

BILAN

Projet régional de santé Île-de-France
2013-2017

Schéma d'organisation médico-sociale

**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**
2018 - 2022

**ars**
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



Le schéma régional de l'offre médico-sociale était porté par des volontés fortes que ce bilan illustre.

La volonté d'abord de développer l'offre en faveur des personnes en perte d'autonomie du fait de leur âge ou de leur situation de handicap afin de se rapprocher des taux d'équipement nationaux et de compenser l'évolution de la démographie de l'Île-de-France. Celle aussi de s'affronter à la nécessité d'un rééquilibrage géographique de l'offre, en priorisant des territoires afin de développer l'accessibilité de

proximité aux établissements, si précieuse pour les usagers et leurs aidants.

Ce schéma a également été voulu comme celui qui engagerait la région dans l'adaptation de l'offre médico-sociale aux aspirations nouvelles de la population. Plusieurs expérimentations, alliées au développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, ont commencé à construire les fondements d'un maintien prolongé au domicile.

Le schéma médico-social a aussi promu des approches nouvelles en Ehpad, en favorisant une continuité de soins la nuit ou en développant des actions de prévention de la dénutrition, du risque infectieux, de la prescription des médicaments au sein même des établissements.

En application des orientations nationales, il a également permis de spécialiser l'offre (mise en œuvre du plan Alzheimer, du plan autisme, du schéma handicaps rares ...) et, par la mobilisation de tous les partenaires, de l'étendre en améliorant l'accompagnement précoce du handicap, l'inclusion scolaire, l'accès à la qualification professionnelle des jeunes adultes en situation de handicap. Dans cette même direction, le schéma a porté la volonté de promouvoir des approches élargies de sujets majeurs tels l'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap et l'accès aux soins des personnes handicapées.

La démarche volontaire qui a caractérisé la mise en œuvre de ce schéma s'est exercée enfin dans la mise en œuvre de deux orientations majeures pour l'avenir : d'une part le développement de dispositifs de construction de réponses individuelles aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicaps ; d'autre part la construction de dispositifs transversaux de coordination autour de parcours de santé, afin de permettre aux professionnels de se concerter autour des cas complexes et plus largement autour de chaque situation en perte d'autonomie.

Cette même volonté et l'ensemble de ces orientations vont continuer à structurer notre démarche durant les cinq prochaines années avec l'ambition d'accentuer la dimension transversale de notre action en direction des personnes âgées et handicapées.

Christophe DEVYS
Directeur général ARS Île-de-France



Le bilan du volet médico-social du Projet régional de santé 2013-2017 se caractérise par deux avancées majeures : un rattrapage du taux d'équipement de l'Île-de-France par rapport au taux national et le rééquilibrage nécessaire dans certains territoires franciliens délaissés. Ce bilan quantitatif, conjugué à des expérimentations en faveur du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, a permis de repositionner le secteur médico-social à sa juste place dans l'évolution du système de santé francilien. La commission médico-sociale se félicite de telles avancées.

Elle constate toutefois que l'approche par entrée populationnelle mérite d'être revisitée dans le PRS 2018 - 2022 à l'aune de la transition épidémiologique et démographique générale à laquelle cette population n'échappe pas. Ceci concerne précisément un allongement inédit de l'espérance de vie – notamment en autonomie - mais faisant émerger des besoins spécifiques, ainsi que le développement de polyopathologies de populations qui y échappaient jusqu'à présent. Le rythme du développement des interactions sanitaires et médico-sociales, encore trop lent pour concrétiser efficacement un parcours de santé, nécessite des moyens de formation, de contractualisation et de coordination des politiques publiques renforcés.

La commission spécialisée médico-sociale, composée de représentants des usagers, des professionnels de l'accompagnement et de leurs fédérations professionnelles, des élus, et des financeurs ainsi légitimée par sa représentation territoriale et opérationnelle, est autorisée à débattre de réponses à ces nouveaux défis dans le cadre économique et budgétaire contraint que nous connaissons. Soucieux tant du respect du parcours de santé du Francilien que de l'équilibre des responsabilités des acteurs institutionnels ou professionnels, chacun de ses membres s'attache à susciter des débats garant d'une convergence d'intérêts particuliers dans une éthique de responsabilité. Enfin, une vigilance toute particulière sera accordée à trois points spécifiques : le développement de réponses territoriales qui tiennent compte des bassins de vie, un accompagnement rapproché et des formations des professionnels de terrain dans la conduite du changement, et enfin l'assurance que les plus vulnérables ne soient jamais écartés des dispositifs en évolution.

La commission alerte les pouvoirs publics sur trois points : l'impact du virage ambulatoire du secteur sanitaire sur l'offre de ville et médico- sociale, l'innovation technologique et organisationnelle en lien avec l'information partagée comme élément incontournable de la concrétisation du parcours de santé et enfin la cohérence territoriale des politiques publiques et leur contractualisation.

Corinne BEBIN
**Présidente de la Commission spécialisée pour les prises en charge
et accompagnements médico-sociaux de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie**

Principaux enseignements du SROMS-PRS 2013-2017

La région Île-de-France est engagée dans une démarche volontariste de développement de l'offre en faveur des personnes en perte d'autonomie du fait de leur âge ou d'un handicap. Son dynamisme se mesure par les nombreux appels à projets lancés et les places en établissements et services ainsi créées depuis 2013. Néanmoins, l'accroissement démographique que connaît l'Île-de-France entraîne une persistance de sous équipement de la région.

Dans le champ des personnes âgées, l'offre médico-sociale et sanitaire de prise en charge s'est fortement adaptée aux besoins des personnes atteintes de la maladie Alzheimer et de maladies apparentées grâce au déploiement de nouveaux dispositifs dédiés. Ces avancées significatives doivent être poursuivies, notamment auprès des personnes atteintes d'autres maladies neurodégénératives.

Des chantiers ont été engagés pour améliorer et prolonger la vie à domicile : une meilleure coordination des partenaires au sein des territoires MAIA, le déploiement de nouveaux dispositifs et des expérimentations pour limiter les hospitalisations évitables.

Le parcours de santé de la personne âgée structure peu à peu l'articulation des politiques publiques.

En ce qui concerne le handicap, ceci implique de repenser les modes d'accompagnement en favorisant les inclusions en milieu de vie ordinaire dès qu'elles sont possibles dès le plus jeune âge tout en garantissant aux personnes en situations de handicap lourd et complexe une réponse adaptée à leurs besoins.

Un processus d'adaptation de l'offre aux besoins spécifiques de certains publics a été engagé dans le cadre du PRS 2013-2017, notamment par des articulations travaillées entre secteur médico-social et sanitaire et par des évolutions de pratiques professionnelles.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : ORGANISER ET STRUCTURER UNE OFFRE MÉDICO-SOCIALE ADAPTÉE ET DE PROXIMITÉ

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'Île-de-France compte environ 52 000 personnes handicapées accompagnées au sein d'un millier d'établissements et services médico-sociaux, ce qui représente un volume financier de 1,7 milliards d'euros par an. Depuis sa création, l'Agence conduit une politique volontariste d'autorisation de places nouvelles par extensions non importantes d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) existants et par appels à projets afin de combler le déficit de places en établissements et services qui caractérise la région.

Une attention particulière est également portée aux délais de réalisation des équipements par les organismes gestionnaires afin de maintenir des délais raisonnables d'installation de ces places nouvelles.

1. Un effort conséquent de création de places pour personnes handicapées dans un objectif de rééquilibrage territorial et de diversification de l'offre

Près de 2 000 places nouvelles ont été autorisées entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2015, pour un volume financier de 51 022 324 M€ (1), dont plus de 1 000 places autorisées par la procédure d'appel à projets (4).

En termes d'installations, près de 2 000 places se sont également ouvertes sur les 3 dernières années (2013-2015) (2), et 2 000 places supplémentaires sont en cours d'installation ou prévues en 2016 et 2017 (3), soit au global **4 000 places ouvertes sur la période du schéma, représentant une enveloppe financière de 206 429 763 M€ équivalent à 4 000 emplois créés.**

1. Les autorisations sur la période 2013-2015

Places autorisées par type de structure

Département	Etablissement	Service	Total général
75	233	61	294
77	68	81	149
78	166	102	268
91	73	5	78
92	193	71	264
93	350	62	412
94	244	47	291
95	97	31	128
Total général	1424	460	1884

C'est en Seine-Saint-Denis que le nombre de places le plus important a été autorisé en 3 ans. Viennent ensuite les départements 75 et 94. Le développement de l'offre en places de services se poursuit. Il représente 25% des créations de places.

Places autorisées par type de public

Département	Adultes	Enfants	Enfants et adultes	Total général
75	199	83	12	294
77	42	107		149
78	138	130		268
91	66	12		78
92	72	192		264
93	158	254		412
94	204	87		291
95	44	84		128
Total général	923	949	12	1884

La répartition du nombre de places autorisées par public adultes et enfants est relativement homogène.

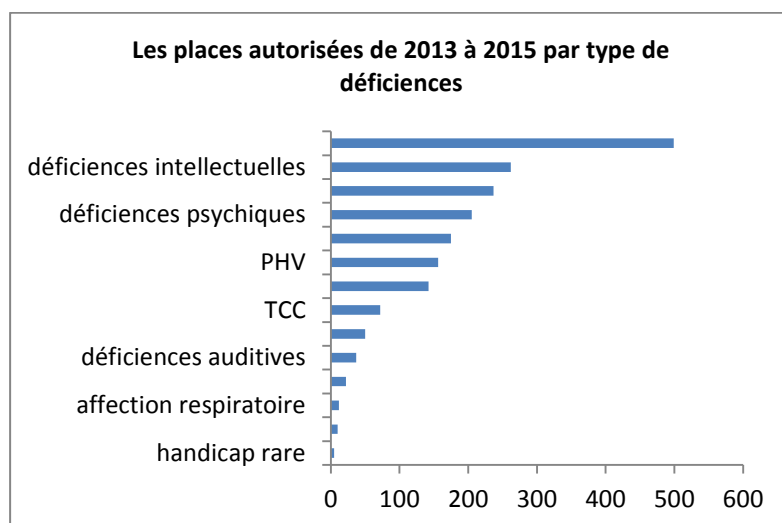
Places autorisées par type de déficiences

Déficiences	75	77	78	91	92	93	94	95	Total général
Affection respiratoire				12					12
Autisme	74	47	69	7	81	126	57	38	499
Cérébro-lésés					22				22
Déficiences auditives		32	5						37
Déficiences intellectuelles	55	19	40	28	11	78	31		262
Déficiences motrices	40	3	96	16			20		175
Déficiences psychiques	21	8	28		12	60	76		205
Déficiences visuelles						5	5		10
Handicap rare				5					5
PHV*					36		80	40	156
Polyhandicap	76	10		10		35	11		142
TCC*	12	30	30						72
Toutes déficiences	16				102	108	11		237
Déficiences sensorielles								50	50
Total général	294	149	268	78	264	412	291	128	1884

*PHV : personnes handicapées vieillissantes / *TCC : troubles de la conduite et du comportement

L'augmentation de l'offre pour le public autiste est prépondérante, elle représente 26 % des autorisations et est particulièrement marquée dans le département de la Seine-Saint-Denis où les besoins étaient très ciblés.

Le handicap moteur, le polyhandicap et les lésions cérébrales représentent ensuite 317 places au global, soit 18% des places autorisées ; vient ensuite l'offre pour déficients intellectuels à hauteur de 14% (principalement dans les ESAT - 44 %) et le handicap psychique (10%), puis l'offre pour personnes handicapées vieillissantes (8%).

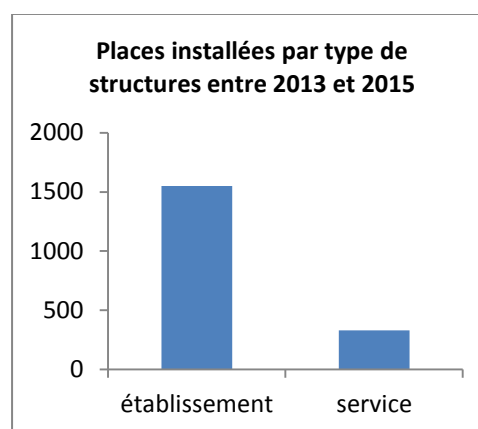


Au total, sur 3 ans, ont été autorisées autant de places pour enfants que pour adultes. Les places de services représentent 25 % de l'offre nouvelle, permettant de développer le maintien à domicile.

2. Les installations sur la période 2013-2015

Places installées par type de structures

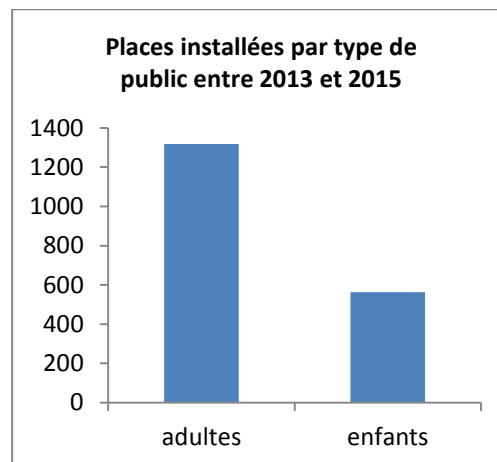
Département	Etablissement	Service	Total général
75	343	59	402
77	134	11	145
78	145	67	212
91	165		165
92	211	71	282
93	102	22	124
94	216	12	228
95	235	89	324
Total général	1551	331	1882



L'installation de places de services se poursuit, à un rythme plus soutenu entre 2013 et 2015 sur les départements de Paris et du Val-d'Oise, et avec un décalage toujours très important entre les autorisations et la mise en œuvre des places. Ce rythme d'installations se poursuivra sur l'ensemble des départements compte tenu de la dynamique de créations de places supplémentaires autorisées ces 3 dernières années.

Places installées par type de public

Départements	Adultes	Enfants	Total général
75	319	83	402
77	136	9	145
78	106	106	212
91	146	19	165
92	150	132	282
93	85	39	124
94	191	37	228
95	186	138	324
Total général	1319	563	1882

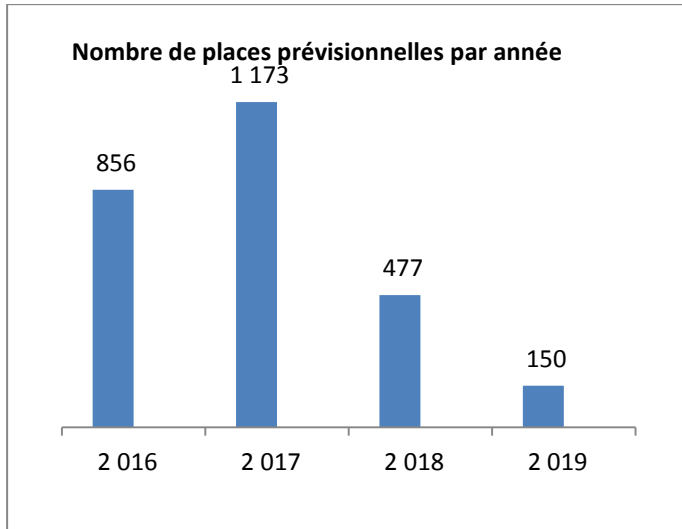


Places installées par type de déficiences

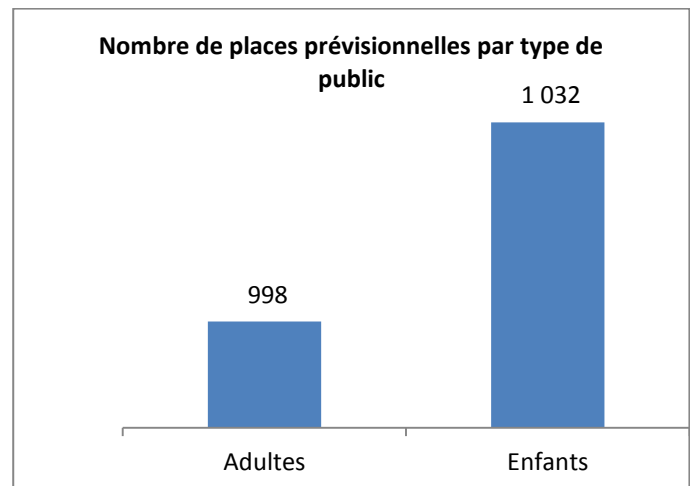
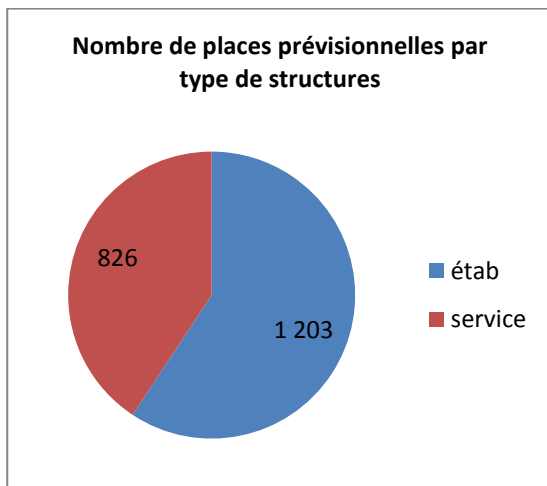
déficiences/ département	75	77	78	91	92	93	94	95	Total général
Autisme	69	15	77	31	30	5	7	81	315
Cérébro-lésés					55				55
Déficiences intellectuelles		17			45	9	12	81	164
Déficiences motrices	38		7	12	30		20	45	152
Déficiences psychiques	35	10	3	60			169	52	329
Jeunes Alzheimer		50							50
PHV	98			40	20	55	15	20	248
Polyhandicap	162	26	106	10		8			312
Toutes déficiences	7	30			102	25		60	224
Déficiences auditives			19						19
Affection respiratoire				12					12
Déficiences visuelles							5		5
TCC						25			25
Total général	402	145	212	165	282	124	228	324	1882

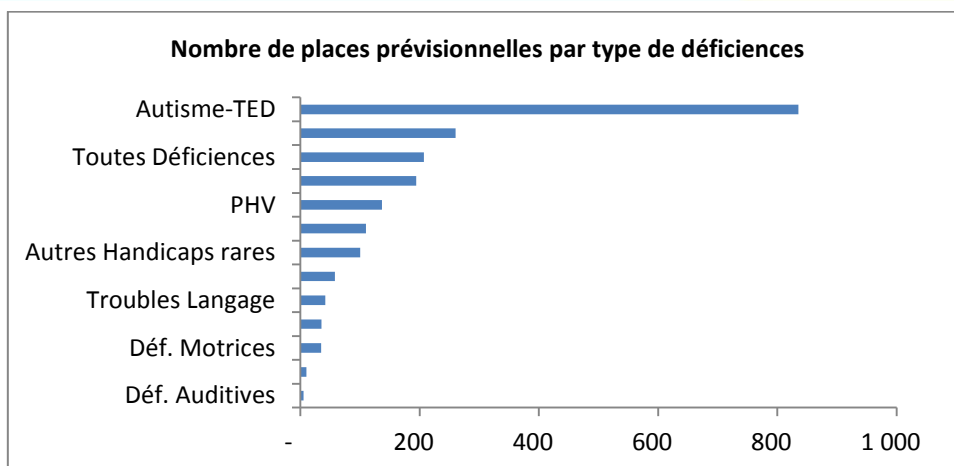
*PHV : personnes handicapées vieillissantes / *TCC : troubles de la conduite et du comportement

3. Les projections d'installations de 2016 à 2019



Les prévisions d'installations montrent un pic en 2017. Sauf décalages d'installations inhérents à des procédures contentieuses (recours contre permis de construire, retards de livraisons..), la volonté et le dynamisme de l'ARS Île-de-France se traduisent par un volume conséquent de créations de places sur les 5 années du SROMS, tendant à permettre aux franciliens en situation de handicap un accès amélioré aux établissements et services adaptés à leurs besoins. Compte tenu de l'évolution démographique de la région, des efforts restent malgré tout nécessaires.





