

LES SCHÉMAS

Schéma d'organisation médico-sociale (SOMS)

P 7 PREAMBULE

P 9 TRANSVERSALITES « OCEAN INDIEN »

10 • Un schéma ancré sur ses territoires

12 • Et une volonté commune d'améliorer la performance globale et la qualité des accompagnements médico-sociaux

P 17 CADRAGE METHODOLOGIQUE

19 • Spécificités méthodologiques de la Réunion

23 • Spécificités méthodologiques de Mayotte

P 25 LA REUNION

26 • Principaux éléments de diagnostic

45 • Identification des objectifs opérationnels

47 • Description des objectifs opérationnels

47 • **1- Les objectifs opérationnels en faveur des enfants et adultes handicapés**

- Objectif opérationnel n°1 : Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic et du bilan des déficiences, en réaffirmant le rôle central des CAMSP P47
- Objectif opérationnel n°2 : Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic et du bilan des déficiences sensorielles P48
- Objectif opérationnel n°3 : Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic et du bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED) P49
- Objectif opérationnel n°4 : Structurer la filière de dépistage, diagnostic et évaluation des troubles spécifiques du langage et des apprentissages P51
- Objectif opérationnel n°5 : Favoriser la prise en charge précoce des déficiences P53
- Objectif opérationnel n°6 : Soutenir l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés P55
- Objectif opérationnel n°7 : Adapter les missions et le fonctionnement des IME à l'évolution des publics accueillis P56
- Objectif opérationnel n°8 : Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées P57

- Objectif opérationnel n°9 : Soutenir le maintien à domicile ou en milieu ordinaire des adultes handicapés P59
 - Objectif opérationnel n°10 : Réserver l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie P60
 - Objectif opérationnel n°11 : Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge P62
 - Objectif opérationnel n°12 : Disposer au travers d'un système d'information, d'indications fiables sur les personnes handicapées leurs déficiences et incapacités et leurs besoins de compensation P63
 - Objectif opérationnel n°13 : Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées P64
 - Objectif opérationnel n°14 : Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale, en soutien à l'accès au droit et en compensation des handicaps P66
- 69 • **2 - Les objectifs opérationnels en faveur des personnes âgées**
- Objectif opérationnel n°15 : Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre adaptée de soins infirmiers coordonnés P69
 - Objectif opérationnel n°16 : Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre d'accueil séquentiel médicalisé P70
 - Objectif opérationnel n°17 : Conforter les EHPAD dans l'accompagnement de personnes âgées lourdement dépendantes P72
 - Objectif opérationnel n°18 : Poursuivre la déclinaison locale des orientations du Plan Alzheimer P73
 - Objectif opérationnel n°19 : Déployer des coordinations gérontologiques territorialisées P75
 - Objectif opérationnel n°20 : Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes âgées dépendantes P78
 - Objectif opérationnel n°21 : Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes P80
- 80 • **3 - Les objectifs opérationnels en faveur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques**
- Objectif opérationnel n°22 : Favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction P80
 - Objectif opérationnel n°23 : Soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité P82
- 84 • **4 - Performance de l'offre médico-sociale réunionnaise**

P 95 MAYOTTE**096 • Principaux éléments de diagnostic****116 • Identification des objectifs opérationnels****120 • Description des objectifs opérationnels**

- Objectif opérationnel n°1 : Garantir le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences des personnes en situation de handicap P120
- Objectif opérationnel n°2 : Garantir le dépistage et la prise en charge précoce de la perte d'autonomie des personnes âgées en privilégiant le maintien à domicile P122
- Objectif opérationnel n°3 : Assurer la prise en charge des enfants et adolescents handicapés dans le respect de leur projet de vie P124
- Objectif opérationnel n°4 : Assurer la prise en charge des adultes handicapés et polyhandicapés dans leur projet de vie (25/60ans) P126
- Objectif opérationnel n°5 : Garantir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap P127
- Objectif opérationnel n°6 : Assurer le droit au répit des familles de personnes âgées et handicapées P129
- Objectif opérationnel n°7 : Développer une politique coordonnée de formation des professionnels P131
- Objectif opérationnel n°8 : Elaborer une politique commune et favoriser les coopérations P132
- Objectif opérationnel n°9 : Communiquer sur les droits des personnes âgées et handicapées P133

Situé au sein d'un paysage profondément renouvelé par la loi HPST, le Schéma d'Organisation Médico Social (SOMS) est le nouvel outil de planification de l'offre médicosociale au plan régional. Il s'inscrit dans un contexte national, via la déclinaison des plans nationaux (Alzheimer, autisme, Handicap rare, addictions...), et international (Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées du 31 décembre 2009...).

Le SOMS Océan Indien se construit en articulation étroite et en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale arrêtés par les Conseils Généraux de la Réunion et de Mayotte.

Porteur de transversalités, il identifie des leviers d'actions soutenus par une multitude d'acteurs, d'opérateurs et de décideurs politiques. Il alimente les travaux des commissions spécialisées et des commissions de coordination, également associées à son élaboration.

