif d'accompagnement à domicile

### Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

Une offre d'accompagnement à domicile qui s'est fortement développée :

Alternative à l'hébergement : plus de 400 places d'AJ et HT PA sur le territoire, inégalement répartis sur le département, surtout pour l'hébergement temporaire (près de la moitié des lits d'HT se trouvent dans la zone Cevennes-Aigoual)

Secteur PH : développement plus marqué de l'accueil temporaire

La couverture en SSIAD PA semble satisfaisante sur le territoire aujourd'hui.

112 accueillants familiaux agréés PA/PH pour 255 places au total. Nécessité de diversifier la palette de prise en charge PA/PH : accueil temporaire (pendant les vacances) ou séquentiels (pendant le week-end).

Services à domicile PA : 200 services agréés DIRECCTE et 16 autorisés par le Conseil Général

Services à domicile PH : une offre assez étoffée : 76 places de SSIAD PH, 311 places de SAVS et 47 places de SAMSAH (3 SAMSAH : 2 pour handicap psychique, et 1 pour handicap moteur). 1 SAMAD (service de type samsah) pour les traumatisés crâniens à Nîmes, 1 service d'accueil de jour pour handicapés psychiques à Nîmes, 1 service expérimental pour personnes lourdement handicapées à Alès.

### Éléments du schéma de l'autonomie 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Garantir la qualité et diversifier l'offre de services au plus près de l'évolution des besoins, notamment par:

- la promotion d'une offre de prise en charge alternative et décloisonnée, appuyée sur les établissements et services: garde itinérante de nuit, accueil de jour itinérant, habitat alternatif et accueil familial
- la structuration d'outils de coordination des intervenants à domicile et de travail en réseau
- le soutien des actions de maintien du lien social
- l'amélioration de la qualité des prises en charge

## 2-Dispositif d'accompagnement à domicile

### Diagnostic territorial HERAULT

Une offre d'alternative à l'hébergement qui reste à développer sur le secteur PA :

Un taux d'équipement en SSIAD de 17,22 pour mille PA>75 ans sensiblement inférieur à la moyenne nationale (19 pour mille) avec d'importantes disparités infra territoriales : écarts de 1 à 2,5

189 places d'AJ et 118 places d'HT pour PA.

95 accueillants familiaux agréés PA/PH

L'offre d'accompagnement à domicile pour adultes handicapés la plus développée de la région : environ 100 places de SSIAD PH, 13 SAVS (661 places) et 3 SAMSAH (61 places)

Repérage d'un besoin d'une offre de service entre l'accueil en structure et le domicile notamment par l'accueil familial mais nombre de places insuffisant

Nécessité d'évaluation du fonctionnement des CLIC

### Éléments du schéma gérontologique 2008-2012 élaboré par le Conseil Général

- Améliorer l'accessibilité (logement et transports)
- Reconnaître les métiers de l'aide à domicile
- Encourager des alternatives à l'accueil permanent
- Accompagner les aidants (soutien à domicile)

## 2-Dispositif d'accompagnement à domicile

### Diagnostic territorial LOZERE

#### La Lozère, un territoire qui cherche à dynamiser l'accompagnement à domicile :

- Le fonds départemental de compensation géré par la MDPH permet de financer les aides techniques nécessaires au maintien à domicile (fauteuils, prothèses...), l'aide à l'adaptation des logements
  - Création d'un SAMSAH de 15 places, d'un SSIAD-PH de 14 places, d'un Centre d'accueil de jour de 8 places et d'un GEM
- Un taux d'équipement en SSIAD de 20 pour mille PA75 légèrement supérieur à la moyenne régionale  
 3 grandes associations d'aide ménagère (ALAD, Présence rurale 48, ADMR) + 2 entreprises agréées  
 6 accueillants familiaux agréés PA/PH  
 Montée en charge progressive de l'accueil de jour et temporaire : PA : 19 places d'AJ sur 4 établissements et 7 places d'HT  
 PH : 12 places d'AJ en MAS/FAM  
 Un CLIC départemental qui fonctionne bien