4. La dynamique d'appels à projets

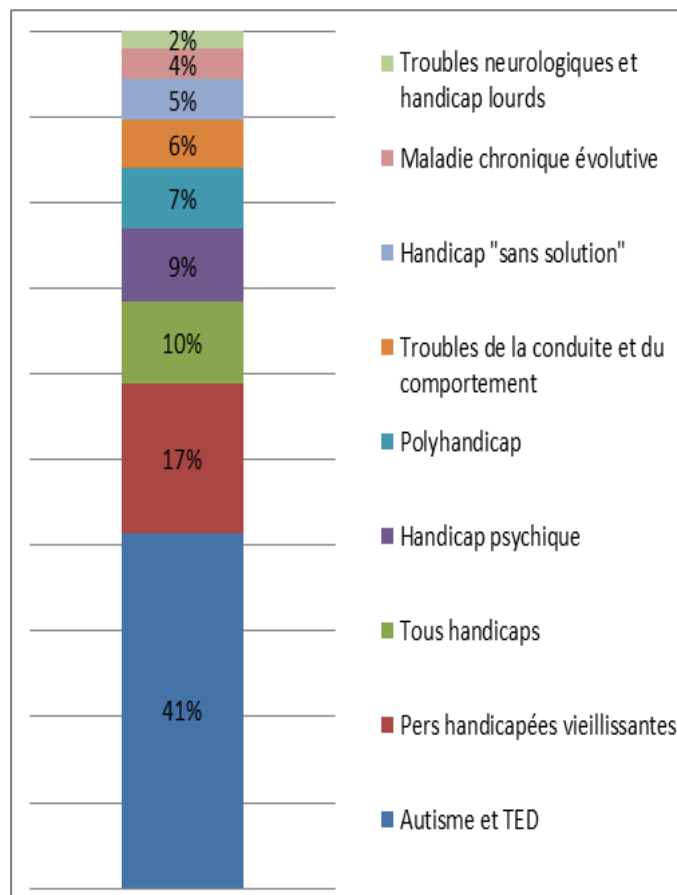
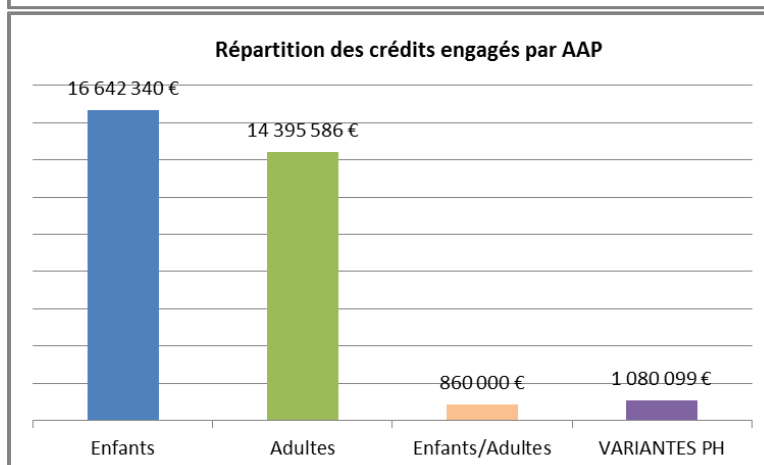
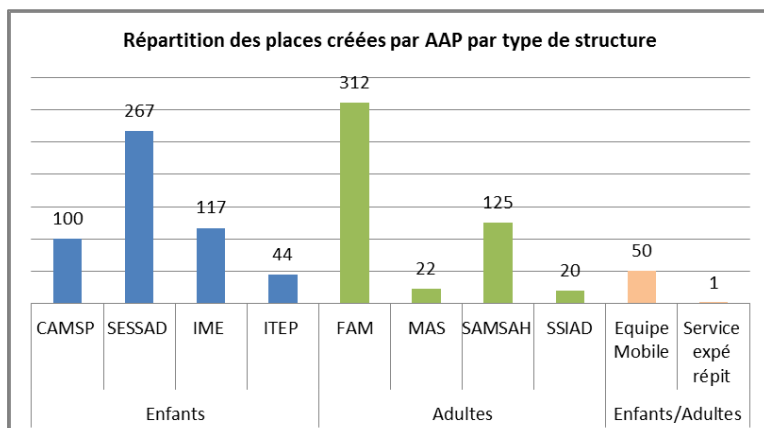
La loi HPST a introduit un nouveau régime d'autorisation des ESMS, visant à plus de transparence, de rapidité, d'efficacité et de qualité de l'offre médico-sociale : la procédure d'appel à projet (AAP), plaçant les autorités publiques à l'origine de la demande de création, d'extension ou de transformation d'ESMS.

Afin de développer l'offre de places en établissements et services pour personnes handicapées, l'Agence lance, conjointement avec les Conseils départementaux le cas échéant, des appels à projets sur les territoires les moins équipés de la région.

Par ailleurs, afin de soutenir l'innovation, l'ARS intègre dans ses AAP des « variantes » valorisées par des crédits supplémentaires pour :

- un renforcement de la prise en charge sur certains publics,
- un accompagnement innovant,
- le développement des nouvelles technologies.

Depuis 2013, 27 appels à projets ont été lancés permettant de créer 1058 places d'ESMS pour personnes handicapées, représentant près de 34 millions d'euros de crédits d'assurance maladie engagés dont 1 080 000€ au titre des variantes et de l'innovation.



13 nouveaux appels à projets sont prévus sur la période 2016/2017 pour la création de plus de 500 places supplémentaires, représentant un volume financier de près de 14 500 000€.

2. Une situation de sous équipement persistante au vu des projections démographiques

Au vu des projections démographiques à horizon 2019, compte tenu de l'accroissement de la population de la région, l'Île-de-France restera sous équipée en termes de places pour personnes handicapées avec un écart persistant de 0,32 points sur le champ du handicap adulte et de 2,3 points pour l'enfance handicapée.

	Île-de-France 2015		France 2015	Île-de-France 2019		France 2019
	Places installées au 01/01/2015	Taux d'équipement % au 01/01/2015	Taux d'équipement % au 01/01/2015	Places programmées 2015-2018	Taux d'équipement % au 01/01/2019	Taux d'équipement % au 01/01/2019
Total adultes (hors ESAT)	14 771	2,25	2,57	1 869	2,54	2,86
Total enfants	22 310	7,27	9,64	1 113	7,58	9,88
Total PH	37 081	3,85	4,86	2 982	4,15	5,16

Taux équipement actuels et projetés à horizon 2019 (source CNSA)

Enjeux du PRS 2018-2022 : cette situation impose de penser autrement les modes de réponse aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de contractualiser, via les CPOM, sur un fonctionnement à pleine activité des établissements et services existants.

LES PERSONNES AGEES

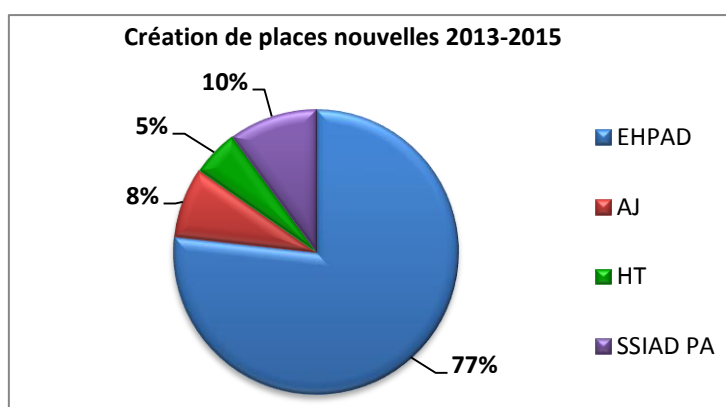
Objectifs opérationnels 1-1

Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous dotés

1/ Déploiement de places en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie

Sur la période passée (2013 à 2015), ce sont près de 6 000 places nouvelles qui ont été installées, 77% d'entre elles ayant été consacrées au rattrapage du sous-équipement francilien en places d'EHPAD.

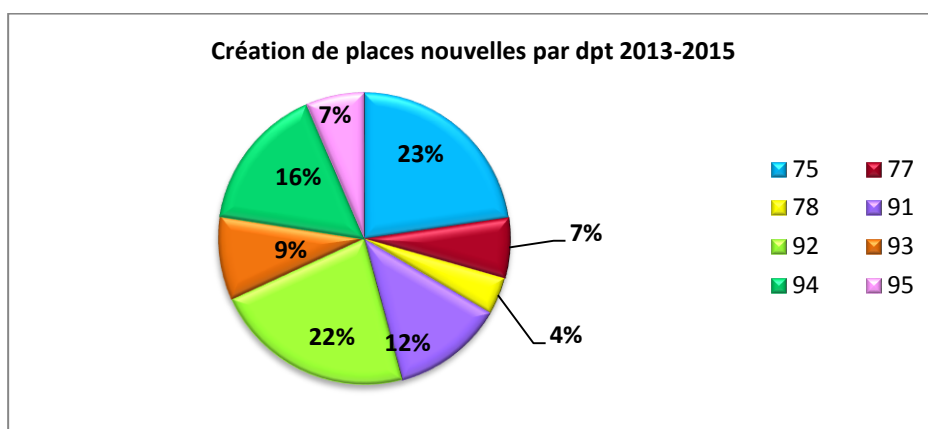
Catégorie de structures	2013	2014	2015	Cumul 2013-2015
EHPAD	1745	1875	982	4602
HT	155	124	40	319
AJ	170	112	191	473
SSIAD PA	497	50	56	603
Total général	2567	2161	1269	5997



Installation de places par Département sur la période 2013-2015

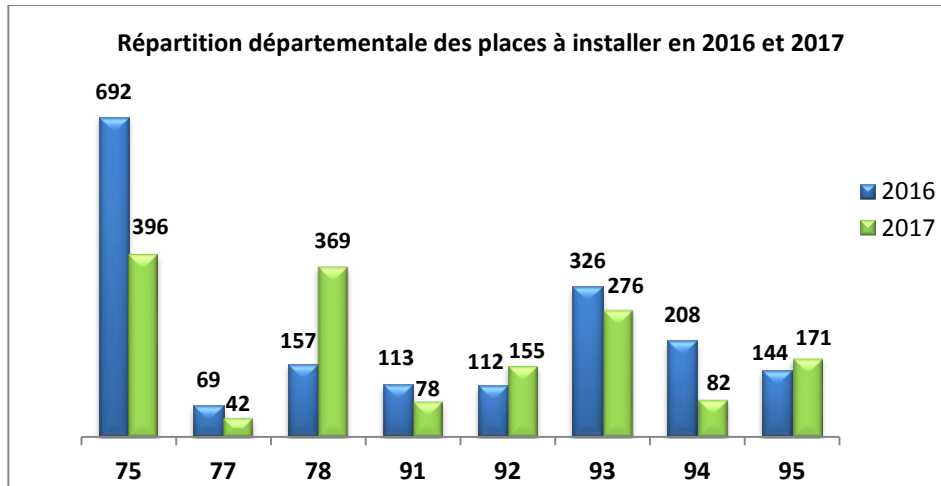
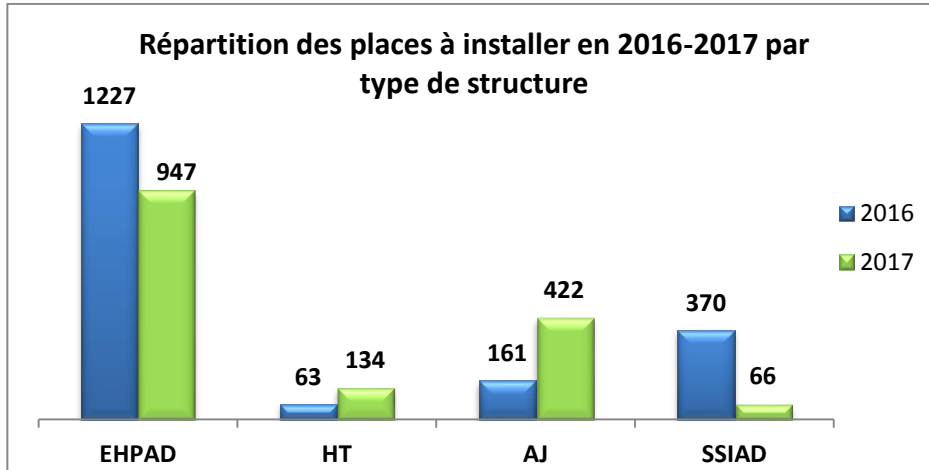
Dept	2013	2014	2015	2013-2015
75	598	317	446	1361
77	193	146	59	398
78	129	95	23	247
91	440	269	32	741
92	522	653	168	1343
93	324	122	110	556
94	186	423	354	963
95	175	136	77	388
Total général	2567	2161	1269	5997

L'effort de création de places nouvelles a porté majoritairement sur Paris et les départements de la petite couronne, puisqu'ils ont bénéficié de 70% des places créées, soulignant la volonté de l'ARS de soutenir les départements les moins bien équipés.



Estimation des places à installer sur 2016-2017

Sur la période 2016-2017, ce sont 3 390 places nouvelles pour personnes âgées en Île-de-France qui devraient être installées : 1 820 places dès 2016 et 1 600 supplémentaires en 2017. La prise en soins en EHPAD bénéficiera à nouveau majoritairement de ce renforcement de places puisque 64% de cette offre supplémentaire lui sera consacrée.



Ainsi, sur la durée du SROMS, près de 9 400 places nouvelles ont été créées et ouvertes en Île-de-France, dont 71% au profit de l'accueil en établissement médico-social, 11 % au profit du soutien au domicile avec l'intervention de SSIAD et 18% au profit de l'accueil temporaire (AJ-HT).

Ce volume de places représente près de 93 Millions d'euros de crédits d'assurance maladie alloués aux établissements et services pour personnes âgées.

Impact des créations de places en matière d'emploi

En Île-de-France, le secteur de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie employait fin 2013 près de 52 000 emplois à temps plein, dont 40% de professionnels soignants financés par l'assurance maladie (21 000).

Le dynamisme constaté en matière d'installation de places nouvelles (9 400 places sur la période 2013-2017), se traduit directement par la création de 3 340 équivalents temps plein (ETP) de personnels soignants (notamment médecins coordonnateurs, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, psychomotriciens et ergothérapeutes).

Parmi ces créations de postes, 63% sont en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, PASA et UHR) et 37% sont en faveur du maintien à domicile (SSIAD, ESA, accueil de jour et hébergement temporaire en EHPAD).

Par ailleurs, le renforcement de la médicalisation des EHPAD, 69 M€ sur les 5 années du SROMS, se traduit également par la création de près de 2000 équivalents temps plein (ETP) de personnels soignants.

Au total, ce sont donc **plus de 5 300 ETP créés** grâce aux financements assurance maladie alloués aux personnes âgées en perte d'autonomie.

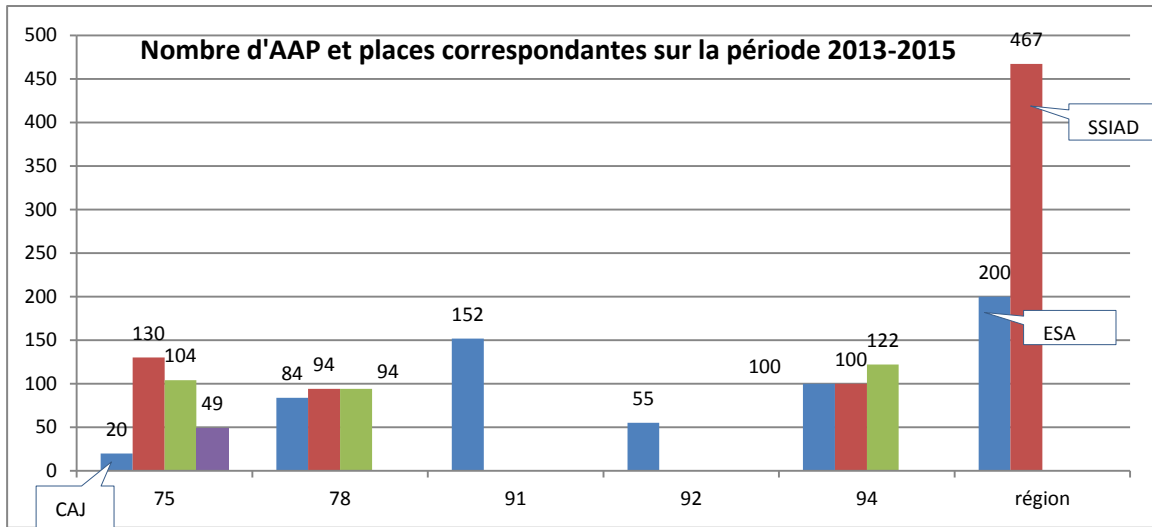
Dynamique de création de places nouvelles illustrée par les appels à projets

La loi HPST a introduit une procédure d'appel à projets, nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux, plaçant les autorités publiques à l'origine de la demande de création, d'extension ou de transformation de ces structures.

Sur la période 2013-2015, l'ARS Île-de-France a engagé et suivi 15 appels à projets qui ont donné lieu à l'autorisation de 1792 places (hors places de PASA). Celles-ci se répartissent comme suit : 914 places d'hébergement permanent en EHPAD, 62 places d'hébergement temporaire et 109 places d'accueil de jour (adossées ou autonomes). Au sein de ces EHPAD, on compte la création de 10 PASA représentant 140 dédiées à l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

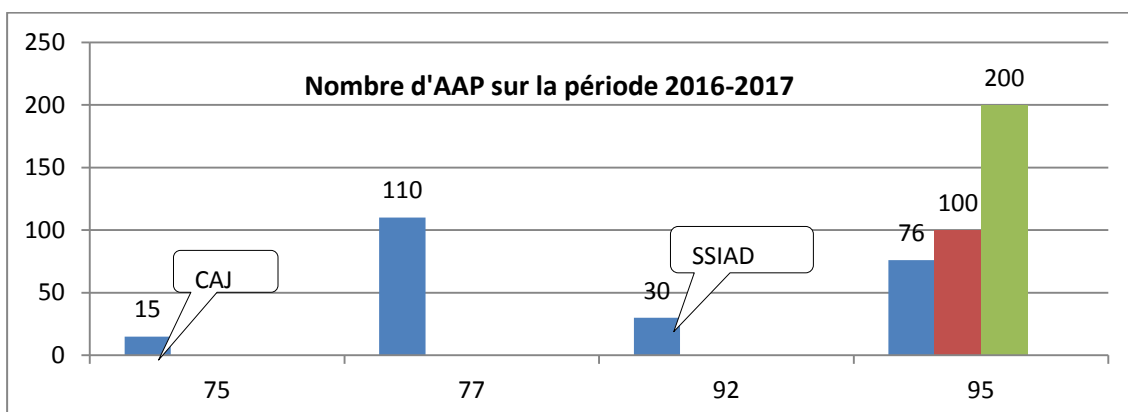
Ont également été créées au niveau régional 497 places de SSIAD et 210 places d'ESA à domicile.

Dans le graphique ci-dessous, apparaissent les appels à projets suivis et autorisés sur la période 2013-2015 sur les départements concernés, faisant apparaître le nombre de places créées pour chacun d'entre eux (hors PASA).



Sur la période 2016-2017, l'ARS Île-de-France s'engage sur 6 nouveaux AAP donneront lieu à l'autorisation de 531 places (hors places de PASA). Celles-ci se répartissent comme suit : 376 places d'hébergement permanent en EHPAD, 20 places d'hébergement temporaire et 55 places d'accueil de jour (adossées ou autonomes). Au sein de ces EHPAD, on compte la création de 5 PASA représentant 70 places dédiées à l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Seront également créées 80 places de SSIAD pour personnes âgées.

Sur le graphique ci-dessous, apparaissent les appels à projets à autoriser pour la période 2016-2017 sur les départements concernés, faisant apparaître le nombre de places créées pour chacun d'entre eux (hors PASA).

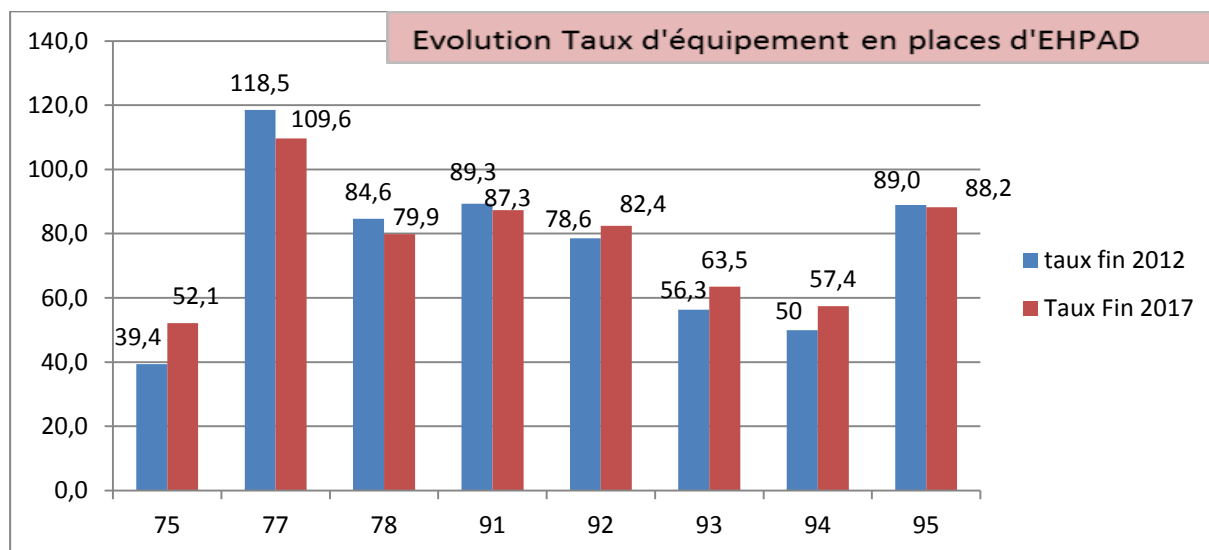


Afin de soutenir l'innovation, l'ARS intègre dans ses appels à projets des crédits supplémentaires pour des variantes pouvant s'illustrer par :

- un renforcement de la prise en charge auprès de certains publics,
- un accompagnement innovant,
- le développement des nouvelles technologies, etc...

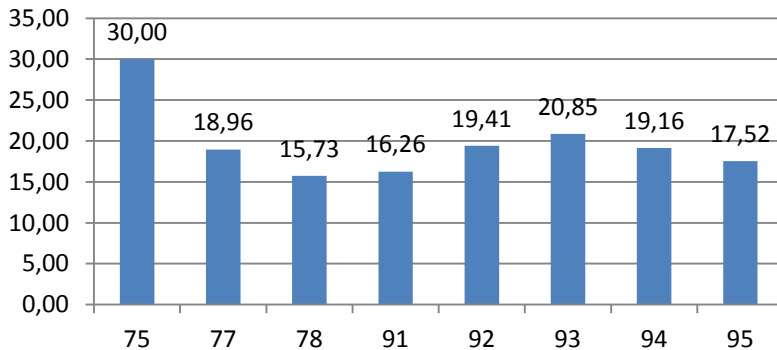
2/ Dans une logique de rééquilibrage territorial

Les taux d'équipements départementaux calculés à partir de l'offre installée au 31/12/2012 (sur la base d'une population 2015) au regard des taux d'équipements projetés au 31/12/2017 (sur la base d'une projection de population à 2020) montrent une évolution positive de la situation de Paris et des départements de la petite couronne en matière d'offre en EHPAD. La moyenne régionale d'équipement est passée de 71,9‰ (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) fin 2012 à 74,9‰ fin 2017. Malgré l'effort important de création de places, les taux d'équipement évoluent assez lentement du fait de la densité de population âgée et de son évolution à la hausse.



