

II.1. Les thématiques transversales

SOMMAIRE

Introduction.....	2
Addictologie.....	3
Accident Vasculaire Cérébral (AVC).....	26
Chirurgie dentaire.....	36
Prise en charge des Enfants/Adolescents	45
Maladies chroniques	60
Prise en charge des Personnes âgées/Personnes en situation de handicap	70
Psychiatrie.....	189

Introduction

Dans le cadre de l'élaboration des schémas d'organisation, et d'une mise en place de la réflexion autour du parcours de vie et de santé des personnes, l'ARS de Lorraine a identifié 8 thématiques traitées de manière transversale aux 3 schémas :

L'addictologie, l'AVC, la chirurgie dentaire, la prise en charge des enfants et des adolescents, les maladies chroniques, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, la psychiatrie.

L'objectif a été d'aborder ces thèmes de façon globale et d'engager une réflexion sur :

- La coordination des acteurs, professionnels, structures et réseaux tout au long du parcours
- L'identification des points de rupture afin de mieux cibler les actions à engager
- L'organisation des filières de prise en charge
- L'amélioration de l'efficacité du système de santé

Cette approche par le parcours de santé de la personne a permis d'impulser une réflexion plus globale, allant au-delà des champs sectoriels (sanitaire, médicosocial, ambulatoire et prévention).

Addictologie

Axe thématique n° 1 : Prévention des addictions

Diagnostic

Rappel sur les éléments épidémiologiques clés caractérisant la région lorraine

L'épidémiologie en région lorraine est relativement bien connue et confortée par des études et analyses de l'ORSAS. (cf. annexe « diagnostic »). Elles seront prochainement complétées par un diagnostic territorial réalisé par la MILDT en coopération avec l'ORSAS.

Par ailleurs, il est à noter que la région Lorraine (site de Metz) par le biais de son inscription au dispositif « tendances récentes et nouvelles drogues » permet de coupler une approche quantitative et qualitative.

Synthétiquement,

- Le taux comparatif de mortalité lorrain attribuable à la consommation d'alcool (30 / 100 000) est significativement supérieur au taux français (28/ 100 000).

- la consommation régulière et moyenne d'alcool des Lorrains est proche de celle de l'ensemble des Français; elle est en baisse continue, y compris chez les jeunes, mais **le constat s'inverse pour les comportements d'ivresse chez les jeunes**, (28% des garçons de 17 ans et 16% des filles du même âge en Lorraine déclarent des ivresses répétées).

- Le taux comparatif de mortalité lorrain attribuable à la consommation de tabac, (124 / 100 000) est significativement supérieur au taux français (107 / 100 000).

D'après le baromètre santé 2005, la consommation quotidienne de tabac concernait 31,7% de la population lorraine, notre région arrivant en 2e position derrière la Hte Normandie (moyenne nationale: 28,3).

- Le cannabis reste la 1re drogue illicite consommée en Lorraine comme dans les autres régions. Bien qu'en diminution, **cette consommation reste importante, en particulier chez les jeunes de 18-24 ans**: 26% des garçons et 12% des filles déclarent avoir consommé dans l'année.

- pour les autres drogues illicites, les prévalences concernent environ 1% de la population de 18 à 39 ans; certains sous-groupes présentent une consommation plus élevée: jeunes fréquentant les espaces festifs (amphétamine, cocaïne);

L'ensemble de la Lorraine enregistre un des taux les plus importants de France pour les interpellations pour usage de drogues illicites

-Le jeu pathologique représente l'addiction comportementale la plus validée d'un point de vue scientifique, selon l'Expertise collective de l'INSERM en 2009. Ces personnes sont estimées en France à environ 800 000 (enquête OFDT).

Le bilan du programme national de prévention met en évidence des points forts et des points faibles qui confirment les premières observations.

-En ce qui concerne les **points forts**, il est noté : **les bons résultats de la politique de réduction des risques**, et la diminution de la consommation de cannabis chez les jeunes liée aux campagnes de sensibilisation et de prévention menées ces dernières années.

-En ce qui concerne les points faibles, il est noté :

la consommation d'alcool et de drogues illicites **de plus en plus précoce, la reprise du tabagisme en France, notamment chez les femmes ; le pourcentage de femmes enceintes fumeuses** (22% continuent à fumer en fin de grossesse). **l'augmentation des comportements d'alcoolisation aigue**, notamment chez les jeunes et particulièrement lors de rassemblements festifs ; **la consommation de cannabis toujours importante**, en particulier chez les 18-24 ans, **l'extension des consommations d'autres drogues illicites** (cocaïne, ecstasy, amphétamines) notamment chez les 18-35 ans fréquentant les espaces festifs, **l'importance du taux d'interpellations pour usage de drogues illicites** (en Lorraine région frontalière).

Ce bilan national est parfaitement corrélé aux observations faites en région Lorraine (cf. annexe « épidémiologie en région Lorraine »).


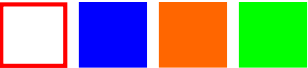

Les actions de prévention dans le champ des addictions en Lorraine ont été soutenues via des financements accordés par le Groupement Régional de Santé Publique.

Malgré la volonté d'une construction d'une politique de prévention et de lutte contre les addictions, de multiples acteurs (institution, professionnelle, collectivités territoriales...) interviennent dans ce champ ce qui rend difficile la cohérence des actions conduites.

Les objectifs opérationnels définis ci après sont à mettre en œuvre dans le cadre de la définition des concepts de promotion de la santé et des principes d'actions développés dans le schéma de prévention. Ils s'intègrent dans le cadre du développement d'une politique régionale de prévention pérenne de lutte contre les addictions articulée avec les autres politiques publiques :

- **développer le repérage précoce des conduites addictives**
- **favoriser la non-consommation et retarder la primo consommation**
- **poursuivre la politique de réduction des risques**
- **assurer la qualité et la cohérence des actions conduites**

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Développer le repérage précoce des conduites addictives	Priorités 1, 2 OG n° 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 2.2, 5.3
Favoriser la non consommation et retarder la primo consommation en développant les actions ciblées sur les populations à risques	Priorités 1, 2 OG n° 1.2, 1.6, .1, 4.1, 4.2, 4.3
Poursuivre la politique de réduction des risques et agir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques liés aux comportements ou aux contextes (précocité des consommations, association à des conduites d'excès et à des prises de risques, situation de vulnérabilité...)	Priorités 1, 2, 4 OG n° 1.2, 2.1, 4.2, 4.3, 4.4
Assurer la qualité et la cohérence des actions de prévention conduites	Priorité 4 OG n° 10.1, 11.1, 12.1

Objectif opérationnel Addictologie	Développer le repérage précoce des conduites addictives
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer le repérage précoce des pratiques addictives et les stratégies d'intervention précoce (destinées à augmenter la prise de conscience et la motivation des personnes en difficulté), par l'ensemble des professionnels de 1 ^{er} recours concernés (professionnels de santé, mais aussi, travailleurs sociaux, éducateurs et animateurs sportifs..) par le biais de formations au repérage et de mise à disposition d'outils,
Mesure n°2 	Poursuivre le programme RPIB ¹ (repérage précoce et interventions brèves) auprès des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé (infirmières, médecins du travail, médecins de PMI ...) et l'élargir à l'ensemble des conduites addictives (après évaluation de l'action conduite en Lorraine en partenariat avec le GRSP)
Mesure n° 3 	Développer les programmes d'actions d'information et de repérage auprès des femmes enceintes en privilégiant : <ul style="list-style-type: none"> - l'information systématique des couples sur les méfaits des substances psycho-actives pendant la grossesse, à l'accouchement et chez l'enfant. - le dépistage de l'imprégnation tabagique chez les femmes enceintes par mesure du CO expiré en consultation d'obstétrique - la proposition systématique d'aide au sevrage tabagique sous la forme de conseils, de prescription de substitution, d'une consultation en tabacologie. - la formation des professionnels afin qu'ils soient en mesure d'aborder la question des consommations, de délivrer une information de qualité, d'orienter précocement les femmes en cas de besoin. - L'utilisation de l'entretien prénatal du 4eme mois comme levier pour aborder ces sujets
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine – LORADDICT – Réseau Périnatal Lorrain
Partenaires	Réseau Périnatal Lorrain, réseau régional addictologique, organismes de FMC

¹ Le RPIB vise une réduction de la consommation excessive d'alcool. Le dépistage de l'alcoolisation excessive peut se faire au moyen de nombreux questionnaires. L'AUDIT et le FACE sont les deux questionnaires généralement présentés aux médecins généralistes lors des formations RPIB actuelles. Malgré les variantes sur son contenu, sa durée ou les modalités de sa réalisation, toute intervention brève observe les composantes suivantes : elle s'adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation d'alcool, et non une abstinence. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien (cf annexe).

Résultat attendu	Orienter précocement les personnes concernées vers le dispositif de soins adapté	Indicateur n° Pourcentage de professionnels formés en regard de la cible attendue
-------------------------	--	--

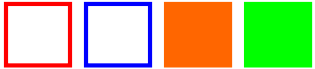


Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Régional de Prévention, volet Périnatalité du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)
Circulaire DGS du 12 octobre 2006 (RPIB)
Programme RPIB Lorrain

Objectif opérationnel Addictologie	Favoriser la non consommation et retarder la primo consommation en développant les actions ciblées sur les populations à risques
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Renforcer les actions de prévention ciblée vers les adolescents et les plus jeunes notamment : <ul style="list-style-type: none"> - en milieu scolaire en privilégiant les classes de jonction (CM2-6ème, 3ème-2nde), mais aussi envers les étudiants (Terminale – Fac) et les jeunes en formation professionnelle - en milieu sportif (clubs sportifs et classes de sport – études). -
Mesure n°2 	Développer les programmes d'actions de prévention en milieu pénitentiaire et envers les personnes placés sous main de justice (Elaboration de programmes de promotion de la santé en lien avec les UCSA : cf. schéma personnes détenues)
Mesure n°3 	Réaffirmer le rôle des services de santé au travail dans la prévention des addictions et la sensibilisation aux risques induits en situation professionnelle.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine – UCSA – Education Nationale – SIUMPS – DRJSCS
Partenaires	CARSAT, Collectivités Territoriales, ANPAA, CMSEA, CDPA et autres structures œuvrant dans le domaine de l'addictologie, IREPS...

Résultat attendu	Améliorer la sensibilisation des populations à risques.	Indicateur n° Nombre de programmes développés à l'attention des populations à risques (enfants, ados, détenus)
-------------------------	---	---

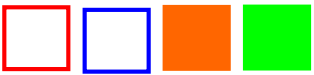



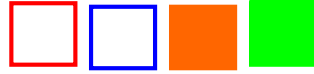
Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Régional de Prévention
Volet Santé des personnes détenues du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

Objectif opérationnel Addictologie	Poursuivre la politique de réduction des risques et agir précocement sur les facteurs d'aggravation des risques liés aux comportements ou aux contextes (précocité des consommations, association à des conduites d'excès et à des prises de risques, situation de vulnérabilité ...)
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Aider les personnes en situation de précarité, et leur entourage, à adopter des comportements plus favorables à leur santé dans le cadre d'une démarche participative ; (soutenir la mise en place d'actions d'éducation et d'accompagnement à la santé, information et formation en vue de développer les capacités de faire des choix favorables...)
Mesure n°2 	Diffuser les messages d'information, de prévention, d'éducation sur les pratiques à risques, notamment vis-à-vis des personnes les plus exposées du fait de l'âge, ou de situations particulières : (adolescents ou jeunes adultes en milieu festif, personnes privées de liberté...)
Mesure n°3 	Poursuivre la mise en application des mesures de prévention , de dépistage et de prise en charge contenues dans le plan national de lutte contre les hépatites (renforcer la réduction des risques de transmission et répéter les tests de dépistage chez les usagers de drogues), inciter aux vaccinations, et améliorer l'évaluation des conséquences somatiques des consommations (conventions de partenariat CSAPA- CH, accessibilité au Fibroscan..)
Mesure n°4 	Réduire les inégalités territoriales d'accès à la réduction des risques
Mesure n°5 	Articuler les programmes de réduction des risques des CSAPA, et des CAARUD
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Cohésion Sociale, Administration Pénitentiaire, MILDT ; ANPAA, CMSEA, CDPA et autres structures œuvrant dans le domaine de l'addictologie IREPS

Résultat attendu	Réduction des risques liés aux consommations Amélioration des inégalités territoriales en termes d'accès à la réduction des risques	Indicateur n° -Enquête ESCAPAD sur usage et expérimentation chez les jeunes lorrains -données épidémiologiques MILDТ chez usagers de drogues - couverture régionale des CAARUD
-------------------------	--	---



Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Régional de prévention
Thématique transversale Maladies chroniques

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Plan VIH
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

Objectif opérationnel Addictologie	Assurer la qualité et la cohérence des actions de prévention conduites
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer les partenariats entre les acteurs des programmes et actions de prévention, de façon à assurer la complémentarité des missions et des compétences et la cohérence des actions sur un territoire (par exemple : document travaillé et partagé par tous les acteurs de la prévention primaire)
Mesure n°2 	Favoriser la permanence et la continuité des actions de prévention sur la base des méthodes d'intervention reconnues comme efficaces (par le biais de contractualisations, d'appels à projet...)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Promoteurs d'action de prévention

Résultat attendu	Optimisation de la coordination et de la qualité des actions conduites	Indicateur Conventions partenariat promoteurs prévention	n° de avec de
-------------------------	--	--	------------------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schéma Régional de prévention

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• l'ensemble des mesures s'applique au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none">•
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none">•
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none">•
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none">•

Axe thématique n° 2 : structuration de l'offre de santé de premier recours (ambulatoire) en addictologie

Diagnostic régional

Un mode d'entrée de prise en charge par les professionnels de santé de 1^{er} recours

La porte d'entrée la plus fréquemment empruntée est la médecine générale (mais aussi d'autres acteurs de 1^{er} recours comme les pharmaciens, les sages-femmes...) ; cependant face à un patient nécessitant une prise en charge sur le plan addictologique, le médecin généraliste doit pouvoir bénéficier d'une meilleure lisibilité des dispositifs, afin de parvenir à un décloisonnement et améliorer la fluidité du parcours de son patient.

Une prise en charge de premier recours spécialisé assurée par les CSAPA (- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), les CAARUD, et les consultations hospitalières en addictologie.

- Les CSAPA et les CAARUD constituent le dispositif médico-social en addictologie.

Une hétérogénéité de fonctionnement et des missions développées :

- ⇒ pluridisciplinarité différentielle des professionnels des structures
- ⇒ activités très variables : consultations, « consultations avancées » en lien avec le secteur pénitentiaire, les structures du champ social (CHRS notamment), rôle de la politique de répression conduisant à des prises en charge des personnes placées sous mains de justice, développement d'accueil spécifique de prise en charge (femmes enceintes, ...), développement de consultations jeune consommateurs
- ⇒ implication variable notamment dans le champ de la prévention – interventions externes en lien le plus souvent avec l'éducation nationale
- ⇒ implications différentielles dans les missions facultatives

Cette hétérogénéité de fonctionnement conduit parfois à des confusions et rend difficile une systématisation des réponses au plus près des besoins des publics et prenant en compte les différentes étapes de prise en charge. Elle est renforcée par la possibilité des CSAPA de conserver une spécialité (soit alcool, soit toxicomanie) et dépend beaucoup du type de gestionnaire (associatif ou hospitalier).

- Les CAARUD : actuellement présents dans 3 départements à l'exception de la Meuse, pour certains adossés à des CSAPA (CMSEA, AVSEA) et tous urbains. Il apparaît que les services rendus par les CAARUD (souvent gérés par des associations auto- support) sont très différents d'un territoire à l'autre.



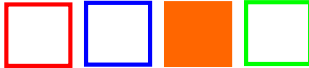
- Les consultations hospitalières en addictologie sont un maillon de la filière hospitalière d'addictologie ; elles constituent l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. Le mode d'accès à la consultation hospitalière d'addictologie résulte soit d'une démarche spontanée du patient, soit d'une orientation par le dispositif spécialisé médico-social, soit par le médecin traitant ou un partenaire institutionnel (éducation nationale, justice...) .La consultation hospitalière d'addictologie est complémentaire des partenaires extérieurs à l'hôpital, notamment le dispositif spécialisé médico-social.

Les objectifs retenus sont :

- **de renforcer la capacité des professionnels de ville à accueillir, repérer et orienter les patients.**
- **d'améliorer la structuration et la lisibilité de l'offre de santé de 1^{er} recours (ambulatoire) en addictologie par territoire de santé.**

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer la couverture territoriale et la complémentarité de l'offre ambulatoire en addictologie, afin d'assurer un maillage territorial fonctionnel de l'offre de premiers recours spécialisé	Priorités 2,4 OG n°5.3, 5.6, 11.1, 11.2, 11.3
Renforcer la place des professionnels de ville dans l'offre de 1 ^{er} recours en addictologie en soutenant leur implication et en les inscrivant au sein d'une trajectoire de prise en charge	Priorités 2,4 OG n° 5.3, 5.4, 11.1, 11.2, 11.3

Objectif opérationnel Addictologie	Améliorer la couverture territoriale et la complémentarité de l'offre ambulatoire en addictologie, afin d'assurer un maillage territorial fonctionnel de l'offre de premiers recours spécialisé
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Rendre lisible l'offre de soins spécialisée de 1 ^{er} recours en addictologie par la diffusion d'une cartographie.
Mesure n°2 	Veiller à la complémentarité entre consultations hospitalières et médico-sociales par territoire
Mesure n°3 	Identifier les missions et l'offre de santé proposées par les CSAPA en s'adaptant aux particularismes territoriaux : ⇒Caractériser l'ensemble des activités de chaque CSAPA qu'il soit généraliste ou spécialiste et favoriser le rapprochement des structures spécialisées (CSAPA « alcool » et CSAPA « toxicomanies ») sur le territoire de santé ⇒Préciser les types d'actions et/ou de programme d'action de prévention développé par la structure ⇒Préciser et formaliser les modes de collaboration avec les partenaires extérieurs ⇒Contractualiser avec les CSAPA sur la base des missions facultatives identifiées et reconnues ⇒Développer l'aide et l'accompagnement à destination de l'entourage, dans le dispositif médico-social, en s'appuyant sur les associations de patients.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CSAPA, Etablissements hospitaliers

Résultat attendu	Optimiser la couverture territoriale de l'offre de soins de 1 ^{er} recours spécialisée en addictologie	Indicateur n° -mise en ligne d'une cartographie -contractualisation avec les CSAPA
-------------------------	---	--




Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet Santé des personnes détenues du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
 Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

Objectif opérationnel Addictologie	Renforcer la place des professionnels de ville dans l'offre de 1^{er} recours en addictologie en soutenant leur implication et en les inscrivant au sein d'une trajectoire de prise en charge
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer la connaissance des dispositifs et des différents acteurs du territoire entre eux (annuaires, visiteur réseau au cabinet médical...) avec une perspective de meilleure articulation des différents acteurs (travail en réseau, passage de relais)
Mesure n° 2 	A partir d'initiatives locales et sur la base d'une analyse des besoins de la population sur cette problématique dans le territoire, intégrer la prise en charge addictologique au sein des dispositifs innovants d'exercice collectif : - délégations et coopérations entre professionnels, et éducation thérapeutique, dans le cadre des nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux (ENMR), - nouveaux métiers en santé
Mesure n°3 	Améliorer les formations initiales et continues des professionnels de ville (en prenant en compte leurs attentes et leurs besoins), et leur diffuser des outils adaptés d'aide au repérage et à l'évaluation
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	URPS, Faculté de Médecine, IFSI, Assurance Maladie, Organismes de formation Continue..., Réseaux

Résultat attendu	Conforter l'implication de professionnels ambulatoires	Indicateur n° -Formations en addictologie proposées -Intégration de la thématique addictologie dans les projets de santé des MSP-PSP-CDS
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet ambulatoire du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• l'ensemble des mesures s'applique au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none">•
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none">•
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none">•
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none">•

Axe thématique n° 3 : trajectoire de prise en charge

Diagnostic régional

Etat des lieux des structures et dispositifs (en annexe) :

- tableau récapitulatif du dispositif addictologique hospitalier en Lorraine
- récapitulatif des dispositifs d'hébergement médico-social.

Constats :

Au-delà de l'organisation territoriale du dispositif addictologique, et de la formation des acteurs concernés, **2 enjeux** apparaissent : la notion de **parcours de soins** du patient et la nécessité d'une **coordination de l'offre de soins autour du patient**, sous – entendant de la part des partenaires concernés, des notions de connaissance mutuelle, de culture commune, de partage d'outils et d'informations....

La trajectoire de prise en charge des personnes confrontées aux addictions n'est pas linéaire et il y a la nécessité d'une **prise en charge adaptée en fonction des publics** sans pour autant créer des « filières spécifiques de prise en charge » stigmatisantes. L'importance des relais avec les acteurs de proximité et de travailler sur des environnements favorables devient dans ce contexte prioritaire.

a) L'accessibilité et l'orientation dans le dispositif de santé sont à renforcer :

→ **l'entrée dans le dispositif**

→ **l'accès au soin de certaines populations spécifiques** : cf. annexe

b) Le dispositif de prise en charge en addictologie gradué et spécifique est à conforter : (cf. annexe « état des lieux »)

→ **la filière graduée hospitalière :**

- **Le niveau 1 de proximité**

En ce qui concerne la mise en place des consultations et des équipes de liaison **le maillage territorial est relativement satisfaisant quantitativement ; pour certains établissements disposant de services d'urgence il reste à garantir l'accès à une ELSA et/ou une consultation.**

En revanche **l'accès aux lits destinés à réaliser des sevrages simples reste difficile** par manque de lits ou du fait d'un positionnement difficile de ces lits au sein des services. Il est important de veiller à garantir la pérennité des dispositifs existants.

- **Le niveau 2 de recours d'un territoire**

Une seule unité de court séjour de recours « soins résidentiels complexes » est actuellement reconnue par l'ARS (service de Médecine L au CHU), **et n'offre pas de possibilité d'hospitalisation de jour** (par manque de définition claire et consensuelle de ce que doit comprendre ce type de prise en charge). Il faut donc compléter l'offre de recours en soins complexes sur la région, (un certain nombre d'établissements effectuent cette activité sans avoir la reconnaissance), et pouvoir rendre possible la mise en place d'hospitalisations de jour sur ces services.

Il existe **2 sites SSR spécialisés en addictologie sur la région** : « La Fontenelle » à Maizeroy et le CHS de St Nicolas-de-Port (orienté vers la prise en charge des troubles cognitifs)

- **Le niveau 3 régional** : **Un projet de centre de référence en addictologie est en cours au CHU** ; une logique de fonctionnement par produit et par spécialité semble persister.

→ **le dispositif hébergement médico-social** (cf. annexe)

Les modes d'hébergement sont disparates en termes de spécificité de prise en charge (par produits, par publics), de durée d'hébergement, lieu d'implantation géographique

c) Collaborations et continuité des prises en charge

La filière de soins addictologiques doit s'appuyer sur des partenariats solides au sein de son territoire d'implantation, notamment avec les acteurs du secteur médico-social spécialisé et les acteurs de la ville. Ces partenariats peuvent être facilités par la coordination des acteurs en addictologie au sein des réseaux de santé.

Les réseaux de santé de proximité thématiques en addictologie connaissent de grandes difficultés pour la pérennisation de leur financement ; **un seul réseau est encore financé en Lorraine par le FIQCS : AMELUCTA sur le territoire de Moselle-est.** (cf. annexe)

De nombreux professionnels de santé, dont les acteurs libéraux, ont mis en place une organisation fonctionnelle de type « réseau informel »,






Le réseau LORADDICT a une vocation régionale. Il assure notamment des activités de coordination et d'expertise à l'échelle régionale.

- L'articulation du dispositif addictologique avec les autres dispositifs concernés, **notamment la psychiatrie**, mais aussi la périnatalité et la cancérologie doit être développée.

Les grandes orientations seront donc :

- **d'améliorer l'accès au soin grâce au repérage et à l'orientation dans le dispositif spécialisé**
- **de conforter et diversifier les modes de prise en charge**
- **d'éviter les ruptures dans le parcours de soins en développant les coordinations entre les acteurs**

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs	Priorités 1,2,4 OG n° 2.2, 2.3, 5.2, 5.3, 5.6, 11.1, 11.2 11.3, 12.1, 12.5
Finaliser la mise en place des filières hospitalières graduées	Priorité 2 OG n° 5.2, 5.3, 5.6,
Développer les collaborations entre dispositif de ville, sanitaire, médico-social et social, ces coordinations devant être facilitées dans le cadre des réseaux locaux	Priorités 2 4 OG n° 5.4, 5.6, 11.1, 11.2, 11.3

Objectif opérationnel Addictologie	Améliorer l'accès aux soins pour les personnes présentant des comportements addictifs
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer et formaliser le repérage des problèmes d'addiction et la capacité d'orientation vers un dispositif de soins adaptés, dans les services d'urgence et les services d'hospitalisation : - sensibilisation et formation du personnel (à l'évaluation, et aux interventions ultra-brèves), - utilisation de questionnaires et de protocoles de prise en charge et d'orientation, - intervention de l'ELSA immédiate ou différée (intérêt des lits d'UHCD) - en cas de non possibilité d'intervention de l'ELSA lors du passage aux urgences, envoi de courriers proposant une offre de suivi spécialisé
Mesure n°2 	Améliorer l'accès aux soins spécialisés des personnes en détention présentant des problèmes addictifs : lors de l'entrée : (repérage par l'équipe de l'UCSA lors de la visite d'entrée, identification du besoin, orientation si nécessaire vers professionnels spécialisés), et à la sortie, en lien avec le dispositif spécialisé
Mesure n°3 	Favoriser l'entrée dans le dispositif de soins des adolescents présentant des conduites à risque ou un mésusage : - en développant la mise en place de dispositifs adaptés à l'accueil et à l'accompagnement des adolescents et de leurs parents (maisons des adolescents, consultations jeunes consommateurs) - en rendant plus lisible le dispositif spécialisé aux partenaires et institutions
Mesure n° 4 	Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de vulnérabilité : - en adaptant et diversifiant l'offre de soins - en favorisant l'accès rapide aux dispositifs spécialisés (ex : conventions CSAPA/CHRS, accueil d'urgence en CSAPA..) - en améliorant l'articulation des services d'urgences avec les PASS
Mesure n°5 	Adapter l'offre en hébergement médico-social par territoire de santé aux besoins de populations spécifiques présentant des conduites addictives (accueil mère- enfant, personnes sortant d'incarcération, populations vulnérables)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseaux Addictologiques, Etablissements hospitaliers, CSAPA, Associations, UCSA, Maisons des Adolescents





Résultat attendu	Augmenter l'accès au dispositif de soins spécialisé des personnes présentant des problèmes addictifs	Indicateur n° -interventions de l'ELSA aux urgences - nombre de consultations jeunes consommateurs - offre en hébergement médico-social
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets Santé des personnes détenues, Lutte contre l'exclusion sociale du SROS PRS
Thématique transversale Santé de l'enfant et de l'adolescent

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)
Plan d'action stratégique pour les personnes sous main de justice 2010-2014
Recommandations ANAES 2001 pour les patients admis aux urgences au décours d'une intoxication éthylique aigue.
Guide de bonnes pratiques pour les équipes de liaison et de soins en addictologie (2003) s'appuyant sur les circulaires du 10 septembre 1996 et du 8 septembre 2000)

Objectif opérationnel Addictologie	Finaliser la mise en place des filières hospitalières graduées
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n° 1 	Garantir le juste recours à chaque niveau de la filière en s'assurant que chaque structure répond bien à ses missions spécifiques (par ex : les consultations hospitalières en addictologie doivent prendre en charge l'ensemble des conduites addictives, les ELSA n'ont pas vocation à faire des consultations, le SSR Addictologie n'a pas pour mission d'effectuer des sevrages...)
Mesure n°2 	→ Pour les structures de niveau 1 - Généraliser l'accès à une équipe de liaison, à une consultation et à des sevrages simples effectués dans un service servant de référent, (de façon à mettre en place des unités fonctionnelles en addictologie), dans tous les établissements disposant d'un service d'urgences (sur place ou par convention) - Veiller à identifier et à pérenniser l'activité de sevrage simple quand elle existe (en l'inscrivant dans les CPOM et les projets d'établissement). - Développer les interventions des ELSA dans les Maternités et les Etablissements Psychiatriques.
Mesure n°3 	→ Pour les structures de niveau 2 - Définir le nombre et la localisation des unités de court séjour assurant les soins résidentiels complexes sur la base d'un cahier des charges régional (objectifs : au moins 1 par territoire de santé) de façon à permettre leur labellisation dans le cadre du CPOM. - Encourager la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle dans les établissements disposant d'un niveau 2 ou 3, (hospitalisation de jour, séjour de rupture, séjour séquentiel..) en tenant compte du contexte médico-économique
Mesure n°4 	→ Pour le niveau 3 Finaliser le projet de centre de référence régional d'addictologie au niveau du CHU.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements hospitaliers

Résultat attendu	Conforter la filière hospitalière en addictologie	Indicateur n° mise en œuvre de chaque mesure : CPOM, remontée d'enquête auprès des ETB sur le niveau de réalisation du plan addictologie
-------------------------	---	---





Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet SSR du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)
Circulaires du 16 mai 2007 et du 26 septembre 2008

Objectif opérationnel Addictologie	Développer les collaborations entre dispositif de ville, sanitaire, médico-social et social, ces coordinations devant être facilitées dans le cadre des réseaux
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	- Améliorer et formaliser l'articulation entre structures de soins somatiques et psychiatriques - Améliorer l'articulation avec les autres dispositifs concernés : périnatalité notamment (dans le cadre du réseau Périnatal Lorrain)
Mesure n°2 	- Veiller à organiser le passage de relais à la sortie de l'hôpital : ⇒ Rôle de l'équipe de liaison dans la préparation à la sortie, ⇒ articulation avec les CSAPA à formaliser par l'intermédiaire de conventions) ⇒ Développer le concept de relais et de référent unique (dans le cadre d'un réseau, d'un CSAPA, ou professionnel de ville) permettant d'assurer la continuité de la prise en charge
Mesure n°3 	Intégrer la prise en charge des problèmes d'addiction dans les missions obligatoires des réseaux territoriaux en cours de restructuration
Mesure 4 : 	Conforter le réseau régional en addictologie afin de favoriser le rapprochement entre acteurs du domaine de l'addictologie, l'élaboration et la diffusion de référentiels et d'outils dans un objectif d'appropriation d'une culture commune.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Etablissements hospitaliers, CSAPA, réseaux territoriaux, réseau régional en addictologie, réseau Périnatal Lorrain

Résultat attendu	Améliorer l'articulation des différents acteurs de la prise en charge	Indicateur n° -conventions entre dispositif somatique et psychiatrique -CPOM réseaux-ARS
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale Santé mentale
Volet Périnatalité du SROS PRS
SROS-PRS versant Ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et plans de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011
Livre Blanc de l'Addictologie française (FFA)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser l'accès à une consultation, à une équipe de liaison et à des lits de sevrage en addictologie pour tous les établissements disposant d'un service d'accueil d'urgences.
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'offre de lits de sevrage simple. Finaliser la mise en place de la Polyclinique des addictions et de la filière addictologique Meurthe-et –Moselle sud au CHU
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none"> Conforter l'offre de lits de sevrage simple Permettre la reconnaissance d'une unité de sevrage complexe au CHS de Fains Veel
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Conforter l'offre de lits de sevrage simple au CHR de Metz Permettre la reconnaissance de 2 unités de sevrage complexe au CHS de Jury-les –Metz et au CHS de Sarreguemines
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> Conforter l'offre de lits de sevrage simple au CH d'Epinal et au CH de St Dié Identifier une unité de sevrage complexe

Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Diagnostic régional et territorial

L'AVC représente en termes de morbidité et de mortalité au sein des maladies cardio-neuro-vasculaires :

- La première cause de handicap acquis de l'adulte
- La deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer)
- La troisième cause de mortalité chez l'homme et deuxième cause chez la femme
- Environ 130 000 nouveaux cas par an (en France)

Au niveau régional :

5800 décès sont dus chaque année aux pathologies cardio-neurovasculaires et représentent 28% des décès lorrains.