### Difficultés / Points de vigilance

#### Les insuffisances relevées sont :

- manque de couverture de l'aide à la personne dans les secteurs isolés
- besoins de formation et compétence
- gardes de nuit
- Manque de transports spécifiques et de logement adapté

### Eléments du schéma départemental Adultes PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général :

- Développer des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire : 5 places d'AJ en FV, 4 places d'AJ en FAM et 1 place d'AT en FAM,
- Créer des appartements de transition permettant un assouplissement des dispositifs existants échéance 2012.
- Développer le nombre de familles d'accueil agréées pour personnes handicapées
- Créer un centre d'accueil temporaire régional : Etablissement et d'accueil temporaire d'urgence (24 places)
- Faciliter les rapports entre les patients et les professionnels de santé au moyen de technologies de l'information et de communication (TIC) et de vidéoconférences : Non réalisé
- Mettre en place un fascicule de présentation des différents registres d'accompagnement à domicile : En cours - Site Réseau Santé Précarité réalisé



## 2-Dispositif d'accompagnement à domicile

PYRENEES-ORIENTALES

### Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

#### Trois secteurs isolés et avec une forte population âgée : Les Fenouillèdes, le Conflent et le Haut-Vallespir

Un dispositif d'alternative à l'hébergement permanent (AJ et HT) adossé à des EHPAD qui fonctionne plutôt mal (taux d'occupation très faible et utilisation de lits d'HT en hébergement permanent)

En revanche, les AJ autonomes fonctionnent mieux et font le plein

Le département dispose de 20 SSIAD qui couvrent l'intégralité du territoire. Taux d'équipement satisfaisant.

64 accueillants familiaux agréés PA/PH, qui accueillent 137 personnes âgées/handicapées, dont 2 en accueil temporaire

Les SAD existants suffisent à répondre à la demande sur l'ensemble du territoire malgré une tension dans les zones isolées, avec une problématique de maintien d'activité dans un contexte de crise du secteur

Un réseau gérontologique sur le territoire du Conflent qui rend un réel service

#### Éléments du schéma gérontologique 2007-2012 et du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général

- Un souhait majoritaire du maintien à domicile, et d'une offre plus souple et plus diversifiée
- Développer des projets partenariaux de type « plateformes de services »
- Introduire davantage de souplesse et une plus grande alternance entre domicile et établissement = Développer une offre d'accueil séquentiel. Réflexion à engager sur ces modalités de prise en charge
- Réaliser une étude pour mieux connaître les besoins et attentes des PH à domicile
- Professionnaliser les SAD pour améliorer la qualité du service rendu
- Orientation n°3 du schéma gérontologique : Soutenir les aidants familiaux



## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Un dispositif médico-social spécifique prend en charge les personnes vulnérables du fait de leurs addictions d'atteintes par des maladies et rendues vulnérables par la précarité sociale. La précarité accompagne très fréquemment la maladie chronique grave ou invalidante, qu'elle en soit une conséquence ou un des déterminants.

- Dispositif de prise en charge **des addictions** qui comprend les :

- Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec ou sans accueil résidentiel, et les Consultations jeunes consommateurs;
- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD);

- Dispositif de prise en charge **des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies graves et/ou invalidantes**. Ce sont les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), qui n'ont pas vocation à accueillir les malades mentaux (ne se substituent pas aux missions des secteurs de santé mentale) et n'accueillent les personnes présentant des addictions que du fait des co-morbidités (ne se substituent pas au dispositif de soins résidentiels en addictologie);

- Dispositif des Lits Haute Soins Santé (LHSS) de prise en charge **des personnes en grande précarité**, sans chez eux et nécessitant des soins du fait de pathologies intercurrentes.