Il s'appuie sur un diagnostic approfondi et partagé des besoins par territoire de santé et par population pour permettre le lancement, par les autorités de tarification et de contrôle, de la nouvelle procédure d'appels à projets.

Il constitue le document de référence, pour La Réunion et pour Mayotte, permettant de situer les réponses aux besoins d'accompagnement et de prises en charge médico-sociales, notamment en termes d'équipements, d'articulations de politiques publiques ou de dispositifs innovants.

Concernant les autorisations relevant du champ de compétence de l'ARS, il s'agit d'un document opposable comportant des objectifs opérationnels avec lesquels les autorisations délivrées seront compatibles, conformément à l'article L.313-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). C'est par ailleurs à ce titre que le travail de concertation avec les conseils généraux revêt toute son importance.

Concernant la dimension transversale du SOMS visant à agir sur l'ensemble des leviers réglementaires, conventionnels, financiers ou autres des ARS, le SOMS n'est pas opposable.

Le SOMS de l'Océan Indien comporte un volet Réunion, un volet Mayotte, et un volet commun aux deux îles. Pour chaque volet, il se décline selon une architecture reprenant :

- Les principaux éléments de diagnostic (les besoins et les ressources),
- L'identification des objectifs opérationnels à partir du Plan Stratégique de Santé (PSS),
- La description des objectifs opérationnels sous forme de fiches actions homogènes.

La mise en œuvre de ce schéma doit se faire dans le respect du projet individuel personnalisé des personnes fragiles. Pour ce faire, et conformément aux principes posés en préambule du Plan Stratégique de Santé, la coordination et le développement de complémentarités entre les secteurs sanitaire, médico-social et l'Education nationale sont une priorité.



Transversalités

« océan indien »

UN SCHÉMA ANCRÉ SUR SES TERRITOIRES

La Réunion et Mayotte comportent des spécificités régionales dont le SOMS Océan Indien tient compte pour la définition de ses priorités :

- *Les solidarités intergénérationnelles demeurent fortes malgré les évolutions sociétales et les contraintes économiques ;*
- *Le domicile et le milieu ordinaire restent le lieu privilégié d'accompagnement des populations en situation de dépendance.*

— Place des solidarités intergénérationnelles à la Réunion et à Mayotte

• A La Réunion, une population vieillissante et plus isolée qu'avant

Selon les estimations de l'INSEE, La Réunion devrait compter 1 061 000 habitants en 2040, soit un tiers de plus qu'aujourd'hui. La population aura alors augmenté de 266 000 habitants, soit 33 % de plus qu'en 2007.

Si elle reste l'un des départements les plus jeunes de France (avec la Guyane et Mayotte), au fil des ans, la structure de la population se modifie et le vieillissement s'amplifie. **En 2040, un quart de la population a plus de 60 ans, et la part des moins de 20 ans dans la population devrait diminuer de 10 points**, s'élevant à moins d'un réunionnais sur quatre.

Selon une enquête de l'INSEE publiée en 2011, en 2008, **45 % des Réunionnais âgés de 65 ans ou plus sont allocataires du minimum vieillesse**. Avec 633 euros par mois pour une personne seule, ces seniors vivent en dessous du seuil de pauvreté national.

Au fil du temps, le mode de vie familial des Réunionnais se modifie. Ils sont notamment de plus en plus nombreux à vivre seuls. En 25 ans, le **nombre de seniors vivants seuls a quadruplé**, pour s'établir à 29 300 en 2007. Toutefois, si le phénomène de décohabitation progresse, la vie en couple demeure le mode de vie le plus fréquent chez les plus âgés.

Selon Claude-Valentin Marie, chercheur à l'INED, qui s'est exprimé lors du débat

public sur la Dépendance le 12 mai 2011, à la Réunion, «61% des seniors souhaitent bénéficier d'une aide chez soi, 22% un placement en établissement spécialisé et 17% un hébergement par un membre de la famille. **Les personnes âgées préfèrent de manière générale rester à leur domicile**».

Un consensus se dégage de ce débat : En dépit d'une situation économique tendue (le chômage touche plus de 30% de la population active, trois générations de chômeurs cohabitent parfois sous le même toit), **les solidarités familiales à la Réunion ne se délitent pas mais se transforment.**

• A Mayotte, une population encore jeune et une société en mutation

La pyramide des âges de Mayotte est caractéristique des territoires à forte natalité dont l'entrée dans la phase de transition démographique est récente. Elle ne se déforme que très lentement. Sa base est large et continue de s'élargir **en raison d'une natalité forte, son sommet se resserre rapidement, effet d'une croissance rapide de la population associée à une espérance de vie plus faible**. Le déficit des tranches d'âge des 20-30 ans s'explique par l'émigration des étudiants pour poursuivre leurs études. Selon les projections de l'INSEE réalisées à partir du recensement de 2007, la population sera de 300 000 en 2030, soit environ 114 000 personnes de plus, et 60% d'augmentation.