- Le taux comparatif de mortalité reste supérieur au taux français (238 p 100 000 versus 210 p 100 000).
- Ces pathologies représentent la première cause de décès chez la femme et deuxième cause des décès en Lorraine tous sexes confondus.
- 23,5% des décès liés à une maladie cardio-neurovasculaire sont liés à une maladie vasculaire cérébrale (1363 décès/an)
- Existe une disparité régionale et intra régionale (**gradient est/ouest**)
- Les dispositifs de prise en charge sont insuffisamment connus des usagers

Points forts:

- Filière d'urgence préhospitalière AVC formalisée
- Augmentation du nombre d'UNV par rapport au SROS 3 : 3 UNV actuellement
- Présence de services de soins de suite et de réadaptation spécialisés affections neurologiques dans chaque territoire de santé
- Des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'AVC
- Une dynamique régionale autour de la télémédecine
- Des associations d'usagers présentes et entreprenantes




Points faibles:

- Méconnaissance des facteurs de risque d'AVC
- Méconnaissance des signes d'AVC ou d'AIT
- Recours insuffisant ou trop tardif au 15
- Dysfonctionnements de la prise en charge pré-hospitalière
- Démographie médicale déficitaire pour les neurologues, et fragile pour les médecins de médecine physique et de réadaptation
- Démographie des masseurs kinésithérapeutes inférieure de 32% / niveau national
- Un accès limité à la thrombolyse lié au nombre de sites qui la réalisent
- UNV en nombre limité ne permettant pas l'optimisation du maillage territorial
- Manque de fluidité de la filière du pré-hospitalier au retour à domicile ou vers les structures médico-sociales.

NB. **Une évolution de l'AMM** est annoncée, elle permettrait l'administration de la thrombolyse sous condition par des médecins non neurologues. Cela nécessite un partage des pratiques professionnelles

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Permettre pour tout patient victime d'AVC l'accès à une filière organisée de prise en charge	Priorité 1 : Objectifs 2-3 et 3-1 Priorité 2 : Objectifs 5-2, 5-4 et 5-5 Priorité 4 : Objectifs 11-1 et 11-2
Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victimes d'AVC	Priorité 1 : Objectif 3-1 Priorité 2 : Objectifs 5-1,5-4 et 5-5
Améliorer le suivi après la sortie d'hospitalisation	Priorité 1 Objectifs : 1-5 et 2-3 Priorité 4 : Objectifs 11-2 et 11-3
Améliorer la connaissance de l'AVC en Lorraine	Priorités 4 Objectifs : 12-1 et 12-5
Améliorer la qualité de prise en charge de l'AVC en Lorraine	Priorité 1 : Objectifs 2-2 et 3-1 Priorité 3 : Objectif 8-2 Priorité 4 : Objectifs 10-1 et 11-1
Amplifier le dispositif de prévention et d'information à destination des usagers et des professionnels	Priorité 1 : Objectifs 1-6 et 2-2 Priorité 2 Objectifs : 5-1 et 6-1

Objectif opérationnel AVC	Permettre pour tout patient victime d'AVC l'accès à une filière organisée de prise en charge
----------------------------------	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Organiser les filières autour de chacune des UNV <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs de la filière <ul style="list-style-type: none"> ○ UNV ○ SSR « spécialisés » avec des lits dédiés post-UNV, ○ Structures sanitaires ○ Structures médico-sociales,... • Organiser les liens entre les acteurs • Définir les missions de l'UNV de recours et les liens entre UNV
Mesure n°2 	Identifier et missionner les animateurs de filière <ul style="list-style-type: none"> • Définir les missions des animateurs de filière (définir le rôle de chacun des acteurs, développer les partenariats entre les acteurs, ...) en élaborant une fiche de poste. • Sélectionner les animateurs de filière
Mesure n°3 	Doubler le nombre d'UNV H24 dans la région <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les UNV du CHU (recours) et de Moselle-est • Créer une UNV dans le département des Vosges (Epinal) • Créer une UNV dans le département de la Meuse
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	UNV, Etablissements sanitaires et médico-sociaux, Assurance Maladie, MDPH, usagers




Résultat attendu	Intégration de chaque UNV dans une filière de prise en charge des AVC	Indicateur n° publication des filières
	Augmentation du nombre de patients admis en UNV	Indicateur n° Evolution de la part des patients admis en UNV

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS PRS : Volets imagerie, permanence des soins en établissement de santé SRP : Thématique cardio-neuro-vasculaire SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 – (E. Féry-Lemonnier)
Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014 »




Objectif opérationnel AVC	Améliorer l'accès à la thrombolyse des patients victimes d'AVC
----------------------------------	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Augmenter le nombre de sites pratiquant la thrombolyse <ul style="list-style-type: none"> • En lien avec le programme de télé-médecine (télé-imagerie et télé-expertise) • Veiller à couvrir l'ensemble du territoire lorrain <p>NB : lié à l'évolution de l'AMM</p>
Mesure n°2 	Organiser la filière de premier recours (pré-hospitalière) <ul style="list-style-type: none"> • Admettre directement les victimes (ou suspicion d'AVC) dans les établissements sites de thrombolyse • Protocoliser les admissions des victimes d'AVC • Organiser les liens entre les établissements de santé sans UNV et les UNV • Former les professionnels à la thrombolyse en lien avec la modification de l'AMM
Mesure n°3 	Organiser le recours aux avis neurologiques et neuroradiologiques sur le territoire lorrain <ul style="list-style-type: none"> • organiser le recours aux neurologues pour les patients éligibles à la thrombolyse • organiser le recours aux neuroradiologues
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseau Lorraine Urgences, fédérations, Etablissements sanitaires, urgentistes

Résultat attendu	Evolution de la part des patients AVC bénéficiant d'une thrombolyse	Indicateur n° Taux de patients bénéficiant d'une thrombolyse
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS – Volets imagerie, permanence des soins en établissement de santé Programme Régional de Télé-médecine

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 – (E. Féry-Lemonnier) Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014 »


Objectif opérationnel AVC	Améliorer le suivi après la sortie d'hospitalisation
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Mettre en place un projet personnalisé d'éducation thérapeutique afin de réduire le risque de récurrence et de limiter les séquelles : <ul style="list-style-type: none"> ○ par le dernier établissement d'accueil en lien avec le médecin traitant ○ le remettre au patient et au médecin traitant
Mesure n°2 	Permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC (Cf. SRP – objectif opérationnel : maladie cardio-neurovasculaire)
Mesure n°3 	Etudier le principe d'une consultation pluridisciplinaire « bilan » post AVC y compris pour les AVC dits « légers » <ul style="list-style-type: none"> • Décliner localement le cahier des charges élaboré au niveau national • Etudier la faisabilité d'une expérimentation régionale dans le cadre du plan national...
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Professionnels de santé, collectivités territoriales, acteurs en promotion de la santé, éducation nationale, milieu du travail, PMI

Résultat attendu	Elaboration d'un projet d'éducation thérapeutique « type » pour la région	Indicateur n° mise en œuvre de l'action
	Mise en place d'une consultation « bilan » post-AVC	Mise en place d'une expérimentation

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SRP – objectif opérationnel : maladie cardio-neurovasculaire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014)

Objectif opérationnel AVC	Améliorer la connaissance de l'AVC en Lorraine
----------------------------------	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Mettre en place un observatoire de l'AVC en Lorraine : <ul style="list-style-type: none"> Analyser les dysfonctionnements pré-hospitaliers (FUP AVC, indication de thrombolyse,...) Analyser les pratiques hospitalières (choix d'indicateurs commun à l'ensemble des UNV,...)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	GCS Télé santé, réseau lorraine urgences, urgentistes, neurologues neurovasculaires

Résultat attendu	Analyse des dysfonctionnements pré-hospitaliers	Indicateur n° Tableau de bord des dysfonctionnements FUP AVC et UNV
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Programme régional de télémédecine (PRT)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014)

Objectif opérationnel AVC	Améliorer la qualité de prise en charge de l'AVC en Lorraine
----------------------------------	---




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Elaborer/réviser et harmoniser les protocoles de prise en charge des victimes d'AVC (du pré-hospitalier au retour à domicile sur tous les champs) (professionnels)
Mesure n°2 	Identifier la filière AVC dans le ROR pour la diffusion de l'information auprès des professionnels <ul style="list-style-type: none"> • Procédures • Identification des filières • ...
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	GCS Télé sante Lorraine, les professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes

Résultat attendu	Informers les professionnels de santé	Indicateur n° Mise en ligne sur le ROR
	Diffusion des procédures régionales	Indicateur n° Mise en ligne sur le ROR

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Programme régional de télémédecine (PRT)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014)

Objectif opérationnel AVC	Amplifier le dispositif de prévention et d'information à destination des usagers et des professionnels
----------------------------------	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Simplifier et amplifier les messages d'information sur l'AVC en Lorraine <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer l'AIT et le recours au 15 dans le message • Augmenter la nature des supports • Multiplier les vecteurs de communication (y compris Mail via les ordres ou mailing par les assureurs,...) • Développer les partenariats avec la médecine du travail, le rectorat, l'assurance maladie
Mesure n°2 	Améliorer le recours au 15 <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le public aux premiers signes évocateurs d'un AVC et à la démarche d'alerte à adopter • Informer les professionnels de premier recours
Mesure n°3 	Développer les formations des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> • A destination des professionnels sociaux et médico-sociaux • A destination des médecins susceptibles d'administrer la thrombolyse (évolution de l'AMM)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	UNV-SSR-Etablissements sanitaires-Services d'urgences-URIOPS-CREAHU-URPS

Résultat attendu	Elaboration d'un document pour les professionnels et d'un document à destination des usagers regroupant les principales informations sur l'AVC	Indicateur n° Création des supports
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schéma Régional de Prévention

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport sur la prise en charge des AVC – juin 2009 Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le recours au 15 par des actions d'information des usagers et des professionnels du 1^{er} recours • Organiser la permanence des soins pour la ; prise en charge des patients AVC • Organiser les filières de prise en charge des patients AVC
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Définir la mission de l'UNV de référence régionale et passer une convention avec chacune des UNV de territoire
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none"> • En priorité, organiser la filière de prise en charge des patients AVC de Meuse • Possibilité de créer une UNV H24 si la démographie médicale le permet
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> • En priorité, organiser la filière de prise en charge des patients AVC des Vosges • Créer une UNV H24 si la démographie médicale le permet

Chirurgie dentaire

Diagnostic régional et territorial

1. L'offre de soins ambulatoire



L'offre de soins ambulatoire se situe principalement dans le sillon lorrain. La densité de chirurgiens dentistes est particulièrement faible en Meuse, hormis Bar-le-Duc et Verdun, dans le sud-ouest des Vosges, et dans le Saulnois mosellan. Les prévisions montrent que l'évolution des dix prochaines années renforcera le poids du sillon lorrain au détriment des zones rurales.

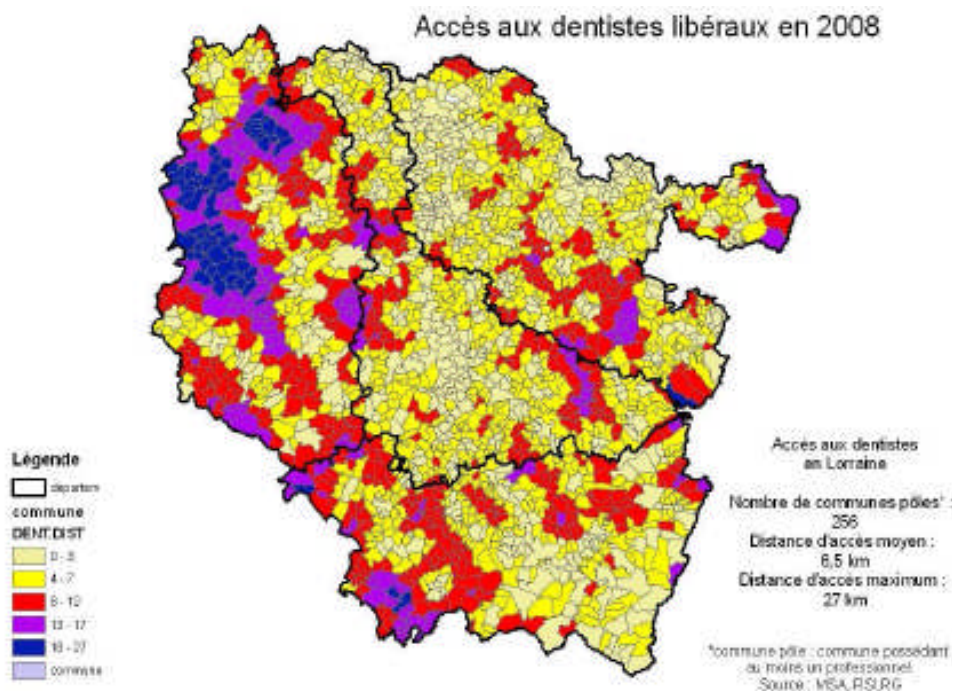
La Meuse est le département le plus fragile. La distance séparant les usagers des cabinets dentaires peut atteindre 27km. La densité départementale est de 3,9 pour 10 000 habitants. 13 cantons sont sans chirurgiens dentistes. (Chiffres CNSD).

Dans les Vosges, la densité moyenne est de 5,5, mais la couverture est bonne avec 94,5% de la population à moins de 10km d'un cabinet dentaire. Il y a un risque de désertification dans le sud du département.

En Moselle, la densité est de 6,1, avec une densité plus faible dans l'Est du département.

En Meurthe et Moselle, elle est de 7,3, soit une densité très supérieure à la moyenne nationale.

Les distances d'accès aux cabinets libéraux correspondent à ces zones dont la densité en matière d'offre de soins est faible :



Les centres de santé sont harmonieusement répartis sur le territoire lorrain avec une concentration sur les zones ex-minières (cf annexe). Ils peuvent être mis à contribution pour les soins destinés aux populations fragiles, précaires, et pour celles souffrant de dépendance à la toxicomanie.

La spécialité orthodontique est couverte par 63 praticiens spécialistes installés dans les agglomérations importantes. Cependant, ces actes sont réalisés également par des omnipraticiens, orthodontistes non spécialistes, exclusifs ou non.

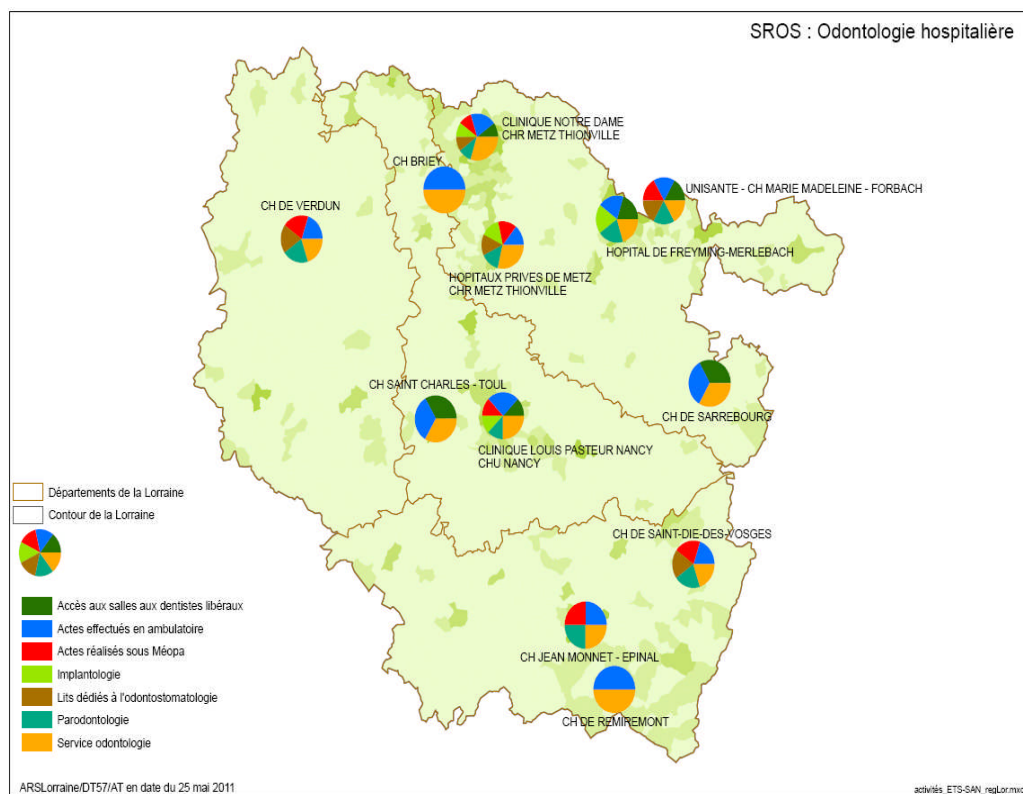
Les gardes sont organisées sous la responsabilité du Conseil de l'Ordre Départemental. Les départements sont divisés en secteurs. Ces gardes sont effectuées le dimanche matin. Le fonctionnement de ces gardes est satisfaisant. Il n'y a pas d'astreinte ambulatoire la nuit, hormis dans les Vosges où elles sont effectuées de 9h à 17h, et le dimanche après-midi.

2. L'offre hospitalière

La mission des services hospitaliers consiste à :

- permettre l'accès aux plateaux techniques pour les personnes à risque (accidents infectieux, hémophiles, pathologies cardio-pulmonaires...),
- assurer la permanence des soins pour les situations d'urgence (traumatologie..)
- assurer les soins pour les personnes dont le handicap ou la situation de précarité sont susceptibles d'être une barrière aux soins dans un cabinet libéral

L'offre est présente sur l'ensemble du territoire lorrain. Néanmoins, le service d'odontologie de Verdun, en cours de structuration, doit permettre un meilleur maillage du territoire, et un renforcement des UCSA de Montmédy et Saint-Mihiel.



Sur le champ hospitalier, le CHR de Metz-Thionville organise une astreinte 24h/24. Cette astreinte est destinée plus particulièrement aux cas chirurgicaux envoyés par les services d'urgence ou par les chirurgiens dentistes de ville. En revanche, il n'existe pas d'astreinte hospitalière dans les autres départements.

3. Prise en charge des personnes âgées, handicapées ou en situation de précarité





3.1. PA et PH : Tant dans les structures pour les personnes âgées que pour personnes handicapées, l'accent doit être porté sur les actions de prévention, dépistage, et sur les actes simples. Les soins odontologiques sont traités de façon très hétérogène, en fonction de la structure. Les conditions de soins dans les établissements médico-sociaux sont rarement réunies, de sorte que les chirurgiens dentistes ne peuvent, sans le fauteuil et le matériel adéquat, prodiguer des soins de qualité.

3.2. Personnes en situation de précarité :

Plusieurs obstacles empêchent une prise en charge adaptée de ces personnes: les difficultés d'organisation (prise de rendez-vous et suivi), l'obstacle financier, les freins éventuels des chirurgiens dentistes qui craignent que la personne ne vienne pas au rendez-vous ou n'assure pas le paiement des soins...

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer la prise en charge des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées	P3 OG7 OS 71 et 76 P3 OG8 OS 81 et 84 P4 OG10 OS10-2
Améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité	P2 OG4 OS 43 P2 OG5 OS 53
Donner plus de place aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer	P1 OG2 OS 23 P1 OG3 OS 31
Améliorer la complémentarité entre établissements sanitaires et cabinets libéraux et l'organisation de la permanence des soins	P2 OG5 OS 55 P2 OG5 OS 51

Objectif opérationnel Chirurgie dentaire	Améliorer la prise en charge des usagers des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées
--	--




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer la prévention au sein des établissements, le dépistage, et l'information concernant l'hygiène de base
Mesure n°2 	Développer les bilans dentaires au sein des établissements
Mesure n°3 	Développer les partenariats entre établissements médico-sociaux et cabinets libéraux
Mesure n°4 	Améliorer l'accès aux soins dentaires en lien avec le PRGDR
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Ordres professionnels, URPS, Assurance Maladie, Etablissements médico-sociaux

Résultat attendu	Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées et handicapées	Indicateur n° Inscription dans le projet d'établissement des EMS
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROMS Volet lutte contre l'exclusion du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PRGDR

Objectif opérationnel Chirurgie dentaire	Améliorer les soins en direction des personnes en situation de précarité
--	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Mettre en place des actions de sensibilisation et d'information auprès des établissements sociaux et des partenaires œuvrant dans le secteur social
Mesure n°2 	Renforcer le rôle de la PASS dentaire de Metz
Mesure n°3 	Créer une PASS dentaire à Nancy
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	DDCS, Associations, CHU et CHR

Résultat attendu	Renforcer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires pour les personnes précaires	Indicateur n° Création de la PASS dentaire à Nancy
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet lutte contre l'exclusion du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Chirurgie dentaire	Donner plus de place aux chirurgiens dentistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer
--	---




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Organiser une journée régionale de dépistage des cancers de la bouche.
Mesure n°2 	Assurer la participation des chirurgiens dentistes aux RCP.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseil de l'ordre et URPS des chirurgiens dentistes

Résultat attendu	Améliorer la prise en compte de la problématique bucco-dentaire en oncologie	Indicateur n° Participation des dentistes aux RCP
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet Cancer du SROS PRS Schéma Régional de Prévention

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Chirurgie dentaire	Améliorer la complémentarité entre établissements sanitaires et cabinets libéraux et l'organisation de la permanence des soins
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Définir le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des soins dentaires <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux plateaux techniques des chirurgiens dentistes libéraux • Participation aux actions de formation
Mesure n°2 	Mettre en place une astreinte hospitalière 24/24 à Nancy
Mesure n°3 	Promouvoir les installations de chirurgiens dentistes au sein des Maisons Pluridisciplinaires de santé
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Ordre professionnel, URPS, Etablissements hospitaliers

Résultat attendu	Clarification du rôle de l'hôpital en chirurgie dentaire	Indicateur n° Nbre de MSP avec chirurgiens dentistes
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets PDES et Ambulatoire du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	Les objectifs et mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	Mettre en place une astreinte 24/24 à Nancy Créer une PASS dentaire à Nancy
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	Renforcer le rôle de la PASS dentaire de Metz
Territoire des Vosges	

Prise en charge des Enfants et des Adolescents

Diagnostic régional et territorial

La convention internationale des Droits de l'Enfant, signée par les Nations Unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990, définit l'enfant « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ».

Cette population en devenir compte 506 967 enfants en 2006, en Lorraine, soit un taux de 21,6% de la population générale. Selon les projections, sa part s'élèvera à 20,2% en 2021.

Comme chez l'adulte, la santé de l'enfant ne peut se réduire à une absence de maladies. Les facteurs socio environnementaux sont essentiels à prendre en compte en tant que déterminants de santé. Par ailleurs l'enjeu est d'assurer à l'adulte de demain un développement et un épanouissement harmonieux en s'appuyant sur les mesures de prévention, de suivi et d'accompagnement.

Dans ce contexte, la prise en compte de la santé de l'enfant rend indispensable une coordination de tous les acteurs au contact des familles et des enfants.

Le diagnostic :

1^{er} constat : des données nombreuses autour de la santé de l'enfant mais morcelées.

2^{ème} constat :

- Une augmentation des troubles du développement et du comportement chez le petit enfant, difficilement évaluable quantitativement faute d'un recueil organisé de données,
- Des disparités sur la santé de l'enfant, selon les territoires, avec une prégnance des déterminants socio environnementaux encore plus forte que chez l'adulte qui s'inscrit dès le début de la vie et se traduit dès l'âge de 4 ans par une disparité des résultats dans les bilans des écoles maternelles,
- La nécessité d'un dépistage et d'une évaluation précise le plus précocement possible d'une éventuelle déficience, pour tout petit lorrain, qu'il ait ou non des facteurs de risques, sans oublier le dépistage des troubles sensoriels générateurs de troubles de l'apprentissage (cf SROSM),

Les acteurs nombreux, provenant de secteurs variés (hospitaliers, libéraux, social...) et déjà impliqués localement dans la prise en compte de l'enfant, sont insuffisamment coordonnés autour des familles et de la santé de l'enfant.

La lorraine compte un total de 16 établissements de santé disposant d'un service de pédiatrie (hors néonatalogie). Ceux-ci sont aussi autorisés à une activité de gynéco obstétrique et de médecine d'urgence, à l'exception du CHU qui ne dispose pas de maternité. A l'inverse, 5 des 20 maternités et 5 des 22 structures de médecine d'urgence ne disposent pas d'unité de pédiatrie (hors néonatalogie).

3^{ème} constat : des difficultés d'accès à des compétences pédiatriques sur certains territoires qui s'accroîtront compte tenu des perspectives démographiques inquiétantes chez les pédiatres, les médecins généralistes, les pédopsychiatres.

4^{ème} constat : une filière de prise en charge des urgences insuffisamment structurée

- Des compétences pédiatriques pas toujours accessibles pour l'enfant pris en urgence, au sein des établissements de santé,
- une organisation pas toujours adaptée pour les enfants hospitalisés dans la moitié nord de la Lorraine et dont l'état nécessite une surveillance rapprochée dans une unité adaptée (USCP).

5^{ème} constat : une filière de prise en charge médicale insuffisamment structurée, sur les points suivants, et d'autres points qui sont traités dans d'autres volets du SROS (cf volets : santé mentale, addictologie, urgences, imagerie, réanimation / surveillance continue, oncologie, lutte contre la douleur, soins palliatifs, insuffisance rénale chronique, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, ainsi que le SROMS, le SROS PRS volet ambulatoire et le SRP) :

- une filière des sur spécialités insuffisamment lisible,
- des taux d'obésité et de surcharge pondérale des enfants lorrains sensiblement identiques à ceux de l'ensemble des enfants français dans les enquêtes en milieu scolaire avec toutefois une problématique plus marquée en Moselle, dans le secteur de Remiremont, et aussi dans les milieux défavorisés ou en situation de pauvreté, le tout associé à une filière de prise en charge des anomalies du poids peu visible au niveau régional,
- Un besoin en matière d'éducation thérapeutique au regard de maladies chroniques plus prégnantes (allergies, ...),
- Des besoins d'aide exprimés par les professionnels de première ligne confrontés aux situations de souffrance de l'enfant en cas de violences familiales, ...

6^{ème} constat : une filière de prise en charge de la chirurgie de l'enfant insuffisamment structurée :



- Une absence de permanence des soins en chirurgie spécialisée de recours sur le secteur de Metz, et une insuffisance de coordination entre les deux sites de recours existants, Nancy et Metz,
- Un désengagement des équipes de chirurgie et anesthésie dans la prise en charge de l'enfant, dans les établissements de santé « périphériques » (hors sites de recours), et plus spécifiquement des inquiétudes des chirurgiens ORL au regard des réticences de certains médecins anesthésistes à prendre en charge un enfant en bas âge.