La région Île-de-France compte un taux d'équipement en places de SSIAD de 20,6‰, qui est stable depuis fin 2012, les créations de places nouvelles ayant permis de maintenir le volume d'offre à domicile alors même que la population a augmenté.

Taux équipement en places de SSIAD fin 2017

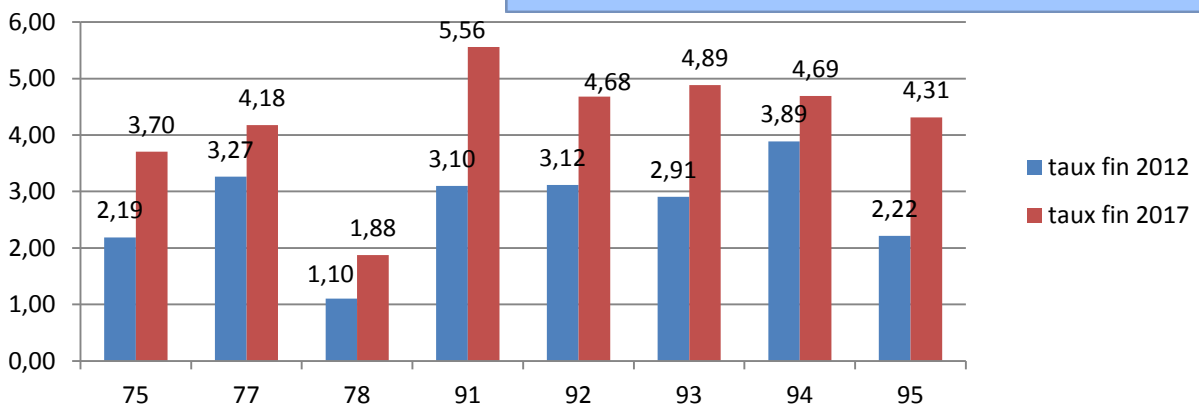


**Focus Places installées
au 31/12/2015**

EHPAD : 62 969
AJ-HT : 2 828
SSIAD PA : 17 507

En matière de soutien de la vie à domicile, l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire permet aux usagers de bénéficier d'accompagnement en journée ou sur des périodes définies de manière à prolonger le plus longtemps possible la vie à domicile. A ce titre, la progression des taux d'équipement est notable sur la période 2013-2017 passant de 2,67 à 4,15‰, sous réserve que les installations prévues sur les prochaines années (près de 800 places d'AJ et d'HT) se réalisent effectivement.

Evolution du taux d'équipement en places d'AJ et HT



Objectifs opérationnels 1-2

Restructurer l'offre pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations

1/ Déploiement des dispositifs Alzheimer pour améliorer la réponse aux besoins

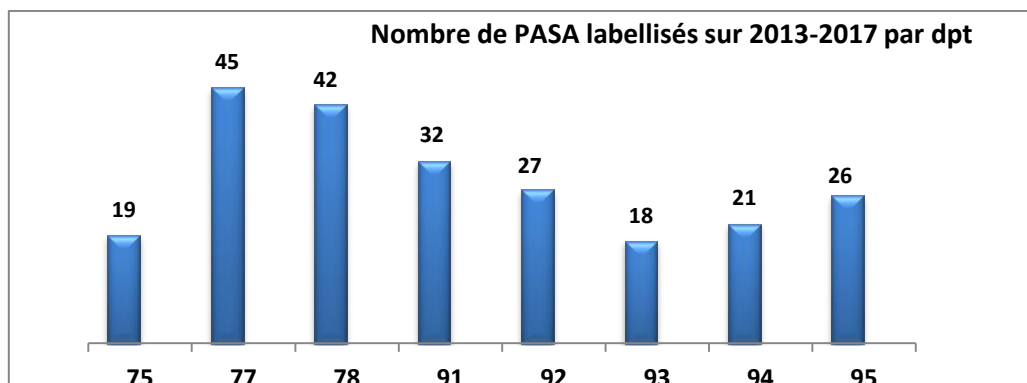
- Afin de mieux accompagner les troubles du comportement en établissements d'hébergement et de soins

La mise en œuvre du Plan national Alzheimer 2008-2012 a permis de développer l'offre en établissements pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

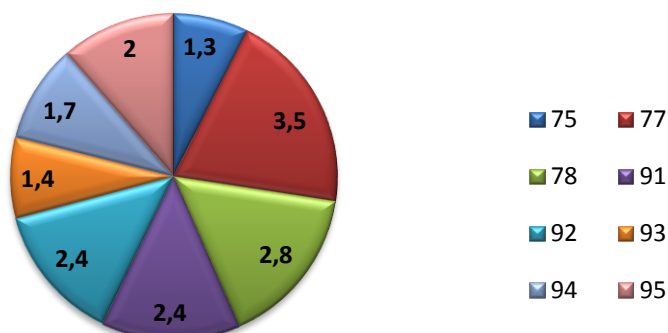
Ainsi, depuis 2012, 230 pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ont été labellisés en Île-de-France, parmi lesquels 103 sont en fonctionnement. Ainsi l'intégralité des crédits assurance maladie dédiés à ce dispositif sont affectés à des projets qui voient le jour régulièrement (17,4 M€).

L'ARS Île-de-France a par ailleurs accompagné les opérations architecturales pour répondre au cahier des charges architectural des PASA en accordant 17M€ entre 2010 et 2015.

Les retours des professionnels de santé quant au fonctionnement des PASA en EHPAD sont très positifs, tant du point de vue des usagers dont les troubles sont atténués, que du point de vue des professionnels qui travaillent en équipe pluridisciplinaire. La mise en œuvre d'un processus d'évaluation des PASA permettrait de conforter leur plus-value et l'ambition de l'ARS Île-de-France de les voir se déployer dans chaque EHPAD.



Répartition des crédits dédiés aux PASA (en M€) par dpt



Par ailleurs, 16 unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD ont été labellisées afin d'accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement sévères, dont 12 sont en fonctionnement. Ce type d'unités a aussi été développé au sein d'unités de soins de longue durée, ce sont 19 UHR labellisées, dont 10 en fonctionnement. Si le mode d'accompagnement proposé par les UHR semble répondre à un réel besoin, la difficulté de leur fonctionnement réside dans la capacité des établissements à réorienter les résidents à l'issue de la prise en charge vers les unités les plus appropriées (retour en unité EHPAD « hors UHR », ou autre).

Enfin, 18 unités cognitivo-comportementales (UCC) en soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été autorisées, dont 16 sont ouvertes, afin de prendre en charge les situations de crise liées à la maladie.

Le plan maladies neurodégénératives 2015-2019 s'inscrit pleinement dans la continuité du plan Alzheimer 2008-2012 et prévoit la poursuite de ces mesures avec tantôt un maintien de la spécificité d'un accueil dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, tantôt une ouverture plus large à l'ensemble des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

En 2017, les priorités de l'Agence sont de :

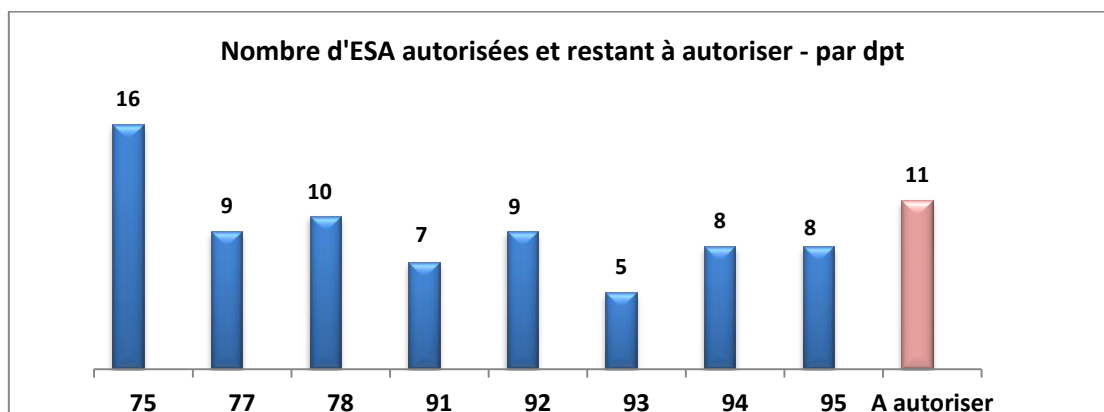
- Veiller à l'ouverture des dispositifs du plan Alzheimer déjà labellisés aux usagers : 127 PASA, 4 UHR en EHPAD et 9 UHR en USLD et 1 UCC dans le 77 ;
- Labelliser et ouvrir les dispositifs financés dans le cadre du plan maladies neurodégénératives : 10 UHR en EHPAD supplémentaires et des UCC (le nombre d'UCC sera précisé par le ministère en 2017) à répartir de manière équitable sur l'ensemble de la région.

Au-delà de 2017, l'Agence veillera à la mise en œuvre effective des dispositifs labellisés et à la qualité de la prise en charge offerte dans ces établissements. Un suivi de leur montée en charge et de leur activité sera opéré très régulièrement ainsi que des évaluations sur leur fonctionnement.

➔ Afin de préserver les capacités des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile

Depuis 2012, 72 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile adossées à des SSIAD ont été autorisées. Ainsi, l'ensemble du territoire francilien est couvert par l'intervention de ces équipes, permettant d'offrir aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer une prise en charge à domicile en début de maladie.

Le plan maladies neurodégénératives prévoit la création de 11 ESA supplémentaires en ÎLE-DE-FRANCE qui permettront de renforcer des équipes déjà existantes ayant un territoire d'intervention très vaste ou très peuplé. Par ailleurs, un appel à candidatures pour l'expérimentation de deux SSIAD « maladies neurodégénératives » sera lancé en 2017 afin de modéliser une prestation à domicile pour les patients atteints de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques.



Au-delà de 2017, l'Agence veillera à évaluer les équipes en place afin de garantir la qualité de l'accompagnement proposé sur les territoires et à adapter l'offre aux besoins des patients.

2/ Soutenir la vie à domicile des personnes âgées

Les SSIAD offrent une prise en charge à domicile qui vient compléter celle proposée par les professionnels de ville, en interaction et articulation avec notamment les médecins traitants et les infirmiers libéraux. L'offre de prise charge francilienne par les SSIAD semble satisfaire aux besoins à ce jour en terme de volume, pour autant le profil des personnes âgées

évoluent de manière assez notable avec davantage de poly pathologies et de troubles neurologiques lourds mettant en difficulté les équipes soignantes.

Fort de ce constat, l'ARS Île-de-France a engagé une réflexion avec les partenaires institutionnels et opérateurs en 2014 qui a abouti au lancement d'une expérimentation de SSIAD dits « renforcés ».

➔ Expérimentation régionale SSIAD « renforcés »

Un appel à candidature régional a permis de retenir 9 opérateurs devant porter chacun 20 places de SSIAD Renforcés, qui dans ce cadre ont bénéficié de financements complémentaires sur des places déjà autorisées, permettant de porter le cout à la place à 23 000€ (contre 10 500€ à l'ouverture).

L'objectif de ce complément de financement est d'éviter les ruptures de prise en charge (« combler un vide ») afin de permettre l'admission de patients parfois refusés par les SSIAD de droit commun au vu des modalités de tarification actuelles et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile. Pour se faire, les modalités d'intervention des SSIAD renforcés se concrétisent par un renforcement de l'intervention en temps, en fréquence des passages, en passages en binômes et en types de professionnels intervenants pour améliorer la continuité des soins.

L'activité 2015 des SSIAD renforcés a permis d'accompagner environ 270 patients pour lesquels 450 évaluations et réévaluations ont été réalisées. 70% de ces patients sont en GIR 1-2 et 17% en GIR 3. Plus de 50% de ces personnes viennent d'une prise en charge SSIAD « classique » (en distinction du SSIAD « renforcé »), tandis que 15% viennent du domicile (sans accompagnement SSIAD) et autant viennent de l'hôpital. Non seulement 85% des patients présentent des pathologies avec des conséquences irréversibles, dont 45% sont des pathologies neurologiques, mais ils sont également en situation de poly pathologies puisque 82% d'entre eux ont une pathologie associée.

Fort de ces premiers éléments d'activité, l'ARS Île-de-France a décidé de procéder à un nouvel appel à candidatures régional en 2016, prévoyant de retenir 8 nouveaux opérateurs (un par département) afin de créer 160 nouvelles places de SSIAD renforcés.

Par ailleurs, le soutien à domicile rend nécessaire que les professionnels de l'aide et du soin coordonnent leurs interventions auprès des usagers.

➔ Développement de services polyvalents d'aide de et de soins à domicile (SPASAD) intégrés

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement, un appel à candidatures régional a été lancé en mai 2016, en collaboration avec tous les conseils départementaux. Les SPASAD intégrés correspondent à l'articulation de SSIAD et de SAAD qui décident d'exercer leurs missions en commun. Ils accompagnent prioritairement et suivent de manière intégrée les personnes requérant à la fois des prestations d'aide et de soins à domicile.

44 dossiers de candidature ont été reçus et les résultats de la sélection devraient être communiqués début juillet, suite à la tenue d'une commission régionale chargée d'émettre un avis sur les projets proposés. Dans ce cadre, l'ARS Île-de-France allouera une enveloppe de crédits non reconductibles de 1,5 millions d'euros pour soutenir la réalisation de ces projets.

→ Consolidation des dispositifs d'accueil temporaire en établissements pour soutenir la vie à domicile

Les accueils de jour autonomes ou rattachés aux EHPAD offrent la possibilité de mener des activités thérapeutiques en journée de manière à préserver les capacités cognitives et l'autonomie des personnes à domicile. Le décret de 2013 a permis que ce mode d'accompagnement ait un seuil minimal de places (6 ou 10 places selon le type de portage)

afin de garantir un projet d'établissement spécifique, une équipe de professionnels dédiés et un projet de vie et de soins adapté aux besoins de l'usager. Malgré cet effort de

regroupement de places, les accueils de jour peinent parfois à répondre au besoin de ce soutien à domicile des personnes âgées.

L'hébergement temporaire, accueil à temps complet en EHPAD, sur une période de 3 mois renouvelable, permet de répondre notamment à un besoin de transition en sortie d'hospitalisation ou de répit d'un aidant à domicile. Ce mode d'accueil rencontre également des difficultés pour conserver sa mission première de proposer des séjours de courte durée.

3/ Politique de restructuration de l'offre

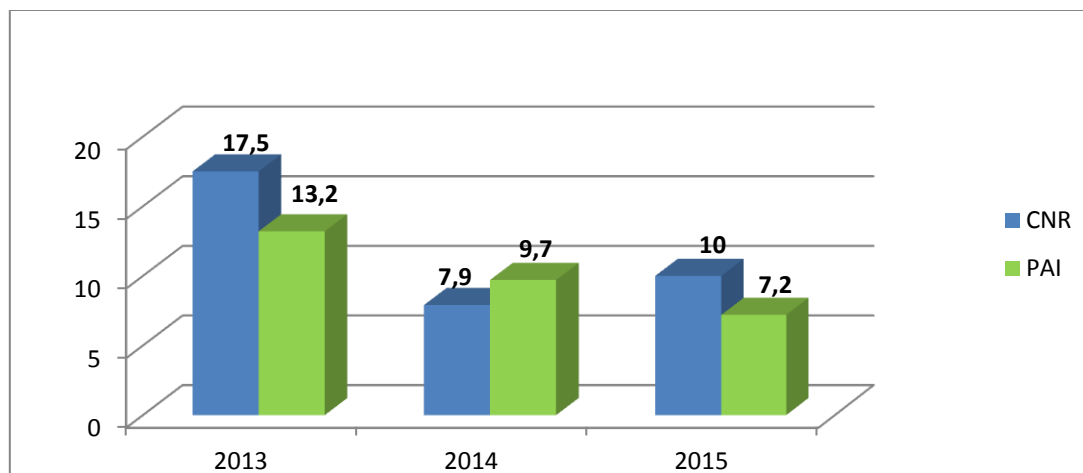
L'ARS Île-de-France a souhaité engager une politique volontariste d'accompagnement des établissements et services en situation de fragilité de manière à anticiper des risques de dysfonctionnements. Les critères de fragilité étudiés sont une capacité autorisée faible, des difficultés de gestion, une sous-activité chronique, une vétusté des locaux...

Depuis début 2013, ce sont environ 180 structures pour personnes âgées (EHPAD et SSIAD) qui se sont engagées dans une démarche de restructuration : fusion, transfert de gestion, regroupement, rénovation, relocalisation...

L'ARS accompagne ces évolutions, notamment par un soutien financier aux opérations d'investissement et de restructurations immobilières.

Depuis 2013, plus de 65.5M€ ont été alloués au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI) ou de l'appui à la prise en charge des frais financiers :

Aide à l'investissement dans le secteur « personnes âgées »



Par ailleurs, des travaux régionaux ont été menés en 2013 afin de définir les conditions d'amélioration du fonctionnement des AJ-HT, ceux-ci ont abouti à la rédaction de préconisations régionales qui ont été diffusé aux opérateurs. Il n'en reste pas moins qu'une réflexion doit de nouveau être engagée afin de mobiliser tous les leviers existants pour améliorer la réponse aux besoins dans le cadre d'une filière de prise en charge clairement définie.

Les SSIAD feront également l'objet, d'ici la fin 2016, d'une réflexion sur leur fonctionnement en Île-de-France, en lien avec les principaux partenaires. En effet, il est constaté de fortes disparités dans le mode de fonctionnement de ces services selon les départements, le type de gestionnaires, avec des situations financières parfois inquiétantes, et une qualité du service rendu aux usagers difficilement mesurable.

Objectifs opérationnels 1-3

Renforcer une logique d'efficacité du système

L'ARS Île-de-France conduit des actions de natures différentes qui s'inscrivent dans une logique de plus grande efficacité de notre système de santé, de manière à offrir les meilleurs soins aux meilleurs coûts.

→ Les actions menées dans le cadre de la gestion du risque (GDR)

En 2013 et 2014 des actions d'information et d'échanges ont été conduites dans les 8 départements de la région. Les thèmes retenus pour ces journées étaient la prévention des chutes, la lutte contre la dénutrition, les prises en charge non-médicamenteuses des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

Dans le cadre d'un partenariat ARS/CPAM, une méthodologie de ciblage des EHPAD atypiques a été élaborée et testée ainsi qu'une fiche d'analyse type (Kit d'analyse). Cette fiche est un outil d'aide à la décision pour construire le plan d'action adapté à la situation de

l'établissement étudié. En 2016, les indicateurs et les valeurs de référence ont été affinés, les bases de données CPAM (Base GDR-EHPAD et ResidEhpad) seront croisées avec les bases de données de l'ARS (évaluations externes et bases financières). Cette fiche sera renseignée depuis les bases et pourra être utilisée par les délégations territoriales de l'agence comme base de négociation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), mais aussi en vue de programmes de contrôles ou d'inspections.

→ Les expérimentations d'initiative régionale

La recherche d'efficacité de notre système de santé passe par une amélioration du service rendu aux usagers tout en utilisant de manière optimale les financements publics disponibles. Or, il s'avère que les besoins des usagers évoluent et que les dispositifs de prises en soins et d'accompagnement doivent également s'adapter. Les expérimentations menées en Île-de-France ont pour objectif de démontrer le potentiel de gain qualitatif pour l'utilisateur mais aussi de gain économique de certains dispositifs, non déployés à ce jour.

L'expérimentation d'une présence infirmière de nuit en EHPAD

L'ARS met au cœur de son action l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées. Les EHPAD ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de ce parcours en s'organisant pour réduire les hospitalisations évitables et améliorer la continuité des soins en établissement.

L'Agence mène une expérimentation liée à la présence infirmière chaque nuit au sein des EHPAD expérimentateurs afin de diminuer les hospitalisations en urgence des résidents et de favoriser les retours anticipés d'hospitalisation. Il ne s'agit pas d'une astreinte infirmière, mais bien d'un passage systématique chaque nuit de l'infirmier au sein des 3 à 4 EHPAD dont il a la charge.

Le dispositif repose donc sur la création d'un poste d'infirmier « mobile » de nuit mutualisé sur 3/voire 4 EHPAD de proximité (soit 3 ETP pour assurer la présence 7/7 jours sur trois ans), financé au moyen d'une allocation de crédits non reconductibles issus de l'assurance maladie. Ce sont 6,2 millions d'euros sur 5 ans qui ont été mobilisés.

Cette expérimentation régionale a été lancée auprès de 7 des 8 départements franciliens (Paris intégrant une variante du dispositif mi 2015). Elle s'appuie sur l'exploitation de données réalisée sur 24 EHPAD : 3 EHPAD par département, géographiquement proches, avec une population homogène. Les modes de fonctionnement peuvent varier selon les départements : la majorité dispose d'un infirmier salarié de l'un des EHPAD expérimentateurs, mais deux départements font intervenir pour l'un un soignant du centre hospitalier de proximité, et pour l'autre un infirmier salarié d'un SSIAD de nuit.

Les premiers constats sont encourageants : l'organisation des soins sur 24 heures favorise l'anticipation des situations de crise, la réduction de la durée des séjours hospitaliers, améliore la qualité de vie des résidents et favorise la réassurance des personnels de nuit.

Des évaluations qualitatives et médico-économique sont en cours d'élaboration par l'INSERM et le GéronD'If (Géronto-pôle d'Île-de-France).