La société mahoraise connaît de profondes évolutions politiques et socio économiques (société traditionnelle confrontée au développement la modernité). Selon le sociologue David Guyot, docteur de l'École des hautes études en sciences sociales : « Plus

UN SCHÉMA ANCRÉ SUR SES TERRITOIRES

la société va se moderniser et moins on pourra compter sur cette énergie sociale, cette entraide qui est encore très forte ».

Les grandes préoccupations qui ressortent du débat public sur la Dépendance du 6 aout 2011, à Bandraboua, confortent cette analyse : difficultés économiques (le taux d'activité concerne 40% de la population active) 2, augmentation du travail des femmes, surmenage des aidants, insuffisance de structures médico-sociales autorisées, méconnaissance de leurs droits par les usagers et lourdeur des démarches à accomplir.

— Place du milieu ordinaire de vie et du domicile à la Réunion et à Mayotte

Globalement, la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Réunion révèle, à partir de sa file active actualisée au 1er octobre 2010, que 28 510 personnes disposent actuellement de droits à compensation du handicap ouverts. 20% de ces droits concernent une orientation en établissement ou service social ou médico-social, les autres droits concernant l'attribution d'allocations (65%), de carte d'invalidité ou de stationnement (42%), ou d'orientation vers une scolarisation adaptée (6%).

Du fait, notamment, des traditions locales, de l'insuffisance quantitative d'équipements médico-sociaux durant de nombreuses années, et malgré le plan de rattrapage mis en œuvre entre 2006 et 2009 (dont la montée en charge n'est pas encore totalement aboutie), le milieu ordinaire constitue le lieu privilégié de vie et d'accueil des populations en situation de handicap à la Réunion.

La grande majorité (94%) des personnes âgées dépendantes se trouve encore à domicile, contrairement au modèle métropolitain ou la prise en charge en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) tend à se développer au détriment du domicile (61%).

Selon une enquête qualitative menée conjointement entre l'ARS, l'ORS et l'université, en 2009 à la Réunion, il apparaît

que le choix d'un maintien de la personne âgée au domicile familial est, très souvent, considéré comme « naturel » et « logique ». L'environnement familial est considéré comme important pour le bien-être du malade.

A Mayotte, s'il existe des évolutions notables en la matière depuis le premier « Schéma Handicap de Mayotte 2007-2012 » (avec notamment la création de la Maison des Personnes Handicapées par décret du 28 septembre 2010), l'estimation quantitative des populations en situation de dépendance n'est pas encore totalement fiabilisée.

Parallèlement au dispositif sanitaire (principalement le centre hospitalier de Mayotte et les dispensaires) et social, quatre associations sont aujourd'hui positionnées sur une réponse d'ordre « médico-sociale » aux problématiques liées aux situations de dépendance. Le développement progressif d'une offre médico-sociale structurée au sens du code de l'action sociale et des familles s'inscrit, notamment depuis le premier schéma Handicap de Mayotte, dans une **optique de maintien des personnes en milieu ordinaire**.

1 David Guyot, Dossier Mayotte Hebdo n°475, 2010

2 Etude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs en face à face a été réalisée auprès de 26 aidants naturels et professionnels de 15 patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile, en institution ou dans des familles d'accueil. Les données ont été recueillies d'avril à décembre 2009 par un anthropologue et une sociologue.

UNE VOLONTÉ COMMUNE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ À TRAVERS DES OUTILS PARTAGÉS

1

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

— Cadre national

L'amélioration de la performance du système de santé peut s'entendre comme la promotion d'un service de qualité au meilleur coût, en vue de développer la santé de la population. Il s'agit d'atteindre l'équilibre entre les contraintes financières et l'augmentation attendue du niveau de qualité des prestations.

Les questionnements relatifs à l'efficacité de l'offre médico-sociale ont émergé dès le diagnostic des besoins et ressources existantes à la Réunion et à Mayotte. Ce volet commun consolide la démarche dans un cadre cohérent, homogène et interactif au sein de l'espace Océan Indien.

La Performance du système de santé constitue la sixième priorité du Plan Stratégique de Santé de la Réunion et de Mayotte.

L'efficacité des prises en charge, associée à leur qualité, est un objectif stratégique du PRS (article R.1434-2-3°-d du Code de Santé Publique) devant trouver une traduction opérationnelle dans les objectifs du SOMS.

Les travaux actuellement menés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), ainsi que ceux de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) s'intègrent dans cette démarche. Une convention de partenariat entre l'ANESM et l'ANAP a été signée le 17 novembre 2010.

L'objectif de ce volet commun consiste à soutenir le développement et/ou l'acquisition progressive **une culture commune de la Performance dans l'espace Océan Indien**. Si la priorité pour Mayotte est dans un premier temps de mettre en place les dispositifs de droit commun, à terme, ces outils pourront s'avérer utiles au secteur. En ce sens, il paraît également porteur d'associer Mayotte à la démarche globale. La production d'indicateurs pour les opérateurs

de Mayotte interviendra au fur et à mesure de leur montée en charge.