7^{ème} constat : des spécificités chez l'adolescent et le pré adolescent :

- des besoins au regard de situations de mal-être,
- une prégnance plus forte des troubles du comportement et de la violence,
- des besoins croissants en matière de conseil d'éducation à la sexualité et au respect de l'autre
- la prévention des conduites addictives.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Mieux connaître les besoins de l'enfant <i>Cet objectif est commun au volet « périnatalité » et à d'autres travaux SROS.</i>	Priorité 4 : objectif 10.1
Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner, en transversal et en proximité, l'ensemble des acteurs, avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé <i>Cet objectif est commun au volet « périnatalité ».</i>	Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2 ; 11.3 ; Priorité 2 : objectif 4.2 ; 5.4
Développer l'accès à des compétences pédiatriques, dans des secteurs caractérisés par une pénurie médicale	Priorité 2 : objectif 5.1 ; 5.4
Améliorer l'organisation de la filière des urgences	Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2
Améliorer l'organisation de la filière médicale	Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2
Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant	Priorité 4 : objectif 11.1 ; 11.2
Renforcer la lisibilité des dispositifs existants dédiés à la santé des adolescents	Priorité 2 : objectif 4.2
Renforcer la prévention des grossesses non désirées, notamment chez les mineurs, par une contraception adaptée. <i>Cet objectif est commun au volet « santé de l'enfant et adolescent »</i>	Priorité 1 : objectif 1.6 Priorité 2 : objectif 4.1 ; 4.2

Objectif opérationnel Prise en charge Enfants et Adolescents	Mieux connaître les besoins de l'enfant
--	--




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Optimiser et partager l'utilisation des outils de coordination existants. Spécifiquement pour le domaine de la périnatalité et de l'enfant, impulser l'agrégation régionale des données départementales type certificats du 8 ^{ème} jour, 9 ^{ème} mois, 24 ^{ème} mois et bilans des 4 ans, et leur exploitation régionale Partager les informations existantes entre les différents acteurs
Mesure n°2 	Rappeler aux professionnels de santé l'obligation réglementaire de transmettre les certificats (cf art L 2132-3 du Code de Santé Publique)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec les conseils généraux
Partenaires	Les PMI des quatre départements, URPS

Résultat attendu	Rendu annuel sur des indicateurs de santé de l'enfant	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Cet objectif est commun au volet « périnatalité » du SROS PRS SRP

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)





Objectif opérationnel Prise en charge des enfants et des adolescents	Mettre en œuvre des actions visant à mobiliser et mieux coordonner en transversal et en proximité l'ensemble des acteurs , avec l'appui de la commission de coordination des politiques publiques de santé
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Généraliser les staffs médico psycho sociaux à l'initiative des maternités, en lien avec les PMI.
Mesure n°2 	Développer des formations pluri professionnelles en proximité.
Mesure n°3 	Partager un annuaire de ressources et de compétences sur la santé de l'enfant sur les territoires
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseau périnatal Lorrain – Maternités - Conseils Généraux

Résultat attendu	Créer du lien entre les acteurs. <u>Indicateurs :</u> - Nb de staffs médico sociaux par établissements de santé - Nb de dossiers traités en staffs médico sociaux / nb de naissances - Nb de territoires qui ont structuré a minima un partenariat local (annuaire en place, formations réalisées, concertations organisées, ...) - Nb de formations pluri professionnelles réalisées / an - Mise à disposition d'un annuaire de ressources et de compétences, sur la santé de l'enfant	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Cet objectif est commun au volet « périnatalité » SROS PRS volet ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Note de cadrage ministérielle relative à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance du plan stratégique régional de santé Territorialisation des politiques publiques



Plan d'actions associées Prise en charge des enfants et des adolescents	Développer l'accès à des compétences pédiatriques, dans des secteurs caractérisés par une pénurie médicale	
Mesure n°1 	Dans le respect des maquettes des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES), intégrer la construction de projets professionnels de médecins et d'internes en fin de cursus, notamment au bénéfice des établissements de santé périphériques.	
Mesure n°2 	Créer des postes de maitres de stage en cabinet de pédiatrie de ville et/ou dans les CAMSP.	
Mesure n°3 	Développer les temps partagés entre établissements de santé, y compris les postes d'assistants spécialistes.	
Mesure n°4 	Valoriser le rôle des infirmières puéricultrices dans certains domaines (ex : prévention, éducation), au sein des dispositifs de 1 ^{er} recours (ex : maison de santé pluridisciplinaire) : intervention de puéricultrices au sein de MSP (codification des actes en réflexion au niveau national) ou liens renforcés des professionnels de la MSP avec la PMI	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Université de Lorraine – CHU	

Résultat attendu	Assurer une couverture en compétences pédiatriques, dans les établissements de santé et en ville, plus particulièrement dans des zones de pénurie médicale.	Indicateur n°
	<p><u>Indicateurs :</u> Evolution du nb d'internes dans la spécialité pédiatrique en 4^{ème} année Nb de postes de maîtres de stage en cabinet de pédiatrie de ville et / ou CAMSP, et évolution Taux de fuites des internes spécialisés en pédiatrie, en fin de cursus, et évolution Suivi du nb de pédiatres par territoire Nb de candidats lorrains au DU santé de l'enfant Nb de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dotées de temps de sage femme Nb de MSP relevant d'une expérimentation avec intervention d'une IDE puéricultrice</p>	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet périnatalité du SROS PRS
SROS PRS volet ambulatoire





Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan d'actions associées Prise en charge des enfants et des adolescents	Améliorer l'organisation de la filière des urgences
Mesure n°1 	Généraliser des protocoles partagés entre médecins urgentistes et pédiatres, dans les structures d'urgence implantées dans des établissements qui ne disposent pas d'une présence pédiatrique H24.
Mesure n°2 	Créer une 2 ^{ème} implantation d'unité de surveillance continue pédiatrique polyvalente (USCPP) de recours, au service des besoins de la moitié Nord de la Lorraine, adossée à une offre médico chirurgicale cohérente sur le site de Metz, et en lien étroit avec le plateau pédiatrique (réanimation / USCP) du CHU Brabois Enfant.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseau Lorraine Urgences – Etablissements de santé autorisés à la médecine d'urgence

Résultat attendu	Améliorer la couverture pédiatrique des prises en charge en urgence de l'enfant, et renforcer l'offre pour les situations nécessitant une surveillance rapprochée. <u>Indicateurs :</u> - Nb de structures d'urgences implantées dans les ETS sans présence pédiatrique H24, disposant de protocoles partagés entre pédiatres et urgentistes / nb de structure d'urgences implantée dans ETS sans présence pédiatrique H24 - mise en œuvre d'une unité USCP pédiatrique à Metz conventionnée avec l'hôpital d'enfant au CHU	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet médecine d'urgence du SROS PRS Volet réanimation et surveillance continue du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan d'actions associées Prise en charge des enfants et des adolescents	Améliorer l'organisation de la filière médicale	
Mesure n°1 	<u>La prise en charge de l'obésité et la surcharge pondérale chez l'enfant</u> Elargir ou relayer sur d'autres territoires des organisations en place pour la prise en charge de l'obésité et la surcharge pondérale (réseaux de ville « nutrition obésité » à Epinal et Metz), qui ont montré leur efficacité.	
Mesure n°2 	<u>Les maladies chroniques</u> Développer l'éducation thérapeutique	
Mesure n°3 	Initier le développement au sein de structure d'hospitalisation à domicile (HAD) d'activité spécialisée en pédiatrie sur des secteurs à forte densité de population (cf volet HAD du SROS)	
Mesure n°4 	<u>Situations de souffrance de l'enfant en cas de violences familiales (ou maltraitance).</u> Communiquer sur le dispositif mis en œuvre pour assurer la gestion des situations à risque de maltraitance ou de maltraitance avérée. Mettre en place un référent dans les établissements de santé dotés d'une structure d'urgence, et renforcer la formation des urgentistes au repérage.	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	GCS Télésanté - Réseaux de proximité - Conseils généraux, PJJ, COD	



Résultat attendu	<p>Créer du lien entre les acteurs. Améliorer l'offre de soins pour la prise en charge de l'obésité et de la surcharge pondérale, et sa lisibilité. Améliorer la prise en charge des enfants victimes de violences familiales (ou maltraitance).</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution en nb des enfants bénéficiaires d'un programme d'éducation thérapeutique autorisé, - % de réseaux de proximité développant des prises en charge spécifiques de l'obésité et surcharge pondérale qui prennent aussi en charge l'enfant, - taux d'établissements de santé dotés de structures d'urgences, qui disposent d'un référent formé sur les questions de maltraitance de l'enfant 	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SRP
Thématique transversale Maladies chroniques

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Programme national de nutrition (PNN3) 2011 – 2015 - Plan Obésité 2010 - 2013

Plan d'actions associées Prise en charge des enfants et des adolescents	Améliorer l'organisation de la filière de chirurgie de l'enfant	
Mesure n°1 	Formaliser une offre régionalisée spécialisée de recours (chirurgie spécialisée et chirurgie de l'enfant de moins de 1 an) assurant une permanence 365 jours sur 365 sur les deux sites, Nancy et Metz, et qui réponde aux bonnes pratiques organisationnelles sur l'un et l'autre site en particulier concernant le regroupement d'activités de chirurgie infantile sur un seul site.	
Mesure n°2 	<p>Maintenir des compétences chirurgicales et anesthésiques, en « périphérie » (sites autres que ceux de recours spécialisé), pour la chirurgie standard de l'enfant plus grand, et aussi du petit enfant en ORL, sur la base d'une coopération entre sites de recours et sites « périphériques ».</p> <p>Dispositif de coopération entre sites de recours et sites « périphériques » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaboration d'un protocole partagé entre chirurgien / anesthésiste / pédiatre, au sein de l'établissement « périphérique », dans lequel est présenté le périmètre des activités et des compétences, et l'organisation de la prise en charge de la chirurgie de l'enfant - recours facilité à des avis et à l'expertise des sites spécialisés, et organisation d'actions de formation continue par ces derniers. 	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Etablissements de santé réalisant une activité de chirurgie de l'enfant	


Résultat attendu	<p>Une offre de recours organisée sur deux sites, reconnue et formatrice, et l'évitement de fuites extra régionales.</p> <p>Le maintien d'une offre périphérique compétente pour la chirurgie standard chez l'enfant, qui travaille en lien avec les sites de recours.</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'une offre régionalisée spécialisée de recours (chirurgie spécialisée et chirurgie de l'enfant de moins de 1 an) assurant une permanence 365 jours sur 365 sur les deux sites, Nancy et Metz, et répondant aux bonnes pratiques organisationnelles sur l'un et l'autre site, - % d'établissements de santé « périphériques » réalisant une activité de chirurgie de l'enfant, qui ont validé un protocole partagé, - nb de médecins anesthésistes ayant bénéficié d'un stage sur les sites de recours. 	Indicateur n°
------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

--

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

--



Plan d'actions associées Prise en charge des enfants et des adolescents	Renforcer la lisibilité des dispositifs existants dédiés à la santé des adolescents
Mesure n°1 	Création d'une maison des adolescents dans les Vosges
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	

Résultat attendu	<u>Indicateurs :</u> Au moins une maison des adolescents par département	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales Santé mentale et addictologie

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Prise en charge des enfants et des adolescents	Renforcer la prévention des grossesses non désirées, notamment chez les mineurs et les jeunes adultes par une contraception adaptée
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	En inscrivant l'éducation à la sexualité dans les orientations de la commission de coordination des politiques publiques de santé, en tant qu'action prioritaire dans le cadre des actions d'éducation à la santé menées en établissement scolaire
Mesure n°2 	En améliorant l'efficacité des dispositifs en place pour l'accès des personnes mineures à la contraception (centres de planification et éducation familiale CPEF, maisons des adolescents).
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec les Conseils Généraux
Partenaires	Santé scolaire

Résultat attendu	Réduire le nb d'IVG chez les moins de 18 ans	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet Périnatalité du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan périnatalité 2005 2007

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	L'ensemble des objectifs opérationnels concerne les 4 territoires de santé
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	Création d'une unité de surveillance continue polyvalente pédiatrique (USCPP) à Metz conventionnée avec le plateau de réanimation de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy. Par souci d'efficacité et afin de répondre au mieux au besoin des enfants, le regroupement du service des urgences, du service de pédiatrie, d'une maternité avec néonatalogie, du service de chirurgie infantile et de la future unité de surveillance continue pédiatrique doit être envisagé sur le site Mercy à Metz.
Territoire des Vosges	Création d'une maison des adolescents

Maladies chroniques

Diagnostic régional et territorial

PREAMBULE

- Le diagnostic ne peut pas s'effectuer maladie par maladie mais doit être global.

Conformément à l'esprit du dernier Plan National dont le titre rappelle que « l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » doit être un objectif premier, les travaux du SROS-PRS sur le champ des maladies chroniques ont été menés sur le fondement d'une définition commune des maladies chroniques.

Définition commune et délimitant le champ de l'étude :

Problème de santé/maladie, organique, transmissible ou non, qui nécessite une prise en charge à moyen ou long terme et dont les symptômes, évolutifs ou non, affectent la vie sociale, professionnelle affective et familiale de la personne malade.

- Exclusion de la vieillesse
- Du handicap en tant que maladie chronique mais pas en tant que conséquence
- Exclusion de la maladie mentale
- Exclusion de toute forme d'addiction

- Si le diagnostic relatif au volet maladies chroniques doit comporter des données épidémiologiques, il est établi autour de la notion de parcours, notion qui a été le fil conducteur de la réflexion et qui devra continuer à l'être pendant toute la durée de validité du SROS-Hospitalier.

• • •

- La Lorraine présente une surmortalité due à des pathologies chroniques, notamment les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, les tumeurs, les troubles mentaux et du comportement et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.

- Les actions de prévention, pourtant multiples, ne peuvent pas toujours être opérantes en raison tant du manque de coordination des acteurs, que du défaut d'étude des comportements et des situations sociales qui permettrait de donner une cible et une cohérence aux différentes démarches préventives.

Au vu de ces constats, l'objectif opérationnel n°4 est affiché.

- L'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques peut connaître des ruptures ou manquer d'efficacité en raison du manque de globalité et/ou de graduation de la prise en charge ainsi que du défaut (non fautif) d'implication des patients dans la gestion de leur maladie.

❖ Concernant l'implication du patient :

L'annonce de la maladie marque le passage de l'état d'utilisateur à l'état de patient. Elle apparaît comme un élément fondateur de l'investissement du malade dans sa prise en charge. Les constats suivants doivent être faits :

- Même si la mise en application du dispositif est perfectible, une certaine visibilité existe pour l'annonce du cancer du fait de la mise en œuvre de la mesure 40 du plan cancer (consultation d'annonce)
- Pour les autres maladies, il semble que le principe de l'annonce, son organisation en étapes minimum ne soient pas acquis de manière uniforme. Principalement :
 - Faute de temps, d'information, de formation les médecins généralistes peuvent être démunis lors de l'annonce d'un diagnostic.

- La pluridisciplinarité étant de rigueur pour cette étape, elle peut faire défaut tant en ville qu'à l'hôpital. Il est particulièrement pointé la nécessité de systématiser l'intervention de psychologues aux côtés du médecin et de l'infirmière.

Des actions d'Education Thérapeutique du Patient sont également indispensables à la participation du patient à sa prise en charge.

- la disparité (ville-hôpital) des modalités de tarifications ne facilitent pas la systématisation de ces actions qui sont consommatrices de temps et de moyens humains.
- L'initiation du processus de l'ETP peut se faire à l'hôpital mais le relais doit absolument être pris par le champ ambulatoire qui, au demeurant fait parfois défaut, faute de financement et de formation.
- Points forts constatés : Plus value des réseaux régionaux (référentiels, rôle expertal), Outils de télémédecine : logiciel de parcours d'ETP (diatélic) ou transplantélic, formation EDULOR, DU

Au vu de ces constats, l'objectif opérationnel n°1 est affiché.

❖ **Concernant la globalité et la graduation de la prise en charge, il est constaté les éléments suivants :**

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chronique passe par un accompagnement global, lequel ne peut être effectif que si un diagnostic complet de la situation des patients est effectué. Pour ce faire, la participation de professionnels des principaux champs de la santé est nécessaire, notamment travailleurs sociaux, médecin du travail, médecins conseils.



Par ailleurs, pour le domaine strict du soin, des graduations doivent être respectée.

- En établissements hospitaliers, l'assistante sociale peut être sollicitée, mais encore trop restrictivement. (en fonction de sa disponibilité ou du ressenti de l'équipe soignante)
Par ailleurs, les assistantes sociales de secteurs ne semblent pas impliquées dans la prise en charge des maladies chroniques.
- Concernant les médecins du travail, ils ne sont pas systématiquement inclus dans la prise en charge.
- Alors que l'assurance maladie dispense des actions en faveur des patients atteints de maladies chroniques, les acteurs de santé au cœur de la prise en charge n'intègrent pas toujours les médecins conseil dans processus d'accompagnement.
- 3 niveaux doivent être distingués dans la prise en charge médicale des maladies chroniques : le médecin traitant (en lien avec le pharmacien, l'IDE, SSIAD...), le spécialiste, les services spécialisées, centres de référence.
Or, la place de chacun n'est pas toujours connue ou reconnue :
 - Difficultés de « passer la main » au médecin généraliste
 - Relai non pris par la médecine ambulatoire car pas organisée et/ou formée, problématique de rémunération.
 - Les associations d'usagers ne sont pas toujours associées à l'établissement du programme personnalisé.

Au vu de ces constats, les objectifs opérationnels n°2 et 3 sont affichés.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
<p><u>Objectif opérationnel</u> Eclairer le patient pour le rendre acteur dans la gestion de sa maladie</p>	<p><u>Priorité 1 :</u> Objectifs 1-5, 2-1 <u>Priorité 2 :</u> Objectif 6-1, 6-2</p>
<p><u>Objectif opérationnel</u> Elaborer pour chaque patient atteint de maladie chronique un plan d'accompagnement personnalisé</p>	<p><u>Priorité 1 :</u> Objectifs 2-3, 3-1, 3-2 <u>Priorité 2 :</u> Objectif 5-4 <u>Priorité 4 :</u> Objectifs 11-1, 11-3, 12-1</p>
<p><u>Objectif opérationnel</u> Eviter les ruptures de parcours en facilitant la participation des professionnels du champ ambulatoire</p>	<p><u>Priorité 1 :</u> Objectifs 2-3, 3-1, 3-2 <u>Priorité 2 :</u> Objectif 5-4 <u>Priorité 4 :</u> Objectifs 11-1, 11-3, 12-1</p>
<p><u>Objectif opérationnel</u> Adapter les actions de prévention aux besoins</p>	<p><u>Priorité 1 :</u> Objectifs 1-1, 1-2, 1-4, 1-6 <u>Priorité 4 :</u> Objectifs 10-1</p>

Objectif opérationnel Maladies chroniques	Eclairer le patient pour le rendre acteur dans la gestion de sa maladie
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	<p><u>GENERALISER ET ORGANISER DE MANIERE PLURIDISCIPLINAIRE LE TEMPS DE L'ANNONCE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Confier aux structures de références (réseaux régionaux, associations de professionnels et d'usagers...) l'élaboration de référentiels pour chaque grande maladie (Cancer, Insuffisances respiratoire et cardiaque, affections neurologiques, Diabète, VIH) ➤ En organiser la communication au moyen d'outils communs de partage de l'information. ➤ Mener une réflexion avec les établissements de santé, les réseaux et les acteurs de santé de champ ambulatoire pour aboutir à un maillage territorial des compétences de psychologues.
Mesure n°2 	<p><u>FAIRE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE UNE COMPOSANTE OBLIGATOIRE DE L'ACCOMPAGNEMENT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Afin de généraliser et professionnaliser l'ETP, confier aux structures de références (réseaux régionaux, associations de professionnels et d'usagers...) l'élaboration de référentiels pour chaque grande maladie. ➤ Partage des référentiels existants (HAS ...) et à venir par l'élaboration d'outils techniques de mise en commun
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseaux Régionaux, Association d'usagers, URPS, Assurance maladie




Résultat attendu	<p>Transmission aux patients et acquisition par les patients de l'information et des explications/gestes nécessaires à la meilleure compréhension et gestion de leur maladie</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation des référentiels ▪ % de professionnels ayant pris connaissance des référentiels aux moyens des outils techniques de partage de l'information. ▪ Trace descriptive de la consultation d'annonce dans les dossiers des patients ▪ Trace descriptive dans les dossiers des patients des actions d'éducation thérapeutiques mises en œuvre 	Indicateur n°
-------------------------	--	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

SRP
Volet Ambulatoire du SROS PRS
Volet Cancer, IRC, médecine, du SROS-PRS versant hospitalier
Thématique transversale AVC

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan cancer
Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS)
...

Objectif opérationnel Maladies chroniques	Elaborer pour chaque patient atteint de maladie chronique un plan d'accompagnement personnalisé
Plan d'actions associées	Libellé
<p>Mesure n°1</p> 	<p><u>OPERER POUR CHAQUE PATIENT UN DIAGNOSTIC DE SA SITUATION PSYCHOSOCIO-PROFESSIONNELLE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire élaborer par un collège de professionnels (Assistants sociaux, IDE, Education Nationale, Psychologues) une grille de diagnostic qui pourra être utilisée préalablement au temps d'annonce par tous les professionnels qui auront à élaborer un plan d'accompagnement personnalisé. ➤ Organiser la diffusion de cette grille par la création d'un outil d'information commun.
<p>Mesure n°2</p> 	<p><u>POSITIONNER CLAIREMENT CHAQUE NIVEAU D'ACCOMPAGNEMENT EN PRIVILEGIANT LE MEDECIN TRAITANT EN TANT QUE PIVOT DES INFORMATIONS ET DES ETAPES DU SUIVI.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborer une cartographie des professionnels susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques. ➤ Construire un arbre décisionnel (fonction d'un cahier des charges) permettant la bonne orientation au bon moment des patients atteints de maladies chroniques. ➤ Assurer la diffusion sécurisée et rapide de l'information par l'utilisation d'un système d'information, existant ou à venir
<p>Mesure n°3</p> 	<p><u>ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT AU VIEILLISSEMENT ET AU HANDICAP DES PATIENTS ATTEINTS DE MC :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aider à l'accompagnement médico-social des personnes atteintes en sensibilisant les acteurs du champ médico-social au fait que certaines structures existantes ou à venir (appartements de coordination thérapeutiques) peuvent correspondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	URPS, Faculté de médecine, Réseaux régionaux, Assurance Maladie, Conseils Généraux, MDPH, Médecine du travail, associations usagers, associations de formation continue de médecins

Résultat attendu	<p>Assurer l'adaptation des parcours de prise en charge</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation des référentiels, cartographies et fiches type ▪ Trace dans le dossier patient du diagnostic psy-socio-professionnel ▪ Trace dans le dossier patient des différentes étapes du parcours ▪ Cahier des charges des futurs appels à projets médico-sociaux. 	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------



Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma Prévention
 Schéma Médico-social
 SROS-PRS versant ambulatoire
 Volet Cancer, IRC, médecine du SROS PRS versant hospitalier
 Thématique transversale AVC

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan cancer
 Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS)
 ...

Objectif opérationnel Maladies chroniques	Eviter les ruptures de parcours en facilitant la participation des professionnels du champ ambulatoire
---	---

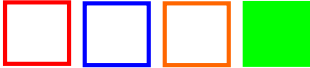

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	<p><u>ORGANISER L'INFORMATION ET LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE.</u></p> <p>Il est indispensable que ces actions soient à destination d'un maximum de professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens...) et soient menées autour d'un tronc commun.</p>
Mesure n°2 	<p><u>ENCOURAGER LES EXPERIMENTATIONS RELATIVES AUX MODES DE COOPERATIONS PLURIDISCIPLINAIRES</u> (notamment réseaux, maisons de santé/pôle de santé, équipe mobile, consultations avancées...)</p>
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Assurance maladie, Faculté de médecine, associations de formation continue de médecins, Ecole santé publique, URPS.

Résultat attendu	Assurer la continuité des parcours de prise en charge <u>Indicateurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de formations interprofessionnelles organisées ▪ Nombre d'actions d'information interprofessionnelles organisées ▪ Maillage territorial des différents modes de coopération pluridisciplinaires 	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS versant ambulatoire Volet Cancer, IRC, médecine du SROS PRS Thématique transversale AVC

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan cancer Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS) ...

Objectif opérationnel Maladies Chroniques	Adapter les actions de prévention aux besoins
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	<p><u>COMPLÉTER L'OBSERVATION DES MALADIES CHRONIQUES ET L'ANALYSE DE LEURS CAUSES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Confier à l'ORSAS une étude actualisée des maladies chroniques et de leurs déterminants (comportementaux également) <p>Les sources possibles de cette étude : données PMSI et Assurance Maladie, informations détenues par les professionnels du champ ambulatoire (notamment médecins et pharmaciens).</p>
Mesure n°2 	<p><u>RENDRE LISIBLE L'ORGANISATION DES ACTEURS DE PREVENTION PRIMAIRE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En fonction des résultats de l'étude visée précédemment, le rôle de chacun (effecteurs et financeurs) doit être défini dans un document travaillé et partagé par tous les acteurs de la prévention primaire (sous forme d'atlas par exemple)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Assurance maladie, Etablissements de Santé, Ecole santé publique, URPS, ORSAS, Education Nationale, Administration Pénitentiaire, médecine du travail

Résultat attendu	Disposer d'une base de données analysées sur l'évolution des maladies chroniques en Lorraine <u>Indicateurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Synthèse de l'étude actualisée des maladies chroniques ▪ Atlas des acteurs de prévention primaire 	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schéma prévention Volet Cancer, IRC, médecine du SROS PRS Thématique transversale AVC

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan cancer Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (c.f. document PSRS) ...

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	L'approche globale des travaux, fondée sur la notion de parcours, implique la nécessité de mettre en œuvre les mesures préconisées sur l'ensemble de la région.
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Axe 1 - Prévention

Orientation n°1.1. : prévenir le handicap évitable et le vieillissement pathologique (prévention primaire)

Diagnostic

Une prévention primaire possible avant la naissance

1% des enfants nés chaque année présentent une déficience sévère, soit 270 enfants en Lorraine. Or un certain nombre de handicaps ont une origine connue et de ce fait sont évitables. C'est le cas pour la période périnatale de la grande prématurité évitable, de l'effet délétère de l'alcool pendant la grossesse (Syndrome d'Alcoolisme Fœtal), du tabac (hypotrophie, accouchements prématurés, hypoxie fœtale), de certains agents infectieux, dont la contamination peut être évitée par la vaccination (rubéole, rougeole, varicelle) ou par l'application de mesures simples (prévention de la maladie des inclusions cytomégalliques et des anomalies de fermeture du tube neural). C'est aussi le cas des facteurs sociaux (violences interfamiliales, perturbations du lien mère-enfant, précarité), dont l'évolution est croissante.

La prévention des anomalies neuro développementales évitables chez le jeune enfant, acte de prévention primaire s'impose donc à plusieurs titres et ce d'autant que des mesures simples peuvent être mises en place.

Les accidents domestiques représentent une des principales causes des hospitalisations et des traumatismes graves de l'enfant, générateurs de handicaps éventuels.

Prévention en direction des personnes âgées : focus sur le plan national « bien vieillir » 2007-2009

L'augmentation rapide de l'espérance de vie moyenne depuis le début du siècle met en évidence le rôle important des facteurs extrinsèques (conditions de vie et de travail, nutrition, amélioration de l'habitat, du chauffage, de l'habillement, de l'hygiène, et les progrès de la médecine).






Le programme national "bien vieillir" visait à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation.

Le plan a été mis en œuvre par des appels à projets conjoints CNSA-DGAS-DGS identifiant et soutenant des programmes d'actions coordonnés, développés sur des territoires ciblés (départements, communes, communautés de communes, agglomérations).

Les actions en faveur des personnes âgées sont relativement marginales : elles ne représentent que 2% des actions financées par le GRSP en 2009.

Objectifs opérationnels PA/PH - Prévention	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Prévenir les anomalies neuro développementales évitables du jeune enfant	Priorité 1, objectifs 1.2 et 1.6 Priorité 2, objectifs 4.1 à 4.6 Priorité 3, objectifs 7.1 et 7.2
Prévenir les accidents domestiques pour le jeune enfant et les conduites à risque chez les adolescents	Priorité 2, objectif 4.2
Prévenir les troubles de la conduite et du comportement surajoutés chez les adolescents accueillis en ESMS	Priorité 2, objectifs 4.2, 4.3 et 4.6 Priorité 3, objectif 7.3
Promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention en ESMS et à domicile	Priorité 2, objectifs 4.2 et 4.4 Priorité 4, objectif 12.1
Soutenir la prévention des accidents du travail, de la route et des accidents de la vie quotidienne	Priorité 2, objectifs 4.2 et 4.3
Soutenir des actions ciblées vers les personnes âgées pour éviter le vieillissement pathologique	Priorité 1, objectif 1.2 Priorité 2, objectif 4.4 Priorité 3, objectifs 7.5 et 7.6

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Prévenir les anomalies neuro développementales évitables du jeune enfant
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Prévenir et prendre en charge les comportements addictifs des futures mères (cf. SROS périnatalité, dépistage et prise en charge tabagisme) Garantir l'accès à l'EPI (entretien prénatal individuel) à toutes les futures mères
Mesure n°2 	Prévenir les infections évitables (mise à jour des vaccinations) Renforcement des mesures d'hygiène simples
Mesure n°3 	Harmoniser les pratiques obstétricales, en lien avec le Réseau périnatal lorrain.
Mesure n°4 	Prendre en compte la dimension sociale (favoriser le développement des staffs médico-sociaux à l'initiative des maternités – articulation avec les acteurs sociaux)
Mesure n°5 	Veiller à l'accompagnement global (accès aux droits, accès aux soins, accès à la prévention, projet de vie pour la mère et l'enfant, projet professionnel) des futures mères isolées pour les quelles les départements ont compétence en matière d'accueil et d'hébergement
Mesure n°6 	Soutenir tous les dispositifs facilitant le lien mère-enfant (allaitement maternel, ateliers massage, groupes de parole, d'éducation à la santé, relais d'information dans les établissements, lieux parents-enfants, ludothèque, psychologue)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseils Généraux
Partenaires	Réseau Périnatal Lorrain, professionnels libéraux et acteurs sociaux (CCAS) conseils généraux et collectivités territoriales, établissements hospitaliers

Résultat attendu	Mesure CO expiré pour toute future mère Accès au traitement substitutif pour les femmes dépendantes Généraliser l'accès à une compétence sociale Promouvoir l'allaitement maternel	Indicateur n° Nombre de futures mères ayant bénéficié d'une mesure du CO expiré Taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité
-------------------------	---	---

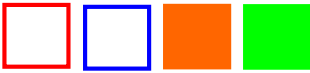

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volets SROS-PRS périnatalogie, génétique,
Thématiques transversales addictologie, santé mentale, enfance et adolescence
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Note de cadrage périnatalité
Lutte tabagisme

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Prévenir les accidents domestiques pour le jeune enfant et les conduites à risque chez les adolescents
---	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Soutenir et aider la déclinaison territoriale des campagnes nationales de prévention des accidents du jeune enfant, avec une attention particulière pour les populations qui accèdent difficilement à l'information
Mesure n°2 	Développer les actions de prévention des conduites à risque chez les adolescents (cf. thématiques transversales adolescence, addictologie)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec l'éducation nationale
Partenaires	PMI, CG, IRES, CCAS, éducation nationale

Résultat attendu	Amplification des messages de prévention	Indicateur n° Nombre d'actions de prévention relayées par l'ARS sur son site internet
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales enfance et adolescence, addictologie, santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan Addictologie

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Prévenir les troubles de la conduite et du comportement surajoutés chez les adolescents accueillis en ESMS
---	---







Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer la prise en charge de ce public (en lien avec l'ASE, constituer un groupe de travail au niveau de chaque délégation territoriale, avec la PJJ, la psychiatrie, les ESMS, pour une étude fine du parcours de vie de chacun de ces jeunes et des échanges de pratiques entre professionnels)
Mesure n°2 	Prévenir les addictions des adolescents dans les ESMS
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec Conseils Généraux
Partenaires	Psychiatrie, ESMS, PJJ, MDPH

Résultat attendu	Connaissance de la dizaine de situations par département de jeunes réputés « violents et ingérables »	Indicateur n° Nombre de droits de retrait exercés par les professionnels Nombre de conventions avec le secteur psychiatrique
	Mise en place de protocole de prévention et de traitement des crises	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales enfance et adolescence, santé mentale, addictologie Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention en ESMS et à domicile
---	---

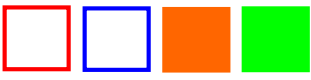

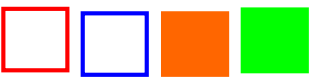
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Promouvoir l'éducation à la santé dans les ESMS accueillant des enfants et des adolescents
Mesure n°2 	Contrôler l'état vaccinal des personnes en situation de handicap enfant et adultes accueillis en ESMS (rougeole +++)
Mesure n°3 	Contrôler l'état vaccinal des personnes âgées accueillies en ESMS (coqueluche, BK, tétanos et grippe)
Mesure n°4 	En fonction des conclusions du Haut Conseil de Santé Publique, soutenir de façon ciblée dans les ESMS la prévention du cancer du col par la vaccination
Mesure n°5 	Sensibiliser les personnes vulnérables (dont PA et PH) à l'intérêt de prendre en charge leur santé : face aux difficultés de la vie rencontrées, elles ne considèrent pas la santé comme une priorité et se sentant dévalorisées, ne s'estiment pas en capacité de prendre soin d'eux
Mesure n°6 	Permettre l'accès et promouvoir la participation des personnes vulnérables (dont PA et PH) à des actions de promotion, d'éducation pour la santé et de prévention adaptées
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ESMS, professionnels de santé, Conseils Généraux

Résultat attendu	Amélioration de la couverture vaccinale	Indicateur n° Taux de couverture vaccinale (rougeole pour les enfants, grippe en Ehpad, coqueluche)
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Recommandations nationales du HCSP PRAPS

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Soutenir la prévention des accidents du travail, de la route et des accidents de la vie quotidienne
---	--




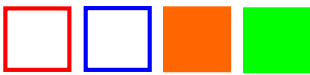

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Relayer les campagnes nationales de prévention au niveau régional ou infra régional en cohérence avec les projets locaux existants
Mesure n°2 	En lien avec le volet addictologie, contribuer au développement des mesures de prévention contre les addictions, en particulier sur les lieux du travail et sur les routes
Mesure n°3 	Adapter les prestations de médecine du travail aux besoins identifiés dans les entreprises accueillant des travailleurs handicapés (entreprises adaptées, ESAT...)
Pilotage	DIRRECTE et préfecture
Partenaires	ARS Lorraine

Résultat attendu	Renforcement de la présence du médecin du travail en ESAT (formalisation par convention)	Indicateur n° Nombre de salariés en ESAT ayant bénéficié d'une visite de médecine de travail dans l'année
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales addictologie, santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan addictologie Cf. inspection du travail

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Soutenir des actions de prévention ciblées vers les personnes âgées pour éviter le vieillissement pathologique
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Inciter et former les professionnels à repérer les situations à risque de chute à domicile, afin de proposer des actions de prévention ciblées répondant aux recommandations de l'HAS et de l'INPES
Mesure n°2 	Inciter et former les professionnels à repérer les situations à risque de désocialisation liée à l'incontinence afin de proposer un traitement adapté
Mesure n°3 	Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées : mettre en œuvre en région, en direction des personnes âgées, l'axe 3 mesures 1 à 3 du PNNS 2011-2015
Mesure n°4 	Améliorer la qualité de la prise en charge de la dénutrition en Ehpad, sur la base des recommandations nationales : cf. programme GDR en Ehpad sur le thème nutrition
Mesure n°5 	Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les populations âgées : mettre en œuvre en région l'axe 2 mesure 2 du PNNS 2011-2015
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils généraux, CLICs, réseaux, CARSAT, caisses de retraite, mutuelles, Assurance Maladie, CCAS, associations....