Autre apport de l'expérimentation : la réalisation de 20 fiches pratiques pour les professionnels des EHPAD sur la conduite à tenir en situation d'urgence. Ce guide a été créé pour accompagner les aides-soignants, aides médico-psychologiques et infirmiers dans certaines situations d'urgence, lorsqu'aucun médecin n'est présent dans l'établissement. Plus de 100 professionnels d'Île-de-France, ont contribué à sa réalisation et son évaluation (document disponible sur le site de l'agence). Il est le fruit d'un travail conjoint de l'ARS Île-de-France et de la Société de Gériatrie et de Gérontologie d'Île-de-France (SGGIF) qui sera prochainement porté au niveau de l'instance nationale. Ce guide se veut un outil du quotidien pour ces professionnels de santé.

L'expérimentation de places de SSIAD renforcés

Cette expérimentation, précédemment évoquée, s'inscrit dans la même démarche d'efficacité de notre système de santé.

➔ La mise en place d'une modulation de la tarification en fonction de l'activité réalisée

Depuis trois ans, l'ARS a engagé un processus d'incitation à la pleine utilisation des capacités autorisées au sein des EHPAD et des soins de longue durée hospitaliers afin de mieux répondre aux besoins toujours plus importants quantitativement. Les effets attendus sont une optimisation des places disponibles, un ajustement possible des tarifs hébergement à la baisse ou encore un engagement dans un processus de restructuration.

Ainsi, une modulation de la dotation soin est opérée à la baisse dès lors que sur les 3 derniers exercices le taux d'occupation constaté est en dessous de 95%. Cette modulation est temporaire et consiste à opérer une retenue financière sur le budget soin à hauteur de 0,5% par point d'activité non réalisé en dessous de 95%.

Ainsi, en 2014, 96 EHPAD (soit 15% des EHPAD franciliens) apparaissaient sous-occupés, faisant apparait un potentiel de plus de 1 000 places disponibles sur la région. En 2016, 120 EHPAD ont été identifiés représentant un potentiel de plus de 1 400 places disponibles. Cette augmentation est probablement plus le fait d'une amélioration dans le dispositif d'identification que d'une aggravation de la sous-occupation. Les données 2016 sont les plus fiables.

	2014	2015	2016
<i>Nb de EPHAD en sous occupation</i>	96	109	120
<i>Places vacantes</i>	1 005	1 263	1 466
Moyenne places vacantes par EHPAD	10,47	11,59	12,22

→ Le passage des EHPAD en CPOM et EPRD

L'article 58 de la loi ASV prévoit le passage obligatoire de tous les EHPAD en contrats pluriannuels d'objectifs et de dépenses (CPOM) dès le 01/01/2017 (en remplacement des conventions tripartites pluriannuelles), sur la période 2017-2021.

Le CPOM est signé avec l'organisme gestionnaire détenteur de l'autorisation, il pourra donc être pluri-EHPAD et intégrés d'autres type d'établissement (notamment les SSIAD) s'ils sont situés dans le même département, voire au-delà s'il y a un accord des départements.

Au regard de la situation francilienne, ce sont 392 CPOM qui devraient être signés conjointement avec les conseils départementaux, dans les prochaines années.

Le CPOM constituera l'outil de déclinaison des schémas (PRS, mais également schémas départementaux), en cohérence avec les objectifs portés par les organismes gestionnaires.

Nombre de gestionnaires	Nombre établissements
392	744
Structuration des gestionnaires EHPAD sur l'Île de France	
Gestionnaires mono-structure	268
Gestionnaires 2 ESMS	60
Gestionnaires 3 ESMS	25
Gestionnaires 4 ESMS	12
Gestionnaires 5 ESMS	6
Gestionnaire > 6 ESMS	21

La loi ASV prévoit également le passage des EHPAD en état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), en passant d'une logique d'approbation de charges/dépenses à une approche plus globale fondée sur les ressources, permettant de renforcer l'autonomie de gestion et la responsabilité des opérateurs. Cette nouvelle forme de gestion nécessitera une attention accrue auprès des structures en situation de fragilité, en particulier les établissements isolés (mono structure).

→ Les indicateurs ANAP

Dans le cadre de la généralisation nationale des tableaux de bord de la performance, l'ARS Île-de-France est entrée dans la démarche pour le secteur personnes âgées en 2016.

Sur la base de données renseignées par les ESMS, les tableaux de bord fournissent des données essentielles et inédites jusqu'à présent sur le fonctionnement des établissements (activité, situation financière, populations prises en charge etc) permettant à chaque structure de mieux connaître son positionnement par rapport aux établissements similaires, mais également de disposer de données quantitatives et qualitatives au niveau régional.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR ASSURER UN PARCOURS DE VIE ET DE SOINS RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA PERSONNE

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'accompagnement des personnes en situation de handicap tout au long de leur parcours de vie, constitue un enjeu fort en Île-de-France impliquant l'ensemble des acteurs institutionnels de la politique du handicap (Education Nationale, DIRRECTE, Conseils Départementaux, MDPH, etc).

Au-delà de ces objectifs transversaux d'accompagnement, un focus spécifique est réalisé sur certains types de handicap faisant l'objet de plans nationaux (autisme, handicap rare) et/ou identifiés prioritairement dans le cadre du SROMS (handicap psychique, handicap neurologique).

Enfin, en termes d'adaptation de l'offre, les évolutions ou perspectives de travail engagées s'agissant des déficiences sensorielles et des troubles de la conduite et du comportement font l'objet d'une analyse spécifique.

1. L'ACCOMPAGNEMENT DU PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : ACTIONS TRANSVERSALES

Au vu des progrès médicaux en termes de diagnostic et de traitement des pathologies liées au handicap, l'accompagnement du parcours de vie des personnes de la naissance, au vieillissement implique, en lien avec les ESMS concernés, un ensemble d'acteurs au niveau régional et départemental, et a fait l'objet d'actions spécifiques dans le cadre du SROMS.

De nouvelles orientations, intervenues après la publication de ce premier schéma, concernant l'accompagnement des situations individuelles critiques en lien avec les MDPH et

l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont également présentées et constitueront des axes majeurs du futur PRS concernant le handicap.

Elles s'inscrivent dans les suites du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution », aujourd'hui décliné par la mission menée par Mme Desaulle « Réponse accompagnée pour tous » et du rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins.

1. L'accompagnement précoce du handicap en lien avec la PMI et les acteurs de la périnatalité

Le SROSMS 2013–2017 insistait sur l'importance de la prise en charge précoce afin de proposer un accompagnement dans des délais raisonnables aux familles confrontées à un trouble du développement de leur enfant et d'éviter ainsi de possibles sur-handicaps.

A titre d'exemple le programme de dépistage de la surdité néonatale déployé en Île-de-France par les acteurs de la périnatalité doit pouvoir s'inscrire dans le cadre d'un accompagnement médico-social en lien avec les acteurs de santé.

La mise en œuvre du schéma a permis des améliorations en termes de développement de l'offre : les capacités d'accueil des CAMSP ont été développées, la mise en place d'un rapport d'activité type pour les CAMSP permettra à terme une meilleure visibilité des besoins, un texte réglementaire a également permis la prise en charge effective des transports en CAMSP et CMPP.

Malgré tout, compte tenu de l'accroissement démographique de la région et des inégalités territoriales de santé, ce sujet du diagnostic et de l'accompagnement précoce reste majeur en Île-de-France.

Développement de l'offre : plus de 370 places de CAMSP créées ou en cours de création

Un CAMSP de 100 places a ouvert à Aulnay-sous-Bois en mars 2016 suite à un appel à projet lancé en 2015. Un nouvel appel à projet a été lancé le 8 juin 2016 pour la création d'un CAMSP de 100 places dans le sud des Hauts-de-Seine.

Par ailleurs, il a été procédé à des extensions de capacités de CAMSP existants : le CAMSP « les beaux Soleils » dans le Val-d'Oise a vu sa capacité augmenter de 50 places en 2013, l'extension du CAMSP de Courbevoie de 60 places dans les Hauts-de-Seine est effective depuis 2015. Enfin une extension du CAMSP du centre hospitalier de Versailles a été dédiée tout récemment à des interventions précoces auprès d'enfants atteints de troubles du spectre autistique à partir de 18 mois (cf. supra / plan autisme).

En Seine-et-Marne, le CAMSP de Fontainebleau a ouvert une antenne à Montereau en 2012 et une autre antenne va être ouverte sur Provins, permettant ainsi une meilleure couverture du département et une diminution du temps de transport des enfants.

Enjeu du PRS 2018-2022 : si le SROSMS 2013-2017 a permis une augmentation des capacités d'accueil des CAMSP, les délais d'attente dans de nombreux CAMSP montrent que l'offre est encore insuffisante.

Le développement des CAMSP reste donc un objectif du prochain PRS, avec la limite de la compétence d'autorisation conjointe avec les Conseils départementaux.

Etude relative à la gestion des listes d'attente dans les CMPP

Dans l'optique également de permettre aux enfants de bénéficier d'une prise en charge précoce, l'ARS a missionné un cabinet afin de définir les conditions de réduction des délais d'attente dans les CMPP, dans le même esprit que ce qui a été fait pour les CMP de Seine-et-Marne avec des améliorations notables. Cette étude a démarré dans le Val d'Oise.

Un diagnostic de l'ensemble des CMPP a donc été réalisé où il a été noté que le délai d'attente entre le premier contact et le début du traitement va de 5 à 36 mois. Des bonnes pratiques ont été identifiées et des pistes d'améliorations suggérées. De nouvelles méthodologies de travail vont donc se mettre en place et cette étude devrait être l'occasion d'œuvrer à une plus grande collaboration entre les CMP et CMPP du département.

Si les résultats sont probants, il est envisagé que cet appui soit dispensé dans d'autres départements franciliens.

Connaissance des besoins

L'élaboration d'un rapport d'activité type pour les CAMSP par la CNSA et sa diffusion officielle en 2016 permettra à terme d'avoir une meilleure connaissance de l'activité des CAMSP, de leur file active, des déficiences rencontrées et des besoins des populations par territoire. Ces informations permettront à l'Agence de mieux identifier les besoins et d'envisager de nouvelles adaptations de l'offre.

Transports

La problématique des frais de transport liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne se pose plus puisque selon le décret paru le 27 mai 2014, ces derniers sont « pris en charge intégralement par l'assurance maladie ».

2. L'inclusion scolaire des enfants et l'accès à la qualification des jeunes en situation de handicap en lien avec l'Education Nationale, la DIRECCTE et le Conseil Régional

Inclusion scolaire

Au-delà des mesures engagées pour la scolarisation en maternelle des enfants avec autisme, l'ARS en collaboration avec l'Education nationale a pour objectif de développer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire, conformément aux mesures annoncées lors de la Conférence nationale du handicap de 2014

Elle s'attache donc à augmenter les unités d'enseignement externalisées (UEE) : 44 existent d'ores et déjà en Île-de-France et 14 sont en projets pour la rentrée 2016. Par ailleurs la

prochaine sortie du cahier des charges des UEE permettra d'harmoniser les pratiques existantes et d'atteindre le même niveau d'exigences pour toutes les UEE.

L'accès à la qualification professionnelle des jeunes adultes : la convention IPJH signée avec l'Education Nationale

L'insertion professionnelle et l'accès à la qualification de jeunes en situation de handicap était un des axes d'amélioration retenu dans le cadre du SROMS. En effet l'orientation, puis l'obtention d'un diplôme et l'insertion sur le marché de l'emploi relèvent d'un parcours complexe pour ce public spécifique.

C'est la raison pour laquelle, l'ARS s'est inscrite en janvier 2012 dans les travaux du PRITH (Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés) piloté par la DIRECCTE, notamment dans l'axe relatif à l'amélioration de l'insertion professionnelle des jeunes handicapés.

A été conclue dans ce cadre, en novembre 2015, la Convention régionale de partenariat pour l'insertion professionnelle des jeunes handicapés (IPJH).

Cette convention est le fruit d'un long travail interinstitutionnel entre la DIRECCTE, l'Education nationale, le Conseil régional, l'ONISEP et l'AGEFIPH. La convention associe par ailleurs des universités et des représentants de grandes entreprises.

La convention a pour objectifs d'assurer une collaboration étroite entre enseignement secondaire (milieu ordinaire et spécialisé), enseignement supérieur et entreprises et de mobiliser les moyens nécessaires, en termes d'accompagnement.

Concernant l'accompagnement, l'Education nationale a mis à disposition dans chacune des trois académies de la région un chargé de mission académique d'insertion et l'ARS finance à titre expérimental quatre conseillers en insertion dans les départements du 78, 93, 94 et 95 pendant deux ans à hauteur de 324 000€.

Ces conseillers ont pour mission de :

- repérer l'ensemble des acteurs de l'insertion, de la formation et de l'emploi ;
- mettre en réseau ces différents acteurs afin d'optimiser la réponse aux besoins des jeunes en lien avec l'environnement socio-économique ;
- contribuer à la mise en place de projets innovants en fonction des besoins départementaux ;
- favoriser les rencontres entre les différents partenaires par l'organisation de réunions, forums... ;
- rapprocher les jeunes de l'entreprise par la prospection (lieux de stages, découverte des métiers, rencontres employeurs...).

3. L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés d'ESAT en milieu ordinaire de travail en lien avec la DIRRECTE et l'AGEFIPH

On compte en Île-de-France 994 travailleurs handicapés concernés par une mise en emploi en milieu ordinaire de travail en 2015, avec ou sans convention de mise à disposition ou d'appui, ou hors convention soit 8% des travailleurs handicapés accueillis en établissement et service d'aide par le travail - ESAT en 2015 (données enquête nationale CINODE, 2016).

Afin d'impulser une évolution des pratiques sur le territoire francilien, en 2014/2015, l'ARS en lien avec la DIRRECTE a copiloté un groupe de travail sur la sécurisation du parcours du travailleur handicapé accueilli en ESAT et souhaitant intégrer le milieu ordinaire. Ce groupe associant les « acteurs-prescripteurs » du marché de l'emploi : cap emploi, pôle emploi, ainsi que des MDPH et ESAT, a élaboré un guide règlementaire mettant également en exergue les pratiques réussies sur le territoire francilien des ESAT. Ces guides feront l'objet d'une large diffusion dans le cadre du Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH).

4. L'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement et la meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées sont autant de facteurs favorisant l'allongement de l'espérance de vie.

Selon les résultats de l'enquête ES 2010, l'âge moyen des personnes en situation de handicap accueillies dans les établissements médico-sociaux franciliens progresse, de 36 ans en 2001 à 39 ans en 2010. Ce phénomène en Île-de-France est particulièrement prégnant dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées (en 2010, 46% des personnes dans ces structures ont 45 ans et plus).

Les données issues des indicateurs ANAP 2015 montrent, en toute logique compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, que les personnes âgées de 45 ans et plus représentent 51% des usagers en FAM et 47% des usagers en MAS. Ces chiffres montrent bien l'enjeu global d'accompagnement du vieillissement sur l'ensemble des établissements pour personnes handicapées adultes de la région.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap peut se traduire par une diminution des capacités fonctionnelles, une aggravation des déficiences sensorielles, l'apparition de handicaps ajoutés, la survenue de maladies dégénératives, l'augmentation d'épisodes aigus et suppose un accompagnement adapté à l'évolution des besoins en soins notamment en termes de prévention, de soins somatiques et de fin de vie.

Aussi, forte de ces constats, les orientations régionales (2013-2017) portées par l'ARS reposent sur deux principes :

- **l'adaptation de l'offre d'accompagnement « à destination des personnes handicapées vieillissantes »**, notamment le développement des établissements médico-sociaux ou unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes;
- **la recherche de modalités innovantes d'accompagnement** axées sur l'évaluation des besoins en soins et le parcours de soins des personnes handicapées vieillissantes afin d'éviter les ruptures se traduisant notamment par des hospitalisations itératives.

Le bilan de l'offre d'accompagnement dédiée aux personnes handicapées vieillissantes s'est traduit, sur la période 2010-2016, par une augmentation de 112% de l'offre : en 2010 on comptait 494 places dédiées aux PHV (données enquête ES 2010), en 2016, on compte 1046 places (données ARS).

A ce jour, l'Île-de-France bénéficie de 911 places en foyers d'accueil médicalisé, 50 places en unités dédiées aux personnes handicapées dans les EHPAD et 85 places de services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH).

L'évolution de l'offre s'accompagnera d'une évaluation de la qualité d'accompagnement en soins dans une démarche partenariale et territoriale sur la période 2016/2017.

Dans cette même perspective, les travaux de l'Agence se sont orientés sur la recherche de modalités innovantes d'accompagnement dans le parcours de soins avec :

- la rédaction d'une « grille d'anticipation des signes de vieillissement » en 2013, permettant d'identifier les premiers signes de perte d'autonomie et les risques de surmortalité de la personne en situation de handicap.

- l'élaboration d'un benchmark des pratiques d'accompagnement de ce public par les établissements médico-sociaux autorisés pour cette prise en charge spécifique coréalisé en 2015/2016 par le CREAHI et l'ARS.

Ce travail se poursuit en 2016-2017 afin d'aboutir à la rédaction de principes régionaux d'accompagnement adapté aux personnes handicapées vieillissantes.

5. L'accès aux soins des personnes handicapées

Depuis 2015, l'ARS a entrepris un état des lieux afin d'identifier les dispositifs de soins existants (1er recours, urgences, HAD, etc.), et en réponse développer et améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Des travaux ont également été entrepris en interne à l'ARS, en lien avec les pôles ambulatoire et établissements de santé pour créer un dispositif régional d'accès aux soins dédiés pour les personnes en situation de handicap (consultations ambulatoires et/ou hospitalières), sur la base d'une instruction nationale publiée fin 2015.

Plusieurs chantiers ont ainsi été ouverts depuis 2015 pour répondre à l'objectif d'un accès optimisé aux soins pour les personnes handicapés.

Deux chantiers sont en cours pour analyser les conditions d'accès aux soins des personnes handicapées

- **Urgences et handicap.** Des travaux visant à diminuer les recours évitables aux urgences ont été engagés, afin de proposer des solutions notamment : le développement d'un accès à des soins compétents par le biais entre autres mesures de l'accès à une expertise téléphonique (par exemple intégrée au SAMU Centre 15), l'accès aux informations utiles et actualisées en cas d'urgence grâce à la généralisation du DLU (Dossier de Liaison d'Urgence) dans les établissements médico-sociaux, et la diffusion d'une Charte de l'Accueil de la personne handicapée aux urgences. Les premières actions de ce chantier devraient pouvoir être déployées au 2nd semestre 2016, sous la forme d'une cartographie des SAU (Services d'Accueil des Urgences) accueillant les personnes en situation de handicap en Île-de-France.

- **Hospitalisation à domicile (HAD).** Il a été retenu comme objectif de développer les interventions de l'HAD en établissement médico-sociaux, que ce soit en EHPAD mais également en MAS, l'HAD étant un dispositif de soins jusqu'alors trop peu souvent utilisé dans ces structures. A cet effet, un groupe de travail conjoint entre les pôles sanitaire et médico-social de l'ARS a été constitué, afin d'identifier les freins et les leviers d'une intervention de l'HAD en EHPAD et en MAS. Ce chantier est en cours, et des propositions d'actions devraient être identifiées au cours du 2nd semestre 2016.

Des dispositifs dédiés de soins de 1^{er} recours en cours d'identification et/ou de déploiement

En adéquation avec les recommandations de la charte Romain Jacob, trois thématiques de soins de 1^{er} recours ont été identifiées comme prioritaires pour les personnes en situation de handicap : soins gynécologiques, soins somatiques et soins bucco-dentaires.

- Les travaux ont démarré en 2015, en lien avec la Fondation Hospitalière Sainte Marie, sur **l'accès aux soins gynécologiques des femmes en situation de handicap** (travaux financés via des crédits FIR). L'objectif est de rédiger un document de référence d'identification des besoins et de

l'offre de soins, dont l'offre de soins dédiées, qui contribuera au projet régional de réponse adaptée de l'accès aux soins gynécologiques des personnes en situation de handicap.

- A également été planifiée pour l'année 2016 une expérimentation concernant la **prise en charge buccodentaire** des personnes handicapées (adultes et enfants) dans les établissements médico-sociaux (MAS, FAM et IME) de l'Essonne, en partenariat avec le réseau de soins bucco-dentaires APPOLLINE 91.

Parallèlement, l'Agence accompagne **trois projets de télémédecine** dans le champ du handicap impliquant des structures médico-sociales, dont deux se déploient dans le champ de l'autisme et un dans le champ du polyhandicap.

6. L'accompagnement des situations individuelles critiques

L'ARS est fortement impliquée dans la gestion des « situations critiques » de personnes handicapées avec un référent régional et la participation active des Délégations Territoriales qui siègent au sein des commissions cas critiques mises en places par les MDPH¹ conformément à la circulaire du 22 novembre 2013.

Sont définies par la circulaire susvisée, comme étant critiques, les situations :

- dont la complexité de prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ;
- et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en causes

Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations de critiques.

Le dispositif proposé par la circulaire propose trois niveaux de prise en charge de ces personnes en situation critique :

- A l'échelon départemental, les MDPH doivent mettre en place, comme c'est le cas dans plusieurs départements (ou poursuivre et renforcer le système s'il existe déjà) une commission en charge de la gestion des situations critiques. Cette commission travaille en lien avec la CDAPH. Elle examine les situations critiques ; identifie les éléments de blocage et les modalités permettant d'aboutir à une réponse adaptée...Membres de la commission : MDPH, ARS, CG, CPAM, secteur hospitalier, représentants des gestionnaires médico-sociaux, représentants des personnes et de leurs familles, éducation nationale, en tant que de besoin, le ou les directeurs d'établissements concernés, le cas échéant...
- A l'échelon régional, les ARS désignent, en leur sein, un référent régional pour les situations critiques. Il lui sera confié une mission opérationnelle (traitement des situations de cas critiques signalées par les MDPH...) et une mission d'analyse et de diffusion des bonnes pratiques
- A l'échelon national, la CNSA met en place une cellule nationale d'appui aux situations critiques chargées d'une mission d'appui opérationnelle (aide à la gestion des situations critiques) et une mission d'analyse et diffusion des bonnes pratiques (état des lieux, bilan annuel complet du dispositif...)