— Contexte de la Réunion et de Mayotte au sein de l'espace Océan Indien : Les constats

• Démarche d'évaluation et qualité en Établissements et services médico-sociaux

- Dans le secteur médico-social, le **renouvellement d'autorisation est exclusivement subordonné aux résultats d'une « évaluation externe » réalisée par un organisme habilité par l'ANESM**. Celle-ci ne peut avoir lieu qu'après mise en œuvre d'une « évaluation interne », réalisée au regard des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM. Les résultats d'évaluation interne sont à adresser aux autorités compétentes (ARS, CG...) selon des échéances dépendantes de la date d'autorisation initiale (date d'ouverture) :

- Pour les ESMS autorisés et installés avant la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 : Une évaluation interne communiquée au plus tard 3 ans avant et une évaluation externe communiquée au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement de l'autorisation.

- Pour les ESMS autorisés et installés après la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 : Trois évaluations internes communiquées à échéance périodique de 5 ans, à compter de la date d'ouverture et jusqu'à la date de renouvellement de l'autorisation.

Deux recommandations portant sur la conduite et la mise en œuvre de l'évaluation interne sont actuellement disponibles sur le site internet de l'ANESM :

- La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (avril 2008) ;

- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (juillet 2009).

Le niveau actuel d'engagement des ESMS

UNE VOLONTÉ COMMUNE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ À TRAVERS DES OUTILS PARTAGÉS

dans l'évaluation interne au plan national se situait à 26 % avant la création de l'ANESM en 2007. Il se situe à 70 % aujourd'hui. Fin 2010, 652 organismes étaient habilités à réaliser les évaluations externes sur le plan national, une structure est habilitée à la Réunion. Vingt recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont mises à la disposition des ESMS depuis le 7 juillet 2011.

Par ailleurs, de nombreuses ARS ont d'ores et déjà organisé des temps d'échange entre l'ANESM et les professionnels du secteur, via des journées d'information.

La majorité des ESMS de la Réunion a été sensibilisée en 2010, via les CPOM et conventions tripartites, aux impératifs et modalités de cette procédure. La plupart d'entre eux est aujourd'hui engagée dans l'évaluation interne. Les futurs ESMS de Mayotte ont quant à eux initiés la construction de leurs projets d'établissement en partenariat (pour l'aspect méthodologique) avec des associations de la Réunion.

- A la Réunion, un « **Baromètre Qualité** » est en cours de construction avec les représentants d'usagers et les opérateurs du secteur hospitalier. L'objectif est de publier annuellement quelques indicateurs de mesure de la satisfaction des patients en établissement de santé. Cette démarche pourrait être étendue au secteur médico-social.

- Le volet Réunion du SOMS préconise l'identification d'un référent « **Qualité-Evaluation** » par organisme gestionnaire, ainsi que l'installation d'un comité technique départemental sur la qualité visant le partage d'expérience et l'élaboration de références communes.

- Si le secteur médico-social à Mayotte est émergent, les acteurs gagneraient à s'inscrire dès à présent dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prises en charge.

• Performance au sein des ESMS

L'ANAP travaille actuellement à la constitution d'un « **tableau de bord partagé des établissements et services médico-so-**

ciaux ». Il concerne tous les établissements et services accompagnant des personnes âgées ou handicapées. Cet **outil de pilotage pourra être utilisé en interne par le management mais aussi en externe dans les relations de la structure avec ses partenaires** (autorités de contrôle et de tarification). Il pourra être à la base d'une démarche de **parangonnage** entre les établissements et services et ainsi renseigner sur l'offre médico-sociale d'un territoire.

Le tableau de bord proposé par l'ANAP porte sur les domaines suivants :

- les prestations de soins et d'accompagnement ;
- les ressources humaines et matérielles ;
- l'équilibre financier et budgétaire ;
- les objectifs en matière d'ouverture de l'établissement sur son environnement, de coopération, de réponse aux priorités des politiques publiques.

Ces quatre domaines rassemblent des données habituellement suivies par les établissements et les services. Une expérimentation du tableau de bord et des indicateurs est en cours. Son évaluation devrait permettre, à terme, de généraliser les indicateurs opposables à l'ensemble du secteur.

A la Réunion comme à Mayotte, la nécessité d'optimiser les ressources médico-sociales a pour conséquence directe le développement de structures d'adaptation du milieu ordinaire. En ce sens, le Volet Réunion du SOMS souligne par exemple l'importance de disposer d'indicateurs communs et partagés de mesure d'activité concernant les SESSAD, les CAMSP et les CMPP. Par ailleurs, afin de prendre en compte l'objectif de Performance globale de la prise en charges, certains ESMS de la Réunion ont développé une compétence de contrôle de gestion au sein des organismes gestionnaires.

Plus largement, il paraîtrait utile à l'ensemble du secteur de disposer d'un état des lieux comparatif régional de toutes les catégories d'établissements et services (indicateurs CPOM...etc.).