Résultat attendu	<p>Améliorer l'espérance de vie en bonne santé</p> <p>L'espérance de vie en bonne santé se définit comme l'espérance de vie sans limitation d'activité (ou sans incapacité majeure liée à des maladies chroniques, aux séquelles d'affections aiguës ou de traumatismes). Son amélioration permet de limiter et de retarder la dépendance.</p> <p>En France, en 2007, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est estimée à 64,2 ans pour les femmes. Elle est plus faible pour les hommes (63,1 ans).</p>	Indicateur n° Nombre d'actions de prévention relayées par l'ARS sur son site internet
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schéma régional de prévention
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan Solidarité Grand Age 2007-2012
Plan Alzheimer 2008-2012
Plan bien vieillir 2007-2009
Evaluation du plan national bien vieillir 2007-2009, Haut Conseil de la Santé Publique, décembre 2010.
Programme National Nutrition Santé 2011-2012 Rapport de Mme Valérie Rosso-Debord sur la dépendance, juin 2010.
Rapports des travaux nationaux sur la dépendance, juin 2011 (en particulier le groupe 1 : société et vieillissement)
Rapport de CESE : la dépendance des personnes âgées, juin 2011.
Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, rapport présenté par M. André Trillard, juin 2011.
Contribution écrite du CODERPA 54 en annexe.

Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées : recommandations HAS, avril 2009.
Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile : référentiel de bonnes pratiques, document INPES, 2005.

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°1.2. : dépister précocement et évaluer précisément les déficiences (PH), et les pathologies propres au vieillissement (prévention secondaire)

Diagnostic régional et territorial

Précocité du diagnostic et de l'évaluation

Le dépistage et l'évaluation précoce des déficiences chez l'enfant doivent être une priorité à plusieurs titres. Le diagnostic de déficience engage l'avenir de l'enfant mais permet aussi très tôt de mettre tout en œuvre pour développer les « capacités » de l'enfant (plasticité cérébrale), accompagner les familles et aider à prévenir le « sur handicap » (psychologique, social).

Structures de dépistage : cf. bilan du PSRS

Iatrogénie médicamenteuse




Les personnes de plus de 65 ans représentent 16% de la population française et environ 40 % de la consommation de médicaments en ville

- La polymédication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée polypathologique : le risque iatrogénique est alors majoré
- La iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires

Ces données nationales de la HAS sont naturellement transposables en Lorraine.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Faciliter le dépistage le plus précoce possible des déficiences	Priorité 2, objectifs 4.1 Priorité 3, objectif 7.2
Garantir l'évaluation multidisciplinaire globale, précoce et précise de la situation de tout enfant handicapé (déficiences et capacités)	Priorité 2, objectif 5.1 à 5.3
Accompagner l'enfant et sa famille dans le dépistage, l'évaluation et le suivi	Priorité 2, objectifs 5.3, 6.1 Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4
Prévenir l'iatrogénie chez les personnes âgées	Priorité 4, objectifs 12.1 et 12.5

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Faciliter le dépistage le plus précoce possible des déficiences
---	--




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Pérenniser le dépistage des enfants à risque grâce au réseau « RAFAEL »
Mesure n°2 	Pour les enfants, nés sans risque particulier, en lien avec les spécialistes, sensibiliser les acteurs de la petite enfance, (médecin traitant, puéricultrice et médecin de PMI, personnel des crèches, assistants(e) maternel (le)s) au dépistage des troubles du développement et des anomalies sensorielles
Mesure n°3 	Généraliser le dépistage néonatal de la surdité dans les maternités
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseils Généraux
Partenaires	Réseau Rafael, PMI, CG, personnels de santé, CRA...

Résultat attendu	Augmenter le nombre d'enfants vus par le réseau Rafael Généraliser le dépistage néonatal de la surdité en région Lorraine Abaisser l'âge moyen du diagnostic pour certains troubles dont l'autisme	Indicateur n° Nombre d'enfants vus par le réseau Rafael
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets périnatalité, génétique du SROS-PRS Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Note de cadrage sur la périnatalité 2011 (cf. annexe) Plan autisme Plan maladies rares

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Garantir l'évaluation multidisciplinaire globale, précoce et précise de la situation de tout enfant handicapé (déficiences et capacités)
---	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer la lisibilité par la gradation des dispositifs existants (CAMSP-Pédiatrie spécialisée, Génétique-CMP-CRA-CMPP-CLAP-SESSAD) et clarifier le rôle de chacun
Mesure n°2 	Recentrer l'activité des CAMSP sur l'évaluation (70%) par rapport au suivi (30%)
Mesure n°3 	Améliorer la coordination des dispositifs existants en lien avec la PMI, légitime dans ce rôle
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CG, MDPH, CAMSP-Pédiatrie spécialisée, Génétique-CMP-CRA-CMPP-CLAP-SESSAD)

Résultat attendu	Des liaisons formalisées entre les différents acteurs Un accès à la connaissance de tous les dispositifs pour les usagers et les professionnels Diminution des délais d'attente pour accéder au CAMSP	Indicateur n° Délais d'attente pour accéder aux centres de recours : CRA, CAMSP et CLAP
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets périnatalité, génétique du SROS-PRS Thématique transversale enfance et adolescence, Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Note de cadrage sur la périnatalité 2011 (cf. annexe) Plan autisme Plan maladies rares

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Accompagner l'enfant et sa famille dans le dépistage, l'évaluation et le suivi
---	---




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	En lien avec la PMI (enfants de moins de 6 ans), sur chaque territoire, permettre à l'enfant en situation de handicap et à sa famille de bénéficier des dispositifs de droit commun (accueil petite enfance) (accompagnement des professionnels, sensibilisation au handicap...)
Mesure n°2 	En lien avec la MDPH, évaluer annuellement le nombre de cas notifiés et s'assurer pour chacun d'entre eux de l'existence et du suivi d'un projet d'orientation
Pilotage de l'objectif	MDPH, CG
Partenaires	DOSAAT, éducation nationale, CAMSP, CMP, CMPP, pédiatrie spécialisée, communes et intercommunalités, DRJSCS

Résultat attendu	Amélioration de l'accès aux dispositifs de droit commun aux enfants en situation de handicap	Indicateur n° Données de la MDPH sur les orientations et leur suivi
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets périnatalité, génétique du SROS-PRS Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Prévenir l'iatrogénie chez les sujets âgés
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Limiter la prescription de benzodiazépines en Ehpad (cf. programme de GDR)
Mesure n°2 	Limiter la prescription de neuroleptiques chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer en Ehpad (cf. programme de GDR)
Mesure n°3 	Assurer la sécurité du circuit du médicament en Ehpad, en intégrant le pharmacien de ville
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ESMS -association des médecins coordonnateurs -ordre des pharmaciens-URPS pharmaciens

Résultat attendu	Baisse du nombre d'accidents iatrogéniques en Ehpad	Indicateur n°
-------------------------	---	---------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme de GDR

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°1.3. : Prévention des complications des déficiences et des pathologies du vieillissement (prévention tertiaire)

Diagnostic régional et territorial

Le handicap (quelque soit l'âge) est la résultante sur les activités et la participation à la vie sociale de l'interaction entre des facteurs personnels comme les altérations de structures et fonctions du corps et les facteurs environnementaux, qui se comportent comme facilitateurs ou obstacles. Toute action empêchant en amont la survenue de cette limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale, participe à la prévention du handicap. Il en est ainsi de la promotion de la santé tout au long de la vie, du jeune en situation de handicap (pour éviter le surpoids, les pathologies buccodentaires, les comportements addictifs, les troubles psychologiques...) comme de la personne âgée (suicide, déficiences sensorielles, pathologies buccodentaires, dénutrition...).

La prévention tertiaire en matière de perte d'autonomie consiste donc à amoindrir les conséquences et notamment les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées par exemple, à un accident ou à une maladie chronique.

L'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie sont à considérer au titre de la prévention tertiaire, en ce qu'ils permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé et la restriction de la participation à la vie sociale. De même, l'amélioration de l'accompagnement de la personne, par une politique de compensation efficace, a des conséquences en matière de préservation, de restauration ou d'acquisition de l'autonomie et constitue par conséquent une action de prévention tertiaire.

Le dispositif des GEM, initié par la loi du 11 février 2005, est une alternative aux prises en charge classique et participe de manière effective à l'amélioration des conditions de vie des personnes souffrant d'un handicap psychique ou des personnes atteintes d'un traumatisme crânien : il s'agit d'un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale.

Depuis 2005, 16 GEM bénéficient d'un financement en région Lorraine et l'efficacité de ce dispositif conduit à insister sur son utilité et la nécessité d'en développer l'accès sur l'ensemble de la région Lorraine.

Santé bucco-dentaire

Au niveau national, de nombreuses études en ont fait la preuve : la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale mais également un indicateur d'intégration sociale.

Une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé globale en impactant le système immunitaire, le système respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie (douleurs, stress, sommeil...). Notre région n'échappe pas à ce constat d'enjeu majeur de santé publique qui par ailleurs est traité en région Lorraine sous l'angle de la GDR, pour le moment, sur le thème de la nutrition en EHPAD.





A noter que cette problématique est vraie pour les personnes handicapées en ménage ordinaire (enfants et adultes) ou en institutions et pour les personnes âgées qu'elles soient ou non également en établissement.

En Lorraine, et ce de façon quasi identique sur l'ensemble des départements, il ressort des groupes de travail du SROMS que les personnes âgées et handicapées sont limitées pour ne pas dire «empêchées » dans leur accès à la santé bucco-dentaire, parce que l'environnement n'est pas favorable en termes d'accessibilité. Cette notion d'accessibilité ne se cantonne pas seulement au bâti et peut être émotionnelle (difficulté de prise en charge pour la personne handicapée), financière (le temps de soins est souvent accru) voire émaner d'une méconnaissance de l'information (prévention, orientation). Sur ce dernier point, une des solutions mise en avant par le groupe de travail, pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées et handicapées, est de sensibiliser et former l'entourage familial et professionnel (favoriser l'implication des aidants professionnels et naturels).

Lors d'une étude réalisée en 2006 par la CNAMTS portant sur 8401 enfants de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un établissement pour polyhandicapés, France entière, il apparaissait que 77% des enfants nécessitaient une action de prévention : ces résultats sont transposables à la Lorraine.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer l'état de santé des personnes en situation de handicap tout au long de la vie	Priorité 1, objectif 1.2 Priorité 2, objectif 4.4 Priorité 3, objectif 7.6
Prévenir le sur handicap psychique et les troubles des traumatisés crâniens	Priorité 1 objectif 1.3 Priorité 3 objectif 7.3 Priorité 3 objectif 9.4
Améliorer le dépistage des pathologies bucco dentaires et les déficiences sensorielles (personnes âgées et handicapées)	Priorité 1 objectif 2.2 Priorité 2 objectif 4.2

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Améliorer l'état de santé des personnes en situation de handicap tout au long de la vie
---	--

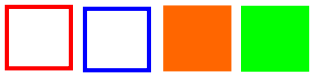
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	60% des enfants d'un IME sont en surpoids ou obèses : mettre en place dans les EMS des programmes d'éducation à la santé et de prévention du surpoids
Mesure n°2 	Les enfants en institution ne bénéficient pas du programme d'éducation à la santé M'Dents de la Cnamts : inscrire la Lorraine comme région expérimentale pour ce programme dans les EMS
Mesure n°3 	Il y a plus de 30% de tabagisme dans les EMS : en lien avec la thématique transversale addictologie, assurer une campagne de prévention du tabagisme dans les EMS
Mesure n°4 	Prévenir les autres addictions au sein des ESAT et des lieux de vie des personnes en situation de handicap
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ESMS, Cnamts, CG, associations gestionnaires

Résultat attendu	Organisation de la diffusion des campagnes nationales vers les populations fragiles en situation de handicap	Indicateur n° Nombre d'ESMS ayant bénéficié de la campagne M'Dents
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales addictologie, chirurgie dentaire Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PNNS Plan obésité Plan addictologie Besoins en santé bucco dentaire des enfants et adolescents en IME ou établissement pour polyhandicapés : étude CNAMTS 2006 Rapport de la mission « handicap et santé bucco dentaire », secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, juillet 2010

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Prévenir le sur handicap psychique et les troubles des traumatisés crâniens
---	--




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Soutenir les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) - ils représentent un dispositif particulièrement adapté à la situation et aux besoins des personnes atteintes de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise - conforter le maillage territorial par 4 GEM
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	GEM

Résultat attendu	4 nouveaux GEM à financer	Indicateur n° Nombre de GEM financés
-------------------------	---------------------------	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales santé mentale, AVC Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Améliorer le dépistage des pathologies bucco dentaires et des déficiences sensorielles (personnes âgées et handicapées)
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Sensibiliser les médecins coordonnateurs au dépistage en diffusant les expérimentations existantes en Ehpad (dépistage buccodentaire par les médecins coordonnateurs formés par exemple)
Mesure n°2 	Sensibiliser les médecins coordonnateurs au dépistage en diffusant les expérimentations existantes en Ehpad (dépistage des troubles visuels par les médecins coordonnateurs formés)
Mesure n°3 	Favoriser la mise en place de formations à destinations des familles, des personnels médico éducatifs et des aidants professionnels à domicile, selon les recommandations du rapport « handicap et santé bucco-dentaire »
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Service Médical de l'Assurance Maladie
Partenaires	Ordre et URPS des chirurgiens dentistes

Résultat attendu	Indicateur n° Nombre de projets d'établissements intégrant ces dépistages
-------------------------	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale chirurgie dentaire Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport de la mission « handicap et santé bucco dentaire », secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, juillet 2010

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°1.4. : favoriser le lien social et lutter contre l'isolement

Diagnostic régional et territorial

Les données sur l'isolement sont pratiquement inexistantes au niveau régional ou départemental ; cependant, les échanges dans les groupes de travail ont fait une large place aux problèmes liés à la solitude et l'isolement ; des personnes âgées ou handicapées, mais également de leurs aidants, le regard de la société et les réactions devant des comportements atypiques produisant un sentiment de honte qui conduit les familles à réduire les occasions de contact.

Les professionnels du secteur constatent que les repas portés à domicile ne sont pas toujours consommés, et une enquête locale a fait apparaître une proportion importante de personnes ayant pris tous leurs repas seules, 365 jours de l'année.

Cet isolement va de pair avec le nombre élevé d'états dépressifs et le fort taux de suicide chez les personnes âgées notamment.

Une part non négligeable des personnes âgées dépendantes se trouvent en situation d'isolement (25% des plus de 75 ans en perte d'autonomie d'après l'enquête « *les solitudes en France* » de la Fondation de France menée en juillet 2010) : pour elles, le recours à des aidants non familiaux est décisif.

Les proches ne sont pas épargnés et plus de la moitié des conjoints de malades d'Alzheimer développent une dépression. Il existe un risque de surmortalité de plus de 60% des aidants dans les 3 années qui suivent le début de la maladie de leur proche.

Selon l'enquête HSM de la DREES, 83 % des aidants auprès des personnes âgées de 60 ans et plus sont membres de la famille (dont les alliés) mais 5% sont des amis, 3% des voisins et 9% d'autres personnes encore.

Suicide

Sur la période 2005-2007, on recense en moyenne 426 décès annuels par suicide, dont les 3/4 chez des hommes (sachant qu'il existe une sous-déclaration évaluée à 20%). Sur la période 2006-2008, on recense en moyenne 3900 hospitalisations annuelles pour tentative de suicide, dont les 2/3 concernent des femmes.

Entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007, on observe en Lorraine, une augmentation de 16% du taux de mortalité par suicide alors qu'en France, sur la même période, le taux de mortalité par suicide a baissé de 8%.

22,5% des décès par suicide surviennent dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

La comparaison des territoires lorrains au regard des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide (moyennes annuelles) distingue notamment les départements de la Meuse et des Vosges où les prévalences sont les plus importantes.

L'Enquête Handicap-Santé auprès des aidants (HSA) réalisée en 2008 par la DREES évalue à 4,3 millions de personnes de 16 ans ou plus qui aident régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral une personne de 60 ans ou plus vivant à domicile et présentant un problème de santé ou un handicap.


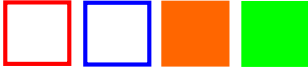

Parmi ces aidants, 54% sont des femmes.

Les situations d'aide sont extrêmement variables, en fonction de la pathologie de la personne aidée, des configurations d'aide (aidant solitaire ou plusieurs aidants, cohabitant ou non), ou encore de la situation de l'aidant lui-même : si plus de la moitié des aidants sont retraités, quatre aidants sur 10 sont en emploi.

Aussi les réponses doivent-elles être diversifiées pour offrir des solutions adaptées à toutes les situations : par exemple, les accueils de jour doivent être accessibles aux conjoints ne pouvant plus conduire, mais également une amplitude d'ouverture suffisante pour ceux qui ont une activité professionnelle.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Développer l'aide aux aidants	Priorité 3, objectif 7.4
Lutter contre l'isolement des personnes âgées	Priorité 3, objectif 7.3 Priorité 4, objectif 11.3

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Développer l'aide aux aidants
---	--------------------------------------

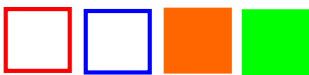
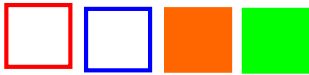


Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer les informations/formations d'aide aux aidants L'ARS finance en 2011 73 actions de formation d'aide aux aidants dans le cadre du plan Alzheimer ; il serait souhaitable d'élargir le bénéfice de ces formations aux autres aidants (handicap, cancer....)
Mesure n°2 	Développer les plateformes de répit 2 plateformes pourront être financées en Lorraine en 2011, et 2 en 2012
Mesure n°3 	Promouvoir en lien avec les associations, les groupes de paroles, bistrot et cafés-mémoire
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils généraux, CLICs, CCAS, associations de familles

Résultat attendu	Diminuer la fréquence des périodes de crises Améliorer la santé des aidants	Indicateur n° : enquêtes auprès des personnes ayant bénéficié des dispositifs
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan Alzheimer Plan « bien vieillir » Plan Autisme Programme d'actions contre le suicide 2011-2014

Objectif opérationnel PA / PH - Prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Promouvoir au sein des EHPAD une réelle culture d'animation ouverte vers l'extérieur.
Mesure n°2 	Favoriser le logement des PA en « Résidence Accompagnée » ex : CAPS et CG 54
Mesure n°3 	Promouvoir les STAPA (service téléphonique d'appel aux personnes âgées, en lien avec les municipalités)
Mesure n° 4 	Faciliter la mise en œuvre des mesures à même de lutter contre l'isolement des personnes handicapées, en lien avec les associations, les collectivités territoriales et les animateurs territoriaux
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils généraux, CCAS, associations

Résultat attendu	Nouveaux modes d'habitat des personnes âgées	Indicateur n° Nombre de projets d'établissement prévoyant une ouverture de l'EHPAD sur la cité
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale Thématique transversale santé mentale Programme national de prévention du suicide 2011-2014

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan « bien vieillir »

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Axe 2 – Offre de services

Orientation n°2.1 : améliorer la connaissance des besoins et de l'offre

Diagnostic régional et territorial

Dès la phase de réalisation de l'état des lieux du PSRS, volet handicap et vieillissement, il est rapidement apparu que les données relatives aux besoins des personnes relevant du champ médico-social étaient éparpillées, parcellaires, voire indisponibles, notamment sur le secteur des personnes handicapées :

Ce constat est partagé par les partenaires du champ médico-social : ainsi le schéma départemental 2009-2013 du Conseil Général des Vosges a-t-il défini un axe 1 de ses orientations stratégiques intitulé « Mieux observer et s'organiser ensemble pour mieux répondre à l'évolution des besoins »

Le schéma de l'autonomie 2010-2015 du Conseil Général de la Moselle constate un « foisonnement d'indicateurs disparates..... » et le « manque de consolidation et de partage de ces informations » ; son orientation n°11 s'intitule : « organiser et pérenniser un observatoire des besoins »

La lecture des schémas départementaux, récemment renouvelés, est extrêmement riche en enseignements, surtout sur le champ des personnes âgées : âges, niveau de dépendance, revenus, aides dispensées, services disponibles, places vacantes en EHPAD, listes d'attente...

Ces données, disponibles, mériteraient d'être organisées.

L'ex-CRAM du Nord-est avait initié une plate-forme d'observation régionale, que l'actuelle CARSAT souhaite relancer. Ce sujet a été abordé lors du débat sur la dépendance en Région.

La gestion des listes d'attente est également une préoccupation majeure de Conseils Généraux : Moselle et Meurthe et Moselle, après avoir élaboré des dossiers uniques de demande en EHPAD, expérimentent des outils informatiques permettant de connaître les retours des admissions en établissement et les places disponibles.

L'ARS dispose des données issues de la base FINESS, qui sont strictement quantitatives, et des résultats des enquêtes organisées par la Direction Recherche Etude Evaluations et Statistiques (DREES) du ministère.

Mais la dernière enquête ES portant sur les personnes accueillies dans les établissements et services pour personnes handicapées date de 2006, et ne peut rendre compte de l'impact de la loi de 2005 sur la scolarisation des enfants handicapés.

L'enquête EHPA date de 2007, et son exploitation au niveau régional a été très réduite.

Le manque de données est particulièrement bloquant sur le secteur du handicap :

Le rapport IGAS de novembre 2010 qui portait sur le bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH soulignait : « *Au-delà des décisions d'allocation et d'orientation des CDA, les MDPH ont la responsabilité du suivi des personnes et le recueil de données générales de suivi. Sur ces deux points, la question des liens entre les MDPH, le secteur médico-social et les agences régionales de santé (ARS) est posée. Les progrès attendus en matière de planification régionale et départementale en dépendent* ».

La CNSA lançait chaque année, une enquête dite de « pression de la demande » auprès des DDASS qui la renseignait conjointement avec les MDPH, généralement par interrogation directe des établissements et services ; cette collation des listes d'attente multiplie les doublons, et permet pas de connaître précisément le besoin réel des personnes, le nombre de demandes par défaut de structures adaptées étant difficilement évaluable (de même que les personnes accueillies dans une structure par défaut)

L'ARS de Lorraine a reconduit cette enquête mi 2011, avec la même interrogation quant à la fiabilité des données recueillies : en Moselle par exemple, 997 demandes d'admission en ESAT non satisfaites sont recensées, pour une capacité existante de 2290 places.

Les « amendements Creton » permettent le maintien dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent. Cette population de jeunes adultes mérite une attention toute particulière pour plusieurs raisons.

La question de cette population (nombre et caractéristiques individuelles) est posée pour la Lorraine. Une étude de ce type est en cours au CG57.





En ce qui concerne l'offre de services, structures et dispositifs destinées aux personnes handicapées, depuis la disparition du CREAL de Lorraine, il n'existe plus d'annuaire ou cartographie accessible aux professionnels et au grand public. La mise en place du CRA a permis de rendre plus lisible l'offre à destination des autistes.

Ce manque a été fréquemment souligné dans les groupes de travail.

Les conseils généraux diffusent largement l'information sur le champ des personnes âgées.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Evaluer le nombre de personnes en attente d'un dispositif de prise en charge adapté à son état	Priorité 2, objectif 5.6 Priorité 4, objectifs 10.1 et 10.2
Garantir une information au public et aux professionnels sur l'offre existante	Priorité 2, objectifs 6.1 et 6.2 Priorité 3, objectif 8.2 Priorité 4, objectif 11.1

Objectif opérationnel Offre de services	Evaluer le nombre de personnes en attente d'un dispositif de prise en charge adapté à son état
---	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Coordonner l'agrégation régionale des données existantes pour améliorer la connaissance des besoins (participer à la plate-forme régionale d'observation initiée par la CARSAT du Nord-est et à son extension à la région, aux dispositifs d'observation des Conseils Généraux...)
Mesure n°2 	Réaliser ou faire réaliser des enquêtes complémentaires sur des populations particulières, (CRETON, adolescents en situation de handicap, troubles chroniques du comportement, enfants et adultes accueillis en Belgique). Conventionner avec l'ORSAS
Mesure n°3 	Exploiter les données des MDPH lorsque les logiciels seront renseignés et leur contenu récupéré par la CNSA
Mesure n°4 	Promouvoir un système d'informations partagées relatif au parcours de vie de la personne âgée (domicile - établissement sanitaire - établissement ou service médicosocial), afin d'affiner la connaissance des listes d'attente, des délais et des besoins
Pilotage de l'objectif	MDPH (CNSA)
Partenaires	ARS, CG, MDPH, CARSAT, ESMS

Résultat attendu	Améliorer la connaissance des besoins pour adapter la planification	Indicateur n° Nombre d'enquêtes sur des populations particulières
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PDHI 2010

Objectif opérationnel Offre de services	Garantir une information au public et aux professionnels sur l'offre existante
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Constituer une cartographie et un annuaire des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées (afin d'améliorer la lisibilité de leur parcours)
Mesure n°2 	Constituer une cartographie et un annuaire des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situation de handicap afin d'améliorer la lisibilité de leur parcours (handicap psychique, traumatisés crâniens, SESSAD.....)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ESMS, associations....

Résultat attendu	Diffusion de l'information par le biais du site internet de l'ARS	Indicateur n° Nombre de consultations du site internet par thématique
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°2.2 : adapter les réponses à la spécificité de chaque handicap

Diagnostic régional et territorial

1) Les troubles spécifiques du langage (TSL) sont des troubles où les modalités normales « d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement et ne sont pas attribuables à des anomalies neurologiques, à des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement et s'accompagnent souvent de problèmes associés de lecture, d'orthographe, de perturbations des relations interpersonnelles, de troubles émotionnels, de troubles du comportement. (Définition : réf.OMS Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes- 10^{ème} révision, CIM 10). Ils concerneraient 4 à 5% des enfants avec 1% de formes graves.

Cette déficience pose 2 questions a) son dépistage et son évaluation

b) sa prise en charge et son accompagnement

a- Dépistage et évaluation: A ce jour, les 4 MDPH sollicitées sur le nombre de notifications « TSL ou troubles des apprentissages » ne peuvent donner de réponse. La MDPH 54 fait état de 150 à 200 TSL sur 3788 dossiers notifiés avec une grande variabilité dans la sévérité des troubles, certaines demandes de notification étant faites uniquement pour avoir une aide à la scolarisation.

L'entrée dans la déficience est souvent générée par l'échec scolaire

Le CLAP fait état d'un délai de 12 mois pour l'obtention d'un rendez-vous et de 160 dossiers traités par an.

4 éléments sont nécessaires pour l'évaluation et la notification MDPH : l'examen médical pour confirmer l'absence de trouble neurologique associé, l'évaluation psychologique, les tests d'intelligence, un bilan orthophonique, tous éléments qui peuvent être réalisés en dehors du CLAP

b- Accompagnement et prise en charge :

En 2009, à partir de données issues des établissements et services (109 réponses d'EMS ou services sur 174) 762 enfants présentant des troubles spécifique du langage et des apprentissages ont été recensés, 264 en institut pour déficients auditifs, 319 en CMP, 24 en CMPP, 22 en CAMSP, 27 en ITEP, 106 en IME et SESSAD.