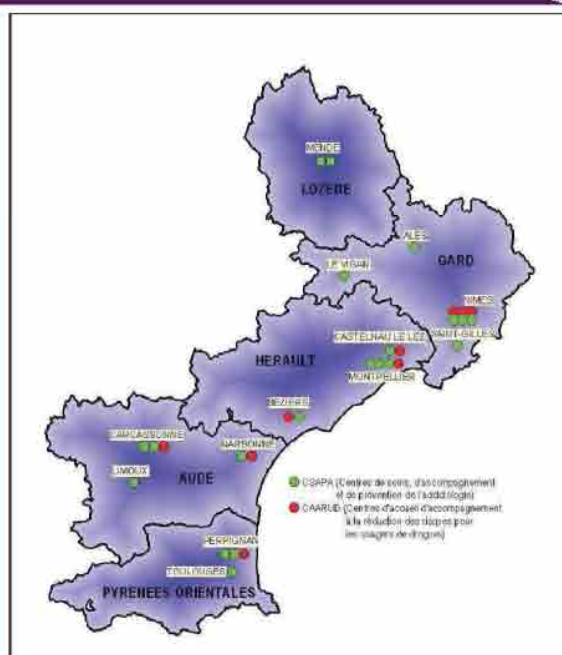


## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### 1-1 Etat des lieux de l'équipement médico-social en addictologie

#### •Des zones blanches ou mal couvertes

- Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières) Port La Nouvelle
- Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols/C), Nord du département, les Cévennes
- Hérault** Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)  
Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- Lozère**  
Zone blanche des Cévennes  
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac  
Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- P O** Les Albères , le Fenouillèdes, le Pays Cerdan





## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### Etat des lieux de l'AUDE

**4 CSAPA** - dont 2 résidentiels- 7 antennes. ouvertes en général 3h/ semaine

**Limoux (Toxicomanie)** CSAPA résidentiel, antennes Castelnaudary, Quillan

**Carcassonne (Alcoologie)** antennes Castelnaudary, Quillan, Limoux, à Carcassonne UCSA – 4 CHR

**Carcassonne (Généraliste)** avec appartements, antenne Narbonne ( 5 jours / semaine)

**Narbonne (Alcoologie)**

**1 CAARUD**

**Carcassonne** antenne Narbonne

**Hôpitaux:** 2 ELSA et 2 consultations hospitalières - Carcassonne et Narbonne

**Activité prévention des CSAPA**

- essentiellement en milieu scolaire, professionnel (métiers de bouche, apprentis) et dispositif insertion
- événements festifs, afflux estival

**Des zones mal couvertes :**

Haute vallée de l'Aude (Quillan), est-audois (Lézignan Corbières) et Port la Nouvelle





## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### Etat des lieux du GARD

#### 6 CSAPA – dont 2 résidentiel - 8 antennes , ouvertes de 4h à 40h / semaine

**Le Vigan** : Equipe mobile, Saint Hyppolite, Lasalle  
**Nîmes (Toxicomanie)** : Uzès, Alès , Sommières, CJC à Alès  
**Nîmes (Généraliste) – CHU**  
**Nîmes (Alcoologie)** : Vauvert, Alès, Bagnols/Cèze  
**Saint Gilles (Généraliste)** : Communauté thérapeutique, Appartements mères enfants  
**Alès** : CSAPA résidentiel, Accueil familial thérapeutique

#### 3 CAARUD

**Nîmes** : Antenne Alès, équipe mobile, milieu festif, milieu carcéral  
**Nîmes** : Zone Sud du département  
**Nîmes** : Antennes Uzès et Sommières, réseau d'officines, programmes d'échange de seringues

#### 2 associations de prévention et réduction des risques exerçant les missions (Vauvert, Bagnols / C)

**Hôpitaux** : 3 ELSA et 34 consultations hospitalières – CHU Nîmes et le Grau du Roi, CH d'Alès, CH de Bagnols/C.

**Activité prévention des CSAPA** : toutes structures sauf CHU, en direction des scolaires, dispositif d'insertion, entreprise et apprentissage , événements festifs, fêtes votives.