Compte tenu de ce contexte d'optimisation,

UNE VOLONTÉ COMMUNE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ À TRAVERS DES OUTILS PARTAGÉS

Mayotte gagnerait également à adopter dès à présent un mode de gestion des ressources efficient et performant.

• Programme Pluriannuel de Gestion Du Risque Assurantiel

Ce programme pluriannuel décline, en région, des actions spécifiques visant à **réduire les dépenses de l'Assurance Maladie**. En 2010, une action a été menée auprès des structures d'accueil, de soin et de prise en charge des personnes âgées dépendantes de La Réunion. Elle visait l'amélioration des pratiques des professionnels sur le thème de la dénutrition des personnes âgées prises en charge en établissement. Deux demi-journées de formation / information ont été organisées à l'ARS OI en direction des professionnels concernés par la problématique (Programme Pluriannuel de Gestion du Risque, Mobiquat : présentation d'un outil sur la dénutrition des personnes âgées). Des actions similaires seront reconduites tous les ans.

• Système d'information et secteur médico-social

Plusieurs projets sont actuellement conduits par la CNSA, l'ASIP et la Délégation interministérielle aux personnes handicapées :

- **Dossier usager informatisé** : l'objectif consiste à publier et harmoniser les référentiels afin de permettre aux prestataires positionnés sur les systèmes d'information dans le secteur médico-social de rendre interopérable les solutions utilisées par les ESMS ;

- **Un système d'information des MDPH « inter opérable » avec ses partenaires** (opérateurs ESMS), avec un extranet accessible aux ESMS qui peuvent suivre en ligne les notifications, afin d'actualiser en temps réel les listes d'attente.

- **Un système d'information sur l'analyse des besoins d'accompagnement des personnes handicapées (Système d'information partagé personnes handicapées – SIPAPH)**, au travers de la mise en réseau des données des MDPH, CAF, Assurance Maladie, Education Nationale, accessible aux différentes institutions en charge de la politique médico-sociale.

A la Réunion, en 2009, cinq associations se sont positionnées sur un projet de système d'information commun. Ces promoteurs affichent une volonté forte de construire ensemble un « outil de gestion des dossiers usagers ». L'objectif est d'élaborer un cahier des charges reposant sur une réflexion concertée, avec pour chaque catégorie de population, des référentiels communs et partagés par les professionnels :

- Projet personnalisé (objectifs visés, moyens, planning, ressources, contrat de séjour...),
- Dossier administratif (notification, facturation, ...),
- Dossier médical,
- Dossier social.

Une fois construit le cahier des charges, et après obtention des financements nécessaires, le déploiement pourrait se faire progressivement, avec expérimentation dans un premier temps sur quelques sites pilotes.

En 2011, l'ARS OI a souhaité que la maîtrise d'œuvre du projet soit assumée par le GIE TOI. Son rôle consiste à fournir aux promoteurs un cadre et un soutien technique et logistique pour le montage du projet.

Si Mayotte demeure en phase de montée en charge, il semblerait porteur, compte tenu des perspectives de développement, de pouvoir associer les futurs opérateurs aux travaux issus du GIE TOI.

A ce stade, sur un projet d'une telle envergure, plusieurs contraintes méritent d'être soulevées :

- **Une forte contrainte organisationnelle** qui nécessitera, au sein de chaque structure, de travailler sur l'accompagnement aux changements. En effet, la mise en œuvre d'un Système d'Information Médico-Social (SIMS) pourrait susciter du rejet si cette phase n'était pas maîtrisée. Ce travail devra être conduit en amont, le déploiement du SIMS ne peut et ne doit pas être le levier structurant des organisations. Il devra se calquer sur les méthodes de travail existantes. Un tel projet passe par la construction partagée, au sein de chaque ESMS, d'un référentiel commun d'accompagnement et de prise en charge. Un tel outil se conçoit en effet comme la déclinaison d'un projet d'établissement, et ne

UNE VOLONTÉ COMMUNE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ À TRAVERS DES OUTILS PARTAGÉS

doit pas le précéder. Dès lors, la **synthèse régionale des évaluations internes et externes devrait constituer un point d'appui non négligeable pour le GIE TIO, dans la construction du SIMS.**

• **Une contrainte économique** : aucune marge régionale ou nationale n'est disponible actuellement.

• **Une contrainte technique** : une expertise encore peu développée au sein du secteur, un besoin de prendre appui sur les compétences développées dans le monde sanitaire au sein de la maîtrise d'ouvrage régionale qu'est le GIE-TéléMédecine Océan Indien.

2

**CRÉER UNE DYNAMIQUE
« INTER ÎLE » AUTOUR
DE LA QUALITÉ ET DE
LA PERFORMANCE DU
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**

— **Eléments synthétiques de problématique**

- Contexte des évaluations internes et externes dans le secteur
- « Baromètre Qualité » en cours sur le secteur hospitalier
- Problématique de l'efficacité et de la performance des prises en charge
- Programme Pluriannuel de Gestion du Risque Assurantiel
- Système d'information des MDPH, SI-PAPH, Dossier usager informatisé
- Elargissement du GIE TOI au secteur Médico-social

— **Publics concernés**

ESMS : Toutes déficiences et tous âges

— **Territoires**

Réunion et Mayotte

— **Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »**

• **Développer une culture commune sur la qualité des prises en charges :**

- **Organiser une journée sur l'évaluation avec l'ANESM** à destination des professionnels médico-sociaux de La Réunion et de Mayotte (à titre d'information) en 2012 : juin ou septembre.