L'origine géographique des enfants est pour 17, hors Lorraine ; 355 du 54 ; 58 du 55 ; 240 du 57 ; 92 du 88.

2/3 de garçons ; 1/3 filles

Sur 762 enfants, le lieu de scolarisation n'est pas connu pour 46. La scolarisation a essentiellement lieu dans les classes de l'EN. Les taux pour le 88 sont de 85% ; 71% pour le 54 ; 64% pour le 57 ; 63% pour le 55 mais 12 enfants non scolarisés. La scolarisation relève essentiellement de l'EN en Moselle, des établissements d'accueil en 54

Ces données parcellaires ne permettent pas d'apprécier la question de la couverture des besoins. Les délais d'attente de rendez-vous, et les interpellations récurrentes des services par les familles, devant une impossibilité de scolarisation en classe ordinaire, renforcé par le ressenti (non quantifié) des professionnels et des MDPH convergent vers une problématique, dont le nombre est en augmentation, mais pour laquelle il est nécessaire de préciser l'âge, la gravité, les associations, le pronostic en matière d'apprentissage.

2) **Le handicap psychique** : La nouvelle loi du 11 février 2005 définit le handicap dans son article 2, comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques** (...) ». La prise en compte de la dimension psychique dans cette définition très large du handicap englobe ainsi toutes les personnes souffrant de troubles psychiques qui ont des répercussions dans la réalisation des activités quotidiennes et/ou compromettent la scolarité, la formation, l'activité professionnelle et/ou des activités sociales et citoyennes. Différents plans nationaux offrent aussi une certaine reconnaissance au handicap psychique, comme le plan santé mentale. Les professionnels du secteur psychiatrique insistent, dans la définition du handicap psychique, sur ses conséquences sociales (isolement, stigmatisation, risque de marginalisation, etc.) dues en partie au sentiment d'étrangeté que suscite, chez les autres, certains comportements.

Ils pointent en particulier le caractère imprévisible de ce handicap, par la variabilité de ses troubles (handicap instable) mais aussi par la difficulté pour l'entourage d'identifier et de comprendre les manifestations de ce handicap (handicap non visible).

Au vu de la prévalence des troubles psychiques graves et persistants dans la population et des constats sur les handicaps résultant de ces troubles, le besoin d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques pour leur vie quotidienne et leur participation sociale, auquel ne peuvent seules répondre les actions de soins, se pose avec ampleur et de manière souvent aiguë. D'autant que ces quarante dernières années, beaucoup de patients ont quitté l'hôpital où ils passaient leur vie, pour la cité.

Environ 5% de la population serait concernée par la maladie psychique.

Il est important de souligner qu'il s'agit d'un handicap fluctuant nécessitant des réponses adaptées. De plus, il est nécessaire de dé-stigmatiser le handicap psychique, l'objectif principal étant de réadapter les personnes pour une meilleure reconnaissance sociale.

3) Les personnes atteintes d'autisme ou de TED: Le plan national autisme 2008-2010 prévoit 3 axes majeurs : mieux connaître l'autisme et les TED pour mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner, diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux.

En termes d'épidémiologie, les dernières données de l'Has estiment le taux de prévalence pour les TED à 6 à 7/1000, dont l'autisme (2/1000), dont les TED avec retard mental (3/1000), pour la tranche des 20-59 ans. Toutefois, on est face à des situations très variées.

En Lorraine, la mise en place du dispositif médico-social de ressources sur l'autisme en 2005 (CRA et ses antennes) a permis d'améliorer considérablement le diagnostic précoce de l'autisme chez le jeune enfant. Il a permis de constituer un véritable réseau de professionnels, d'associations et d'ESMS autour de la prise en compte de l'autisme. Une population en 570 et 3000 personnes de moins de 20 ans est estimée présenter des troubles du spectre autistique.

5% des enfants vus dans les CAMSP sont diagnostiqués « TED ».

Les constats en matière d'offre de santé montrent une insuffisance de formation des professionnels de santé pour le dépistage et l'évaluation précoces, des délais d'attente de 4 à 6 mois pour le premier rendez-vous et un délai de même ordre entre le bilan et la synthèse, un manque d'homogénéité dans les évaluations des MDPH. Or la difficulté du dépistage précoce entraîne un retard dans la prise en charge précoce et constitue de ce fait un frein à la socialisation de l'enfant. L'évaluation des capacités de l'enfant autiste doit être réalisée par un ensemble de tests orthophoniques, psychomoteurs, neuropsychiques, préalable indispensable pour apprécier les fonctions cognitives et les possibilités de communication autres dans un souci d'interactivité. Ces nécessités sous-entendent une formation des intervenants auprès de ces enfants (interventions sur le langage, sur les interactions sociales, méthode ABA, programme TEACCH).

D'un point de vue régional, il existait au 01/01/2010 174 places autisme enfant autorisées, dont certaines non encore installées.

4) le polyhandicap : les personnes polyhandicapées sont des enfants et adultes atteints de déficience grave et durable, dues à des causes variées le plus souvent pré et périnatales, mais aussi acquises, liées à des accidents ou à des affections progressives et dégénératives, entraînant une restriction extrême de leur autonomie nécessitant un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soin communication et socialisation, ainsi qu'un accompagnement proche et individualisé. Les contraintes du polyhandicap s'évaluent par les handicaps associés. Les handicaps ne s'additionnent pas, ils se multiplient. Les atteintes cérébrales ne permettent pas une compensation des handicaps physiques (moteurs et sensoriels).

La prévalence du polyhandicap est de 1,8 pour mille chez les moins de vingt ans, et s'élève à 2,5 pour mille chez les moins de soixante ans.






Le plan « polyhandicap » prévu depuis 2005 n'a jamais vu le jour.

5) les personnes atteintes d'un traumatisme crânien ou cérébro-lésées: le traumatisme crânien est un handicap "invisible" qui nécessite un accompagnement individualisé continu, avec un cadre bien défini; Les familles ont besoin d'une écoute et d'un soutien.

Il n'existe pas de taux de prévalence mais des incidences annuelles : le TC concerne environ 250 cas pour 100 000 habitants et 75% des victimes ont moins de 35 ans.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Organiser une offre graduée adaptée à chaque situation de handicap, en favorisant une réponse de droit commun	Priorité 4, objectifs 5.1 et 5.2 Priorité 4, objectifs 10.2, 10.4 et 11.2
Prendre en compte les spécificités de chaque handicap : TSL et déficiences sensorielles	Priorité 2, objectif 5.2 Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3
Offrir un accompagnement adapté et spécialisé au handicap psychique et introduire une souplesse dans les prises en charge	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3
Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (enfants)	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3
Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (adultes)	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3
Accompagner les besoins spécifiques des polyhandicapés	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3
Construire une filière de prise charge adaptée pour les traumatisés crâniens et cérébro-lésés	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3
Construire une filière de prise charge adaptée pour personnes atteintes d'AVC	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4 et 9.1 à 9.4 Priorité 4, objectifs 11.1 à 11.3

Objectif opérationnel Offre de services	Organiser une offre graduée adaptée à chaque situation de handicap, en favorisant une réponse de droit commun
---	--






Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Offrir à chaque personne en situation de handicap une prise en charge de proximité, sous réserve qu'elle soit adaptée à ses besoins et à son parcours de vie
Mesure n°2 	Identifier des structures de référence à vocation régionale (recours, enseignement, diffusion des bonnes pratiques, évaluation, formation...)
Mesure n°3 	Formaliser les coordinations entre la proximité et le recours (accompagnement des prises en charge et accompagnement des professionnels)
Mesure n°4 	Développer les coordinations entre les acteurs de proximité (professionnels de santé, autres ESMS..) sur un territoire donné.
Mesure n°5 	Développer des compétences spécifiques pour l'accompagnement de chaque type de handicap dans les SESSAD généralistes
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CG, CLAP, CRA, établissements sanitaires et médicosociaux pour personnes en situation de handicap, professionnels de santé...

Résultat attendu	Améliorer la structuration de l'offre et sa lisibilité	Indicateur n° Enquête ES (à compléter par les données MDPH lorsque les outils seront fonctionnels)
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Offre de services	Prendre en compte les spécificités de chaque handicap (TSL et déficiences sensorielles)
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Assurer l'accès à une évaluation précise et le plus précocement possible de la déficience sensorielle ou d'un TSL au niveau de la Région Valider les bilans diagnostiques réalisés en Moselle, à l'IES, pour les déficients sensoriels et les TSL
Mesure n°2 	Recentrer l'activité des établissements spécialisés sur leurs compétences d'évaluation ou de centre de ressource régional et développer un réseau de professionnels en capacité de poursuivre les actions initiées par l'établissement spécialisé.
Mesure n°3 	Développer des compétences spécifiques sur les déficients sensoriels dans les SESSAD généralistes
Mesure n°4 	Pour les troubles spécifiques du langage, structurer au niveau régional, une filière dédiée, en lien avec le CLAP, MDPH, CMP, CMPP, IES, orthophonistes libéraux avec une approche de prévention et de prise en charge.
Mesure n°5 	Pour les troubles de l'apprentissage, mener une réflexion avec l'Education Nationale les MDPH et l'ARS, dans l'objectif de partager un vocabulaire et des référentiels communs.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et EN
Partenaires	MDPH, CLAP, IES ; INJS, IJS, Pédiopsychiatrie, EMS





Résultat attendu	Validation des bilans TSL réalisés à l'IES de Metz Regroupement de tous les acteurs pour une organisation régionale de la filière TSL (Définition et prise en charge harmonisées, élargissement des acteurs potentiels pour l'évaluation).	Indicateur n° Délai d'attente de rendez vous au CLAP (rapport d'activité)
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS Génétique Thématique transversale enfance, adolescence Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan maladies rares
Programme Education Nationale

Objectif opérationnel Offre de services	Offrir un accompagnement adapté et spécialisé au handicap psychique et introduire une souplesse dans les prises en charge
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer et pérenniser dans chaque bassin de vie, les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH)
Mesure n°2 	Evaluer les GEM qui sont des dispositifs indispensables à la réadaptation de la personne handicapée psychique, et rationaliser et développer l'offre
Mesure n°3 	Renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques pour leur offrir un meilleur accompagnement vers l'emploi et dans l'emploi: * En développant les stages en entreprise (cf. Alpha Moselle) * En développant la pré orientation psy avec prise en charge séquentielle, face à l'augmentation des demandes d'évaluation de capacités des PH psychiques et de prises en charge en stages d'orientation (cf. IRR Nancy)
Mesure n°4 	Trouver une solution de prise en charge pour les « inadéquats » en psychiatrie, sous réserve d'avoir évalué précisément les besoins et les demandes d'orientations vers des ESMS
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils généraux, MDPH, DIRRECTE, GEM

Résultat attendu	Nb de places de SAVS et SAMSAH, nb de GEM pérennisés et nouveaux GEM, renforcement des structures de pré orientation	Indicateur n° Augmentation du nombre de places nouvelles en SAMSAH : indicateur à définir selon les départements. Augmentation du nombre de GEM pour handicapés psychiques
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan santé mentale
Plan pluriannuel de création de places en ESMS

Objectif opérationnel Offre de services	Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (enfants)
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer le dépistage et l'évaluation précoces en identifiant et coordonnant les centres d'évaluation
Mesure n°2 	Harmoniser les évaluations (cahier des charges), par la diffusion et l'accompagnement des bonnes pratiques
Mesure n°3 	Favoriser l'approche globale et intégrée (thérapeutique, éducative, pédagogique) centrée sur l'évaluation et l'accompagnement pédo-psychiatrique, complétée par l'équipe pluridisciplinaire formée (cf. formations de formateurs nationales EHESP en cours, à destination des professionnels), sur un territoire donné
Mesure n°4 	Coordonner l'intervention des SESSAD – CRA – psychiatrie et travailler sur l'autonomie sociale des autistes
Mesure n°5 	Inciter à la formation des professionnels de la petite enfance au repérage des troubles du spectre autistique
Mesure n°6 	Renforcer la coordination avec les actions de l'Education Nationale (inspecteurs spécialisés et enseignants référents)
Mesure n°7 	Poursuivre la requalification de places spécifiques pour enfants autistes en IME
Mesure n°8 	Créer par redéploiement des places de SESSAD spécifiques autisme
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ESMS, CRA, psychiatrie, MDPH, EN...

Résultat attendu	Harmonisation de la prise en charge	Indicateur n° Délai d'attente au CRA
-------------------------	-------------------------------------	--





Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet génétique du SROS-PRS
Thématique transversale enfance et adolescence
Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan autisme

Objectif opérationnel Offre de services	Accompagner les personnes atteintes de troubles autistiques (adultes)
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer l'évaluation globale des adultes autistes en termes de diagnostic, de parcours de vie et d'évaluations fonctionnelles, par le renforcement du CRA et de ses équipes
Mesure n°2 	Améliorer la spécificité de la prise en charge en évaluant les pratiques professionnelles, pour une prise en charge adaptée
Mesure n°3 	Accompagner les personnes autistes sans déficience dans l'insertion professionnelle
Mesure n°4 	Faciliter la transition entre établissements pour enfants et adultes, en prévoyant des places d'accueil de jour ou HT en MAS, ou prévoyant des stages de 6 mois dans les établissements pour adultes
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Secteur psychiatrique, ESMS, CRA, MDPH

Résultat attendu	Améliorer la fluidité du parcours des personnes autistes	Indicateur n° Nombre de jeunes bénéficiant d'une immersion en structure pour adultes en accueil de jour Nombre de personnes formées au corpus commun de connaissances sur l'autisme
-------------------------	--	---



Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schémas départementaux

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan autisme PRITH




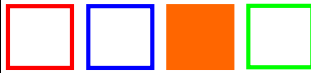
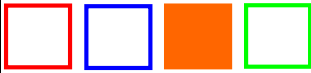
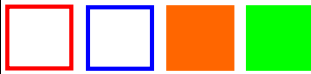
Objectif opérationnel Offre de services	Accompagner les besoins spécifiques des polyhandicapés
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Garantir les conditions d'accompagnement à domicile aux enfants en situation de polyhandicap et une continuité des réponses institutionnelles, adapté à cet âge de la vie et à ses besoins (Service de soins à domicile : SSAD complémentaire des dispositifs existants : cf. projet expérimental 88)
Mesure n°2 	Mise en place d'un dispositif expérimental de service sur un territoire, pour la prise en charge des enfants polyhandicapés à domicile
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CG, PMI, associations, CAMSP, professionnels de santé libéraux et établissements

Résultat attendu	Amélioration de la condition des enfants polyhandicapés et de leur famille, dans le respect de leur choix	Indicateur n° Nombre d'enfants polyhandicapés maintenus à domicile (données MDPH)
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Offre de services		Construire une filière de prise en charge adaptée pour les traumatisés crâniens et cérébrolésés	
Plan d'actions associées		Libellé	
Mesure n°1 		Construire une filière assurant la continuité de la prise en charge entre sanitaire et médicosocial, renforcer le rôle de l'UEROS dans sa mission de coordination des différents acteurs	
Mesure n°2 		Prévoir une structure innovante à la sortie de l'hôpital (phase d'éveil) pour éviter la rupture de prise en charge	
Mesure n°3 		Créer des places supplémentaires dédiées en EMS pour désengorger les SSR	
Mesure n°4 		Maintenir la diversité des réponses possibles et la souplesse entre dispositifs (SAVS, SAMSAH, GEM), améliorer la réactivité des MDPH dans les décisions d'orientation	
Mesure n°5 		Adapter la prise en charge dans les EMS, au niveau architectural (contrôle des accès par exemple)	
Mesure n°6 		Faciliter l'intégration sociale des TC et de leur famille pour rompre l'isolement, renforcer et pérenniser certains dispositifs existants (GEM, maison relais)	
Pilotage de l'objectif		ARS Lorraine	
Partenaires		CG, UEROS, établissements sanitaires et médico sociaux, secteur social, médecine du travail	
Résultat attendu	Eviter les ruptures de prise en charge et faciliter l'intégration sociale		Indicateur n° Augmentation du nombre de places nouvelles adaptées en MAS Augmentation des GEM à destination des traumatisés crâniens



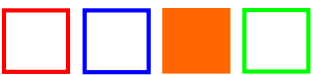

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématiques transversales AVC et santé mentale
Schémas départementaux

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Décret du 17/03/2009 (UEROS)

Objectif opérationnel Offre de services	Construire une filière de prise charge adaptée pour personnes atteintes d'AVC
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Construire une filière assurant la continuité de la prise en charge entre sanitaire et médicosocial autour de l'UNV (animateur de filière)
Mesure n°2 	Créer des places supplémentaires en MAS et FAM
Mesure n°3 	Maintenir la diversité des réponses possibles et la souplesse entre dispositifs (SAVS, SAMSAH, GEM), améliorer la réactivité des MDPH dans les décisions d'orientation
Mesure n°4 	Adapter la prise en charge dans les EMS pour les patients très lourdement handicapés
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CG, UNV, établissements sanitaires et médico sociaux, secteur social, médecine du travail

Résultat attendu	Eviter les ruptures de prise en charge et faciliter l'intégration sociale	Indicateur n° Augmentation du nombre de places nouvelles adaptées en MAS
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales AVC et Santé mentale Schémas départementaux

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan national AVC

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	



Orientation n°2.3 : améliorer l'offre de service à destination de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap**Diagnostic régional et territorial**

L'offre de service à destination de l'enfant et de l'adolescent en situation de handicap doit s'entendre dans sa globalité, c'est-à-dire tenir compte de l'offre en matière de dépistage, d'évaluation, d'accueil dans une structure ou d'accompagnement par un service adapté, de soutien à domicile, de prestations utiles, d'accès à tous les dispositifs de droit commun..., ceci afin de permettre la réalisation du projet de vie de l'enfant.

Or un certain nombre de constats ont pu être faits dans les groupes de travail lors des travaux d'élaboration du SROMS : Ils tiennent soit aux particularités de la population concernée (vulnérabilité des enfants ASE en situation de handicap, spécificités de certains handicaps. TSL, TCC, TED ... Amendement Creton...), soit au manque de lisibilité et de structuration de l'offre médicale et médico-sociale qui nécessitent d'être plus structurées, plus coordonnées, plus homogènes, globales, mieux adaptées à chaque situation, et enrichies de toutes les avancées et connaissances dans ce domaine.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Faciliter la lisibilité et l'accès à l'offre en matière de handicap chez le petit enfant	Priorité 2, objectif 5.4 Priorité 3, objectif 8.2 Priorité 4, objectifs 11.2 et 11.3
Permettre à chaque enfant et adolescent en situation de handicap de réaliser son projet de vie	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1 et 9.2
Développer des réponses adaptées pour les adolescents à forts troubles de la conduite et du comportement	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1 et 9.2
Rendre au dispositif Creton son caractère transitoire	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1 et 9.2

Objectif opérationnel Offre de services	Faciliter la lisibilité et l'accès à l'offre en matière de handicap chez le petit enfant
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Permettre aux familles de bénéficier d'un référent dès l'annonce du handicap (assistante sociale de secteur, médecin PMI, médecin traitant, CAMSP, pédiatre...)
Mesure n°2 	Favoriser toute initiative permettant aux familles de bénéficier d'un accompagnement personnalisé (temps de répit : accès aux haltes-garderies de droit commun, lieux d'écoute....)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CG, ESMS, CAMSP, PMI, médecins traitants, pédiatres...

Résultat attendu	Lisibilité du dispositif	Indicateur n° Mise en ligne du dispositif sur le site de l'ARS
-------------------------	--------------------------	---


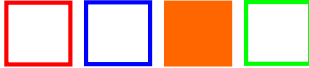

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet génétique du SROS-PRS Thématique transversale enfant-adolescent
--

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plans maladies rares, autisme Programme pluriannuel de création de place en établissement et service (2008-2012)

Objectif opérationnel Offre de services	Permettre à chaque enfant et adolescent en situation de handicap de réaliser son projet de vie
---	---




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Promouvoir une scolarisation, un apprentissage, une formation adaptée ou l'accès à l'enseignement supérieur à tout enfant ou adolescent en situation de handicap en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé (en particulier par la mise en œuvre et l'actualisation des conventions EMS - éducation nationale)
Mesure n°2 	Promouvoir une intégration naturelle et spontanée des enfants en situation de handicap dans les activités de la cité ou au sein des MS, en particulier par le biais de conventions avec les associations et en associant les familles et par le recours au référent « sport handicap » au sein des DDCCS (chargés de former et sensibiliser les personnels des mouvements associatifs et sportifs sur le plan pédagogique et d'adapter les locaux pour favoriser la mixité des publics)
Mesure n°3 	Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge des adolescents en situation de handicap
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine, Education nationale, DRJSCS
Partenaires	Associations, collectivités territoriales, DIRECCTE

Résultat attendu	Amélioration de la collaboration ESM - éducation nationale. Augmentation du nombre d'inscriptions d'enfants en situation de handicap dans les associations sportives	Indicateur n° Augmentation du nombre de conventions EMS - éducation nationale
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volets génétique du SROS-PRS Thématiques transversales enfants-adolescents et santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plans maladies rares, autisme

Objectif opérationnel Offre de services	Développer des réponses adaptées pour les adolescents à fort troubles de la conduite et du comportement
---	--





Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Répondre aux besoins de prise en charge pour des jeunes à forts troubles de la conduite et du comportement par des dispositifs expérimentaux adaptés (coordination des acteurs...)
Mesure n°2 	Articuler la prise en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète séquentielle, en établissement médico social et permettre un accompagnement éducatif
Mesure n°3 	En lien avec la thématique transversale santé mentale, développer les prises en charge « mixtes » adultes et infanto-juvéniles pour les 16-25 ans en mutualisant les moyens des deux champs
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine, Education nationale, ASE
Partenaires	Pédopsychiatrie, PJJ, CG

Résultat attendu	Elaboration pour chaque adolescent en ESMS d'un projet de vie adapté Gestion des situations difficiles (environ 10 par département) d'adolescents en situation de handicap en ESMS	Indicateur n° Nombre de droits de retrait exercés par les professionnels Nombre de conventions avec le secteur psychiatrique
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales enfance et adolescence, santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Lien avec le schéma de protection de l'enfance des CG

Objectif opérationnel Offre de services	Rendre au dispositif Creton son caractère transitoire
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Inciter à un temps d'accueil limité avec les EMS afin que le dispositif ne serve pas de remplacement à un accueil plus adéquat
Mesure n°2 	Permettre pour cette population vulnérable l'élaboration de perspectives d'avenir (existence d'un projet de vie, suivi de l'orientation.)
Mesure n°3 	Eviter les situations de retour au domicile familial sans accompagnement (données recueillies dans le groupe de travail)
Mesure n°4 	Développer un accompagnement adapté des jeunes en situation d'amendement « Creton » (dispositif expérimental, coordination, référent...)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine, MDPH et Conseils Généraux
Partenaires	ESMS, DIRRECTE.....

Résultat attendu	Réduction de la durée d'accueil des « amendements Creton »	Indicateur n° Age moyen des « amendements Creton » dans les établissements
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématiques transversales enfance et adolescence, santé mentale Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°2.4 : favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

Diagnostic régional et territorial

L'intégration professionnelle des personnes handicapées est un élément fondamental pour leur participation à la société et leur accès à une vie autonome.

Par ailleurs, cette intégration est indissociable d'un accompagnement social et médico-social parallèle.

Les pratiques des MDPH varient d'un département à l'autre : certains autorisent les doubles orientations (par ex. ½ temps en ESAT et ½ temps en FAS), d'autres pas.

L'ARS a en responsabilité directe une partie du champ du travail protégé (ESAT, CRP, UEROS) ; ces structures subissent une double évolution :

- au niveau du public accueilli : 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

- La DIRECCTE s'occupe du milieu ordinaire de travail :

* des demandeurs d'emploi (+16 ans) accompagnés par les CAP' emploi avec une politique d'accès à l'emploi (formation/qualification/adaptation à l'offre d'emploi).

* les demandeurs d'emploi non inscrits au pôle emploi, les salariés handicapés : politique de maintien dans l'emploi (cas également de salariés devenus handicapés suite à un accident).

Il existe un besoin important de places en entreprises adaptées, en particulier pour les jeunes handicapés.

Au niveau des travaux de planification régionaux, une articulation doit être nécessairement faite entre le SROMS et le PRITH (programme régional d'insertion des travailleurs handicapés) : Ce plan sera lancé par la DIRECCTE en septembre 2011. Il fixe une politique régionale qui sera déclinée au niveau départemental et associe la DIRECCTE, le conseil régional, l'AGEFIPH, le FIPHFP, pôle emploi et cap emploi. 3 objectifs :

Coordination régionale de l'insertion des TH





Porter à la connaissance des acteurs de terrain les dispositifs de droit commun

Répondre aux besoins d'adaptation à l'emploi des TH.

Un des axes forts sera le maintien dans l'emploi des salariés devenus handicapés

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Accompagner les entrées, prises en charge et sorties d'ESAT	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4, 9.2 à 9.4
Offrir un accompagnement social et médico-social aux travailleurs handicapés et à leurs familles, en milieu ordinaire et en milieu protégé	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4, 9.2 à 9.4
Faciliter l'accès en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap (sortant d'IMPro ou de l'Education Nationale)	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4, 9.2 à 9.4

Objectif opérationnel Offre de services	Accompagner les entrées, prises en charge et sorties d'ESAT
--	--



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Articuler le dispositif d'évaluation du travailleur handicapé (EMT), entre la MDPH et les établissements (ESAT), dans la perspective de faire émerger un projet professionnel adapté aux besoins et au choix de la personne
Mesure n°2 	Développer des prises en charge adaptées aux sujétions particulières de certains types de handicap : accueil à temps partiel ou séquentiel... pour répondre aux besoins des travailleurs handicapés vieillissants et handicapés psychiques en particulier
Mesure n°3 	Mettre en œuvre un dispositif coordonné permettant de rechercher une solution de sortie adaptée et un suivi de la personne. Trouver un médiateur neutre participant à l'articulation entre partenaires institutionnels.
Mesure n°4 	Inciter les ESAT à persévérer dans les mises à disposition en milieu ordinaire, en développant les possibilités d'accompagnement du projet d'intégration
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine, CG
Partenaires	MDPH – cap emploi – associations pyramide, DIRECCTE

Résultat attendu	Mise en place d'un dispositif départemental Création de places nouvelles en ESAT Nombre de conventions d'appui (mise à disposition en milieu ordinaire)	Indicateur n° Nombre de places à temps partiel / objectif 10%
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Schémas départementaux PRITH Plan ministériel d'investissement en ESAT 2011-2013

Objectif opérationnel Offre de services	Offrir un accompagnement social et médico-social aux travailleurs handicapés et à leurs familles, en milieu ordinaire et en milieu protégé
---	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Renforcer la prise en charge éducative en ESAT en développant l'offre parallèle en SAVS et SAMSAH
Mesure n°2 	Prendre en compte les problématiques d'hébergement et de vie sociale des travailleurs handicapés, en offrant une palette de réponses adaptées et évolutives
Pilotage de l'objectif	ARS et Conseils généraux
Partenaires	MDPH, DIRECCTE, ESMS

Résultat attendu	Diminuer le nombre de ruptures dans le parcours des travailleurs handicapés	Indicateur n° Augmentation du nombre de places nouvelles en SAMSAH : indicateur à définir selon les départements
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PRITH

Objectif opérationnel Offre de services	Faciliter l'accès en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap (sortant d'IMPro ou de l'Education Nationale)
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Définir un parcours individualisé d'intégration professionnelle et son accompagnement pour les jeunes en situation de handicap (faciliter par exemple l'accompagnement des jeunes en alternance par l'accès aux Services d'Accompagnement aux Contrats en Alternance dans chaque département, par le biais d'un dispositif coordonné (lien avec le PRITH)
Mesure n°2 	Eviter les ruptures entre formation et monde du travail (maintenir l'accompagnement, le suivi par l'IMPRO pendant 3 ans à la sortie de l'IME et dans l'attente d'une orientation en ESAT ou autre)
Pilotage de l'objectif	ARS et DIRECCTE
Partenaires	MDPH-CAP EMPLOI-AGEFIPH-Education Nationale

Résultat attendu	Dispositif coordonné dans chaque département	Indicateur n° % de jeunes sortants d'IMPro orientés en insertion professionnelle ou en alternance (tous types de contrats) : rapport d'activité des IMPro
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Lien avec le PRITH Plan national de formation professionnelle (dispositifs de contrats en alternance)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°2.5 : améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile

Diagnostic régional et territorial

Personnes en situation de handicap

Enfants :

L'action des S.E.S.S.A.D. recouvre 3 dimensions, thérapeutique, éducative et pédagogique afin d'assurer deux fonctions complémentaires d'interface et de lien social d'une part, d'appui et de ressources en lien avec l'expertise du handicap, d'autre part.

Des observations ont été faites sur les SESSAD, tant sur leur mode de fonctionnement, que sur les modalités d'autorisation et de financement ainsi que sur la nécessité d'une harmonisation entre les 4 départements.

Manque de lisibilité des S.E.S.S.A.D. existants, de leur spécificité (capacités, types de handicaps, zone d'intervention...) sur l'ensemble de la Région.

Méconnaissance du rôle et des missions des S.E.S.S.A.D., de la part des familles, voire des professionnels.

Des situations départementales contrastées.

Une appréciation de la notion d'activité différente d'un département à l'autre, d'un S.E.S.S.A.D. à l'autre.

Des autorisations qui n'intègrent pas systématiquement la notion de périmètre d'intervention (géographique, types de handicaps).

Des coûts à la place qui ne prennent pas en compte la spécificité propre liée au type de handicap ni à la qualité de S.E.S.S.A.D. autonome ou rattaché à une structure d'hébergement.

Des listes d'attente de place en S.E.S.S.A.D. conséquentes, 271 pour la région dont 107 pour la Moselle, 62 pour les Vosges, 4 pour la Meuse, des orientations autres par la M.D.P.H. par défaut.

Manque de places de S.E.S.S.A.D. professionnel, aucun équipement dans certains départements.

Des situations prises en charge par les S.E.S.S.A.D. qui ont tendance à être plus lourdes que par le passé du fait d'un environnement social plus fragile.

Des disparités dans la prise en charge des frais de transport.

Adultes :

Si le plan national de création de places 2008-2012 a permis de diversifier les modes d'accompagnement des adultes handicapés en encourageant la création de places de SSIAD et de SAMSAH, la région Lorraine a un retard à rattraper en la matière : l'offre d'hébergement prédomine (94% des capacités totales). A noter également une certaine frilosité des départements à s'engager dans la démarche des SAMSAH.