**Des zones en difficultés** : Bagnols/C, Beaucaire, Saint-Gilles, Aigues Mortes, Nord Ouest du département.



## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### Etat des lieux dans l'HÉRAULT

**6 CSAPA** - dont deux résidentiels - **13 antennes**, d'amplitude d'ouverture de 2 h à 35h / semaine:

Montpellier (Alcoologie)	Sète, Frontignan, Clermont l'H, Pézenas, Camon, CHR de Mtp, UCSA
Montpellier (Alcoologie)	CSAPA résidentiel
Montpellier (Toxicomanie)	Sète, Lunel, Clermont l'H, Jeunes Mtp, UCSA
Béziers (Généraliste)	Agde, Bédarieux, Jeunes, UCSA
Montpellier (Généraliste)	CSAPA résidentiel
Montpellier (Toxicomanie)	CHU

**1 association « de prévention »** assurant les missions en périphérie de l'agglomération de Montpellier

#### **3 CAARUD**

Béziers	2 équipes mobiles, 1 équipe de rue, 1 accueil femmes, 1 milieu carcéral, milieu festif
Montpellier	CAARUD femmes
Montpellier	2 équipes mobiles, 1 équipe de rue, 1 milieu carcéral, fêtes votives, milieu festif

**Hôpitaux :** 3 ELSA et 3 consultations – Montpellier, Sète et Béziers

#### **Activité de prévention des CSAPA**

Scolaires, dans une moindre mesure apprentissage et formation professionnelle

**Zones en difficulté** Lunel, Pays cœur d'Hérault, Sète et le bassin de Thau, Bédarieux St Pons



## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### Etat des lieux en LOZÈRE

**1 CSAPA (Généraliste) – 4 antennes**, ouvertes 2h/semaine

#### Mende (Généraliste)

Marvejols, Florac, Langogne, St Chély  
 Consultation jeune consommateur  
 Permanences CHR5

Animateur du réseau d'acteurs locaux;  
 porteur du médiateur santé

Travail en réseau avec MLI

#### Assurant la réduction des risques

**Sanitaire** : ELSA au CH de Mende  
 SSR post cure alcool

**Activité de prévention du CSAPA** : en lien avec associations et réseau précarité, entreprises, jeunes hors scolaire

**Fragilité** des Cévennes spécifiquement, de l'accès à la réduction des risques

### Etat des lieux dans les PYRÉNÉES ORIENTALES

**2 CSAPA – 3 antennes**

Perpignan (Alcoologie) Prades, Cérét, Université  
 Perpignan (CH de Thuir) (Toxicomanie)

**1 Consultation jeune consommateur**

#### 1 CAARUD

Perpignan 1 équipe mobile, 1 programme prison,  
 1 programme officines, 1 accueil femmes,

Travail en réseau avec sages-femmes (ASF) pour grossesses et addictions

**Hôpitaux** : ELSA et consultation Perpignan  
 Manque de lits de sevrage,

#### Activité prévention des CSAPA

Réseau d'acteurs, en direction des scolaires, des CUCS (ateliers santé ville et projets de quartiers)

**Zones non couvertes** Les Albères, le Plateau Cerdan, le Fenouillèdes



## 2- Personnes à vulnérabilité spécifique

### 1-3 Atouts et faiblesses

#### En termes d'activité des structures

- Turn-over important des personnes accueillies et certaine discordance entre observations du terrain et données sur les conditions sociales des personnes
- Poids des poly consommations, alcool en « taille de fond ».

#### Un dispositif de prise en charge médico-social étoffé mais

- ne couvrant pas le territoire : redéploiement, antennes et accroche au panier de service de proximité à concevoir
- Insuffisamment coordonné avec les établissements sanitaires et les médecins et professionnels de premier recours
- encore très spécialisé

**Une carence de soins résidentiels** (communauté thérapeutique, familles d'accueil, appartements relais) dans une région où par ailleurs l'accès à un logement ou un hébergement est extrêmement difficile.

**Pas de réponse aux besoins des « routards »**, population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage.

**Un dispositif de réduction des risques (RDR)** insuffisant en couverture territoriale, concentré dans les seuls PO et Gard, avec difficulté d'accès géographique (Cévennes, Lozère...) ou grande exclusion, et pas d'accès à la méthadone des plus marginalisés.