A cette occasion : diffusion d'un question-

naire destiné à connaître les besoins et attentes des professionnels médico-sociaux, leurs priorités, les difficultés rencontrées.

- Mettre en place des **réunions régulières d'information, d'échanges et de suivi**, du processus d'évaluations internes et externes.

- Organiser des réunions d'échanges de pratiques sur des thèmes de santé publique liés à la qualité et à l'efficacité des prises en charges et des accompagnements (Mobiquat, Programme Pluriannuel de Gestion du Risque...).

- **Réaliser et communiquer un état des lieux annuel des évaluations internes et externes :**

- Le nombre d'évaluations internes réalisées
- La méthodologie employée (consultant, management global et conduite de projet par les ESMS, par l'association gestionnaire, durée, nombre et composition des groupes, thématiques ciblées...)
- Les conclusions / problématiques repérées (interne /externe) et plans d'actions.

- **Communiquer l'état des lieux annuel au GIE TOI** pour alimenter le système d'information en construction

- **Désigner des référents « Evaluation-Qualité »** dans les ESMS et encourager les rapprochements et échanges inter-établissements ou inter-associatifs au travers de cercles de qualité et de compétences

- Soutenir le développement et l'**adéquation des compétences des personnels** intervenant auprès des personnes dépendantes

1 Conférer les travaux de Jacques Danancier ou Bertrand Dubreuil pour le secteur de l'enfance en situation de handicap ou en difficulté.

UNE VOLONTÉ COMMUNE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ À TRAVERS DES OUTILS PARTAGÉS

- Intégrer dans les **projets d'établissements et des CPOM les objectifs de qualité et de performance**

- Elaborer un « **outil partagé de mesure de la Performance** » pour le secteur médico-social : activité et moyen mis en œuvre. Cibler de façon concertée, et en accord avec les travaux en cours de l'ANAP, des indicateurs pour l'ensemble du secteur, en vue d'une publication annuelle

- Elaborer en articulation avec les travaux sur « l'outil partagé de mesure de la Performance », et en lien avec les représentants des usagers des **indicateurs de mesure de la satisfaction des usagers**

- Développer, pour la zone Océan Indien, un **système d'information** interopérable entre ESMS et avec les MDPH, et par catégorie de population, et mener un travail préalable de référentiel commun au niveau des projets d'établissement

— Pilotages associés

ARS OI, MDPH et MPH de Mayotte, CG, ESMS, GIETOI.

— Echéances

Venue de l'ANESM en 2012
Durée du schéma

— Indicateurs d'évaluation

Outil partagé de mesure de la Performance constitué
Dynamique Océan Indien sur la qualité dans le secteur médico-social
Système d'information médico-social en cours de déploiement sur les ESMS pilotes

En dépit des particularités de chaque île supposant des approches spécifiques, les volets Réunion et Mayotte du SOMS Océan Indien sont tous deux sous tendus par :

- *L'importance accordée à l'articulation avec les schémas départementaux (conférer notamment les objectifs opérationnels n°1 à 5, 9 à 21 et 23 du volet Réunion, et l'ensemble des objectifs opérationnels du volet Mayotte)*

- *La place majeure conférée au développement des services (voir notamment les objectifs opérationnels n°1 à 10 et 14, 15 à 17 et 21 du volet Réunion, et n°1 à 6 du volet Mayotte)*

Cadrage méthodologique

Le Schéma d'Organisation Médico-Social (SOMS) de la « région Océan Indien » s'appuie sur les priorités du Plan Stratégique de Santé (PSS), entre autres celles construites de manière concertée sur le domaine « Handicap et Vieillesse ». Ces trois priorités concernent :

- Le dépistage et l'accompagnement précoce ;
- Le respect du projet de vie ;
- La fluidité des parcours.

Elles sont déclinées en objectifs spécifiques, applicables sur l'ensemble de la « région » Océan Indien.

Afin d'appréhender la spécificité de La Réunion et de Mayotte, le SOMS comporte deux volets distincts. Les priorités et objectifs spécifiques du PSS se déclinent dans les territoires grâce à des **objectifs opérationnels propres à chaque île.**

Ces objectifs opérationnels ont été construits dans le cadre d'une démarche concertée regroupant l'ensemble des opérateurs (associations, établissements et services ou représentants), des représentants d'usagers, des représentants institutionnels (Administrations déconcentrées, collectivités territoriales...).

Concernant le diagnostic, chaque volet s'appuie sur des enquêtes particulières (listes d'attente, MDPH, vieillissement des personnes handicapées, missions URIOPSS, enquête IRTS...), des débats publics (Débats sur la Dépendance organisés entre mai et août 2011) et le bilan des

schémas antérieurs.