Personnes âgées

A l'aune des rendus des différents groupes de travail réunis sur le thème du maintien à domicile, on peut affirmer que même si l'âge moyen de la dépendance a tendance à croître, le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible est persistant.

Cette volonté s'accompagne du souhait que ce maintien se fasse dans des conditions de vie agréables et acceptables.

L'approche régionale est confirmée par un sondage CSA sur ce thème élaboré en novembre 2010, « 87 % des enquêtés sont prêts à faire en sorte qu'une personne âgée de leur entourage puisse rester chez elle, que ce soit en lui rendant visite le plus souvent possible ou en faisant appel à une aide extérieure ». Par ailleurs, la préférence pour le domicile dépasse en outre l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées. Elle concerne l'ensemble des usagers, et pas seulement les PA, qui pour une cause ou une autre, sont confrontées à la nécessité d'être accompagnées dans l'organisation de leur vie quotidienne face à l'avancée en âge ou développant une pathologie.

Cette préférence des usagers est donc un élément fondamental à prendre en compte et nous conduit à poser la structuration des soutiens au maintien à domicile comme un objectif majeur de notre action.

Ce scénario du libre choix (maintien à domicile) implique un effort de développement de l'offre de services et de soins à domicile et de réduire les inégalités territoriales, notamment en termes de démographie médicale.

De plus, l'offre de « services » qu'elle soit à domicile ou alternative en établissement, est aussi le moyen de permettre à l'entraide familiale de jouer son rôle (ce que les personnes âgées et leur entourage souhaitent), sans faire peser sur les générations actives un poids trop lourd et facilite pour l'aidant le maintien des liens de qualité avec la personne aidée et son environnement.

Pour cela, il faut à la fois simplifier l'accès à l'offre de soins et aux prestations, former les professionnels pour répondre à la spécificité de cette maladie et soutenir les aidants.

Les accueils de jour et autres structures de répit sont des dispositifs-clés : en effet, s'agissant de l'accompagnement de personnes atteintes de troubles du comportement, les aidants sont souvent épuisés ; les orientations visant à fermer les structures inférieures à 6 places sont controversées ; le maintien de structure de proximité est nécessaire en milieu rural, et les participants ont souligné qu'un accueil de qualité pouvait être assuré en intégrant les personnes fréquentant l'accueil de jour aux activités des résidents.

Il est difficile d'évaluer combien des 363 places d'hébergement temporaires pour personnes âgées installées en Lorraine, sont utilisées en hébergement complet ; les arguments des gestionnaires peuvent être entendus : comment garder une chambre disponible, alors qu'il existe une liste d'attente, sachant que la vacance est pénalisante financièrement ?

Comme pour les accueils de jour, une réflexion est en cours au niveau national ; les orientations seraient le regroupement des places sur des établissements moins nombreux, et l'organisation de formation des gestionnaires à cette organisation particulière.

Les hébergements temporaires devraient offrir des séjours de rupture pour les personnes, et de répit pour les aidants.

Une autre fonction serait d'assurer un hébergement transitoire en sortie d'hospitalisation ou de SSR. Ce besoin de solutions d'aval sera accru avec le passage des SSR en T2A.

Un texte est annoncé pour :


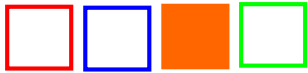
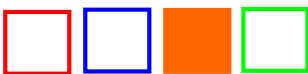

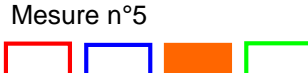

- concentrer les places d'HT sur un nombre défini d'EHPAD dans chaque territoire de santé
- favoriser le développement d'un projet pour chaque service d'accueil temporaire, répondant aux objectifs fixés et viables avec un seuil d'activité minimal permettant un fonctionnement équilibré, avec une équipe de professionnels dédiée.

Le bilan à 6 mois de la structure expérimentale de Post-Urgence Orientation Gériatrique (durée de séjour autour de 5 jours) constate plus de 40 % de retours à domicile ou EHPAD, avec des difficultés pour ces retours lorsque le logement n'est pas adapté ou l'accompagnement familial défaillant.


Le plan Alzheimer prévoit des Equipes Spécialisées à domicile, qui sont constituées d'assistants de soins en gérontologie, d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens.

Il s'agit de proposer dès le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, une éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement et de mettre en place des soins de réhabilitation et de stimulation cognitive.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Optimiser et développer le dispositif des SESSAD pour les enfants et adolescents en situation de handicap	Priorité 3, objectifs 8.2, 8.3, 9.1 et 9.2
Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile à l'âge adulte	Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4
Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile lors de l'avancée en âge	Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4
Développer l'habitat alternatif et les structures intermédiaires	Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4

Objectif opérationnel Offre de services	Optimiser et développer le dispositif des SESSAD pour les enfants et adolescents en situation de handicap	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Territorialiser les SESSAD	
Mesure n°2 	Créer des SESSAD « généralistes », des SESSAD spécialisés, par redéploiement de places d'I.M.E. dont le T.O. est insuffisant ou par création ex nihilo pour une ouverture plus importante sur l'extérieur.	
Mesure n°3 	Créer des places de S.E.S.S.A.D.-professionnels dans tous les départements	
Mesure n°4 	Harmoniser entre les départements, les modalités d'autorisation des S.E.S.S.A.D. ainsi que les modalités de prise en charge des frais de transport au niveau des caisses d'Assurance Maladie et des Conseils Généraux	
Mesure n°5 	Mener une réflexion sur l'intégration dans les notifications de la M.D.P.H., les modalités de transport et leur financement.	
Mesure n°6 	Valoriser dans les forfaits, le temps de coordination, la spécificité propre liée au type de handicap, à la qualité de S.E.S.S.A.D. autonome ou rattaché à une structure d'hébergement	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Associations, MDPH, CG, éducation nationale, ESMS...	
Résultat attendu	Développer les services d'accompagnement par redéploiement	Indicateur n° Augmentation de la part des services dans l'offre globale, par département
Lien avec les autres thématiques des différents schémas		
Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux d'organisation médico sociale		
Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)		

Objectif opérationnel Offre de services	Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile à l'âge adulte dans le respect du projet de vie
---	---


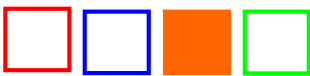


Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer l'offre d'accompagnement à domicile des adultes handicapés : places de SAVS et de SAMSAH (cf. orientations publics spécifiques)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseils Généraux
Partenaires	MDPH, communes, CCAS

Résultat attendu	Augmenter les places en SAVS et SAMSAH Diminuer le nombre de ruptures dans le parcours des personnes en situation de handicap	Indicateur n° Augmentation du nombre de places nouvelles en SAMSAH : indicateur à définir selon les départements
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan pluriannuel de création de places 2008-2012

Objectif opérationnel Offre de services	Améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile lors de l'avancée en âge dans le respect du projet de vie
---	---

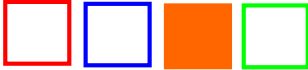
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer l'offre de service et de soins : services d'aide à domicile et SSIAD
Mesure n°2 	Développer les accueils de jour et assurer un maillage du territoire garantissant l'équité d'accès
Mesure n°3 	Assurer le bon fonctionnement de l'hébergement temporaire Expérimenter un regroupement sur un établissement médico-social en lien avec les structures hospitalières et SSR du secteur
Mesure n°4 	Assurer le maillage du territoire en Equipes spécialisées Alzheimer : 5 sont en fonctionnement au 1 ^{er} août, 5 sont financés en 2011, et 5 compléteront le dispositif en 2012
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseils généraux
Partenaires	Associations, gestionnaires

Résultat attendu	Assurer accès et équité d'accès	Indicateur n° Nombre d'ESA, de places d'AJ et d'HT
-------------------------	---------------------------------	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Lien avec la prévention (répit et aide aux aidants) Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan Alzheimer Plan bien vieillir

Objectif opérationnel Offre de services	Développer l'habitat alternatif et les structures intermédiaires
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Promouvoir les résidences avec services lorsque l'habitat n'est plus adapté et retarder l'admission en EHPAD
Pilotage de l'objectif	Conseils Généraux, CARSAT
Partenaires	ARS Lorraine, communes, Comité National de Coordination Action Handicap et autres organismes investis dans le champ du handicap

Résultat attendu	Offrir une alternative à l'EHPAD	Indicateur n°1 : évolution des GIR5-6 en EHPAD
-------------------------	----------------------------------	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Action sociale des CARSAT

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°2.6 : accompagner les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes

Diagnostic régional et territorial

Le vieillissement des personnes handicapées est un phénomène qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale. Il est un véritable défi posé aux organisations médico-sociales dans leur capacité d'adaptation à ce phénomène, qu'il s'agisse de l'offre à domicile ou de l'accueil en institution. Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension: il contient une action spécifique relative à l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés". La survenue du vieillissement renforce la nécessité de personnaliser les réponses et donc la logique de l'accompagnement. Les problématiques induites par le vieillissement:

- allongement plus fréquent de la vie en institution, comme un phénomène à multiples implications : vieillissement des personnes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, le bâti...
- l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissement pour adultes : malgré un doublement en 10 ans de la capacité d'accueil en MAS, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement a sans doute à peine permis d'absorber le vieillissement de la population accueillie
- la capacité d'adaptation des structures déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie
- la nécessité de réévaluer les situations individuelles
- la nécessité de prendre en compte l'environnement de la personne

Un consensus se forme autour de l'âge de **40 ans** comme début du processus de vieillissement.

Proposition de définition de la CNSA :

Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, qu'elle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent en l'apparition:




- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge
- d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

Les différentes problématiques qui se dégagent des travaux menés par les groupes de travail, sont les suivantes:

- 1) Prise en compte de l'évolution des pathologies, de la lourdeur des handicaps et de la perte d'autonomie.
- 2) Problème de l'isolement des PHV, qui nécessite un accompagnement social adapté, notamment en ESAT.
- 3) Problème des passages entre dispositifs et entre les dispositifs et le domicile
- 4) Problème des défaillances des aidants.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes	Priorité 1, objectif 5.3 Priorité 4, objectif 10.2
Adapter les établissements pour prendre en charge l'évolution de la dépendance des personnes handicapées	Priorité 3, objectifs 8.1 et 8.4
Disposer d'une palette de réponses adaptées et évolutives aux besoins de la personne handicapée et introduire une souplesse dans les prises en charge	Priorité 3, objectifs 8.1 à 8.4

Objectif opérationnel Offre de services	Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes
---	---

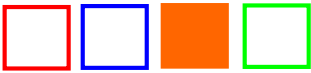
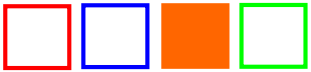
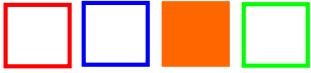
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer les conditions d'hospitalisation des PHV, l'accès aux urgences, aux soins de suite, l'accès à la prévention et aux consultations spécialisées
Mesure n°2 	Avoir un référent médical par établissement médico-social (médecin coordonnateur en MAS et IDE en ESAT) et un référent "personnes handicapées" par établissement de santé.
Mesure n°3 	Sensibiliser les professionnels de santé libéraux au handicap
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	ESMS, établissements sanitaires, professionnels libéraux

Résultat attendu	Amélioration de l'accès aux soins des PHV	Indicateur n° Nombre de référents médicaux dans les ESMS (à intégrer dans le rapport d'activité)
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS versant ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Offre de services	Adapter les établissements pour prendre en charge l'évolution de la dépendance des personnes handicapées
---	---





Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Adapter les établissements médico-sociaux d'un point de vue architectural (exemple : recréer des salles d'animation ou des lieux de vie collectifs)
Mesure n°2 	Adapter les établissements au niveau de la médicalisation (par exemple transformation de places de foyers en FAM ou intervention de SSIAD/SAMSAH)
Mesure n°3 	Adapter les établissements au niveau éducatif (animation renforcée), pour rompre l'isolement social
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseils généraux
Partenaires	ESMS

Résultat attendu	Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	Indicateur n° Nombre de places de FAM / nombre total de places de foyer
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Objectif prioritaire du plan pluriannuel national de création de places en ESMS

Objectif opérationnel Offre de services	Disposer d'une palette de réponses adaptées et évolutives aux besoins de la personne handicapée et introduire une souplesse dans les prises en charge
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Prévoir des modulations dans les prises en charge (entre domicile- travail - établissement) et expérimenter les coordinations avec les EHPAD.
Mesure n°2 	Accompagner les aidants familiaux eux aussi vieillissants
Mesure n°3 	Garder la possibilité d'expérimenter : "droit à l'essai», ou faire en sorte que la décision d'orientation puisse être réversible dans le délai le plus court possible. Renforcer en ce sens la coordination avec la MDPH.
Mesure n°4 	Evaluer, valoriser et pérenniser les expériences innovantes existantes
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils Généraux – MDPH – DIRECCTE – ESAT....

Résultat attendu	Présence d'une palette de services offerte au public sur chaque territoire	Indicateur n° Nombre de dispositifs spécifiques aux PHV
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°2.7 : favoriser la diversité des accompagnements des personnes âgées

Diagnostic régional et territorial

Versant médicosocial :

La prise en charge des personnes âgées soulève de nombreuses questions et notamment celle de l'évolution des EHPAD. À quoi ressembleront-ils demain alors que l'entrée en établissement est de plus en plus tardive, que la durée de vie s'allonge, que les prix de journée augmentent ?... Ce sont autant d'interrogations qui méritent une réflexion.

Les résidents, les familles et les professionnels (notamment au cours des groupes de travail du SROMS Lorraine) du secteur se sont interrogés sur la capacité des EHPAD à être de vrais pôles de services, à même d'apporter une réponse graduée à tous les besoins des personnes âgées.

Les objectifs relevés par les différents acteurs mettaient en évidence une réflexion collective sur l'EHPAD de demain et sur la mise en cohérence coordonnée des interventions aux fins de proposer des orientations concrètes, à savoir :

- adapter les établissements à l'évolution des attentes et réponses alternatives, notamment au regard des dispositifs « Alzheimer » (UVP, UHR MS, PASA...)
- mettre en œuvre des architectures adaptées avec des moyens issus des nouvelles technologies (environnementales, multimédias....)
- faire des EHPAD les pivots de plateformes territoriales multiservices
- la prise en charge en EHPAD des personnes handicapées vieillissantes

Versant sanitaire :

Tous établissements lorrains confondus, 35,15% des séjours en hospitalisation complète sont réalisés pour des patients de 75 ans et plus, contre 33% en 2007.

Une UCC est ouverte (Thionville), une seconde doit ouvrir au CHU de Nancy en octobre 2011, et une troisième à Marange en 2011. L'objectif prévu dans le plan Alzheimer pour la Lorraine est de 2 UCC supplémentaires d'ici fin 2012.

Une UHR sanitaire a été labellisée en juillet 2011 au CHU de Nancy, d'autres dossiers sont en cours d'étude dans les différents départements, retardés le plus souvent pour des raisons architecturales. L'objectif prévu par le plan Alzheimer est de 4 UHR sanitaires supplémentaires d'ici fin 2012.

USLD : les opérations de partition ont ramené le nombre de lits à 1194 au 01/01/2011, ce qui conduit à un taux d'équipement déséquilibré entre départements (3.88 pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans dans les Vosges, 7.14 en Meurthe et Moselle par exemple).

CM : elles sont au nombre de 15, et le maillage territorial est satisfaisant.

Le CMRR est maintenant unique (CHU de Nancy), et doit poursuivre son positionnement comme référent régional

SSR : 13 SSR bénéficient de la mention spécialisée « personnes âgées polypathologiques », avec un maillage territorial correct.





La connaissance et le positionnement de l'HAD dans la filière de soins restent à conforter tant auprès des acteurs hospitaliers, médico-sociaux que des professionnels libéraux et de la population. Le nombre d'interventions d'HAD en EHPAD est très faible.

Un diagnostic régional complet sur l'offre de soins à destination des personnes âgées est annexé au PSRS.

Etat des lieux 2011 au 01/12/2011 (par FINESS géographique)	
IMPLANTATIONS USLD	
Territoire de santé meusien	4 implantations
Territoire de santé meurthe et mosellan	11 implantations
Territoire de santé mosellan	15 implantations
Territoire de santé vosgien	6 implantations
Région lorraine	36 implantations

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation	Priorité 3, objectifs 8.3 et 8.4 Priorité 4, objectif 10.2
Préparer l'EHPAD de demain	Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4
Adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées	Priorité 3, objectifs 8.1, 8.2 et 8.4

Objectif opérationnel Offre de services	Organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation
--	---

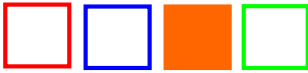


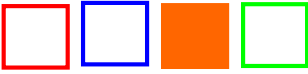


Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Garantir à toute personne âgée l'accessibilité à un diagnostic ou une évaluation gériatrique adaptée à ses besoins (consultation mémoire, maladie de Parkinson....)
Mesure n°2 	Offrir à toute personne âgée un panel de réponses adapté à son état de santé en proximité, dans le respect de son projet de vie, et dans le cadre d'une filière gériatrique.
Mesure n°3 	Reconnaitre la place des établissements et services médicosociaux à destination des personnes âgées dans la filière gériatrique (équipes mobiles en Ehpad...)
Mesure n°4 	Soutenir la mise en place de l'UCOG : Unité Lorraine de Coordination Oncogériatrique) pour permettre à toute personne âgée le nécessitant l'accès à une évaluation oncogériatrique
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils généraux, collectivités locales, associations d'usager, ADEME, tous établissements hospitaliers concernés par l'activité d'oncogériatrie, CAV, CHU, Oncolor, professionnels libéraux

Résultat attendu	Favoriser une offre diversifiée en proximité Fluidification de la filière, réduction des délais d'attente	Indicateur n° Nombre d'EMG intervenant en Ehpad, délai d'attente pour accéder à une CM ou un avis oncogériatrique
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan Alzheimer, PSGA Appel à projet Inca de mai 2011

Objectif opérationnel Offre de services	Préparer l'EHPAD de demain
---	-----------------------------------

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Poursuivre l'objectif de réduction des inégalités territoriales en matière de taux d'équipement, particulièrement les anciens bassins miniers
Mesure n°2 	Accompagner les flux géographiques des populations, en tenant compte de l'attractivité des zones urbaines (services, proximité des enfants.....)
Mesure n°3 	Poursuivre l'ouverture des Pôles d'Activité Spécifiques (PASA) destinés aux malades d'Alzheimer avec troubles du comportement modérés, des Unités d'Hébergement Renforcés Médico-sociales destinées aux malades d'Alzheimer avec troubles du comportement très sévères, en coordination avec les EHPAD du secteur et la gériopsychiatrie.
Mesure n°4 	Mener une réflexion sur les Unités de Vie Protégées(UVP) : pour qui, est-ce que l'on en sort, selon quels critères ? La même réflexion est à mener sur les UHR
Mesure n°5 	Adapter l'architecture aux nouvelles technologies
Mesure n°6 	Organiser les EHPAD en petites unités de vie : privilégier ce type de projets architecturaux pour les restructurations et constructions nouvelles La perte du bénéfice du séjour en UVP est en grande partie imputée au retour en locaux collectifs où les personnes se sentent perdues
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseils généraux
Partenaires	Collectivités locales, associations d'usager, ADEME





Résultat attendu	Installation des dispositifs issus du plan Alzheimer (PASA, UHR...) Construction, réhabilitation d'EHPAD respectant les nouvelles normes environnementales et technologiques	Indicateur n° taux d'installation + PAI
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan Alzheimer
PAI CNSA

Objectif opérationnel Offre de services	Adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Réinterroger les besoins en USLD issues de la réforme organisant la partition des USLD pour personnes âgées au moyen des coupes PATHOS réalisées fin 2011.	
Mesure n°2 	Poursuivre l'implantation des UCC et des UHR sanitaires, les évaluer et définir leur place dans le panel des réponses existantes	
Mesure n°3 	Promouvoir la complémentarité entre SSR et établissements médicosociaux, en affirmant le rôle de recours et d'expertise des SSR avec mention spécialisée poly pathologie de la personne âgée. Cf. volet SRR du SROS-PRS	
Mesure n°4 	Favoriser l'intervention de l'HAD en Ehpad, en organisant par département des réunions d'information près des EHPAD, compte tenu du faible niveau d'activité d'HAD en EHPAD (cf. volet HAD du SROS)	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Etablissements sanitaires et médico sociaux pour personnes âgées, Conseils Généraux	
Résultat attendu	Evaluation et adaptation de l'offre de soins à destination des personnes âgées	Indicateur n° Résultat des coupes pathos en USLD et Ehpad
Lien avec les autres thématiques des différents schémas		
Volet SSR du SROS-PRS Volet HAD du SROS-PRS		
Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)		
Plan Alzheimer 2008/2012 et circulaires d'application, PSGA Circulaire du 15/05/2006 relative à la redéfinition des USLD Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA 193 du 10/05/2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de suite et de réadaptation et modifiant le code de la santé publique Circulaire DHOS relative au décret SSR d'avril 2008 Circulaire du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique Circulaire du 28 mars 2007 sur la filière gériatrique		

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des mesures s'appliquent au niveau régional • Circulaire DHOS du 05/09/2008 : objectif de 5 UCC en SSR à la fin du plan Alzheimer (2012) • Instruction DHOS du 23/02/2010 : objectif de 5 UHR en USLD à la fin du plan Alzheimer (2012)
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Une UHR sanitaire à installer
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> • Deux UHR sanitaires à installer, dont 1 en 2011 • Une UCC à installer
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> • Une UHR sanitaire à installer • Une UCC à installer en 2011

OQOS (par FINESS géographique)	
OQOS IMPLANTATIONS USLD	
Territoire de santé meusien	4 implantations
Territoire de santé Meurthe et mosellan	10 implantations
Territoire de santé mosellan	15 implantations
Territoire de santé vosgien	6 implantations
Région lorraine	35 implantations

Orientation n°2.8 : favoriser l'accès aux soins

Diagnostic régional et territorial

Populations vulnérables et précarité

Les personnes âgées et handicapées représentent, de par le faible niveau de leurs revenus (en particulier, les veuves), une part non négligeable des populations vulnérables.

Les différents processus de précarisation s'accompagnent bien souvent d'une souffrance psychique et peuvent conduire à une dégradation de la santé.

Il n'existe pas de pathologie spécifique de la pauvreté ou de la précarité, mais un plus grand risque face aux pathologies de la population générale. Les ruptures et conditions de vie passées et présentes qui caractérisent la précarité sociale induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent. Les ressources et les conditions de vie des personnes en situation de précarité les exposent à de plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes.

Plusieurs études récentes ont mis en évidence l'existence d'inégalités de santé liées au milieu d'origine entendu comme les conditions de vie dans l'enfance et les caractéristiques des ascendants : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte.

Il paraît également important de tenir compte du lien étroit entre santé mentale/souffrance psychique/précarité.

Les situations de précarité et d'exclusion placent les personnes dans des conditions de vie difficile, non seulement d'un point de vue matérielle, sociale et citoyenne mais aussi psychologique. Les personnes, alors que l'on n'a pas identifié de troubles de la personnalité, des troubles mentaux dans leur histoire, présentent après un certain temps de situation de précarité et d'exclusion, d'authentiques troubles mentaux caractérisés. Un lien de causalité est identifiable. Les troubles mentaux les plus souvent présents sont :

- les psychoses et notamment toutes les variétés de schizophrénie, très invalidantes socialement,
- toutes les pathologies de la personnalité ou troubles du comportement qui conduisent à des conflits, des ruptures, des difficultés d'inscription et de fonctionnement dans la famille et dans la société
- les pathologies addictives qui mènent à la marginalisation
- une sur représentation en déficit intellectuel.

Accès aux soins buccodentaires et handicap



Lors d'une enquête publiée en 2006 par la CNAMTS, un échantillon de 8 401 enfants de 6 à 20 ans, accueillis en IME ou en établissement pour polyhandicapés, a été constitué.

Au cours de l'année précédant l'enquête, pour 5 236 réponses, 44,3 % des enfants n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste ou de médecin stomatologiste. Parmi les 198 enfants victimes d'une chute ayant occasionné une lésion de la sphère oro-faciale au cours des trois mois précédant l'enquête, 30,3 % n'avaient pas consulté consécutivement un professionnel de santé dentaire. De même, parmi les 483 enfants ayant manifesté une gêne ou une douleur d'origine bucco-dentaire lors des deux semaines précédant l'enquête, 36,9 % n'avaient pas consulté consécutivement un professionnel de santé dentaire. Parmi les 4 092 enfants présentant une dysmorphie sévère, 91,3 % n'étaient pas en cours de traitement lorsque l'information était connue.

Si l'on considère les personnes handicapées à domicile ayant besoin d'aide pour les actes simples de la vie quotidienne et les personnes institutionnalisées qui, toutes, ont des difficultés d'accès aux soins buccodentaires, on parle à minima d'un demi-million de personnes, enfants et adultes, qui n'ont pas suffisamment voire pas du tout accès à la santé buccodentaire (rapport 2010 cf. infra)

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Coordonner les acteurs pour améliorer l'accès aux soins	Priorité 2, objectifs 6.1 et 6.2 Priorité 3, objectifs 7.6 et 8.4
Favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées	Priorité 3, objectif 8.4
Mettre en œuvre le programme de télémédecine	Priorité 4, objectif 12.3
(L'accès à l'hospitalisation des personnes handicapées et âgées est développé dans le thème 3)	

Objectif opérationnel Offre de services	Coordonner les acteurs pour améliorer l'accès aux soins
---	--



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Informé de manière adaptée les personnes en précarité (dont PA et PH) sur le système de santé et de droits sociaux, les accompagner dans leur démarche vers les soins
Mesure n°2 	Prendre en compte les besoins et les difficultés particulières des populations vulnérables au sein des établissements, services et dispositifs administratifs, de santé et médico-sociaux
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CG, DRJSCS, établissements et services médico sociaux.....

Résultat attendu	Meilleur accompagnement des personnes âgées et handicapées en situation de précarité	Indicateur n° ceux du PRAPS
-------------------------	--	-----------------------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
PRAPS

Objectif opérationnel Offre de services	Favoriser l'accès aux soins dentaires des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées
---	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer la connaissance du handicap par les professionnels en lien avec les URPS (chirurgiens dentistes) et la faculté dentaire
Mesure n°2 	Soutenir toute mesure expérimentale en région destinée à favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées et des personnes âgées
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	URPS, ordre des chirurgiens dentistes, faculté dentaire, ESMS...

Résultat attendu	Amélioration de la santé bucco dentaire des personnes âgées et handicapées	Indicateur n° Nombre d'établissements ayant conventionné avec un établissement de soin, un cabinet libéral...
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale chirurgie dentaire SROS-PRS versant ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Offre de services	Développer la télémédecine dans le champ médico-social
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Favoriser toute initiative destinée à développer la télésurveillance des maladies chroniques des personnes âgées et/ou handicapées à domicile
Mesure n°2 	Favoriser toute initiative destinée à développer la télémédecine en établissements accueillant des personnes âgées et/ou handicapées
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Ehpad, ESMS, Conseils Généraux, GCS télésanté.....

Résultat attendu	Intégration de la réflexion sur la télémédecine dans les évolutions des Ehpad et ESMS dans les années à venir	Indicateur Nombre d'ESMS et Ehpad adhérant au GSMS n°
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport CGES « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » 2008 Programme régional de télémédecine

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Axe 3 – Coordination

Orientation n°3.1 : organiser la coordination autour de la personne adulte handicapée, âgée ou en perte d'autonomie

Diagnostic régional et territorial

Les réseaux :

L'article 84 de la loi du 4 mars 2002 crée une catégorie unique de réseaux et en donne la définition : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire ».

Le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisés par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé, les centres de santé, les professionnels et les établissements du secteur médico-social.

La région Lorraine se caractérise par un fort dynamisme des promoteurs puisque l'on dénombre 35 réseaux de santé (7 régionaux et 28 réseaux de proximité) ; la thématique la plus développée et servant de base à la nouvelle politique régionale dans ce domaine étant la gériatrie (13 réseaux).

En concordance avec les dispositions inscrites dans la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière d'évolution des réseaux, l'ARS de Lorraine a dès le 2ème semestre 2010, proposé aux promoteurs de l'ensemble des réseaux de santé lorrains de travailler à une nouvelle organisation.

Dans le contexte de la préparation du Projet régional de santé (PRS), deux groupes de travail ont été mis en place (réseaux régionaux et réseaux territoriaux) afin de déterminer les priorités en termes de missions et d'organisation des réseaux de santé et afin d'élaborer un cahier des charges permettant d'aboutir à une contractualisation (CPOM), comme prévu dans la loi HPST de 2009.

Les MAIA :

Les Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont été définies dans le *Plan Alzheimer 2008-2012* en proposant des expérimentations.

Le projet expérimental Meurthe-et-mosellan retenu a la particularité de concerner un territoire urbain : Nancy, en partenariat avec le réseau Gérard Cuny, et le lunévillois rural avec Réseau' Lu. Ce projet a été pérennisé et tombera dans le dispositif commun en 2012. La pérennisation des MAIA expérimentales s'accompagne d'une généralisation progressive du dispositif : une seconde MAIA, retenue suite à un appel à projet lancé au printemps 2011, est en cours d'installation en Moselle. Il est porté par le Conseil Général.





Les MAIA sont des dispositifs de proximité construits pour simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné.

Pour les situations plus complexes, un accompagnement individualisé est assuré par un « gestionnaire de cas » (mesure 5 du plan national Alzheimer).

Depuis 2011, les MAIA s'adressent, outre aux patients souffrant de maladie d'Alzheimer, à « toute personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle ».

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Développer la coordination territoriale des acteurs autour de la personne	Priorité 4, objectifs 10.2 11.1 à 11.3
Développer sur l'ensemble de la région des organisations en réseaux permettant le maintien à domicile	Priorité 4, objectifs 10.3 et 11.2

Objectif opérationnel Coordination	Développer la coordination territoriale des acteurs autour de la personne
--	--



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Repositionner les professionnels de santé notamment le médecin généraliste comme pivot de la prise en charge coordonnée
Mesure n°2 	Favoriser un guichet unique porté par le réseau de proximité, multithématique, populationnel
Mesure n°3 	Accompagner les deux MAIA existantes (installation de la MAIA 57 et adaptation au nouveau cahier des charges et au passage au droit commun de la MAIA 54), accompagner le déploiement des deux MAIA prévues en 2012
Mesure n°4 	Mettre en place une gouvernance par territoire de proximité par l'implication des professionnels de santé (URPS)
Pilotage de l'objectif	URPS
Partenaires	ARS, Conseils Généraux, porteurs de projets, CLICs, associations de familles.....