¹ MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

Le bilan en Île-de-France fait état des points suivants :

- la mise en place des commissions cas critiques a été réalisée sauf dans les Yvelines où existe néanmoins un dispositif traitant ces situations complexes
- le référent régional a été désigné ; actuellement 28 dossiers sont en cours d'examen au niveau régional et depuis janvier 2014, 8 dossiers ont trouvé une solution
- 4 dossiers ont été adressés à la CNSA : aucune solution n'a pu être trouvée depuis pour ces dossiers malgré la mobilisation d'autres partenaires, en particulier sur le handicap rare.
- Au niveau départemental, il ressort du bilan réalisé par la CNSA au titre de l'année 2015 qu'environ 100 situations critiques ont été examinées par les commissions ad hoc constituées au sein des MDPH

Les difficultés de mise en place de cette circulaire sont liées à différents éléments :

- Absence de système d'information permettant de lier les orientations des MDPH aux places vacantes dans les ESMS
- Absence de pouvoir des autorités administratives (ARS, Conseils Départementaux) d'imposer une personne dans une structure

Suite aux préconisations du rapport PIVETEAU de juin 2014, un nouveau dispositif « une réponse accompagnée pour tous » est mis en place depuis 2015, dispositif piloté par Marie-Sophie DESAULLE. Ce dispositif remplacera fin 2017 celui mis en place par la circulaire de novembre 2013 et est, en particulier, en cours d'expérimentation en Seine-et-Marne.

Au-delà des évolutions législatives inscrites dans l'article 89 de la loi santé concernant le « dispositif d'orientation permanent » mis en place au niveau des MDPH, avec élaboration d'un plan d'accompagnement global mobilisant les financeurs (ARS, Conseil départemental, CPAM) et les ESMS (identification nominative avec obligation de motiver les refus d'admission, possibilité pour l'ARS d'autoriser l'ESMS à déroger à sa spécialité), la philosophie sous tendue par cette mission est l'évolution des modes de réponse à apporter individuellement.

Enjeux du PRS 2018-2022 : l'ensemble des acteurs de la politique du handicap doivent évoluer vers la co-construction de réponses globales comportant un ensemble coordonné de mobilisation d'acteurs sanitaires et sociaux, d'appuis d'expertise, de procédures d'urgences, etc. garantissant effectivement le parcours sans rupture pour chacun.

2. Focus sur l'accompagnement de certains handicaps : autisme, handicap rare, handicap neurologique, handicap psychique

Compte tenu de l'existence de plans nationaux et des orientations et travaux engagés au niveau régional sur certains types de handicaps, ceux-ci font l'objet d'un focus spécifique.

7. La mise en œuvre du 3^{ème} plan autisme

L'ARS Île-de-France assure la mise en œuvre du 3^{ème} plan autisme 2013-2017, pour lequel une enveloppe de 34 642 496 € lui a été notifiée.

Les enjeux majeurs de ce plan, qui s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la HAS et de l'ANESM, sont le « triptyque » (repérage, diagnostic, interventions précoces à compter de 18 mois), l'accompagnement tout au long de la vie et le soutien des familles. La sensibilisation et la formation des aidants et de l'ensemble des professionnels ainsi que la recherche sont également inscrits dans les axes du plan.

Un plan d'actions régional (PAR), déclinaison régionale du plan autisme, a été présenté aux diverses instances de concertation (Comité Technique Régional Autisme, CRSA). Le PAR s'inscrit dans les objectifs du PRS de

- réduction des inégalités territoriales,
- accès de proximité
- structuration et de lisibilité de l'offre,
- gradation des soins

Afin de répondre à ces enjeux, l'ARS a décidé d'initier une démarche d'évaluation concertée territoriale (DECT) dans chaque département en collaboration avec les partenaires (Conseil Départemental, Education Nationale, MDPH, PMI), acteurs locaux (médico-social, psychiatrie) et familles. Dans le cadre de la DECT, des groupes de travail ont mené une réflexion sur le triptyque et sur une problématique identifiée dans chaque territoire (situations complexes, parcours de scolarisation, passage de l'adolescence à l'âge adulte...). Elle a débuté en mars 2014 et sera finalisée en juin 2016.

La DECT permet à la fois de faire un diagnostic territorial partagé et d'initier une dynamique de changement et de coopération des acteurs autour d'une feuille de route spécifique à chaque département. Elle sera clôturée en **novembre 2016 par une journée régionale autisme** présentant les résultats de la démarche.

1. Le triptyque : repérage, diagnostic et interventions précoces à compter de 18 mois

Repérage : l'ARS Île-de-France a pris le parti dans un premier temps de structurer le dispositif de diagnostic et d'évaluation autisme dans les territoires et au niveau régional, et de développer des places destinées aux interventions précoces avant de mener des actions en faveur de l'amélioration du repérage des signes d'alerte.

Les enfants à haut risque de Troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont les enfants puînés d'une famille ayant déjà un enfant avec autisme et les enfants grands prématurés avec ou sans retard de croissance in utero.

Axe de travail pour le PRS 2018-2022 : les actions en faveur de l'information des familles, la formation des professionnels de la petite enfance et les liens avec les réseaux de périnatalité seront un des enjeux du prochain PRS.

Diagnostic : l'ARS a poursuivi son action en faveur du financement d'équipes de diagnostic et d'évaluation autisme. Aux deux nouveaux centres de diagnostic autisme enfants financés entre 2010 et 2012 sur la DAF de psychiatrie (Pédiated au Centre Hospitalier de Versailles, Uni-Teds au Centre Hospitalier de Marne La Vallée) un centre de diagnostic supplémentaire a été ouvert au Centre Jean Verdier en Seine-Saint-Denis (UNIDEP). Le nombre de centres de diagnostic et d'évaluation autisme pour les enfants s'élève désormais à 8.

Afin de répondre aux enjeux d'accès aux soins de proximité et de gradation des dispositifs, des **plateformes de diagnostic et d'évaluation autisme** portées par des CAMSP/CMPP et associant des CMP seront identifiées d'ici fin 2017 dans chaque territoire, en référence à un cahier des charges. Elles assureront le diagnostic et l'évaluation, la coordination du projet de soins et des accompagnements avec les acteurs de proximité. Elles travailleront en articulation avec les centres de diagnostic, ceux-ci étant réservés à des diagnostics et évaluations complexes.

Les crédits médico-sociaux attribués à ces plateformes s'élèvent à 3 120 000 €. La répartition par département a été réalisée en fonction des critères suivants : démographie, nombre de centres de diagnostic et densité de la psychiatrie infanto-juvénile sur le territoire.

Département	Crédits ARS	Nombre de plateformes
75	300 000	2
77	400 000	2
78	270 000	1 + coordination Versailles
91	450 000	2
92	450 000	2
93	500 000	2
94	300 000	1
95	450 000	2
Total général	3 120 000	15

Difficultés rencontrées dans la programmation des projets cofinancés avec les Conseils Départementaux (CD) de CAMSP : en avril 2016, plus de la moitié des départements de la région ne s'était pas positionné, ce qui bloque le lancement des appels à projet liés à ces créations de plateformes de diagnostic/CAMSP.

Interventions précoces : l'ARS Île-de-France finance **deux sites pilote médico-sociaux d'interventions ultra précoces** pour des jeunes enfants à compter de 18 mois selon des méthodes spécifiques, **en lien avec deux centres hospitaliers**.

Des coopérations sanitaires et médico-sociales sont mises en œuvre pour ces deux dispositifs et des financements conjoints ont été attribués :

- le Centre Hospitalier de Versailles et son centre de diagnostic (Pédiated) pour le diagnostic et le CAMSP de Versailles qui a ouvert en 2015 une unité d'interventions ultra-précoces pouvant accompagner 10-12 enfants à compter de 18 mois
- le Centre Hospitalier Robert Debré pour le volet diagnostic et un SESSAD interventions ultra-précoces devant ouvrir avant fin 2016 sur l'ancien site de l'hôpital Saint-Michel, à Paris

Le Centre Hospitalier de Versailles a organisé des journées de sensibilisation et de formation à l'Early Start Denver Model ou modèle de Denver, sur lequel s'appuient les méthodes d'intervention. Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Versailles est inscrit dans un projet de recherches avec les équipes de Lyon, Strasbourg et Bron portant sur l'impact de ces interventions sur les enfants.

Les deux structures médico-sociales, en lien avec les centres hospitaliers, auront une mission de sensibilisation, de guidance et de transfert des compétences auprès des structures petite enfance accompagnant ces enfants et des familles.

Dans l'ensemble des départements de la région, il est prévu de **réserver un certain nombre de places de SESSAD aux très jeunes enfants à compter de 18 mois**. Les appels à projets en cours et la programmation des places autisme prennent en compte cet impératif.

Unités d'enseignement en classe maternelle (UEM) : le troisième plan autisme a prévu la mise en place d'un nouveau dispositif. Il s'agit d'expérimenter dans chaque département une classe accueillant 7 enfants avec autisme sévère et troubles du comportement, dans une école maternelle, avec accompagnement médico-social à temps plein, un enseignant et la supervision des pratiques. La formation des parents et des professionnels est assurée en amont de l'ouverture de la classe. L'ouverture de ces UEM nécessite un travail collaboratif de l'ARS, l'Education Nationale, la MDPH, les centres de diagnostic, les CAMSP, le centre de ressources autisme, et les communes d'implantation de ces écoles.

Les retours d'expériences ont fait ressortir les progrès des enfants. Compte tenu de ces résultats, l'ARS a décidé de financer, en sus des crédits du plan autisme, deux UEM supplémentaires en 2016 (sud Seine-et-Marne, Val d'Oise à Argenteuil) et une deuxième UEM en Seine-Saint-Denis en 2017.

2. L'accompagnement tout au long de la vie

La région Île-de-France enregistre un taux d'équipement insuffisant par rapport aux besoins, et le tableau suivant des taux par département fait apparaître globalement (IME + SESSAD) en début de PRS, des inégalités territoriales importantes.

Taux d'équipement places autorisées 2013			
DEPARTEMENT	SESSAD	IME	SESSAD + IME
75	0,34	0,79	1,14
77	0,22	0,63	0,85
78	0,09	0,27	0,37
91	0,20	0,11	0,30
92	0,18	0,33	0,52
93	0,10	0,26	0,36
94	0,16	0,32	0,48
95	0,10	0,25	0,35
région	0,18	0,38	0,56

S'agissant du taux d'équipement pour adultes, il s'élève en début de PRS, au niveau régional à 0,14.

	MAS	FAM	MAS + FAM
75	0,08	0,03	0,11
77	0,17	0,02	0,20
78	0,00	0,13	0,13
91	0,09	0,06	0,15
92	0,00	0,15	0,15
93	0,06	0,03	0,09
94	0,08	0,06	0,14
95	0,05	0,08	0,13
region	0,07	0,07	0,14

Le plan autisme a prévu pour accompagner tout au long du parcours :

- **un développement de l'offre médico-sociale** en privilégiant l'inclusion pour les enfants (création de places de SESSAD exclusivement, avec un montant de crédits de 5 349 532 €, aucune création de places en établissement) et création de places pour adultes pour un montant de crédits de 13 M€.
- **une évolution des établissements et services médico-sociaux** spécifiques autisme ou accueillant de fait des personnes avec autisme, **et des hôpitaux de jour**, en référence aux RBPP. Les structures médico-sociales devront renseigner un outil d'appui à l'évolution de l'offre et présenter d'ici fin 2016 un plan d'amélioration de la qualité. Cette adaptation des structures s'est concrétisée par des modifications d'agrément (reconnaissance de places autisme, modifications d'âge d'agrément) et se poursuivra jusqu'en 2017, visant à répondre aux besoins des territoires sur l'ensemble du parcours de vie de la personne.

Des appels à projets (AAP) de création de SESSAD ont été lancés, avec une répartition du nombre de places visant à un rééquilibrage territorial.

En sus des crédits du plan autisme, l'ARS a lancé des AAP de création d'IME autisme (93, 95) ou autorisé des extensions d'IME : l'accroissement de l'offre en faveur des personnes avec autisme a été une des priorités du PRIAC.

Concernant le développement de l'offre pour les adultes, on peut noter les difficultés rencontrées dans la programmation des projets cofinancés avec les Conseils Départementaux (CD) de FAM : absence de position ou réponse négative de certains CD

Le tableau suivant met en évidence l'évolution du nombre de places autorisées entre le début et la fin du PRS (hors modification d'agrément dans le cadre de l'évolution de l'offre) :

	nombre de places 2013	nombre de places fin 2017	créations de places 2017- 2013	écart 2017/2013 en %
enfants	1686	2433	747	44
IME	1148	1453	305	27
SESSAD	538	980	442	82
adultes	938	1270	332	35
MAS	422	483	61	14
SAMSAH	60	60	0	0
FAM	456	727	271	59
Total général	2624	3703	1079	41 %

Axes de travail pour le PRS 2018-2022 : l'insertion professionnelle, l'accès au logement

3. Dispositif spécifique pour les situations complexes de troubles du spectre de l'autisme en Île-de-France

Un dispositif spécifique d'accompagnement des situations complexes a été mis en place en Île-de-France en 2009 : trois Unités Mobiles Interdépartementales (UMI) et une Unité d'hébergement d'Urgence (USIDATU) au GH Pitié Salpêtrière.

Des crédits de renforcement de personnel (enveloppe psychiatrie) ont été attribués aux UMI et à l'USIDATU.

Compte tenu des délais d'admission à l'USIDATU et des difficultés de sortie, l'ARS a décidé de créer **4 unités renforcées interdépartementales de répit** pour l'accueil de personnes avec autisme et troubles du comportement majeur. (24 places au total) dont une réservée aux jeunes de 10 à 18 ans. Ces unités complèteront le dispositif spécifique pour les situations complexes.

Elles accueilleront les personnes sur un temps limité à 6 mois en amont de l'USIDATU et 9 mois maximum pour élaborer en lien avec les familles des projets de sortie de l'USIDATU. A ce titre, ces unités seront en soutien des familles face à des situations de troubles du comportement majeur.

4. Formation des aidants et des professionnels

Pour chacun de ces axes, la formation et la sensibilisation à l'autisme et aux RBPP est à mettre en œuvre au sein des établissements et services médico-sociaux (CAMSP, CMPP, IME, SESSAD, MAS, FAM..) et de santé (hôpitaux de jour, CMP..)

Face à cet enjeu, l'ARS finance un grand nombre de formations : pour exemple, en 2015, l'ARS a attribué environ 1M€ de crédits non reconductibles pour la formation des professionnels des structures médico-sociales.

En 2016, suite à un appel à projets de la CNSA, le Centre de Ressources Autisme Île-de-France organise des sessions de formation aux aidants non professionnels.

5. Une expérimentation innovante dans quatre départements : les dispositifs intégrés de soins et de services

Suite à la DECT et s'appuyant sur cette démarche, l'ARS Île-de-France a décidé d'expérimenter un dispositif intégré de soins et de services dans le champ de l'autisme.

Au second semestre 2016, débute une expérimentation d'une durée de trois ans, dans quatre départements, concernant la mise en œuvre de dispositifs intégrés de soins s'inspirant de la **Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide (MAIA) et de soins du secteur personnes âgées**. Les départements concernés sont la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne et la Seine Saint Denis.

Le porteur de la MAIA disposera d'un pilote et d'un gestionnaire de cas. Dans le cadre de la gradation des soins, des critères d'inclusion dans la gestion de cas et dans le dispositif spécifique situations complexes UMI seront définis.

Si à l'issue des trois ans d'expérimentation, l'évaluation est positive, il sera envisagé, en fonction des ressources disponibles, d'élargir la MAIA à l'ensemble du champ du handicap.

2. La mise en œuvre du schéma national handicaps rares

Le 1er schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 était accompagné, pour la région Île-de-France, d'un plan financier de :

- 400 000€ pour la création d'une équipe relais handicaps rares,
- 4 435 112€ pour la création de places nouvelles dédiées aux handicaps rares.

1. Le développement de l'offre

Dans cette perspective, un plan de développement de l'offre médico-sociale par la création de places nouvelles dédiées aux handicaps rares a été engagé par l'Agence. Ces créations de places se feront par extension d'ESMS existants de la région, afin de favoriser la diffusion des compétences acquises à l'ensemble de la structure.

Cette action actuellement en cours a débuté en 2013 :

- avec l'extension de 9 places d'IME rattachées au SESSAD les Tout-Petits à Paris prenant en charge des enfants polyhandicapés avec épilepsie sévère,
- avec l'extension de l'IME du centre La Gabrielle, prenant en charge des adolescents atteint du syndrome de Prader Willi pour la création d'une unité d'accueil temporaire,
- avec l'extension de 6 places de la MAS OSE à Paris pour l'accueil d'adultes polyhandicapés avec handicaps associés.

Il convient cependant de noter, que la notion de handicaps rares faisant référence à la combinaison de plusieurs types de rareté est plurivoque entraînant des difficultés de repérage des ressources pour le déploiement de l'offre. A cela, s'ajoutent deux autres contraintes dans l'identification des ressources :

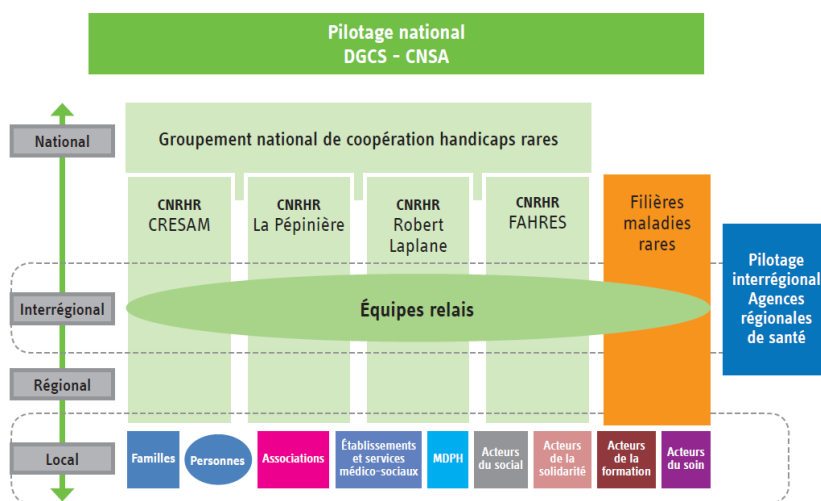
- Très peu d'établissements et services pour enfants et adolescents font l'objet d'un agrément spécifique ;
- FINESS identifie de façon très agrégée les autorisations délivrées aux établissements et services. Les handicaps rares n'y sont pas identifiés en tant que tels.

Par ailleurs, l'identification des besoins et l'évaluation des personnes sont également complexes et varient sensiblement selon les configurations de handicaps, représentant une nouvelle limite dans le développement de l'offre et laissant des personnes sans solution d'accompagnement.

Afin de permettre une meilleure lisibilité de l'offre régionale, l'équipe relais a engagé une démarche de diagnostic territorial, qui sera poursuivie en lien avec l'Agence.

2. La création de l'Équipe relais handicaps rares et le déploiement du dispositif intégré

L'Agence a lancé en juin 2014 un appel à candidature pour la création d'une équipe relais handicaps rares. C'est l'association CESAP qui a été sélectionnée pour porter ce nouveau dispositif.



L'équipe relais est un échelon intermédiaire :

Elle se situe à l'interface entre des ressources hyperspécialisées et les ressources de proximité: échelon interrégional,

Elle relaie les actions des centres ressources nationaux et favorise une très grande proximité avec les acteurs locaux prenant en charge des personnes en situation de handicaps rares.

Les missions principales de l'équipe relais consistent à :

- Etablir un état des lieux des besoins et des ressources du territoire, formaliser un réseau et apporter un appui aux professionnels ;

- Evaluer les situations et apporter un appui à l'élaboration de projets d'accompagnement individualisé ;

- Capitaliser un niveau d'expertise, organiser les connaissances et les savoirs acquis, assurer leur diffusion.

En 2015 et 2016, l'équipe relais a présenté une montée en charge progressive avec le recrutement de la quasi-totalité de l'équipe pluridisciplinaire en 2016, la réalisation d'un 1er état des lieux territorial, et la réunion des 1ers comités de pilotage tactique.

Le déploiement du dispositif intégré dans le champ du handicap rare se poursuivra sur le territoire en lien avec l'équipe relais et conformément au 2nd schéma national « handicaps rares » 2014-2018.

En effet, la création de places en services ou en établissements n'est pas l'unique réponse aux besoins des personnes en situation de handicaps rares et de leur famille. Pour ces situations complexes et évolutives, la collaboration entre acteurs est essentielle.

Le déploiement de la démarche d'intégration passera par la continuité des actions mises en œuvre par l'équipe relais, mais également par :

- L'organisation de concertations institutionnelles stratégiques,
- L'organisation de journées d'information et de communication avec les différents acteurs,
- L'élaboration et le déploiement d'outils communs s'inscrivant dans une démarche de GEVA compatibilité et dans une logique de guichet intégré.

3. La construction d'une filière « handicap neurologique »

L'ARS a engagé les travaux de construction d'une filière de soins coordonnée et spécialisée dans l'accompagnement du « handicap neurologique » (lésion cérébrale acquise, maladie neurodégénérative type SEP, SLA, Chorée, traumatisme crânien..). Cette filière intègre prévention, soins aigus, réadaptation et soutien médico-social afin d'améliorer la prise en charge des personnes concernées.

L'Île-de-France a développé une expertise dans l'accompagnement médico-social des pathologies neurologiques, avec un Centre Ressources Francilien des Traumatisés Crâniens (CRFTC), dédié aux actions de communication et de formations financé par l'ARS et un équipement de 862 places autorisées spécifiquement pour ce type de public.