Concernant les objectifs opérationnels, ils reflètent les priorités des territoires (La Réunion et Mayotte). Leur mise en œuvre repose sur une approche multidimensionnelle avec un découpage systématique en plusieurs niveaux de leviers :

- **Les actions propres à garantir l'accès à la prévention (lien avec le Schéma de Prévention) ;**
- **Les actions propres à garantir l'accès aux soins (lien avec le SOS) ;**
- **Les actions de coordination avec les schémas départementaux ;**
- **Les actions influençant les autres politiques publiques (lien avec la Commission de coordination des politiques publiques) ;**
- **Les actions « cœur de métier du SOMS » (optimisation des organisations, efficacité, développement et créations).**

SPÉCIFICITÉS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RÉUNION

Le Schéma d'organisation médico-sociale 2012-2016 (SOMS) de la Réunion est le fruit d'une démarche concertée, guidée par les orientations politiques nationales, et s'appuyant sur un diagnostic local. Il identifie des axes transversaux avec les autres schémas constitutifs du Projet de Santé (schéma d'organisation des soins - SOS, schéma de prévention - SP). Il propose une déclinaison des orientations du Plan Stratégique de Santé en objectifs opérationnels.

— Le SOMS Réunion 2012-2016 : une démarche concertée

L'élaboration du SOMS a fait l'objet d'une démarche concertée à deux niveaux, afin d'assurer une cohérence des différents outils de programmation régionale et de recueillir l'adhésion des acteurs locaux au diagnostic et aux propositions d'objectifs et d'actions :

• Le niveau institutionnel :

L'année 2011 correspond à l'échéance du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007-2011 (SDOSMS), sous compétence du Département de la Réunion, et à celle de l'élaboration du Plan Régional d'Intégration des Travailleurs Handicapés (PRITH), de la responsabilité de la Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE). Le nouveau SDOSMS du Conseil Général de la Réunion devrait également être adopté cette année.

L'ARS Océan Indien et le Département de la Réunion ont décidé de travailler conjointement à l'établissement de leurs nouveaux documents de programmation pour les cinq années à venir ; cette animation commune s'est traduite dès l'établissement du bilan du SDOSMS 2007-2011 et dans l'animation conjointe de groupes de travail ciblés. Parallèlement, ont été pris en compte les travaux en cours d'élaboration du PRITH.

Plus généralement, ont été associés aux différents groupes de travail :

- les représentants de l'Education nationale,
- les représentants du service public de l'emploi (Pôle Emploi, CAP Emploi, AGE-FIPH),

- la Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE),
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH),
- la Région.

• Le niveau des acteurs locaux de l'offre de santé et des usagers :

L'association des acteurs locaux de l'offre de santé (établissements et services médico-sociaux, offre de soins hospitalière, professionnels de santé libéraux) et des usagers a été réalisée au travers de la réunion de la Commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la Conférence de Santé et de l'Autonomie de la Réunion, aux différentes étapes d'élaboration du SOMS :

- présentation des axes stratégiques du Plan Stratégique de Santé pour le volet « handicap et vieillissement » ;
- présentation du bilan du SDOSMS 2007-2011 ;
- constitution, à l'initiative de la Commission spécialisée, de trois groupes de travail (enfants handicapés, adultes handicapés, personnes âgées) avec communication des conclusions à l'ARS Océan Indien et au Département de la Réunion ;
- présentation de la version de travail du SOMS, avant soumission aux consultations réglementaires.

En outre, sur la base du bilan du SDOSMS et des axes stratégiques du PSS, plusieurs groupes de travail spécifiques ont été réunis par l'ARS Océan Indien et le Département de la Réunion, sur des thématiques justifiant un approfondissement particulier au regard des problématiques régionales :

- le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge précoce du handicap ;

SPÉCIFICITÉS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RÉUNION

- l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ;
- l'insertion et la formation professionnelle des personnes handicapées ;
- l'optimisation et le développement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées ;
- les troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;
- les prises en charge innovantes en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les coordinations gérontologiques ;
- l'addictologie.

Les concertations autour du SOMS ont été également nourries du débat régional sur la dépendance, organisé par l'ARS Océan Indien et la Préfecture de la Réunion le 12 mai 2011.

Au-delà, la commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la Conférence de santé et de l'autonomie de la Réunion sera l'instance d'évaluation de la mise en œuvre du SOMS 2012-2016 ; parallèlement, la commission de coordination des politiques publiques, compétente dans le champ médico-social, guidera annuellement sa mise en œuvre.

— Les outils diagnostic mobilisés pour le SOMS Réunion 2012-2016

Outre les données sociodémographiques et d'équipements, rassemblés à l'occasion de l'élaboration du volet « handicap et vieillissement » du PSS, plusieurs études ont été mobilisées pour évaluer les besoins de santé et identifier les évolutions nécessaires de l'offre médico-sociale. Les principaux résultats sont présentés dans la partie diagnostic du SOMS.