Résultat attendu	Mise en place du guichet unique Mise en place de la gouvernance	Indicateur n° nombre de personnes entrant en gestion de cas
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS versant ambulatoire

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Cahier des charges des réseaux Plan Alzheimer 2008/2012

Objectif opérationnel Coordination	Développer sur l'ensemble de la région des organisations en réseaux permettant le maintien à domicile
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Etablir avec les promoteurs des réseaux territoriaux existants un cahier des charges commun concernant les missions du réseau et son organisation
Mesure n°2 	Reconfigurer l'organisation actuelle des réseaux en termes de couverture territoriale et de restructuration juridique
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Réseaux, Conseils Généraux...

Résultat attendu	Maillage territorial par les réseaux	Indicateur n° Nombre de réseaux reconfigurés
-------------------------	--------------------------------------	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

(*)

Efficacité : % de la population concernée incluse dans les réseaux par territoire identifié

Organisationnel : % de couverture régionale

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°3.2 : organiser la coordination autour de l'enfant et de l'adolescent handicapé



Diagnostic régional et territorial

Il existe un grand nombre de dispositifs pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge (consultations de pédiatrie spécialisées, CAMPS, CMP, CMPP, CLAP, CRA, institut pour déficients sensoriels, EMS, SESSAD.....) mais les collaborations et coopérations entre ces différents dispositifs restent à développer. Or cette coordination est essentielle dans la mesure où l'évaluation du handicap se doit d'être multidimensionnelle et multidisciplinaire, afin de permettre à chaque enfant de réaliser son projet de vie.

Un diagnostic détaillé est annexé au PSRS.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Organiser la coordination territoriale entre les acteurs (C.A.M.S.P. / Crèches/ C.M.P.P. / C.M.P./I.M.E./Education Nationale.)	Priorité 3, objectif 8.2 à 8.4
Faciliter les orientations des enfants de plus de 6 ans	Priorité 3, objectifs 8.2 et 9.1 Priorité 4, objectif 11.3
Assurer la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services du secteur médico-social	Priorité 3, objectif 9.1 Priorité 4, objectif 11.3
Passer d'une « logique d'orientation à une logique de formation », en lien avec les plans de formation de l'éducation nationale	Priorité 3, objectifs 9.1 et 9.2 Priorité 4, objectif 11.2

Objectif opérationnel Coordination	Organiser la coordination territoriale entre les acteurs (C.A.M.S.P./ Crèches/ C.M.P.P./ C.M.P./I.M.E./Education Nationale..)
--	--

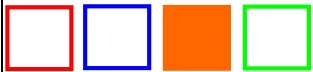

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Positionner le CAMSP comme élément structurant du diagnostic et de l'orientation du jeune enfant en situation de handicap, en partenariat avec les CMPP, les SESSAD, les acteurs libéraux... pour le suivi de l'enfant
Mesure n°2 	Promouvoir la coordination entre les C.A.M.S.P., les services de PMI et le réseau périnatal en vue d'une harmonisation de la couverture de la prise en charge
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et CG
Partenaires	PMI, CMP, CMPP, CRA, CLAP, CAMSP, pôle mère-enfant.....

Résultat attendu	Formalisation des collaborations sur un territoire donné entre ces différents dispositifs	Indicateur n° Délai d'attente pour le premier RV
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plans autisme, maladies rares, santé mentale Programmes de l'éducation nationale sur l'intégration scolaire

Objectif opérationnel Coordination	Faciliter les orientations des enfants de plus de 6 ans
--	--



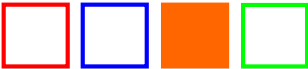
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Privilégier des solutions mixtes et adaptées de scolarisation
Mesure n°2 	Régler les problèmes juridico-administratif-financiers freinant entre autre la réalisation de passerelles entre les dispositifs et ne permettant pas une égalité de prise en charge quand il y a nécessité de transport
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	MDPH +++, Conseils Généraux, éducation nationale, ESMS

Résultat attendu	Assouplissement des dispositifs existants, parcours à orientations multiples	Indicateur n° Nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plans autisme, maladies rares, santé mentale

Objectif opérationnel Coordination	Assurer la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services du secteur médico-social
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Mettre en place, conformément au décret avril 2009, le groupe technique départemental de suivi de la scolarisation entre l'A.R.S. et l'inspecteur d'Académie, au niveau départemental (comme cela existe déjà dans certains départements)
Mesure n°2 	Partager des réflexions sur l'élaboration d'un référentiel commun d'apprentissage des fondamentaux I.M.E., EMS /Education Nationale
Mesure n°3 	Généraliser les conventionnements EMS / éducation nationale pour la scolarisation des enfants en situation de handicap accueillis en EMS
Pilotage de l'objectif	Education Nationale et ESMS
Partenaires	ARS Lorraine, MDPH

Résultat attendu	Existence du groupe technique Elaboration de référentiels partagés	Indicateur n° Nombre de conventions EMS/éducation nationale
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plans autisme, maladies rares, santé mentale

Objectif opérationnel Coordination	Passer d'une « logique d'orientation à une logique de formation », en lien avec les plans de formation de l'éducation nationale
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S'assurer que chaque enfant en situation de handicap a des perspectives de formation et d'avenir, état des lieux avec les référents EN
Mesure n°2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Privilégier un suivi individualisé de l'adolescent (inscription au projet d'établissement et/ou CPOM)
Pilotage de l'objectif	Education Nationale et MDPH
Partenaires	ARS, ESMS

Résultat attendu	Présence d'un projet de vie élaboré, évolutif et partagé avec le jeune en situation de handicap	Indicateur n° Nombre d'établissements ayant inscrit le suivi individualisé de l'adolescent au CPOM
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale enfance et adolescence Schémas départementaux PA-PH (enfants adultes)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plans autisme, maladies rares, santé mentale Programmes éducation nationale d'intégration scolaire

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°3.3 : décloisonner les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social**Diagnostic régional et territorial****Urgences et hospitalisation:**

Tous établissements lorrains confondus, 35,15% des séjours en hospitalisation complète sont réalisés pour des patients de 75 ans et plus, contre 33% en 2007.

La DMS, tous séjours et toutes classes d'âge confondues, tend à diminuer, sauf pour les plus de 85 ans, pour qui elle reste relativement stable autour de 10 jours. Globalement, toutes les DMS sont en légère baisse, sauf pour les patients de 75 à 79 ans en attente de transfert pour une USLD : la DMS passe de 16,4 jours en 2007 à 18,64 jours en 2009.

Dossier de liaison d'urgence en EHPAD :

Département	Nombre d'Ehpad	Ehpad où le dossier est accessible 24/24 à un médecin intervenant en urgence	Ehpad où le DLU est mis en place
55	20	100 %	100 %
54	60	82 %	52 %
57	112	71 %	71 %
88	67	100 %	91 %

Données ARS juin 2010.

Le dossier unique de liaison, utilisé en cas d'hospitalisation pour faciliter les transmissions Ehpad - hôpital, est mis en place de manière inégale selon les départements.

Cette fiche synthétique de renseignements en vue d'une hospitalisation en urgence est rarement retrouvée dans les établissements accueillant des enfants ou adultes en situation de handicap.

Les grands adolescents souffrant de maladie chronique et/ou de handicap, en situation d'urgence, sont souvent orientés de par leurs antécédents vers le service de pédiatrie qui les a pris en charge antérieurement, ce qui n'est habituellement pas, sur le plan sanitaire, la solution la mieux adaptée.

Une enquête a été diligentée par l'ARS de Lorraine dans le cadre des travaux du volet SROS « urgences », par questionnaire auprès des établissements de Lorraine durant l'été 2011. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent selon les établissements de 6 à 20% des passages. On note de manière générale une absence de référent gériatrique ou à destination des personnes handicapées aux urgences. L'évaluation gériatrique aux urgences est par contre le plus souvent possible. Seuls 4 établissements ont mis en place une organisation particulière destinée aux personnes âgées et/ou handicapées. L'ensemble des résultats de cette enquête peut être consulté dans le volet « urgences » du SROS-PRS.

Le CHU a mis en place par redéploiement interne une unité post urgence gériatrique. Ses missions sont de favoriser la prise en charge rapide et spécialisée gériatrique, d'anticiper le projet de soins et de vie, limiter la rupture d'autonomie et de diminuer la DMS du court séjour. L'évaluation menée en juin 2011 est satisfaisante : la DMS de l'UPOG est inférieure à 6 jours, ce qui atteste d'un retour facile vers le domicile (lien +++ entre le service social, la CARSAT et le CG) et d'une orientation assez aisée vers le SSR. Les orientations vers les services de spécialité du CHU restent insuffisantes. Une évaluation du rôle de l'EMG aux urgences sera faite au 3^e trimestre 2011, et une nouvelle évaluation de l'UPOG, sur une année de fonctionnement, entière, fin 2011. Il apparaît dès à présent que cette organisation donne satisfaction, et que le temps de présence de l'EMG aux urgences devrait être renforcé.

L'hébergement temporaire constitue une solution adaptée à certaines situations où le maintien à domicile ne se justifie plus mais où le retour à domicile reste provisoirement problématique. Il peut aussi constituer une période d'essai avant l'entrée définitive en établissement.

Pourtant les taux d'occupation fixés dans les conventions tripartites sont difficilement atteints ce qui pèse sur l'équilibre financier des EHPAD. Ces places sont ainsi souvent utilisées comme de l'Hébergement permanent.

L'éparpillement des places ne favorise pas la gestion organisée de ces accueils qui sont de plus, d'une nature différente d'un hébergement permanent. En effet, la gestion des places d'accueils temporaire suppose une gestion adaptée et distincte.

Gérontopsychiatrie :

La Lorraine manque de professionnels libéraux : le taux d'équipement est faible (5,9/100000 habitants) soit pratiquement la moitié du taux national (10,6/100000), et 65% ont plus de 50 ans. L'offre n'est pas homogène et certains territoires de santé sont dépourvus de praticiens.

On comprend d'emblée la nécessité de renforcer la place du médecin généraliste dans le dispositif, d'autant qu'il est souvent le professionnel de 1er recours.

Equipements pour adultes :

Le maillage est globalement homogène : chaque secteur comporte au moins un CMP, 1 CATTP et 1 HJ, mais souffre également du manque de professionnels, d'où une saturation des CMP.

Les résultats des coupes pathos 2010 en Ehpads montrent que 46% des résidents accueillis présentent des troubles du comportement, 35% un état dépressif et 53% un syndrome démentiel. Ce dernier chiffre est probablement sous évalué pour des raisons liées à l'outil et avoisine les 75%.

Suicides

Entre les périodes 2000-2002 et 2005-2007, on observe en Lorraine, une augmentation de 16% du taux de mortalité par suicide alors qu'en France, sur la même période, le taux de mortalité par suicide a baissé de 8%.







22,5% des décès par suicide surviennent dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

La comparaison des territoires lorrains au regard des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide (moyennes annuelles) distingue notamment les départements de la Meuse et des Vosges où les prévalences sont les plus importantes.

Dans le cadre du plan Alzheimer, une UCC est ouverte (Thionville), une seconde doit ouvrir au CHU de Nancy en octobre 2011, et une troisième à Marange en 2011. L'objectif prévu dans le plan Alzheimer pour la Lorraine est de 2 UCC supplémentaires d'ici fin 2012.

Une UHR sanitaire a été labellisée en juillet 2011 au CHU de Nancy, d'autres dossiers sont en cours d'étude dans les différents départements, retardés le plus souvent pour des raisons architecturales. L'objectif prévu par le plan Alzheimer est de 4 UHR sanitaires supplémentaires d'ici fin 2012.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer la coordination et la réactivité en cas d'hospitalisation	Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4
Développer les interfaces entre les dispositifs	Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4
Développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie	Priorité 3, objectifs 8.2 et 8.4

Objectif opérationnel Coordination	Améliorer la coordination et la réactivité en cas d'hospitalisation	
Plan d'actions associées	Libellé	
Mesure n°1 	Développer les modes de prise en charge en amont des urgences, sur la base de la continuité des soins organisée au sein des EHPAD et ESMS. Veiller à la présence du DLU dans chaque Ehpad et établissement accueillant des personnes handicapées.	
Mesure n°2 	Eviter le passage des personnes âgées par les urgences en incitant à la mise en place d'un numéro d'appel unique par établissement, pour une orientation directe en court séjour, en SRR, ou toute autre réponse la mieux adaptée	
Mesure n°3 	Organiser la présence de référents personnes âgées et handicapées aux urgences (ou un lien formalisé avec un service hospitalier adapté)	
Mesure n°4 	Renforcer les EMG, aux urgences comme dans les services de médecine et chirurgie	
Mesure n°5 	Favoriser un accueil de qualité des personnes handicapées et âgées aux urgences (locaux dédiés, matériel adapté, organisation type ultra court séjour du CHU de Nancy : en tirer tous enseignements utiles), pour prendre en compte la vulnérabilité particulière de ces publics.	
Mesure n°6 	Anticiper les sorties d'hospitalisation (APA et PCH en urgence, CARSAT...) en faisant connaître les procédures d'urgence possibles, inciter à une organisation des services visant à prévoir la sortie dès l'entrée (services sociaux, cadres IDE...).	
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine	
Partenaires	Etablissements hospitaliers, conseils généraux, services sociaux	

Résultat attendu	Faciliter les entrées et sorties d'hospitalisation	Indicateur n° Nombre d'EMS et Ehpads ayant mis en place une fiche de liaison en cas d'urgence Nombre de plaintes concernant l'hospitalisation
-------------------------	--	---



Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Volet urgences et permanence des soins ambulatoires du SROS-PRS
Volet SSR du SROS-PRS
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Rapport Jeandel Pzitenmeyer Vigouroux : la place de la personne âgée à l'hôpital
Rapport de l'IGAS : l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, juin 2011.







Objectif opérationnel Coordination	Développer les interfaces entre les dispositifs
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Favoriser l'articulation entre les SAD/SSIAD et l'hospitalisation pour éviter les réhospitalisations en facilitant les retours à domicile (dans une réflexion globale sur les filières gériatriques)
Mesure n°2 	Proposer l'hébergement temporaire comme solution d'aval du parcours hospitalier
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Conseils Généraux, CARSAT, Mutuelles, Collectivités locales

Résultat attendu	Faciliter le retour à domicile après hospitalisation	Indicateur n° Nombre de places d'hébergement temporaire
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan Alzheimer, PSGA Rapport Igas « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge »

Objectif opérationnel Coordination		Développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie	
Plan d'actions associées		Libellé	
Mesure n°1 		Formaliser par convention, les liens avec la psychiatrie, par la mise à disposition ou par l'intervention de personnels psychiatriques, afin d'améliorer les projets de vie et éviter les hospitalisations d'office ou les prises en charge dans l'urgence.	
Mesure n°2 		Prévoir l'intervention dans chaque ESMS pour enfants et adultes, des personnels psychiatriques	
Mesure n°3 		Promouvoir des formules permettant un accompagnement médico-social intermédiaire entre la structure médico-sociale et l'hôpital psychiatrique, afin de permettre un réapprentissage à la vie sociale.	
Mesure n°4 		Réactiver la psychiatrie de liaison avec les Ehpad, inciter le secteur psychiatrique à intervenir en Ehpad	
Mesure n°5 		Développer la compétence psychiatrique dans la filière gériatrique (dans les équipes mobiles de gériatrie, par formation des gériatres ou intégration de temps de psychiatre par exemple)	
Mesure n°6 		Rapprocher la psychiatrie de la personne âgée de la filière gériatrique : favoriser l'intervention de psychiatres en court séjour gériatrique	
Mesure n°7 		Préciser la place des UHR sanitaires et médicosociales dans les dispositifs existants, prévoir leur évaluation	
Pilotage de l'objectif		Professionnels de la psychiatrie – cohésion sociale	
Partenaires		ARS Lorraine, EHPAD, ESMS	
Résultat attendu		Renforcement de la compétence psychiatrique dans le champ médico social, possibilité d'obtenir un avis psychiatrique autant que de besoin	Indicateur n° Nombre de conventions entre le secteur psychiatrique et les ESMS ou Ehpad

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale santé mentale

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan santé mentale
Plan Alzheimer
Plan Solidarité Grand Age
Circulaire du 28 mars 2007 sur la filière gériatrique

Déclinaison territoriale

Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Axe 4 – Qualité

Orientation n°4.1 : améliorer la connaissance des acteurs et professionnaliser les intervenants à domicile

Diagnostic régional et territorial

Les connaissances et la formation des personnels : aides à domicile, salariés des établissements, enseignants, médecins et professionnels libéraux, conditionnent la qualité des services et des soins prodigués.

S'agissant de personnes particulièrement sensibles aux comportements et aux gestes de leur entourage (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'autisme, de handicaps psychiques), les formations centrées sur les aspects relationnels et le savoir être permettent d'humaniser les rapports, d'améliorer à la fois les conditions de travail des intervenants et de réduire la consommation de médicaments psychotropes.

La CNSA, qui dispose de ressources spécifiquement dédiées à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile (section IV de son budget), a décidé de renforcer l'efficacité de ses dépenses dans ce champ d'activité, par des actions de structuration contractuelle de l'offre de services

Les dossiers proposés au cofinancement de la section IV s'inscrivent dans le cadre :

- de conventions de modernisation des services passées avec les [conseils généraux](#). Ces dernières, conclues pour une durée de 3 ans, s'inscrivent dans un cadre organisé de développement de l'aide à domicile et de formation des personnels, à partir des orientations nationales et des priorités locales,
- de [conventions nationales](#) avec les grandes structures animatrices de réseaux de services d'aide à domicile pour personnes âgées et handicapées,
- de conventions avec les organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle continue et avec les fédérations et réseaux d'employeurs.

En ce qui concerne la modernisation et la structuration des services d'aide à domicile, les actions visées s'articulent autour de quatre axes :

- le soutien au recrutement et à l'insertion de nouveaux salariés,
- la modernisation de la gestion des services d'aide à domicile,
- l'amélioration de l'offre de services et la structuration du secteur,
- la mise à jour des connaissances professionnelles des salariés

Des financements sont aussi consacrés à ::

- la promotion des actions innovantes permettant le maintien à domicile ;
- la professionnalisation des salariés de l'aide à domicile, y compris ceux exerçant en emploi direct ;
- la formation des aidants familiaux ;
- la formation des accueillants familiaux ;
- la qualification des personnels soignants des services de soins infirmiers à domicile, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées. Cela, principalement via des [accords cadres](#) avec quatre OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) du secteur : ANFH, FORMAHP, UNIFAF et CNFPT.

En Lorraine, le Conseil Général de la Moselle a signé une convention pour la période 2009-2011 prévoyant notamment la mise en place d'une charte qualité et la construction d'un observatoire départemental des besoins des personnes âgées

Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées :

L'augmentation du nombre de personnes âgées va s'accroître dans la région pour les années à venir, nécessitant des besoins de prise en charge autour du soin et de la dépendance avec comme effet un développement de la demande de services surtout pour les personnes souhaitant vivre à domicile. Les enjeux de qualification des personnels par rapport aux besoins des usagers sont essentiels, que ces derniers soient à domicile ou en établissement.

Lors des débats des groupes de travail sur le SROMS, la nécessité de « professionnalisation » des intervenants, qu'ils soient professionnels ou bénévoles a été mise en exergue (notamment dans le cadre de la prise en charge de personnes « Alzheimer »).

Cette professionnalisation par ailleurs, doit suivre l'évolution de la société et s'adapter aux nouveaux besoins des « futures » personnes âgées (utilisation multimédia, mode de vie différent....).

Dans le cadre du handicap, un accent peut être mis sur la méconnaissance par les professionnels de santé de certains troubles spécifiques (TED, autisme, TSL, maladies génétiques), sur l'absence de sensibilisation des professionnels autour de l'enfant en situation de handicap sur les particularités des déficiences (personnels des structures d'accueil, de loisir, écoles...).





En particulier, on peut relever :

- le temps limité consacré aux handicaps spécifiques dans les études de médecins,
- le peu de temps dans les études des paramédicaux,
- l'absence de formation des personnels de crèche au repérage et à l'accompagnement des enfants déficients,
- la difficulté des MDPH à utiliser la classification internationale

Les objectifs opérationnels du SROMS seront transmis aux différents instituts de formations (IFSI, IFAS, IFE, IFMK..) par la DAAS de l'ARS.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Améliorer le niveau de connaissance des spécificités du handicap et du vieillissement de tous les professionnels de santé et éducatifs	Priorité 4, objectifs 12.1 et 12.2
Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées	Priorité 4, objectifs 12.1 et 12.2
Anticiper les besoins en professionnels sur le champ médicosocial	Priorité 2, objectif 5.6

Objectif opérationnel Qualité	Améliorer le niveau de connaissance des spécificités du handicap et du vieillissement de tous les professionnels de santé et éducatifs
---	---




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Sensibiliser les établissements dispensant la formation des personnels soignants et paramédicaux (IFSI, UFR sciences médicales, écoles d'ergothérapie, kinésithérapie.....aux spécificités de la prise en charge des personnes handicapées et âgées (Prise en compte dans la définition des projets d'école et le choix des « situations emblématiques » en IFSI)
Mesure n°2 	Développer des formations adaptées à certains handicaps pour les professionnels de santé et ESMS (autisme, handicap psychique...)
Mesure n°3 	Développer une connaissance commune du handicap entre secteur médico social et éducation nationale (par le biais d'une formation partagée entre ESMS et éducation nationale par exemple)
Mesure n°4 	Former les personnels des ESMS à l'évolution des pathologies et à la psychiatrie, dans le cadre des plans de formation et de la formation continue (moniteurs d'atelier en ESAT, personnels à domicile par exemple)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine et Conseil Régional
Partenaires	Education Nationale, ESMS, IFSI, IFAS, ESAT, Unions Régionales.....

Résultat attendu	Amélioration de la qualité de la prise en charge	Indicateur n° Nombre d'actions de formation
-------------------------	--	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Qualité	Encourager la professionnalisation des intervenants près des personnes âgées
---	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Participer à la mise en œuvre des formations aux nouveaux métiers : assistants de soins en gérontologie, gestionnaires de cas complexes (Se rapprocher de l'UFR sciences médicales pour développer les formations spécifiques.)
Mesure n°2 	Promouvoir la formation dans le secteur des services à domicile (section IV de la CNSA)
Mesure n°3 	Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression du sujet âgé, trop souvent négligée, méconnue ou mal traitée
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine, Conseil Régional
Partenaires	CNSA section IV, OPCA, URIOPSS...

Résultat attendu	Amélioration de la bienveillance	Indicateur n° Nombre d'ASG et de gestionnaires de cas formés
-------------------------	----------------------------------	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Qualité	Anticiper les besoins en professionnels sur le champ médicosocial
---	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Prévoir les effectifs par métier nécessaires au fonctionnement des nouvelles structures et de leur évolution
Mesure n°2 	Soutenir le travail en commun entre le Conseil Régional, Pôle Emploi et les associations gestionnaires pour mettre en œuvre les formations nécessaires aux besoins des établissements
Pilotage de l'objectif	Conseil Régional
Partenaires	ARS Lorraine, Pôle Emploi, associations gestionnaires

Résultat attendu	Permettre l'ouverture rapide des services	Indicateur n° 1 : retards d'ouverture pour difficultés de recrutement
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Démographie des personnels de santé Schéma régional des formations

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Section IV de la CNSA

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°4.2 : promouvoir une démarche qualité en ESMS

Diagnostic régional et territorial

L'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) définit les objectifs des établissements et services médico-sociaux en matière d'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, en utilisant notamment les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Cet article définit les conditions dans lesquelles les établissements procèdent à des évaluations internes et font procéder à des évaluations externes.

Les orientations prévues par la présente fiche ne concernent pas l'application de ces dispositions réglementaires, mais la mise en œuvre d'actions complémentaires correspondant à la mise en œuvre :

- soit de programmes nationaux définis par des acteurs du secteur médico-social avec le soutien de l'Etat, tels que le programme « Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles » (MOBIQUAL) et le programme national de Gestion du Risque (GDR).
- soit d'objectifs définis par l'ARS de Lorraine, dans le cadre d'instructions nationales, telles que la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.

Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services : les instructions ministérielles ont défini des actions de renforcement de la lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, devant être menées par les services de l'Etat (DDASS) à partir de l'année 2007.

Depuis la création des ARS, l'objectif de mise en œuvre de ces mesures est confirmé par l'administration centrale. L'expérience des actions menées par les quatre DDASS a été analysée et sera mise à profit pour poursuivre cette action.

Evaluation interne et externe :

Sur le principe, les procédures d'évaluations interne et externe, sont définies réglementairement, et les outils d'évaluation s'appuient sur des référentiels de bonnes pratiques professionnelles, validées ou élaborées par l'ANESM. Les procédures d'évaluation externe sont par ailleurs réalisées par des organismes agréés.

En matière d'évaluation interne, les établissements et services utilisent des procédures et outils divers, proposés notamment par les fédérations représentant les acteurs du secteur, ou proposés par des organismes d'audit.

Sur ce point, l'objectif de l'ARS est de soutenir les établissements dans la mise en œuvre de ces évaluations.





Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur

Eviter le transfert de patients en fin de vie en favorisant l'accès aux compétences et en identifiant des personnes ressources pour cette prise en charge palliative dans l'ensemble des établissements et services médico-sociaux concernés.

Prendre en compte la douleur dans toutes ses dimensions, physique, psychique et sociale, s'agissant notamment des personnes vulnérables.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Diffuser des référentiels de bon usage et de bonnes pratiques	Priorité 4, objectifs 12.1, 12.2, 12.3 et 12.5
Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services	Priorité 4, objectif 12.2
Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur	Voir SROS soins palliatifs et douleur

Objectif opérationnel Qualité	Diffuser des référentiels de bon usage et de bonnes pratiques
---	--

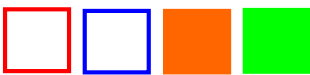
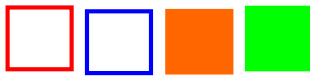
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Accompagner le développement du programme MOBIQUAL sur les nouvelles thématiques (en particulier sur la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, nutrition, dénutrition et alimentation, infections nosocomiales et risques infectieux), accompagner sa diffusion aux services à domicile
Mesure n°2 	Analyser et améliorer les pratiques professionnelles (par exemple par le biais du programme de GDR « efficacité en Ehpad »)
Mesure n°3 	Améliorer le circuit du médicament en EHPAD (par exemple par la définition de modalités de coopération entre les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (P.U.I.) et les pharmacies d'officine)
Mesure n°4 	Développer les évaluations des organisations et pratiques dans les ESMS (plan d'évaluation interne et externe)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Départements, établissements et services, associations des médecins coordonnateurs d'EHPAD, URPS pharmaciens, ...

Résultat attendu	Diffusion d'une culture de la qualité en Ehpad et autres établissements et services autour de la personne âgée	Indicateur n° Nombre de plaintes
-------------------------	--	-------------------------------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Programme national Mobiquial PRGDR

Objectif opérationnel Qualité	Promouvoir la bientraitance dans les établissements et services
---	--




Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Assurer le suivi des protocoles de signalement d'évènement indésirables
Mesure n°2 	Soutenir les actions de formation à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance dans les établissements et services
Pilotage de l'objectif	Conseils Généraux et ARS Lorraine
Partenaires	Départements, Etablissements, associations de médecins coordonnateurs d'EHPAD...

Résultat attendu	Promotion d'une culture de la bientraitance en Ehpad et ESMS	Indicateur n° Nombre de plaintes
-------------------------	--	-------------------------------------

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Objectif opérationnel Qualité	Accompagner les besoins spécifiques en matière de soins palliatifs et de lutte contre la douleur
---	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Intégrer la démarche palliative et la prise en compte de la douleur dans la pratique soignante (Ehpad, ESMS) pour assurer une prise en charge adaptée à l'ensemble des patients dont l'état de santé le requiert
Mesure n°2 	Organiser la diffusion de la culture palliative et de la prise en compte de la douleur près des professionnels de santé intervenant en Ehpad et EMS, en particulier par l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs
Mesure n°3 	Favoriser le maintien à domicile (résidentiel ou ESMS) des patients requérant des soins palliatifs, (HAD, EMSP, coopérations formalisées intégrant les médecins généralistes, les SSIAD...)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Ehpad, EMS, services hospitaliers, HAD, ...

Résultat attendu	Promotion d'une véritable culture des soins palliatifs et de prise en compte de la douleur au sein des Ehpad et EMS	Indicateur n° Nombre de conventions avec les soins palliatifs
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Volet soins palliatifs du SROS-PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Plan national de développement des soins palliatifs 2008-2012

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Orientation n°4.3 : veiller au respect des droits des usagers

Diagnostic régional et territorial

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette loi régit près de 32 000 structures ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

Les sept droits fondamentaux des usagers

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
- Libre choix entre les prestations domicile/établissement
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur
- Accès à l'information
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

Plusieurs outils ont été introduits en 2002, en faveur de l'exercice des droits des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le livret d'accueil

Selon les textes, un livret d'accueil doit être remis, à l'entrée en établissement, à la personne prise en charge (ou à son représentant légal). Ce livret présente l'établissement, les prestations proposées et comporte la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.

Le règlement de fonctionnement de l'établissement

Arrêté par l'établissement, il indique les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés individuels des résidents, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement, l'organisation des locaux, etc. Il précise également les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens, les mesures à prendre en cas de situation exceptionnelle, les dispositions relatives aux transferts et déplacements, etc. Il énumère les règles essentielles de la vie collective.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Créée en 1999, elle contient l'ensemble des droits et libertés individuels des résidents : principe de non-discrimination, droit à la prise en charge ou à un accompagnement adapté, droit à l'information, principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, droit à la renonciation, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, principe de prévention et de soutien, droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité de la personne et de son intimité. Dans la pratique, cette charte peut être affichée dans l'établissement et figure dans le livret d'accueil.

La liste des personnes qualifiées

Toute personne prise en charge par un établissement peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée choisie sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil général. Les personnes qualifiées sont donc des intermédiaires ou des médiateurs entre les résidents et l'établissement.

Le contrat de séjour

Remis à chaque personne (ou à son représentant légal), il décrit les conditions de séjour et d'accueil et les conditions de participation financière du résident. Ce document doit être signé dans le mois qui suit l'admission. La participation de la personne (ou de son représentant légal) est requise pour que ce document ait une valeur contractuelle.