En termes de développement de l'offre médico-sociale, ce sont 177 places nouvelles qui étaient programmées sur la période 2010-2016, dont 90% ont été installées à fin 2015, notamment : la MAS de l'Hôpital Nord (92), la MAS de Garches (92), la MAS LIS (Locked In Syndrome) à vocation régionale de Boulogne Billancourt (92) et le FAM de Villejuif (94). L'Île-de-France compte également 8 groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour personnes cérébro-lésées.

Aussi, l'ARS a fait le choix d'engager des travaux afin de structurer le parcours des personnes présentant un handicap neurologique par la création d'un « réseau identifié » de l'ensemble des acteurs concernés de l'amont à l'aval du parcours de santé.

La période 2013-2016 a été marquée par plusieurs étapes :

- courant 2012-2013, une enquête, diligentée par le Dr France WOIMANT, chef de projet stratégique « neurologie et AVC » à l'Agence, a été réalisée sur l'ensemble des établissements médico-sociaux (FAM, MAS, CAJ, SAVS, Foyer de vie, ESAT, Foyer d'Hébergement, foyer occupationnel, CITL, CAJM, SAMSAH). L'objectif de cette enquête s'est axé sur l'appréhension du panel des pathologies et de la file active des personnes handicapées prises en charge dans ces établissements médico-sociaux. Cette enquête a permis d'identifier 6 476 personnes handicapées accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux franciliens.

- durant la période 2015/2016, l'Agence a engagé des travaux sur l'accompagnement médico-social en MAS et FAM par la mise en commun de formations à destination de l'ensemble des acteurs de la filière « soins » : établissements et services médico-sociaux, professionnels libéraux, professionnels hospitaliers. La 1^{ère} formation a été mise en place sur le territoire de Saint-Denis fin 2016.

Enfin les perspectives 2016/2017, s'inscriront dans la continuité des actions réalisées avec un benchmark des pratiques des établissements et services médico-sociaux afin de conforter leur expertise sur l'accompagnement du handicap neurologique en Île-de-France.

4. L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique

Offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap psychique

L'Île-de France dispose d'environ 1700 places médico-sociales dont :

- 1000 places en établissements (MAS et FAM)
- 700 places en services (SAMSAH).

L'objectif est de proposer une palette diversifiée afin de répondre aux besoins. Ainsi, suite à appel à projet des plates-formes de services dans les Yvelines (avec 90 places de SAMSAH, 1 centre d'accueil de jour et 1 SAVS) ont été créées pour l'accompagnement des personnes avec handicap psychique.

Malgré la création de places en faveur des personnes avec handicap psychique, l'ARS est consciente que l'offre est toujours insuffisante.

Il est prévu par ailleurs, dans le cadre d'opérations de restructurations hospitalières psychiatriques, de mener une réflexion conjointe sanitaire/médico-sociale, notamment pour les patients au long cours, pour lesquels l'hospitalisation n'est pas adéquate.

Expérimentation d'un Centre ressources troubles psychiques : le Centre d'écoute et d'accueil sur les troubles psychiques (Céapsy)

Lors de l'élaboration du SROSMS, les usagers et professionnels ont mis en évidence le manque de lieu ressources sur le handicap psychique en Île-de-France, à l'instar de ce qui existe sur l'autisme (Centre de ressources autisme). Bien que le Psycom 75 réponde aux besoins d'information, de sensibilisation et de communication externe, il manquait une structure d'accueil physique permettant l'écoute et l'information directe des personnes souffrant de troubles psychiques, des familles ou encore des professionnels sur les spécificités de ces troubles, les types de structures d'accompagnement, les associations spécialisées...

Compte tenu du besoin avéré, l'ARS a décidé de financer la mise en place de ce nouveau dispositif dont les missions sont les suivantes :

- Accueil, écoute et conseil aux personnes et familles
- Information des usagers et des professionnels, orientation, mise en lien
- Participation à la diffusion des connaissances et de pratiques
- Rôle d'observatoire

Les Groupements d'Entraide Mutuelle

Le GEM est une association d'usagers adhérents, dont l'objectif est de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents. Le GEM n'est pas une structure médico-sociale.

Les GEM concernent les personnes en situation de handicap psychique et les personnes cérébro-lésées.

L'Île-de-France dispose de 54 GEM dont 46 GEM pour personnes en situation de handicap psychique et 8 GEM pour personnes cérébro-lésées. A noter qu'en 2014, 3 GEM ont été créés (2 dans le Val-d'Oise et un dans le Val-de-Marne) dont 2 en faveur d'un public cérébro-lésé.

3. Les actions relatives à l'adaptation de l'offre engagées en Ile-de-France

En termes d'adaptation de l'offre, les évolutions ou perspectives de travail engagées s'agissant des déficiences sensorielles et des troubles de la conduite et du comportement font l'objet d'une analyse spécifique.

1. L'adaptation de l'offre d'accompagnement des enfants et jeunes déficients auditifs

Le bilan dressé sur l'offre à destination des jeunes sourds pendant le SROSMS 2013- 2017 montre une inégale répartition sur la région. Cette dernière est concentrée à Paris et dans les Hauts-de-Seine (47% de l'offre). Certains départements par contre sont particulièrement sous équipés comme la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne. Il est à noter que les Yvelines, le Val-de-Marne et la Seine-et-Marne n'ont pas d'établissements pour jeunes sourds mais uniquement des services.

Quant aux taux d'occupation des structures, la situation est très disparate sur la région Île-de-France. Certains établissements connaissent une très forte attractivité et peuvent à peine satisfaire la demande, d'autres ont des difficultés à remplir leur structure, déplorent une diminution de la demande d'enfants sourds et accueillent à la place des enfants souffrant de troubles spécifiques du langage (TSL). Néanmoins, au global, les Instituts pour déficients auditifs présentent avec les instituts pour déficients visuels un des meilleur taux d'occupation (93%) des établissements pour enfants – source ANAP 2015.

Deux problématiques sont prégnantes dans l'offre médico-sociale à destination des jeunes sourds :

- Le manque de places pour les jeunes sourds avec handicaps associés notamment pour les adolescents, puisqu'il y a près de deux fois plus de places de SEHA enfants que de SEHA adolescents. Ce manque de places oblige certains jeunes à quitter la région Île-de-France pour trouver un établissement adapté. Les objectifs de réorganisation de l'offre portent donc vers un accueil de ce type de public. C'est déjà le cas dans deux établissements de la région (dans les Hauts-de-Seine et l'Essonne).
- L'accueil d'enfants souffrant de troubles spécifique du langage (TSL) dans les établissements accueillant des jeunes sourds (8% des capacités d'accueil). L'accueil de ces enfants est concentré dans certains départements, voire même dans certaines associations. Le SROMS 2013-2017 n'avait pas abordé la question des TSL. Aucune étude de besoins n'a donc été réellement réalisée. Un des enjeux à venir sera donc de déterminer si l'ARS s'engage dans l'accompagnement médico-social des enfants avec TSL en région Île-de-France et si c'est le cas pour quels enfants. Il ne s'agit pas en effet de se substituer à l'Education nationale et d'institutionnaliser des enfants qui pourraient être scolarisés en milieu ordinaire avec des moyens adaptés et un suivi ambulatoire.

Enfin, le SROMS insistait sur l'importance de proposer une offre accessible et diversifiée permettant l'exercice du libre choix des parents prévu par la loi entre un parcours scolaire bilingue et un parcours scolaire oraliste. Des actions ont été entamées dans ce sens dans le département de Seine-Saint-Denis (colloque, cours de LSF gratuit, ouverture d'une classe bilingue...), elles sont à développer dans l'ensemble de la région.

2. L'adaptation de l'offre pour enfants et jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement : l'expérimentation du fonctionnement en dispositif des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)

Cette expérimentation, pilotée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), a pour objectif de :

- progresser sur l'évaluation et la connaissance des besoins des jeunes porteurs de handicap
- d'améliorer la continuité du parcours et la qualité de l'accompagnement en ITEP
- et d'accompagner l'adaptation de l'offre actuelle et l'évolution de la réglementation

L'objectif de fluidification du parcours des jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement implique des articulations fortes avec la pédopsychiatrie, l'Education Nationale, la PJJ, l'ASE, etc.

L'expérimentation du fonctionnement en dispositif des ITEP initialement prévue sur un an de septembre 2013 à septembre 2014 a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2017, date à laquelle le fonctionnement en dispositif sera généralisé à tous les territoires volontaires (Article 91 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé).

L'Île-de-France fait partie des régions expérimentatrices, et les premiers résultats de cette expérimentation sont assez contrastés en ce qui concerne les souplesses d'accompagnement :

Sur les 1040 jeunes suivis en Île-de-France en 2014-2015, la moyenne d'âge est de 13 ans, un tiers de la population accueillie est âgée de 11 à 13 ans. Les enfants/jeunes sont accueillis à 42% en accueil de nuit, 33% en accueil de jour et 25% en ambulatoire (SESSAD). Seuls 14% des jeunes étaient accompagnés par plusieurs modalités au printemps 2015. 43% de changement des modalités d'accueil concernent un changement de l'accueil de nuit vers l'accueil de jour. Très peu de jeunes ont connu un deuxième changement de modalité d'accueil sur l'année. A l'entrée en ITEP, 57% des jeunes sont scolarisés dans une unité d'enseignement (UE) en ITEP et 26.6% en milieu ordinaire.

Outre ces quelques chiffres, l'expérimentation de fonctionnement en dispositif a mis en exergue la nécessaire restructuration de l'offre francilienne, en effet :

- l'offre est inégalement répartie entre les départements, les enfants/adolescents, les établissements/services ;
- le coût à la place varie du simple au double et de nombreux jeunes souffrant de TCC sont sans solution alors que le taux d'occupation moyen des ITEP est de 82%.

C'est dans cette optique qu'ont été mis en place deux groupes de travail : « Construire le parcours de l'enfance à l'adolescence des jeunes d'ITEP » et « Restructurer l'offre à destination des jeunes souffrant de TCC en ÎLE-DE-FRANCE ». L'objectif de ces groupes est d'améliorer la visibilité de l'offre sur le territoire régional, harmoniser les âges d'agrément des ITEP et SESSAD et travailler en concertation avec l'ensemble des partenaires pour adapter l'offre aux besoins des enfants et jeunes.

Une réflexion va donc être menée sur l'ensemble des territoires afin d'adapter l'offre aux besoins, préparer la généralisation du fonctionnement en dispositif ITEP et l'ouverture des deux nouveaux ITEP franciliens (sur les départements du 75-93 et 92).

Enfin la rencontre régulière des acteurs lors de comités locaux en 2013-2014 a permis de mettre en évidence le fort besoin des ITEP en ressources psychiatriques mais aussi la rareté de ces ressources et donc les difficultés relationnelles fréquentes qui existent entre les ITEP et le secteur de la psychiatrie. Un groupe de travail visant à améliorer les relations entre les ITEP et la pédopsychiatrie a donc été mis en place.

Les objectifs sont notamment de :

- permettre aux enfants en ITEP d'accéder aux soins psychiatriques nécessaires à leur pathologie ;
- maintenir le lien préexistant avec le secteur sanitaire avant l'entrée du jeune en ITEP lors de son entrée en ITEP afin de faciliter la prise en charge de l'enfant lors de son séjour à l'ITEP, puis lors de sa sortie ;
- faciliter la transmission d'informations entre les ITEP et les CMP/ CMPP/ unité d'hospitalisation psychiatriques, etc

Enjeux du PRS 2018-2022

Evolutions dans les modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap complexe afin d'éviter les ruptures de parcours

Accès aux soins des personnes en situation de handicap (ambulatoire, urgences...)

Poursuite de la démarche de développement de l'offre et évaluation des dispositifs innovants d'accompagnement

LES PERSONNES AGEES

Objectifs opérationnels 2-1

Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie

→ De nombreuses thématiques développées au sein d'actions de prévention

Outre les actions de prévention financées par la direction de la Santé Publique - Prévention de l'Agence dans le cadre de son appel à projets annuel, le pôle médico-social a également soutenu diverses actions de prévention au profit des résidents des EHPAD.

✓ **Prévention de la dénutrition / action bucco-dentaire**

Un appel à candidature régional a été lancé auprès des EHPAD les plus investis en matière de nutrition / hygiène bucco-dentaire. Cette action visait à former des référents bucco-dentaires parmi des personnels soignants qui s'étaient déjà impliqués dans la prévention de la dénutrition. 18 EHPAD ont été inclus, 35 référents ont été formés. La formation s'est déroulée sur une journée et demie et a permis des échanges entre plusieurs EHPAD par secteur géographique.

Il convient de noter l'importance du rôle joué par les réseaux de santé en matière de prévention bucco-dentaire et accompagnement des équipes soignantes. A ce titre, deux réseaux (RAPSODIF et Apolline) interviennent notamment auprès des établissements médico-sociaux et déploient des actions de formation / sensibilisation à l'hygiène quotidienne et à l'identification de problématiques de santé liées à l'état bucco-dentaire des résidents.

Par ailleurs, une recherche-action est également en cours auprès des EHPAD du Val d'Oise et de Seine-et-Marne, pilotée par l'association REGIE 95, afin d'améliorer l'état de santé orale des personnes âgées en établissement. Cette action consiste, après une phase de modélisation de la formation de dentistes aux spécificités de l'accompagnement de personnes âgées dépendantes, à former des référents bucco-dentaires qui seront à leur tour formateurs en santé et confort oral afin de diffuser cette culture préventive au sein de leur structure. Cette action se poursuivra jusqu'en 2020.

Ainsi, ces actions déployées par des opérateurs différents mériteront d'être croisées et analysées en vue d'une modélisation d'une prestation auprès des résidents des établissements médico-sociaux (y compris relevant du secteur du handicap) dans la perspective d'une généralisation.

✓ **Prévention des risques infectieux en EHPAD**

Une action relative à l'intervention d'infirmiers hygiénistes au sein de plusieurs EHPAD de l'Essonne et de Seine-et-Marne a été lancée en 2013. Ces professionnels ont été chargés d'assurer des actions de prévention et maîtrise du risque infectieux en établissements

(formation, aide à l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux, mise place des premières mesures de gestion en cas d'infections).

Cette action sera modélisée courant 2016 de manière à pouvoir être déployée de façon plus large sur le territoire.

✓ **Amélioration de la prescription des médicaments en EHPAD**

Une action co-pilotée par la direction de la santé publique et le pôle médico-social a été lancée dès 2014 dans le cadre de la politique régionale du médicament afin de réduire la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD. Après une phase d'état des lieux ayant permis d'identifier les points forts et points faibles de la prise en charge médicamenteuse, une phase pilote s'est déroulée en 2015-début 2016 afin de mettre en place un plan d'actions prioritaires auprès de 15 EHPAD volontaires, en vue d'une phase de déploiement prévue en 2017. Des procédures et boîte à outils ont été élaborés dans ce cadre afin de doter des établissements de moyens opérationnels pour s'inscrire dans cette démarche de diminution de la iatrogénie médicamenteuse.

➔ Un nouveau mode de gouvernance pour la prévention

La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en place d'une conférence des financeurs au niveau départemental présidée par le conseil départemental et vice présidé par l'ARS, qui s'inscrit dans la suite du plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie. L'enjeu de cette conférence est d'instaurer une instance de coordination institutionnelle des principaux financeurs contribuant à développer des politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées, de recenser les initiatives locales et d'élaborer un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

Les départements de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne ont été préfigurateurs de la mise en place de cette conférence des financeurs permettant d'élaborer des outils visant à faciliter l'installation de cette instance dans les autres départements, prévu courant 2016.

L'ARS Île-de-France sera attentive au bon fonctionnement de ces conférences, qui devront s'articuler avec les autres espaces de concertation existant localement (notamment la table de concertation stratégique instaurée dans le cadre de la méthode MAIA).

Objectifs opérationnels 2-2

Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes

Les points suivants seront amenés à être précisés dans le cadre du bilan transversal sur le parcours de santé de la personne âgée.

→ Le parcours de santé des personnes âgées sur les territoires : la mise en œuvre de la méthodologie MAIA

L'ARS Île-de-France a totalement couvert la région avec 32 territoires au sein desquels la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) a été déployée. Cette méthode constitue un dispositif transversal, inscrit dans le code de l'action sociale et des familles, dans son article L 113-3, et par nature ni médico-social, ni sanitaire, ni ambulatoire.

Pour ce faire, ce sont 32 pilotes (chefs de projet en charge de l'animation territoriale pour impulser une dynamique locale entre professionnels) qui sont en charge de la bonne mise en œuvre de cette méthode de travail entre les professionnels intervenant auprès des personnes âgées, qu'ils soient dans le champ sanitaire, ambulatoire, social ou médico-social. Les pilotes sont en charge de l'organisation de la concertation stratégique départementale pilotée par l'ARS et copilotée par le conseil départemental, mais aussi de la concertation locale avec les partenaires des territoires, dans un but de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs et financeurs.

L'ARS Île-de-France a reconnu un rôle majeur joué par la méthode MAIA en définissant les 32 territoires identifiés sur la région comme « territoires de référence du parcours de santé et de vie de la personne âgées ». Ainsi, un travail de convergence des aires d'intervention des différentes structures de coordination (réseaux de santé, filières gériatriques, CLIC) a été réalisé afin de rendre le plus lisible et le plus opérationnel possibles l'action menée par ces différents acteurs.

Par ailleurs, l'ARS Île-de-France a fortement soutenu les projets favorisant l'intégration des acteurs en charge de l'accompagnement des personnes âgées notamment en finançant la conception d'outils en matière de systèmes d'information (annuaire MAIA, formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'Orientation (FAMO), de coordination partagé (projet LISA), SI Pilotage, système d'information géographique...) et de logiciels métiers (notamment pour les gestionnaires de cas).

La méthode MAIA est un dispositif jeune et ambitieux de décloisonnement des acteurs dans un contexte où les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge sont portés et financés par des institutions différentes, avec des crédits dédiés et intégrés dans des politiques publiques différenciées.

Les principaux enjeux à venir seront de donner de la lisibilité et cohérence dans l'articulation des dispositifs de coordination et d'intégration sur les territoires, dans un contexte où plusieurs types d'expérimentations sont en cours (PAERPA, article 70 LFSS 2012...) et de nouveaux dispositifs vont se déployer (notamment les plateformes territoriales d'appui aux professionnels de santé).

→ Le déploiement de la gestion de cas pour l'accompagnement des situations les plus complexes

La méthode MAIA prévoit dans son mécanisme le financement de 3 gestionnaires de cas par territoire infra-départemental. En Île-de-France, on compte plus de 100 professionnels dédiés à la coordination des interventions pour les personnes âgées dont la complexité de leur situation met en jeu la fluidité de leur parcours de santé. Leurs interventions s'inscrivent dans un accompagnement au long cours avec un suivi intensif. Ils sont également pour mission de faire remonter les dysfonctionnements éventuels du système observés.

Au titre de l'année 2015, environ 2 000 personnes âgées en situation complexes ont été accompagnées par les gestionnaires de cas franciliens. L'objectif des deux prochaines années est de doubler le nombre de personnes suivies, en articulation avec les réseaux de santé et les CLIC.

→ L'importance du rôle des filières gériatriques

La filière de soins gériatriques est un mode d'organisation régi par la circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 qui doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Sur son territoire d'implantation, la filière se compose d'un établissement de santé tête pont en charge de l'animation de la filière qui conventionne avec d'autres établissements sanitaires partenaires de la filière et des structures médico-sociales partenaires.

Ce mode d'organisation doit permettre aux acteurs engagés dans la filière de couvrir l'intégralité des parcours de soins possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et parfois imprévisible de ses besoins de santé. Il doit permettre de favoriser des binômes gériatre autre spécialité pour faciliter des parcours de soins spécifiques gériatrie/orthopédie (UPOG), gériatrie/ cancérologie (lien avec les UCOG), filières AVC/ filière gériatrique, articulation avec la psychiatrie du sujet âgé, etc.

De manière générale, l'organisation en filière doit garantir ainsi au patient âgé une orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de l'hôpital, soit vers un dispositif extra-hospitalier à domicile ou en institution (SSR, USLD, EHPAD).

Outre ces missions, une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées.

Sur le territoire francilien, les filières de soins gériatriques n'étaient plus financées depuis 2013. En 2014, une campagne d'évaluation desdites filières a été menée. A partir de 2015, les établissements de santé candidats pour être porteurs de filières gériatriques ont déposé un dossier de labellisation, accompagné d'une convention constitutive, cosignée avec les établissements de santé et/ou médico-sociaux partenaires de la filière de soins gériatrique sur leur territoire de proximité (ce territoire de proximité cible un territoire MAIA de référence). Après une instruction réalisée par les délégations territoriales, 32 filières de soins gériatriques, dont 13 portées par des sites de l'AP-HP, ont été labellisées en décembre 2015 pour couvrir l'ensemble de l'Île-de France.

Le financement des filières de soins gériatriques au titre du Fonds d'Intervention Régional est de 1,4 million d'euros répartis entre les différents sites.

En 2016, l'identification des coordinateurs de Filières et l'accompagnement pour l'animation de ce réseau doit être mise en place. Un suivi annuel via un rapport d'activité permettra d'ajuster ce pilotage.

→ L'intervention des équipes mobiles intra et extra-hospitalières

Les équipes mobiles gériatriques (EMG) représentent un dispositif indispensable dans le transfert de l'expertise gériatrique aux autres spécialités, aux SAU et aux EHPAD. Elles constituent le pivot de la filière gériatrique dans l'optimisation de la fluidité du chemin clinique de la personne âgée de plus de 75 ans fragile. Leurs missions ont été précisées par la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 et leur fonctionnement par le guide méthodologique DGOS des MIG de 2012^[1]. Depuis, la politique gérontologique régionale a affirmé l'importance de l'inscription dans un territoire de proximité (celui de la MAIA) et la nécessité du lien ville-hôpital et notamment en direction des EHPAD.