#### Une articulation qui demande à être étayée et généralisée avec

- CDAG et CIDIST
- centres de vaccination
- hépatologues

#### Au niveau sanitaire :

Une Equipe de liaison en addictologie (ELSA) à faire vivre dans tous les hôpitaux sièges de SAU

**Peu de problèmes d'accessibilité à la méthadone** mais besoin de partage (recommandations, pratiques) et de « chaînage » en relais délivrance hospitalière et/ou médico-social puis ville.

**Pas d'alternatives à l'hospitalisation** et de possibilité de prise en charge (accompagnement) à domicile en particulier des troubles neurocognitifs induits (SAMSAH et SAVS)

**Une articulation entre réseau périnatal et dispositif addictions** sur le territoire, à consolider notamment dans les PO.

**Peu de liens avec le dispositif de santé mentale**, des lieux d'accueil des jeunes travaillant souvent insuffisamment en réseau avec la santé mentale et l'addictologie

#### D'une manière générale, peu d'implication des généralistes

posant problème notamment pour le repérage précoce et une prise en charge rapide (RPPR)

#### En matière de prévention

- Plus d'actions ciblant l'information et privilégiant l'approche produit que l'éducation à la santé

- Faiblesse de repérage et de prise en charge des troubles des conduites, des conduites à risque, des vulnérabilités (jeux dangereux, conduites alimentaires)

- Et la nécessité de redéfinir et recentrer le rôle des équipes de prévention des CSAPA dans des projets locaux redéfinis

#### Des moyens d'observation quasiment inexistant

Observation indirecte (activité de dispositifs multiples), pas de dispositif régional de veille, peu de données sur les usages et les usagers



### 3- Glossaire

AAH	: Allocation Adulte Handicapé	IME	: Institut Médico-Educatif
ACTP	: Allocation Compensatrice pour l'aide d'une Tierce Personne	IMPRO	: Institut Médico-Professionnel
AEEH	: Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé	ITEP	: Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
AGGIR	: Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources	MAS	: Maison d'Accueil Spécialisée
AJ	: Accueil de jour	MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
ANESM	: Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux	MSA	: Mutualité Sociale Agricole
APA	: Allocation Personnalisée à l'Autonomie	PA	: Personne Agée
ARS	: Agence Régionale de Santé	PASA	: Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
AVS	: Auxiliaire de Vie Sociale	PH	: Personne Handicapée
CAARUD	: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue	PCH	: Prestation de Compensation pour la Personne Handicapée
CAMSP	: Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	PRAPS	: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles	PRITH	: Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale	PMI	: Protection Maternelle et Infantile
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique	PPS	: Projet Personnalisé de Scolarisation
CLIS	: Classe d'Intégration Scolaire		
CMP	: Centre Médico-Psychologique	PRIAC	: Programme Interdépartemental d'Accompagnement du Handicap et de la Dépendance
CMPP	: Centre Médico-Psycho-Pédagogique	SAFEF	: Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	SAMSAH	: Service d'Accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapé
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie	SAVA	: Service d'Accompagnement à la Vie Autonome
CROP	: Centre Régional de l'Œuf et la Parole	SAVS	: Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
CSAPA	: Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	SESSAD	: Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
DDCS	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale	SROMS	: Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
DIRECCTE	: Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi	SSEFIS	: Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
EHPAD	: Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	SSIAD	: Service de Soins Infirmiers à Domicile
ESAT	: Etablissement et Services d'Aide par le Travail		
ESMS	: Etablissement et Service Médico-Sociaux	TCC	: Trouble du comportement et du caractère
FAM	: Foyer d'Accueil Médicalisé	UHR	: Unité d'Hébergement Renforcée
FO	: Foyer Occupationnel	UPI	: Unité Pédagogique d'Intégration
GIR	: Groupe Iso-Ressources	UTASI	: Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion
HAD	: Hospitalisation à domicile		
HAS	: Haute Autorité de Santé		
HT	: Hébergement temporaire		