Cependant, ces outils ne sont pas toujours mis en œuvre : L'enquête EHPA 2007 de la DREES fait apparaître que :

- Environ huit résidents sur dix sont dans des établissements où les gestionnaires ont déclaré fournir de l'information sur le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.
- Sept sur dix sont dans des établissements où leur sont remis ou présentés le livret d'accueil et la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

- Les informations sur la liste des personnes qualifiées sont plus rarement faites à l'arrivée du résident (moins de trois cas sur dix),
- L'existence d'instance comme le conseil de la vie sociale (instance obligatoire dans les établissements assurant un hébergement ou accueil de jour continu) est plus fréquemment régulièrement rappelée aux résidents (28 % des cas) que celle des documents écrits (moins d'un cas sur dix). Le document le plus connu, ou mémorisé, des résidents est finalement le règlement de fonctionnement de l'établissement : 52 % des résidents disent en avoir pris connaissance et 14 % ne pas l'avoir lu mais savoir de quoi il s'agit
- Par contre, moins de la moitié des résidents semblent savoir ce qu'est un contrat de séjour (41 % dont 29 % disent l'avoir signé et 12 % ne pas l'avoir signé mais connaître ce document), le livret d'accueil (33 %) ou la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (17 %), alors que ces supports d'informations leur sont, selon les gestionnaires, largement présentés. Par contre, la liste des personnes qualifiées a une signification pour 44 % des résidents alors qu'elle est plus rarement présentée par les gestionnaires.
- Enfin, peu de résidents connaissent le conseil de la vie sociale (12 %). Les dispositions réglementaires et contractuelles sur le fonctionnement de l'établissement apparaissent donc plus connues des personnes âgées que celles devant les informer de leurs droits et libertés, ainsi que celles devant leur permettre de s'exprimer.

D'après les gestionnaires d'établissement, 89 % des résidents peuvent choisir le médecin qui les suit. Cependant, lorsque l'on pose aux résidents la question : « Avez-vous pu choisir le médecin qui s'occupe de vous ici ? », en y incluant les personnes ayant conservé leur médecin traitant, ils ne sont que 64 % à déclarer avoir choisi leur médecin.






C'est dans le quotidien que les restrictions sont les plus fréquentes : dans les établissements servant les repas, seulement deux résidents sur dix disent pouvoir choisir leurs voisins de table.

La mise en place des outils de la loi de 2002-2 est vérifiée en Ehpad à l'occasion des renouvellements de conventions.

En établissement pour handicapés, elle est vérifiée à l'occasion de la signature de CPOM, et figure dans les items obligatoires des évaluations internes.

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Conforter la place de l'utilisateur dans la vie institutionnelle	Priorité 2, objectif 6.1

Objectif opérationnel Qualité	Conforter la place de l'utilisateur dans la vie institutionnelle
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Vérifier par une enquête ponctuelle la mise en place et le bon fonctionnement des CVS (ordre du jour des réunions des conseils de vie sociale.....)
Mesure n°2 	Promouvoir l'information et la formation sur les droits des usagers et les dispositifs existants : personne de confiance, personne qualifiée...
Mesure n°3 	Mise en place d'un système d'information dans les ESMS, en vue d'analyser la qualité de la prise en charge, en lien avec les usagers
Mesure n°4 	Respecter et prendre en compte le projet de vie et les différents besoins de la personne, dont la sexualité
Mesure n°5 	Encourager et inciter les ESMS à développer l'expression et la communication de leurs usagers et de leurs familles
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine en lien avec la CSMS et la CSDU
Partenaires	ESMS, Ehpad, associations d'usagers, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

Résultat attendu	Rendre l'utilisateur acteur éclairé de la vie de son établissement	Indicateur n° Nombre de CVS répondant à leur mission (enquête par échantillon)
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Les objectifs et les mesures se déclinent au niveau régional
Territoire de la Meurthe et Moselle	
Territoire de la Meuse	
Territoire de la Moselle	
Territoire des Vosges	

Psychiatrie

Diagnostic régional et territorial

Points forts :

Une offre hospitalière satisfaisante avec en psychiatrie générale 30 secteurs en Lorraine soit 55 à 60 lits hospitalisation par secteur, 3 CHS en Moselle.

Un maillage des territoires globalement satisfaisant avec néanmoins quelques zones à améliorer

La prise en charge des urgences psychiatriques est organisée au sein de tous les établissements publics disposant d'un service d'urgence.

Une psychiatrie de liaison existante et efficace (consultations psychiatriques dans les différents services hospitaliers des CHG)

Points faibles :

Certains secteurs sont en difficulté (non gestion des HO, démographie médicale fragile, insuffisance de la psychiatrie de liaison dans le secteur du toulinois...) et nécessitent leur rattachement à un CHS.

Démographie médicale préoccupante avec une pyramide des âges défavorable : faible densité des libéraux en Lorraine (5,9/ 100 000 versus 10,9 pour le territoire national) et en particulier en Meuse (6 praticiens en exercice)

Démographie hospitalière précaire pour certains établissements (CHS Fains-Veel, CH Verdun, CHS de Jury les Metz, CHR Thionville)

Insuffisance de lisibilité du dispositif pour les professionnels et en particulier pour les médecins généralistes, premiers adresseurs

Surmortalité masculine par suicide en Lorraine (28/100 000/ 25 sur le territoire national).

La Meuse et les Vosges sont les territoires les plus touchés.

Insuffisance de structures extrahospitalières spécialisées (adolescents et personnes âgées – PA)

Sous équipement en structures extra hospitalières dans les secteurs de Thionville et le secteur du Toulinois

L'activité des centres médico-psychologiques (CMP) est soutenue leur imposant de prioriser leurs actions.

Insuffisance des alternatives à l'hospitalisation pour les patients ne relevant plus d'une prise en charge sanitaire et de leur accompagnement médicosocial (SAVS, SAMSAH) entraînant des hospitalisations en psychiatrie « inadéquates ».

Les coordinations entre l'hôpital et le champ médico-social et social sont insuffisantes occasionnant des ruptures dans le parcours de santé des patients.

Difficultés pour la prise en charge hospitalière des adolescents ayant des gros troubles du comportement.

A noter : une HAD de psychiatrie infantile autorisée au CPN de Laxou en Meurthe et Moselle et qui a cessé son activité depuis 1 an.




Tous les professionnels rencontrés ont été unanimes sur le fait de ne pas privilégier ce mode de prise en charge mais plutôt les hospitalisations séquentielles et les prises en charge ambulatoires (CATTP et CMP entre autres).

Etat des lieux 2011 au 01/12/2011 (par FINESS géographique)		
IMPLANTATIONS HOSPITALISATION COMPLETE		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	2	3
Territoire de santé meurthe et mosellan	7	3
Territoire de santé mosellan	9	2
Territoire de santé vosgien	1	1
Région lorraine	19	9
IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE JOUR		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	4	6
Territoire de santé meurthe et mosellan	11	9
Territoire de santé mosellan	17	10
Territoire de santé vosgien	8	5
Région lorraine	40	30
IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE NUIT		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	2	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	2
Territoire de santé mosellan	3	0
Territoire de santé vosgien	2	0
Région lorraine	9	2
IMPLANTATIONS ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	1	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	1
Territoire de santé mosellan	3	2
Territoire de santé vosgien	1	1
Région lorraine	7	6
IMPLANTATIONS APPARTEMENT THERAPEUTIQUE		
Territoire de santé meusien		1
Territoire de santé meurthe et mosellan		0
Territoire de santé mosellan		1
Territoire de santé vosgien		1
Région lorraine		3

IMPLANTATIONS CENTRE DE CRISE	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	2
IMPLANTATIONS CENTRE POST CURE	
Territoire de santé meusien	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	1
Territoire de santé mosellan	1
Territoire de santé vosgien	0
Région lorraine	2

Objectifs opérationnels	Lien avec les priorités et objectifs PSRS
Objectif opérationnel 1 Améliorer l'accès aux soins en renforçant le rôle des CMP et leur accessibilité	Priorité n°2 <u>Objectif général n° 5</u> objectif spécifique : soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires. Priorité n°4 <u>Objectif général n° 12</u> Objectif spécifique 12.3 :
Objectif opérationnel 2 Renforcer l'accompagnement du patient dans la cité et la continuité des prises en charge	Priorité n°1 <u>Objectif général n°1</u> <u>Objectif spécifique 7.3:</u> <u>Objectif général n° 8</u> <u>Objectif spécifique 8.2</u> <u>Objectif général n°9</u> <u>Objectif spécifique 9.4:</u>
Objectif opérationnel 3 Améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents	Priorité n°4 : <u>Objectif général n°11</u> Objectif spécifique 11.3 :
Objectif opérationnel 4 Améliorer la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement en EHPAD	Priorité n° 3 <u>Objectif général n°7</u> <u>Objectif spécifique 7.3 :</u> Priorité n° 4 <u>Objectif général n°1</u> <u>Objectif spécifique 12.1 :</u>
Objectif opérationnel 5 Rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les usagers et les autres professionnels de santé	Priorité n° 2 <u>Objectif général n°6</u> <u>Objectifs spécifiques</u> n°6.1 n°6.2

<p>Objectif opérationnel 6 Améliorer la pertinence du découpage des secteurs et les coopérations au sein de ceux-ci</p>	<p>Priorité n°4 <u>Objectif général n°12</u> <u>Objectif spécifique 12.3 :</u></p>
<p>Objectif opérationnel 7 Développer des actions ciblées de prévention et de dépistage (suicides, addictions, mal être, souffrances psychiques)</p>	<p>Priorité n°1 <u>Objectif général n°1</u> <u>1</u> <u>Objectif spécifique 1.3</u> <u>Objectif spécifique 1.2</u> Priorité n°3 <u>Objectif général n°7 :</u> <u>Objectif spécifique 7.3</u></p>
<p>Objectif opérationnel 8 Conforter la démographie médicale hospitalière et libérale et la démographie paramédicale hospitalière</p>	<p>Priorité n°2 <u>Objectif général n°5</u> <u>objectif spécifique :</u> soutenir l'offre de soins de premier recours dans les zones déficitaires. Priorité n°1 <u>Objectif général n°1</u> <u>objectif spécifique 1.3</u></p>
<p>Objectif opérationnel 9 Réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie</p>	<p>Priorité n°4 <u>Objectif général n°10</u> <u>objectif spécifique</u> <u>n°10.3 :</u> adapter l'offre de soins dans une logique de juste usage des ressources et de bon usage de soins</p>

Objectif opérationnel Psychiatrie	Améliorer l'accès aux soins en renforçant le rôle des CMP et leur accessibilité
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Améliorer le maillage des structures extra hospitalières de type CMP, CATTP et/ou HdJ sur les secteurs 54G06 (CHU Nancy), 57G16 et 57G17 (CHR Thionville) et 55G02 (CHG Verdun)
Mesure n°2 	Améliorer l'efficacité des CMP : <ul style="list-style-type: none"> - augmentation des amplitudes horaires d'ouverture - réduction des délais de 1^{er} RDV auprès d'un médecin - impliquer davantage les IDE et psychologues dans la réalisation des entretiens de 1^{ère} intention et dans le suivi des patients - réaffirmer le rôle « hors les murs » des équipes soignantes (domicile, autres institutions,...)
Mesure n°3 	<ul style="list-style-type: none"> - renforcer le nombre de structures extrahospitalières spécialisées (CMP/ HdJ PA dans le 54, 55 et 57, CMP / HdJ adolescents : 11-12 / 15-16 ans dans les 4 territoires) - identifier dans le 54 un CMP de référence pour des prises en charges intersectorielles spécifiques à destination des étudiants
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Les Directeurs d'établissement, présidents de CME

Résultat attendu	<p>Mesure n°1 : Renforcer le maillage territorial dans les secteurs déficitaires en structures extrahospitalières</p> <p>Mesure n°2 : Améliorer la prise en charge psychiatrique en ambulatoire et éviter les ruptures dans le parcours de soins par la mise en œuvre d'un cahier des charges commun aux CMP lorrains</p> <p>Mesure n°3 : Améliorer la prise en charge des enfants, des adolescents et des personnes âgées</p>	<p>Indicateur n° 1 Nombre d'implantation en structures extrahospitalières dans les territoires déficitaires</p> <p>Indicateur n° 2 Nombre de CMP ayant engagé une démarche d'efficacité -nombre d'infirmières et de psychologues par CMP ayant réalisé un entretien de première intention.</p> <p>Indicateur n° 3 Nombre de structures extrahospitalières spécialisées créées dans les territoires déficitaires.</p>
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématiques transversales personne âgée, enfants-adolescents
Volet périnatalité du SROS-PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)




Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Renforcer les prises en charge ambulatoire au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation

Rapport COUTY (2009)

Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé et proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé.

Objectif opérationnel Psychiatrie	Renforcer l'accompagnement du patient dans la cité et la continuité des prises en charge
--	---

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Créer et/ou intégrer des conseils locaux en santé mentale avec la collaboration des représentants d'usagers, les partenaires institutionnels (champ social, médico-social, protection de l'enfance, PJJ, éducation nationale ...), les élus, les professionnels libéraux.
Mesure n°2 	Limiter les ruptures de soins : <ul style="list-style-type: none"> - en instituant une coordination du parcours du patient grâce au renforcement des groupements d'entraides mutuelles (GEM) notamment dans le 55, des SAVS et SAMSAH (aucun dans le 55) en lien avec les usagers et leur entourages familiaux et/ou aidants
Mesure n°3 	Développer la réhabilitation psycho sociale : <ul style="list-style-type: none"> - par la création d'appartements de transition (à proximité de l'hôpital avec suivi médical constant en journée) - par la poursuite du développement des appartements associatifs ou communautaires (présence d'une gouvernante et suivi médical dans le cadre de visites à domicile)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Municipalités (CCAS..), associations d'Usagers, Directions de la Cohésion Sociale, PJJ, Conseils Généraux, Education Nationale, représentants des Professionnels Libéraux, représentants des établissements sociaux et médico-sociaux.

Résultat attendu	Mesure n°1 : Dynamiser les conseils locaux en santé mentale dans les quatre territoires de santé	Indicateur n°1 : Nombre de conseils locaux en santé mentale actifs sur chaque territoire
	Mesure n°2 : Encourager une bonne répartition des GEM sur l'ensemble des territoires Encourager la création de places de SAMHAH en Meuse et Moselle Encourager la création de place de SAVS auprès des Conseils Généraux	Indicateur n°2 Nombre de GEM opérationnels par territoire Nombre de places de SAMSAH créées en 55 et 57
	Mesure n°3 : Création d'appartements de transition auprès des hôpitaux publics Développer les appartements associatifs ou communautaires	Indicateur n°3 Nombre d'appartements de transition par établissement public de santé .

Lien avec les autres thématiques des différents schémas





Volet lutte contre l'exclusion sociale du SROS-PRS
Schéma médico-social (handicap /PA)

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Mieux accompagner (développer les services d'accompagnement, créer des lieux d'entraide mutuelle, favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté, développer les réseaux en santé mentale).

Rapport COUTY (2009) : création d'un groupement local pour la coopération en santé mentale et d'un conseil local en santé mentale.

Objectif opérationnel Psychiatrie	Améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer des prises en charge ambulatoires spécialisées pour les adolescents notamment de type d'HdJ
Mesure n°2 	Articuler la prise en charge conjointe entre les équipes de psychiatrie et de pédiatrie lors de l'hospitalisation de l'enfant en service de pédiatrie (ex CHS Lorquin/pédiatrie CHG Sarrebourg).
Mesure n°3 	Améliorer la prise en charge des adolescents à fort troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> - développer les équipes mobiles en pédo psychiatrie ou de CMP afin de créer du lien avec les structures médico sociales (repérage et prévention des troubles du comportement, informations et formations) - dédier des structures existantes de type IME (12 à 15 lits max) à la prise en charge spécifiques de ces adolescents dans le 57 et le 54 (à vocation régionale) en y affectant des équipes mixtes, socio éducatives et sanitaires -
Mesure n°4 	Développer des prises en charges " mixtes "adultes et infanto-juvéniles pour les 16-25 ans en mutualisant les moyens des 2 champs, le passage de la pédo psychiatrie à la psychiatrie adulte représentant un risque de rupture des soins (ex du CHG de Briey en ambulatoire)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CHS, représentants établissements médico-sociaux, Conseil Général (ASE), Education Nationale

Résultat attendu	<p>Mesure n°1 : Création de 6 HdJ dans les TSP déficitaires des quatre territoires de santé (TSP 1 =1 ; TSP 15 =1 ; TSP 5=1 ; TSP 6=1 ; TSP 7 = 1 ; TSP 13= 1)</p> <p>Mesure n°2 : Mise en œuvre de coopérations pédiatriques et infanto-juvénile entre les CHG et les établissements psychiatriques (conventions)</p> <p>Mesure n°3 : -Intervention d'équipes mobiles de pédopsychiatrie dans les structures médico-sociales -En Lorraine, deux structures médico-sociales sont dédiées à la prise en charge spécifique des adolescents à fort troubles du comportement</p> <p>Mesure n°4 : Mise en œuvre de prises en charge mixtes infanto-</p>	<p>Indicateur n°</p> <p>Indicateur n° 1 Nombre d'HdJ créés dans les territoires de santé.</p> <p>Indicateur n°2 Nombre de convention de coopérations entre les services de pédiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile</p> <p>Indicateur n°3 Nombre d'équipes mobiles de</p>
-------------------------	--	--

	juvéniles et adultes en CHG/CHS des 16-25 ans	<p>pédopsychiatrie intervenant dans les structures médico-sociales</p> <p>Indicateur n°4 Nombre d'établissements publics de santé assurant une prise en charge mixte des 16-25 ans .</p>
--	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale prise en charge des enfants et des adolescents

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)



Rapport COUTY (2009) :

- Intégrer un volet santé mentale s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social
- Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

- Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents : Favoriser une organisation des soins centrées sur les enfants et les adolescents, renforcer les moyens du dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile (et en particulier dans le cas d'alternatives à l'hospitalisation et du dispositif ambulatoire).

Objectif opérationnel Psychiatrie	Améliorer la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement en EHPAD
--	---



Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Former des professionnels soignants (IDE et AS) en formation initiale et continue
Mesure n°2 	Dédier des équipes mobiles à la gériatrie et/ou mobiliser les équipes des CMP en lien avec les gériatres pour interventions (informations, formations, suivis des prises en charges) dans les EHPAD et les services de courts séjours gériatriques (psychiatrie dite de "secteur")
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Région Lorraine (Formation, éducation) IFSI / IFAS...

Résultat attendu	<p>Mesure n°1 : -Formation initiale des soignants à la prise en charge des troubles du comportement en EHPAD (dépend du programme national) -Mise en place de formations dans le cadre de la formation continue pour les professionnels des EHPAD (en lien avec les IFAS et IFSI du territoire)</p> <p>Mesure n°2 : -Intervention d'équipes mobiles psycho-gériatriques dans les EHPAD.</p>	<p>Indicateur n°1 Nombre d'EHPAD par territoire de santé ayant mis en place des formations spécifiques à destination des soignants.</p> <p>Indicateur n° 2 Nombre d'EHPAD par territoire de santé bénéficiant de l'intervention d'équipes mobiles psycho-gériatriques.</p>
-------------------------	---	--

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Thématique transversale personne âgée

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
<p><u>Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :</u> Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>champ sanitaire</u> : renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison - <u>champ médico-social</u> : adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle. - <u>formation</u> : sensibilisation et formation au diagnostic et à la prise en charge précoce des problèmes de santé mentale spécifiques à la personne âgée grâce à des guides de bonnes pratiques. <p><u>Plan Alzheimer 2008-2012 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement des compétences des professionnels intervenant auprès de résidents atteints de DTA




Objectif opérationnel Psychiatrie	Rendre plus lisible le dispositif de psychiatrie pour les usagers et les autres professionnels de santé
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Mettre en place un référent santé mentale (qui peut être IDE, AS, psychologue, médecin) dans chaque CHS afin de constituer une "porte d'entrée" pour tous les professionnels de santé
Mesure n°2 	Contribuer à l'information du public et des professionnels de santé en renseignant un annuaire régional de ressources, informer les usagers sur leurs droits. Constituer un groupe de travail chargé d'élaborer cette ressource composé de professionnels de la santé mentale, de représentants des usagers et des structures Médico Sociales.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CHS, représentants des Professionnels libéraux, représentants des Usagers

Résultat attendu	Mesure n°1 Désignation d'un référent santé mentale dans chaque CHS Mesure n°2 : -Compléter l'annuaire régional des ressources -S'assurer du bon fonctionnement des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques dans chaque territoire (art L323-1 n° 8 du Code de Santé Publique) : Réunions régionales, enquête sur le fonctionnement des commissions conformément aux directives contenues dans la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques	Indicateur n°1 Nombre de CHS avec un référent santé mentale Indicateur n°2 -Annuaire des ressources complété -conformité des 4 CDSP à l'article L 323-1 du CSP -nombre de réunions régionales.
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS-PRS versant ambulatoire, SRP

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
Rapport COUTY (2009) : Répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé <u>Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :</u> Mieux informer et prévenir Renforcer le droit des malades et de leurs proches Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation

Objectif opérationnel Psychiatrie	Améliorer la pertinence du découpage des secteurs et les coopérations au sein de ceux-ci
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Réexaminer le découpage sectoriel : <ul style="list-style-type: none"> - En Moselle Ouest : rattachement des secteurs 57G16 et 57G17 et 57I05 (CHR Thionville) au CHS de Jury - En Moselle Est (Bassin Houiller): en fonction du projet médical MCO - Meurthe et Moselle : rattachement du secteur 54G06 (CHU Nancy) au CPN de Laxou S'interroger sur la pertinence de maintenir des secteurs isolés (adultes et enfants) dépendant d'un CHG (Briey, Mont St Martin)
Mesure n°2 	Améliorer le positionnement des CHS par rapport aux Etablissements de santé dans leurs territoires en les inscrivant dans des communautés hospitalières de territoires (Fains-Véel/Verdun demande d'expertise en cours de la MNASM, Lorquin/Sarrebourg)
Mesure n°3 	Favoriser les coopérations notamment grâce à la création de GCS en santé mentale
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Fédérations




Résultat attendu	<p>Mesure n°1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rattachement effectif des 57G16, 57G17 et 57I05 au CHS de Jury les Metz et du secteur 54G06 (CHU Nancy) au CPN de Laxou - Réflexion inter établissements sur la prise en charge psychiatrique dans le Bassin Houiller <p>Mesure n°2 mise en œuvre de communautés hospitalières de territoire</p> <p>Mesure n°3</p> <ul style="list-style-type: none"> - création de GCS en santé mentale - mettre en place la télé-psychiatrie (avis, expertises) 	<p>Indicateur n°1 : Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent en Moselle et en Meurthe et Moselle - Part des hospitalisations sans consentement dans les CHS. <p>Indicateur n°2 - Nombre de communautés hospitalières de territoire mises en œuvre</p> <p>Indicateur n°3 nombre de GCS en santé mentale créés. Nombre d'établissements concernés par la télé-psychiatrie</p>
-------------------------	---	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas

Thématique transversale prise en charge des enfants et adolescents
Volet médecine d'urgence du SROS-PRS
SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Rapport COUTY (2009) : proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé

Objectif opérationnel Psychiatrie	Développer des actions ciblées de prévention et de dépistage (suicides, addictions, mal être, souffrances psychiques)
Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Prévenir le suicide et le mal être chez les adolescents (information, formation des partenaires en milieu scolaire et post scolaire) Développer la prévention en favorisant les liens et l'implantation de professionnels de santé dans les lieux neutres (points d'écoute, Maison des Adolescents, points jeunes...)
Mesure n°2 	Développer la prévention du suicide chez les personnes âgées par la promotion des STAPA (service téléphoniques d'appel aux personnes âgées en lien avec les municipalités cf. le secteur du Lunévillois) en lien avec les CMP et les Conseils Locaux en Santé Mentale
Mesure n°3 	Prévenir la souffrance au travail. Constitution d'un groupe de réflexion avec les professionnels de la santé mentale, les médecins du travail et des ingénieurs en prévention des caisses de retraites.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Education Nationale, Maisons des Adolescents, Associations de Prévention, Médecine du Travail, (médecin régional, services médicaux inter-entreprise), Conseils Généraux.

Résultat attendu	Mesure n°1 : - Intervention des acteurs de santé dans les établissements scolaires afin de sensibiliser les professionnels au repérage du mal être chez les adolescents en lien avec les Maisons des Adolescents - Création d'une maison des adolescents dans les Vosges.	Indicateur n° 1 Nombre d'établissements du secondaire concernés par ces interventions. Création d'une maison des Adolescents dans les Vosges
	Mesure n°2 : Mise en œuvre de STAPA en lien avec les CMP et les conseils locaux de santé mentale	Indicateur n°2 Nombre de STAPA par territoire de santé
	Mesure n°3 : Constitution d'un groupe de réflexion avec les professionnels de la santé mentale, les médecins du travail et des ingénieurs en prévention des caisses de retraites.	Indicateur n°3 Nombre de réunions organisées au plan régional et par territoire.

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
Schéma Régional de Prévention, SROMS, Volet périnatalité du SROS-PRS Thématique transversale santé de l'enfant et de l'adolescent




--

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

- Développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent
- développement du repérage de la dépression dans les établissements scolaires
- poursuite de la mise en place des maisons des adolescents
- développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie

Objectif opérationnel Psychiatrie	Conforter la démographie médicale hospitalière et libérale et la démographie paramédicale hospitalière.
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Développer l'attractivité des CHS en zones déficitaires (projets médicaux) et le partenariat transfrontalier (cf. nord Meusien) <ul style="list-style-type: none"> - temps médical partagé - développement de la télémédecine (télé expertise, certaines consultations –UCSA, addictologie) - ...
Mesure n°2 	Transferts d'activités de consultations et de suivis psychothérapeutiques des psychiatres vers les psychologues
Mesure n°3 	Développer l'acquisition de compétences et de savoir faire en direction des nouvelles infirmières sorties des IFSI par leurs pairs (tutorat)
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	CHS, URPS, ordres professionnels

Résultat attendu	Mesure n°1 : Présence médicale renforcée dans les zones déficitaires (hospitalière et libérale) Expérimentation de la télémédecine entre les CHS et les CMP, dans les UCSA.	Indicateur n°1 Nombre de psychiatres hospitaliers et libéraux dans les zones déficitaires
	Mesure n°2 : Psychologues effectivement associés dans les prises en charge en CMP	Indicateur n°2 File active par CMP de patients suivis par une psychologue en première intention et en suivi psychothérapeutique.
	Mesure n°3 : tutorat effectif pour toute infirmière travaillant pour la première fois en établissement psychiatrique.	

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROS PRS volets transfrontalier, détenus Volet Ambulatoire du SROS PRS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)



Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux, à l'hôpital et dans le secteur libéral.

Développer des programmes coordonnés à destination de personnes détenues et mise en place d'outils innovants

Rapport COUTY (2009) : proposer des recommandations pour une organisation territoriale de santé.

Objectif opérationnel Psychiatrie	Réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie
--	--

Plan d'actions associées	Libellé
Mesure n°1 	Renforcer les articulations avec le champ médico social et social par des interventions des professionnels de la psychiatrie dans les structures et auprès des professionnels médico sociaux.
Mesure n°2 	Mettre les capacités d'hospitalisation en adéquation avec les besoins de la population.
Pilotage de l'objectif	ARS Lorraine
Partenaires	Structures médico-sociales, conseils généraux, établissements de santé

Résultat attendu	Mesure 1 et 2 : Améliorer la qualité de prise en charge : le « bon patient au bon endroit »	Indicateur n°1 Diminution de la part de patients inadéquats
-------------------------	--	---

Lien avec les autres thématiques des différents schémas
SROMS

Lien avec des plans et programmes nationaux (ou régionaux)
<p>Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :</p> <p>Poursuivre l'adaptation qualitative de l'hospitalisation complète</p> <p>Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours</p> <p>Assurer la liaison indispensable avec le secteur médico-social pour ce qui concerne le soin des patients pris en charge et le soutien des professionnels.</p>

Déclinaison territoriale	
Région lorraine	<ul style="list-style-type: none"> Objectifs opérationnels 1 à 6 se déclinent au niveau régional. La mesure n°3 de l'objectif opérationnel n°3 (prise en charge des adolescents perturbateurs) serait un dispositif à vocation régionale également
Territoire de la Meurthe et Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Conseils locaux en santé mentale Découpage sectoriel
Territoire de la Meuse	<ul style="list-style-type: none"> Prévention du suicide Conseils locaux en santé mentale Démographie médicale
Territoire de la Moselle	<ul style="list-style-type: none"> Découpage sectoriel, Prévention du suicide Bassin Houiller Conseils locaux en santé mentale
Territoire des Vosges	<ul style="list-style-type: none"> Prévention du suicide

OQOS (par FINESS géographique)		
OQOS IMPLANTATIONS HOSPITALISATION COMPLETE		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	2	2 à 3
Territoire de santé meurthe et mosellan	7	3
Territoire de santé mosellan	9	2
Territoire de santé vosgien	1	1
Région lorraine	19	8 à 9
OQOS IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE JOUR		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	4	6 à 7
Territoire de santé meurthe et mosellan	11 à 13	9 à 10
Territoire de santé mosellan	17 à 19	10 à 13
Territoire de santé vosgien	8	5 à 6
Région lorraine	40 à 44	30 à 36
OQOS IMPLANTATIONS HOSPITALISATION DE NUIT		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	2	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	2
Territoire de santé mosellan	3	0
Territoire de santé vosgien	2	0

Région lorraine	9	2
OQOS IMPLANTATIONS ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE		
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto juvénile
Territoire de santé meusien	1	2
Territoire de santé meurthe et mosellan	2	1
Territoire de santé mosellan	3	2
Territoire de santé vosgien	1	1
Région lorraine	7	6
OQOS IMPLANTATIONS APPARTEMENT THERAPEUTIQUE		
	Psychiatrie générale	
Territoire de santé meusien	1	
Territoire de santé meurthe et mosellan	0	
Territoire de santé mosellan	1	
Territoire de santé vosgien	1	
Région lorraine	3	
OQOS IMPLANTATIONS CENTRE DE CRISE		
	Psychiatrie générale	
Territoire de santé meusien	0	
Territoire de santé meurthe et mosellan	1	
Territoire de santé mosellan	1	
Territoire de santé vosgien	0	
Région lorraine	2	
OQOS IMPLANTATIONS CENTRE POST CURE		
	Psychiatrie générale	
Territoire de santé meusien	0	
Territoire de santé meurthe et mosellan	1	
Territoire de santé mosellan	1	
Territoire de santé vosgien	0	
Région lorraine	2	