L'Agence régionale de santé a souhaité faire un état des lieux sur le fonctionnement des équipes franciliennes afin de réactualiser leurs missions dans le cadre des orientations régionales sur la prise en charge de la personne âgée et ainsi, d'adapter leur financement en conséquence, c'est pourquoi une enquête budgétaire et d'activité portant sur les années 2012 et 2013 a été réalisée en décembre 2014.

^[1] CIRCULAIRE N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général

Cette enquête, désormais annualisée, a été relancée en 2015 et a permis de recenser 54 équipes mobiles de gériatrie (39 intra-hospitalières, 4 extrahospitalières et 11 mixtes). Un modèle d'allocation de ressource a été déterminé en tenant compte de l'activité, des formations et des charges de structures. Ce modèle a été détaillé auprès des établissements de santé en annexe de la note de cadrage régional relative à la circulaire délégation des MIGAC des établissements de santé ex DG Intégrés au fonds d'intervention régional 2015.

Ce modèle qui s'affine au fil du temps ainsi en lien avec la fiabilisation des données. L'enquête vaudra rapport d'activité des équipes mobiles de gériatrie franciliennes et permet d'allouer la ressource en fonction de l'activité puisque l'allocation des dotations relatives aux EMG fait l'objet d'un redéploiement de crédits entre établissement dans une enveloppe financière fermée.

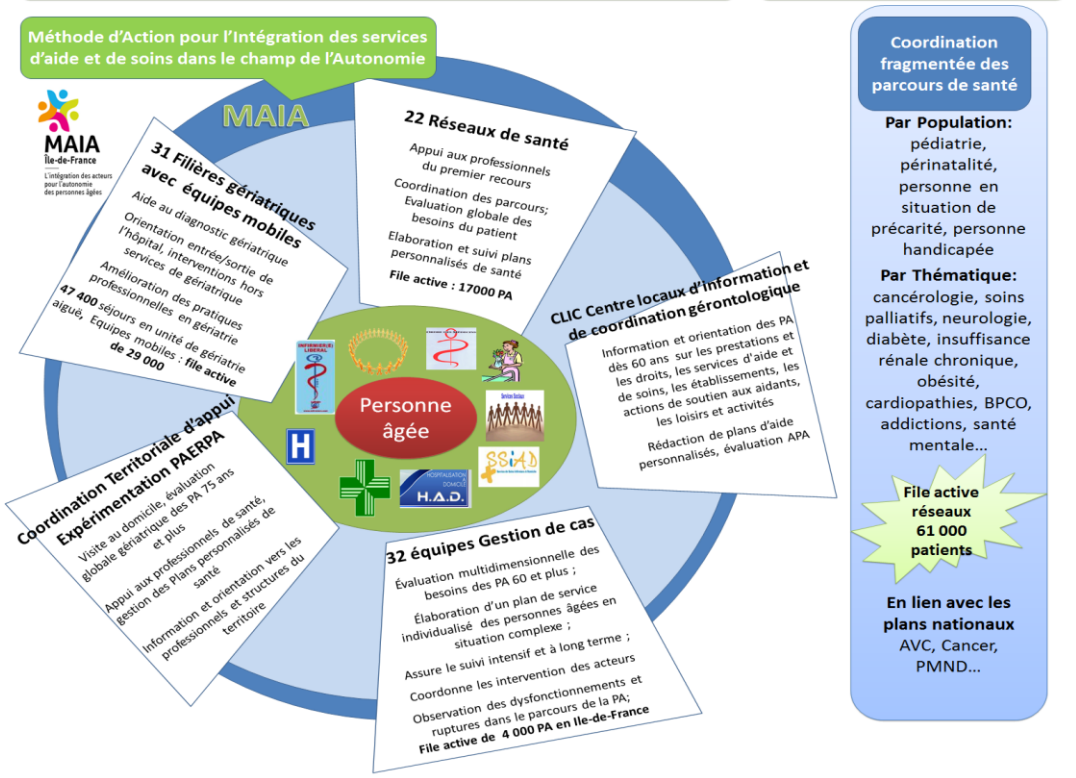
→ Les réseaux de santé

L'ARS Île-de-France compte 22 réseaux de santé pluridisciplinaires, sur les thématiques de la gérontologie, de la cancérologie et des soins palliatifs. Ils jouent un rôle d'appui aux professionnels de santé, de coordination des parcours, d'évaluation globale des besoins du patient et d'élaboration et suivi des plans personnalisés de santé. Le volet ambulatoire du SROS décrit plus en détail leur fonctionnement et leur rôle au sein des parcours de santé.

Coordination et intégration des parcours

Une réponse au cloisonnement et à la multitude d'intervenants

Autour de la personne âgée **Autres parcours de santé**

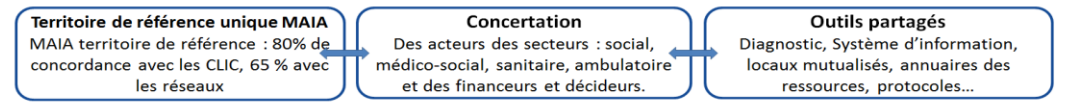


Coordination fragmentée des parcours de santé

Par Population:
pédiatrie, périnatalité, personne en situation de précarité, personne handicapée

Par Thématique:
cancérologie, soins palliatifs, neurologie, diabète, insuffisance rénale chronique, obésité, cardiopathies, BPCO, addictions, santé mentale...

En lien avec les plans nationaux AVC, Cancer, PMND...



Perspective 1 : ouverture au handicap **Perspective 2: sans limite d'âge ni de pathologie**



→ Expérimentation nationale PAERPA

Le programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, et s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. L'Île-de-France porte une expérimentation PAERPA dans les 9,10,19èmes arrondissements de Paris depuis 2014, cible de déploiement complet 2017.

Ce programme vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux. 40 actions sont en cours de déploiement actuellement sur ce territoire.

<http://www.paerpa-paris.fr/nos-actions/actions-en-cours>

Un comité de pilotage national, présidée par la DRESS et rassemblant la DSS, les ARS, la CNAMTS, l'IRDES, la HAS, la CNSA, l'ATIH, l'ANAP organise l'évaluation de cette expérimentation en matière de qualité et d'impact.

Une seconde vague de PAERPA est déployée depuis 2016, elle est resserrée sur l'articulation avec la médecine libérale : Plan personnalisé de santé (PPS) et Coordination territoriale d'appui (CTA) et les systèmes d'informations. Le territoire concerné est composé des 1,2,3,4,5,6^{ème} arrondissements de Paris.

→ Expérimentation Article 70 -OMAGE

En Île-de France, l'expérimentation de l'article 70 de la LFSS 2012, est portée par l'AP-HP et elle recentrée sur le programme OMAGE (Optimisation du Médicament chez la Personne AgEe). OMAGE est un soin transitionnel qui optimise les sorties d'hôpital pour des PA âgées de 75 ans et plus admises en urgence, qui ont un profil poly-pathologique. Il cible plus particulièrement, la dénutrition, la dépression, le risque iatrogénique, les difficultés d'observance de traitement. Il est construit autour d'un triple volet :

- d'optimisation diagnostique et thérapeutique sur le risque iatrogénique – outils de synthèse dédiés et dématérialisés/ supports de formation ;
- de coordination précoce et renforcée avec les médecins traitants / les acteurs du domicile / les EHPAD pour préparer la sortie d'hospitalisation et permettre une meilleure observance du traitement – vers un nouveau mode d'organisation ;
- un programme éducatif pour ceux qui rentrent à domicile ciblant le malade (et /ou son aidant) pour prévenir les risques de ré-hospitalisation et améliorer la qualité de vie.- jeu de carte OMAGE.

En 2015, la DDS a prolongée cette expérimentation recentrée sur deux territoires (11,12, 20ème arrondissement), les communes autour d'Eaubonne-Montmorency. Cette expérimentation fait l'objet d'un protocole de recherche et d'une évaluation en lien avec l'URCEO de l'AP-HP et le laboratoire de recherche de M. Alla sur les organisations complexes à Nancy.

Objectifs opérationnels 2-3

Favoriser l'accès et le maintien au logement des personnes

Actions communes PA/PH/PDS

Plusieurs actions ayant pour objectif de favoriser l'accès et le maintien au logement des personnes âgées en perte d'autonomie ont été identifiées dans le cadre du schéma régional médico-social du fait des enjeux majeurs qu'ils constituent afin de retarder l'entrée en institution. L'adaptation de l'habitat individuel ou collectif à la perte d'autonomie et la sensibilisation des principaux acteurs institutionnels à ces problématiques sont essentielles. La loi d'adaptation de la société au vieillissement vient apporter des éléments de réponses, notamment par la mise en place de la conférence des financeurs, mais aussi par le nouveau cadre d'activité posé pour les logements-foyers désormais renommés résidences autonomie.

Pour autant, sur cette problématique, l'Ars Île-de-France dispose d'assez peu de leviers directs, si ce n'est le dialogue régulier engagé avec ses partenaires institutionnels locaux.

Objectifs opérationnels 2-4

Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics

→ Le renforcement de la médicalisation en EHPAD

Les EHPAD accueillent des personnes âgées d'une moyenne de 86 ans à l'entrée dans les établissements, souvent atteintes de poly pathologies et en forte perte d'autonomie. Pour accompagner au mieux ces personnes, l'ARS dispose de plusieurs modes d'interventions : l'attribution de crédits de l'assurance maladie supplémentaires en fonction de la charge en soins des résidents, mais aussi la possibilité de faire intervenir ponctuellement des professionnels de santé des secteurs ambulatoire et sanitaire pour apporter une expertise et soutenir les équipes des EHPAD.

→ L'augmentation des dotations soins allouées aux EHPAD depuis 2013

L'ARS alloue des moyens supplémentaires aux EHPAD, sur la base des coupes PATHOS et des moyens alloués à la région. Depuis 2013, plus de 69M€ ont été alloués à 327 EHPAD à ce titre, permettant un renforcement significatif des personnels de soins auprès des personnes accueillies.

	2013	2014	2015	2016	total
crédits (en millions d'€)	27,3	16,5	11,7	13,6	69,1
nombre d'EHPAD	161	136	82	109	327

A compter de 2017, les modalités d'allocation de crédits évoluent fortement, conformément aux dispositions de la loi ASV. Les établissements bénéficieront automatiquement d'une part de crédits, jusqu'à ce qu'en 2023, l'ensemble des EHPAD ait atteint la dotation nécessaire à la prise en charge des personnes accueillies.

✓ **La possibilité de l'intervention de l'HAD en EHPAD**

Même si la possibilité est offerte aux EHPAD d'avoir recours à des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) depuis 2008, force est de constater que ce type d'intervention est très peu utilisé : 1,2% des patients hospitalisés en HAD viennent d'établissements médico-sociaux en ÎLE-DE-FRANCE, contre une moyenne de 4,5% en France. Or, ce mode d'intervention

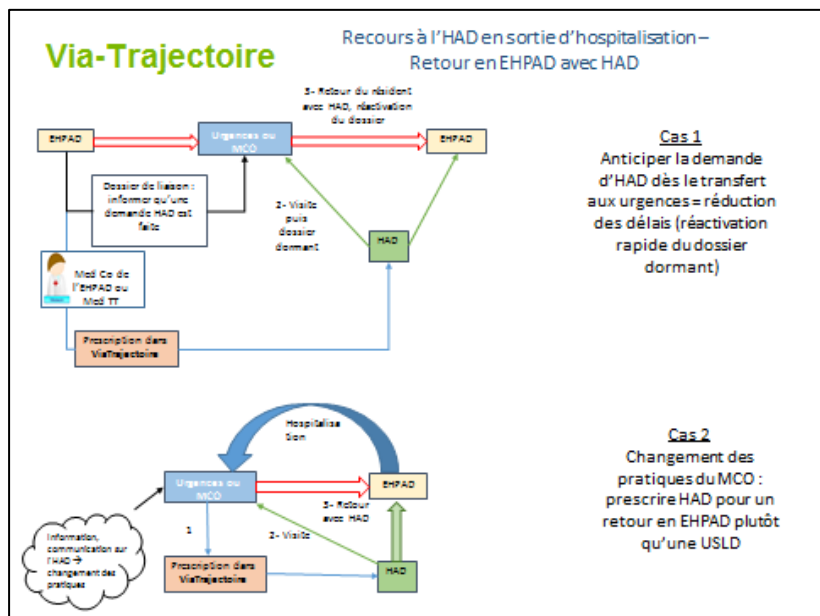
Un des axes stratégiques de développement de l'HAD est l'augmentation des interventions en établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Dans cette perspective, plusieurs actions ont déjà été menées : enquête auprès des professionnels concernés, réflexion sur les freins et les leviers avec propositions d'actions pour le ministère, l'ARS,

les EHPAD et l'HAD, réalisation d'une plaquette d'information sur l'HAD en EHPAD, évolution de Via Trajectoire...

✓ **Via Trajectoire**

Depuis 2009, l'ARS Île-de-France a choisi l'outil collaboratif ViaTrajectoire comme logiciel d'aide à l'orientation des patients vers les unités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et d'Hospitalisation à Domicile (HAD). ViaTrajectoire a évolué et permet désormais l'orientation des personnes vers les établissements pour personnes âgées (EHPAD, EHPA) et les Soins de Longue Durée (USLD). L'outil intègre le dossier unique d'admission avec la grille AGGIR. Son objectif est d'accompagner les futurs résidents dans leur recherche d'un établissement d'accueil jusqu'à leur admission. Cet outil se déploie sur l'ensemble des EHPAD depuis décembre 2014, seuls quelques territoires infra-départementaux restent à couvrir. En avril 2016, on notait que 2/3 des EHPAD et 75% des USLD se sont renseignés dans l'application Via Trajectoire, première étape nécessaire avant l'orientation des patients.



✓ **L'intervention des réseaux de santé et équipes mobiles**

Sur certaines thématiques telles que les soins palliatifs ou la psychogériatrie, les équipes soignantes des EHPAD peuvent avoir recours à une expertise des réseaux de santé ou des équipes mobiles extrahospitalières.

A ce titre, l'ARS ÎLE-DE-FRANCE soutient depuis 2013 l'intervention de plusieurs équipes mobiles au sein des EHPAD de Seine Saint Denis et du Val d'Oise, trois équipes de soins palliatifs et quatre de géronto-psychiatrie.

Dans le cadre des travaux menés avec les professionnels de ces équipes, une adaptation de la grille PALLIA 10, dénommée grille « Pallia Géronto », a été élaborée pour aider les EHPAD à déterminer à quel moment faire la demande d'intervention de l'équipe mobile. Cette grille est actuellement en phase de test auprès des EHPAD et pourra faire l'objet d'une diffusion large auprès de l'ensemble des établissements après des derniers ajustements et une validation par un comité scientifique.

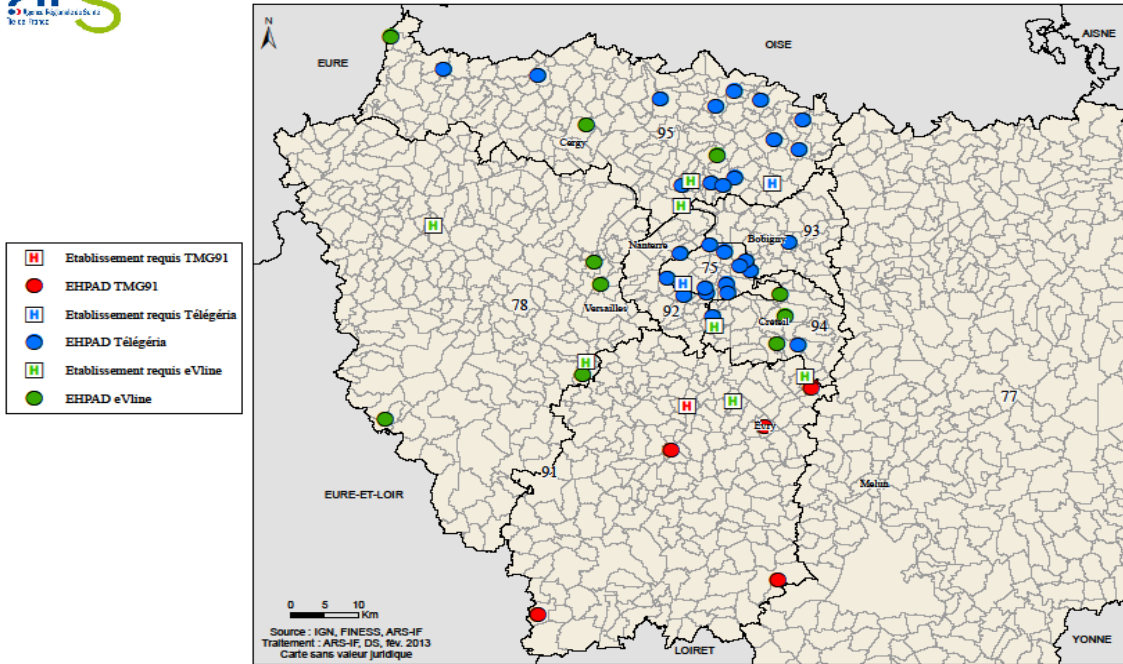
✓ **Les expérimentations de télémédecine**

Trois expérimentations de télémédecine en EHPAD ont été lancées dès 2011 sur la région Île-de-France par l'ARS, impliquant une cinquantaine d'EHPAD et 5 centres hospitaliers et cliniques.

La télémédecine apparaît comme un outil particulièrement intéressant au service de l'amélioration de la fluidité du parcours des personnes âgées et de la qualité de vie en garantissant des soins accessibles aux résidents des EHPAD. Pour autant, les résultats obtenus après plusieurs années de déploiement sont mitigés : solutions techniques coûteuses, aménagement des locaux des EHPAD parfois long et compliqué, expertise hospitalière difficile à mobiliser, changement dans les pratiques des équipes soignantes des EHPAD qui prend du temps, et au final assez peu d'actes de télé expertises et de téléconsultations réalisées.

Les évaluations qui pourront être menées apporteront certainement des enseignements sur les conditions à réunir pour garantir le succès de cet outil, et notamment l'importance de proposer des solutions souples aux professionnels de santé qui s'intègrent bien dans les pratiques quotidiennes.

La Télémedecine dans les EHPAD d'Ile-de-France



→ Les évaluations externes

La loi 2002-02 pose le principe d'une évaluation continue des activités des établissements et services sociaux et médico-sociaux et introduit également une notion de durée d'autorisation de 15 ans.

Environ 80% des 2000 établissements médico-sociaux relevant de la compétence ARS Île-de-France autorisés avant loi 2002 ont dû transmettre leurs évaluations externes avant le 03/02/2015. A ce titre, l'ARS avait au plus tard jusqu'au 3 janvier 2016 pour examiner les 1500 rapports d'évaluations externes transmis par les établissements et services médico-sociaux franciliens.

Notons qu'en mai 2016, 98% des évaluations externes ont été réceptionnées (1476 dossiers) dont plus de 85% ont été analysées conjointement avec les Conseils Départementaux.

Pour ce faire, plusieurs travaux ont été nécessaires et engagés entre 2012 et 2015 en lien avec les Délégations Territoriales et les 8 Conseils Départementaux de sorte à :

- harmoniser les modalités de traitement des 1500 dossiers d'évaluations externes à recevoir
- apprécier conjointement la qualité des rapports et leur recevabilité qui permettront de renouveler l'autorisation des ESMS franciliens
- diagnostiquer la qualité de l'accompagnement des usagers sur leur territoire.

LA DEMARCHE QUALITE ET LES EVALUATIONS EXTERNES

Les évaluations externes

La loi 2002-02 pose le principe d'une évaluation continue des activités des établissements et services sociaux et médico-sociaux et introduit également une notion de durée aux autorisations des ESSMS de 15 ans (L313-1). Environ 80% des 2000 établissements médico-sociaux relevant de la compétence ARS Île-de-France autorisés avant loi 2002 ont dû transmettre leurs évaluations externes avant le 03/02/2015. A ce titre, l'ARS avait au plus tard jusqu'au 3 janvier 2016 pour examiner les 1500 rapports d'évaluations externes transmis les établissements et services médico- sociaux franciliens.

Notons qu'à ce jour, nous avons réceptionné **98% des évaluations externes** (1476 dossiers) **dont plus de 85%ont été analysées conjointement avec les Conseils Départementaux.**

Pour ce faire, plusieurs travaux ont été nécessaires et engagés entre 2012 et 2015 en lien avec les Délégations Départementales (DD) et les 8 Conseils Départementaux de sorte à :

- harmoniser les modalités de traitement des 1500 dossiers d'évaluations externes à recevoir ;

- apprécier conjointement la qualité des rapports et leur recevabilité qui permettront de renouveler l'autorisation des ESMS franciliens ;
- diagnostiquer la qualité de l'accompagnement des usagers sur leur territoire.

Les travaux régionaux ont ainsi permis de mettre à disposition :

- une procédure qui a été élaborée en collaboration avec les Conseils Départementaux (celle-ci est formalisée dans les référentiels d'organisation signés entre les CD et les DD) ;
- sensibiliser les ESMS depuis début 2012. Une participation au financement des premières évaluations externes a été octroyée à la quasi-totalité des ESMS ;
- une grille d'analyse qui a été élaborée conjointement avec les Conseils Départementaux définissant des « points de vigilance » qui ont été communiqués aux ESMS ;
- un outil web élaboré et partagé avec les CD afin de suivre l'avancement du process, d'aider à l'analyse des évaluations et à la prise de décision liée au renouvellement des autorisations ;
- des sessions de formation à destination des équipes concernant la procédure et l'outil a été faite au travers de réunions départementales (168 personnes dont 85 des équipes de DD).

Le développement d'une démarche de bientraitance

Des travaux régionaux sont actuellement en cours, avec la mise en place du Centre d'Analyse des Risques (Direction de la Santé Publique) et de l'outil « Qualiscope ». Ils ont pour objectif de permettre d'une part, d'assurer le suivi des signalements et des réclamations et d'autre part, d'identifier les thématiques spécifiques sur lesquelles un accompagnement à destination des établissements et services médico- sociaux s'avère nécessaire.

Actions réalisées sur la période 2012- 2016

Une forte sensibilisation des établissements et services médico- sociaux a été engagée depuis 2013, ce qui explique la hausse significative des signalements reçus par l'Agence. Il est prévu de poursuivre cette sensibilisation et plus précisément sur le volet de la gestion des risques et des événements indésirables auprès des établissements et services médico- sociaux franciliens.

Les données relatives aux signalements

Année	Nombre d'Événements Indésirables Graves Total	Nombre d'Événements Indésirables Graves Médico-social	%
2012	102	35	34%
2013	130	47	36%
2014	209	80	38%
2015	226	126	56%
Total	667	288	43%

Les données relatives aux réclamations*

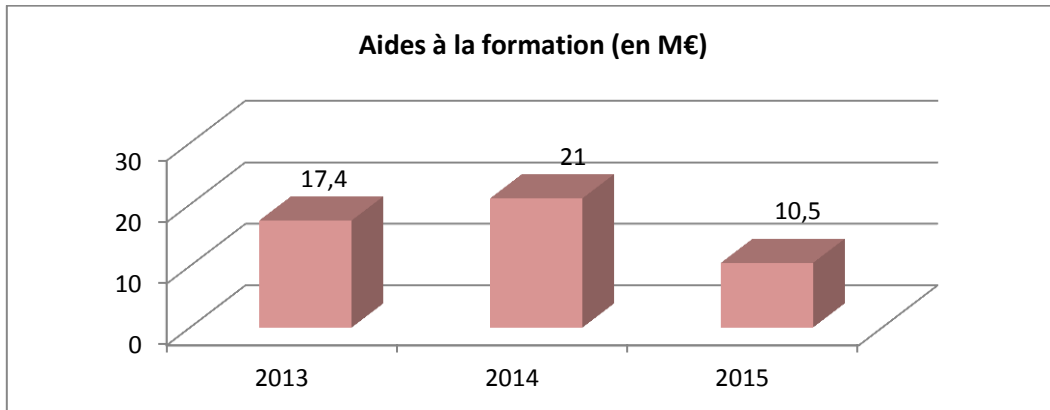
Année	Nombre de réclamations Total	Nombre de réclamations Médico-social	%
2012	1.660	655	39%
2013	1.624	585	36%
2014	1.416	481	34%
Total	4700	1721	37%

• (les données 2015 sont en cours de traitement)

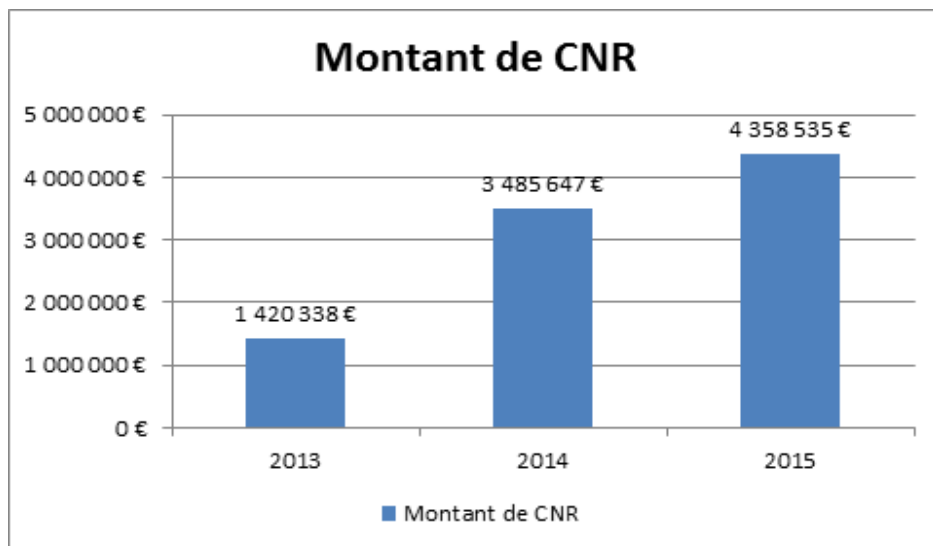
→ Le soutien à la formation continue des professionnels de santé

Chaque année, des crédits sont alloués par l'ARS Île-de-France pour soutenir les plans de formation des ESMS.

Depuis 2013, ce sont près de 49 millions d'euros qui ont été alloués sur le secteur des personnes âgées afin de financer des formations et les temps de remplacement des personnels partis en formation.



Sur le secteur du handicap près de 10 millions d'euros ont également été consacrés à la formation des professionnels afin d'améliorer les pratiques et l'accompagnement du public.



Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leurs actions, prise en compte de leur santé)

LES PERSONNES AGEES

→ La formation des aidants

Dans le cadre du plan Alzheimer, l'ARS Île-de-France a financé jusqu'en 2015, 17 organismes pour la formation de 1.000 aidants pour 117.600€.

En 2015, l'Agence a lancé un appel à projet conjoint avec la CNAV Île-de-France pour l'aide aux aidants qui a permis de financer 25 projets à hauteur de 600.000€. Les projets retenus permettent d'offrir sur l'ensemble des départements franciliens une offre de formation, de répit ou d'actions innovantes à destination des aidants familiaux. Ces actions seront mises en œuvre jusqu'en 2017.

Une enquête aidants est lancée en 2016. Au-delà de 2017, l'Agence veillera à évaluer l'offre déployée et à l'adapter aux besoins des aidants.

→ L'expérimentation parisienne « forfait temps libre »

L'Agence a lancé conjointement avec le département de Paris et la CNAV, l'expérimentation du « forfait temps libre » sur le territoire de la plateforme d'accompagnement de répit Jeanne Garnier, Paris Ouest (7^e, 15^e, et 16^e arrondissement). Ce forfait s'adresse aux « aidants » vivant à domicile avec un proche souffrant de la maladie d'Alzheimer et lui permet, moyennant une participation de 5€/heure, de bénéficier de 48 heures annuelles de répit, à utiliser en fonction de ses besoins, son proche étant confié à son domicile à un professionnel spécialement formé. Au terme d'un an d'expérimentation en octobre 2014, 17 forfaits avaient été attribués.

Du fait de la reconnaissance d'un droit au répit des aidants par la loi Adaptation de la société au vieillissement, l'expérimentation n'est pas reconduite mais a certainement préfiguré cette évolution.

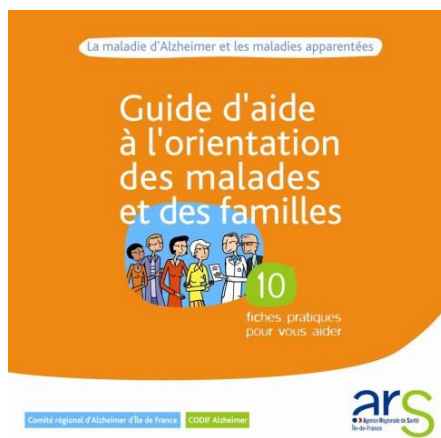
→ Les plateformes d'accompagnement et de répit

22 plateformes d'accompagnement et de répit ont été autorisées en Île-de-France depuis 2012. Elles proposent une palette d'offres à destination des aidants sur des territoires de proximité : accueil de jour, hébergement temporaire, soutien psychologique, groupes de parole, formation à la maladie d'Alzheimer, séjours de répit, sorties culturelles...

L'Agence veillera, en fonction des crédits disponibles, à déployer de nouvelles plateformes, afin de renforcer l'offre francilienne sur des territoires encore non couverts.

➔ Le guide d'aide aux aidants et les fiches thématiques Alzheimer à disposition du grand public

Le guide d'aide à l'orientation des malades Alzheimer et de leurs familles a fait l'objet d'une réédition et d'une diffusion de 12.000 exemplaires aux professionnels de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. De nombreuses demandes nous ont été faites venant tant de l'ÎLE-DE-FRANCE que d'autres régions françaises. Plébiscité par les familles et les professionnels, le guide fera l'objet d'ici 2017 d'une réédition et d'une nouvelle diffusion auprès des professionnels.



Chaque mesure déployée par l'Agence dans le cadre plan Alzheimer a fait l'objet d'une fiche pratique décrivant ses principaux objectifs et son mode de fonctionnement et référençant tous les opérateurs les ayant déployées. Ces fiches sont également à disposition du grand public sur le site internet de l'ARS.

PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT MESURE 18 du Plan ALZHEIMER 2008 - 2012	EQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER À DOMICILE MESURE 6 du Plan ALZHEIMER 2008 - 2012	CONSULTATIONS MÉMOIRE - CM CENTRE MÉMOIRE DE RESSOURCES ET DE RECHERCHE - CMRR MESURE 11, 12 ET 13 du Plan ALZHEIMER 2008 - 2012
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qu'est-ce que les plateformes d'accompagnement et de répit ? C'est un dispositif qui offre une palette diversifiée de solutions de répit pour les aidants de malades Alzheimer. Cette plateforme est portée par un réseau de près de 100 centres, 10 places, autonomes ou accolés à un établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). ➤ À qui s'adresse-t-elle ? Aux aidants s'occupant d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en phase d'autisme, fréquentant ou non l'accueil de jour et à la personne aidée elle-même. ➤ Quel est son objectif ? Assurer la prise en charge temporaire, physique, émotionnelle et sociale d'une personne dépendante dans le but de favoriser le maintien d'une vie sociale et relationnelle de qualité, de concilier le soin, les besoins psychologiques et émotionnels et ainsi de soulager son aidant, et d'être un établissement qui contribuerait aussi bien au santé que le maintien à domicile de la personne malade. ➤ Quel mode d'intervention propose-t-elle ? - Soins individuels ou collectifs, soutien et information, rencontres conviviales permettant des échanges, organisation d'activités, - Activités thérapeutiques en accord de jour ou nuit et d'un établissement visant à renforcer les capacités cognitives et psychiques de protéger la vie à domicile - Présence continue à domicile d'un ou de professionnels afin d'assurer une surveillance de l'évolution pendant des périodes d'absence (présence de professionnels à la journée ou dans la nuit), - Activités concertées pour des troubles associés, just'activités encadrées par un personnel formé, - et réponses de secours - pour la personne malade ou le couple. Cette liste n'est pas exhaustive. ➤ Où en est-on en ÎLE-DE-FRANCE ? ➤ Réseau du Plan Alzheimer : 21 plateformes d'accompagnement et de répit ont été autorisées dans le cadre d'appel à projet dans les huit départements franciliens. <p>Information disponible sur le site internet de l'ARS ÎF : www.iledefrance.ars.sns.fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectif de la mesure : Réaffirmer la diversité de soins de réhabilitation et d'accompagnement permettant à la personne malade de vivre à son domicile et être le centre insistant et stimulant des capacités résiduelles, apprenissage de stratégies de compensation, diminution des troubles du comportement, amélioration de la qualité de vie de l'aidant. ➤ Qui s'adresse-t-elle ? Ces services sont assurés par des équipes de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants de soins en gérontologie...), assurant une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à leurs besoins. ➤ Où en est-on en ÎLE-DE-FRANCE ? ➤ Aligne de Services de Soins Intensifs à Domicile (SSSIC) de Services Préventifs d'Aide et de Soins à Domicile (SPASD), ou Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). ➤ Personnes concernées : Personnes au stade précoce de la maladie ne relevant pas d'un SSIAD classique. ➤ Mode d'intervention : Soins qui ont lieu à domicile, sur prescription médicale, 12 à 15 séances sur une durée maximale de 3 mois, renouvelables tous les ans. ➤ Où en est-on en ÎLE-DE-FRANCE ? ➤ Objectif de Plan Alzheimer : 72 équipes de 10 places chacune ➤ État d'avancement : 66 équipes ESA à domicile ont déjà été autorisées, 6 équipes doivent être sélectionnées en 2014 afin d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire francilien. ➤ Mode de sélection : Les 6 projets d'ESA candidats seront notés par les 6 Agences territoriales de l'ARS et feront l'objet d'une sélection en 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelles sont ces consultations mémoire ? Il s'agit d'une consultation d'évaluation des troubles de la mémoire notée par un médecin gériatrique. Elle est réalisée au sein d'un MRRH (Maison de Recherche et de Recherche) ou auprès de neurologues libéraux. À l'issue de la consultation, un bilan formel comprenant notamment des tests de mémoire, un examen clinique et un examen psychique est réalisé. ➤ Qu'est-ce qu'un centre mémoire de ressource et de recherche ? Il s'agit d'une consultation spécialisée concernant le soin d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il reçoit, à la demande des centres mémoire ou des spécialistes installés en ville, des personnes dont les troubles nécessitent des examens approfondis. L'objectif assure des formations universitaires et développe des travaux de recherche. ➤ Nombre de consultations mémoire : 58 consultations mémoire réparties sur l'ensemble de la région dont 53 sont libérales, 5 Consultations Mémoire de Recherche et de Recherche et 5 projets de consultations mémoire exerçables. 10 professionnels de santé libéraux ont également été reconnus comme consultation mémoire libérale en Île-de-France. ➤ La labellisation : Depuis 2005, les consultations mémoire font l'objet d'une labellisation sur la base d'un cahier des charges et leur activité a été renforcée pour permettre au malade de bénéficier d'une information, éducation, précoce et personnalisée concernant sa pathologie et d'une proposition de traitement. ➤ Depuis 2006, les consultations mémoire ont bénéficié de crédits supplémentaires pour faire face à leur forte activité. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en place d'un système de recueil d'activité et de suivi épidémiologique au sein des consultations mémoire, un partenariat a été conclu avec des établissements de soins de longue durée pour permettre à une base nationale Alzheimer (qui recense les différentes données utiles au suivi d'activités et à la recherche. ➤ Renouvellement des labellisations en 2013 : Les consultations mémoire bénéficiaires ont fait l'objet d'un renouvellement de leur labellisation en 2013. Des professionnels de santé libéraux ont également été identifiés comme consultation mémoire libérale. <p>Information disponible sur le site internet de l'ARS ÎF : www.ars.iledefrance.ars.sns.fr</p>

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La formation et la sensibilisation à l'autisme et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS et de l'ANESM est à mettre en œuvre au sein des établissements et services médico-sociaux (CAMSP, CMPP, IME, SESSAD, MAS, FAM..) et de santé (hôpitaux de jour, CMP..). Face à cet enjeu, l'ARS finance un grand nombre de formations : pour exemple, en 2015, l'ARS a attribué environ 1M€ de crédits non reconductibles pour la formation des professionnels des structures médico-sociales. En 2016, suite à un appel à projets de la CNSA, le Centre de Ressources Autisme Île-de-France organise des sessions de formation aux aidants non professionnels.

Objectifs opérationnels 2-7 *Valoriser les métiers du médico-social*

Il s'agit des actions menées par le pôle ressources humaines en santé, qui se déclinent en deux grands axes : la démographie des professionnels et la valorisation des métiers.

1. La démographie des professionnels

Les éléments en matière de démographie en lien avec les formations sont plutôt généraux avec des effets sur les secteurs médicosocial et du handicap.

« En matière de démographie, les travaux et études ont porté principalement sur les professions médicales. Mais des travaux ont été menés également sur les professions paramédicales, avec comme préoccupation de définir au mieux le nombre de professionnels à former pour répondre aux besoins de la population.

Pour les formations soumises à une régulation nationale, l'Île-de-France a obtenu des places supplémentaires depuis 2010, qu'il s'agisse du nombre de postes d'internes pour les médecins, ou des quotas pour certaines professions paramédicales, en particulier psychomotricien et masseur-kinésithérapeute. Pour les formations non soumises à quota, le Conseil Régional a autorisé, après avis de l'ARS, la création de places supplémentaires pour de nombreuses professions.

Le nombre de nouveaux professionnels formés a progressé de façon sensible au cours de cette période pour la plupart des professions, médicales et paramédicales.

Pour les infirmiers, cette croissance résulte des effets conjugués des mesures prises dans le cadre du plan infirmier pour améliorer l'attractivité de la formation et de la profession et de la réingénierie du diplôme, qui s'est accompagnée d'une forte augmentation du nombre de candidats diplômés à compter de 2012.

Les effectifs de professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, en exercice dans la région, ont connu une croissance constante au cours des cinq dernières années.

Pour les médecins, ce constat est à nuancer. Ainsi, si le nombre global de médecins a augmenté, les effectifs de médecins généralistes libéraux marquent un fléchissement, les jeunes médecins optant le plus en plus souvent pour un exercice salarié, en particulier en établissement de santé.

Pour les professions paramédicales, la croissance des effectifs a été plus ou moins soutenue selon les professions. Ce sont les psychomotriciens et les ergothérapeutes pour lesquels la progression a été la plus forte et les masseurs-kinésithérapeutes pour lesquels elle a été la plus faible, en dépit des augmentations successives du quota de formation.

Une nouvelle augmentation du quota de formation en masso-kinésithérapie a été obtenue en 2016. Par ailleurs, la régionalisation du recrutement des IFMK, suite à la modification des modalités d'admission, devrait favoriser l'exercice des nouveaux diplômés dans la région.

Malgré la forte croissance des effectifs de psychomotriciens et d'ergothérapeutes en activité, les établissements pour personnes âgées peinent à recruter des professionnels, du fait de leur manque d'attractivité (éloignement, postes à temps partiels, etc).

Pour les infirmiers et les aides-soignants, les établissements de santé n'ont plus de difficultés majeures de recrutement. Par contre, des difficultés persistent dans le champ médico-social, difficultés dues en partie au manque d'attractivité de ce secteur et à un fort turn over des professionnels qui y exercent. Cependant, la situation s'améliore progressivement.

Enfin, s'agissant des orthophonistes, la croissance a été modérée et des tensions se font sentir. Il conviendra d'être vigilant à l'avenir par rapport aux capacités de formation. »

2. La valorisation des métiers et l'attractivité apparaît dans les actions suivantes

- Enquête auprès des instituts de formation sur la formation des étudiants paramédicaux à l'exercice dans le secteur médico-social
- Intégration dans le rapport d'activité des instituts de formation d'un indicateur de suivi de la mise en place des projets de formation dans ce domaine (enseignements théoriques et stages)

- Stages des internes : des internes qui se « sur spécialisent » en gériatrie, les internes de médecine générale (MG) peuvent être amenés, au cours de leur formation pratique, à effectuer une partie ou tout un semestre de formation au sein d'un service de gériatrie,
- agréé pour l'accueil d'internes de MG. Comme à chaque fois, et selon la règle de liberté de choix, l'interne va ou pas choisir d'effectuer cette partie de semestre ou ce semestre de formation en gériatrie en fonction de son projet professionnel.

Cette appétence peut être complétée par un autre semestre de formation en gériatrie dans le cadre d'un stage libre. Afin d'attirer de jeunes professionnels dans ce secteur, il convient qu'au cours de leur formation pratique durant l'internat, un passage puisse se faire sur ce secteur par les étudiants de 3e cycle en formation. Pour cela, en dehors de la coordination de gériatrie, dont c'est le cœur du sujet, la coordination de MG doit s'attacher à veiller à ce que des agréments sur le secteur de la gériatrie pour l'accueil d'internes en MG puissent se faire, l'offre des terrains de stage créant ainsi la demande auprès des internes et la sensibilisation de ces derniers sur ce secteur. La coordination de MG veille actuellement à ce point. Le travail est donc à poursuivre et notamment de la part des établissements concernés pour ce qui est de la formalisation de projets pédagogiques de qualité nécessaire pour l'agrément en vue de l'accueil d'internes en formation.

- Coopération entre professionnels de santé :
 - o élaboration d'un protocole spécifique pour l'évaluation et le suivi des patients atteints de la maladie d'Alzheimer
 - o possibilité de mettre en œuvre des protocoles qui ne sont pas spécifiques mais peuvent concerner les personnes âgées

Les protocoles de coopération figurent sur le site Internet de l'ARS Île-de-France et accessibles via le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) et l'application Coop-PS.

- Projet de préfiguration des infirmiers cliniciens spécialisés (PrefICS) [pratique avancée] dont l'un des domaines prioritaires concerne les sujets âgés. Par ailleurs, d'autres domaines peuvent aussi concerner les personnes âgées et/ou handicapées (cancérologie, santé mentale, soins de premier recours).

3. La certification des compétences en nutrition au sein des EHPAD

Un processus de certification, inspiré de la procédure de la validation des acquis de l'expérience professionnelle est organisé tous les ans par l'ARS Île-de-France. Il s'adresse aux personnels de soins, notamment les aides-soignants et les infirmiers exerçant en EHPAD. Il est créé un certificat de compétences gérontologiques en nutrition qui valorise le savoir-faire et les connaissances acquises par les soignants en matière de nutrition auprès des personnes âgées. Depuis le début de cette action 226 personnes se sont engagées dans le processus de certification. En moyenne, chaque année 85 % des candidats obtiennent la certification.

4. Incitation à la formation continue d'assistants de soins en gérontologie

Le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit l'intervention de professionnels para-médicaux formés pour être assistants de soins en gérontologie (ASG) auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Ces ASG interviennent dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social, soit au domicile au sein d'un SSIAD, soit en établissement, en EHPAD, notamment dans les unités spécifiques (PASA, UHR), ou éventuellement à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptation cognitivo-comportementaux et les USLD.

L'Agence a souhaité encourager cette formation en l'élargissant aux autres professionnels paramédicaux des établissements et services médico-sociaux, n'intervenant pas uniquement en unités dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Agence régionale de santé Île-de-France

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

iledefrance.ars.sante.fr