L'enquête réalisée par la MDPH en mars 2011 sur la file active au 1er octobre 2010 a permis de disposer d'indications nouvelles sur :

- le nombre de personnes reconnues handicapées, et leur répartition géographique ;
- les droits ouverts ;
- les orientations médico-sociales, profes-

sionnelles et scolaires.

Elle devrait être complétée d'une approche par type de déficience, et d'une analyse des trajectoires. Elle constitue la première source de données fiabilisées sur la population relevant directement des politiques du handicap conduites par le Département et l'ARS Océan Indien, et permet de disposer d'un éclairage local, attendu depuis de nombreuses années, et objectivant l'importance des besoins encore non-satisfaits.

Une étude sur les listes d'attente au 31/11/2010 a été conduite par l'ARS Océan Indien, auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux du champ du handicap et des personnes âgées. Complémentaire de l'enquête MDPH, dont elle corrobore certains résultats, elle permet en outre de mieux apprécier les besoins exprimés d'accueil en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Une enquête sur les personnes handicapées vieillissantes a été également menée par l'ARS Océan Indien, en lien avec le Département de la Réunion, par questionnaire auprès des établissements et services pour adultes handicapés. Première du genre à la Réunion, elle met à disposition un état des lieux initial, permettant d'assurer dans les années à venir le suivi de cette thématique, et de ses incidences sur le fonctionnement du secteur médico-social.

— L'inscription du SOMS Réunion 2012-2016 dans les politiques nationales

L'objectif premier du SOMS Réunion 2012-2016 est de définir les réponses à apporter aux besoins locaux d'accompagnements médico-sociaux, sous compétence l'ARS, dans le cadre des orientations nationales, en cohérence avec les enjeux des territoires de santé de la Réunion.

Ainsi, les orientations proposées s'inscrivent naturellement dans l'application des dispositifs d'aide et de protection sociale de droit commun, relevant d'un cadre juridique national. Au-delà, elles tiennent

SPÉCIFICITÉS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RÉUNION

compte des principaux plans nationaux en cours de déploiement, dont :

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies
- Plan de prise en charge et de prévention des addictions
- Plan national bien vieillir
- Plan Alzheimer et maladies apparentées
- Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012
- Plan Handicaps rares
- Plan Autisme.

L'actualisation de ces plans nationaux, ou la promotion de nouveaux, sur la période 2012-2016, pourront justifier la modification du SOMS par avenant.

— Le SOMS Réunion 2012-2016 : une inscription dans la politique régionale de santé

Les personnes confrontées au handicap, à la perte d'autonomie, aux addictions, ou aux difficultés spécifiques, ne sauraient être réduites à leurs seuls besoins d'accompagnement médico-social.

La reconnaissance de leur citoyenneté se traduit notamment par la priorité donnée à l'accès aux dispositifs de droit commun, et notamment, pour ce qui relève du champ de compétence de l'ARS, à l'offre de soins et de prévention. De ce point de vue, l'adaptation du droit commun, et la mobilisation de ressources de compensation doivent être pensées comme secondaires d'une mobilisation première du droit commun.

La dynamique de pilotage régional de la santé, l'objectif de décroisement de l'offre de santé, la faveur donnée à une approche par trajectoire et parcours individuels, plutôt que par la constitution de filières, portés par les ARS au travers du Projet de Santé, se traduisent par l'identification de thématiques transversales aux champs sanitaire, médico-social et de la prévention et promotion de la santé. Une articulation et une mise en cohérence avec

les autres politiques publiques compétentes est également recherchée à travers l'identification des pilotes concernés, et grâce à la commission de coordination des politiques publiques.

Des articulations avec le Schéma d'organisation des soins (SOS) et le Schéma de prévention (SP) ont ainsi été identifiées, au cours des travaux d'élaboration du SOMS, et sont indiquées dans la partie diagnostic et dans les fiches détaillant chacun des objectifs opérationnels.

Le SOMS 2012-2016 est composé :

- d'une **première partie, retraçant les principaux éléments du diagnostic régional** ; elle se conclut par le rappel des objectifs stratégiques du volet « handicap et vieillissement » du Plan Stratégique de Santé, dont le SOMS est la déclinaison opérationnelle ;
- d'une **deuxième partie présentant les objectifs opérationnels de la politique régionale médico-sociale de l'ARS pour les 5 années à venir** ; afin d'assurer une meilleure lisibilité, les objectifs ont été regroupés en populations (personnes handicapées ; personnes âgées en perte d'autonomie ; personnes confrontées à des difficultés spécifiques – addictions - précarité), sans contrevenir aux logiques d'ensemble d'intervention médico-sociale. Chaque objectif opérationnel contient une présentation succincte de la problématique locale, les actions à mener pour y répondre, les échéances indicatives de mise en œuvre, les indicateurs de moyens et/ou de réalisation, et les leviers d'action relevant d'autres champs de compétences de l'ARS ou d'autres partenaires. Si nécessaire, les territoires de santé prioritaires sont identifiés.

SPÉCIFICITÉS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RÉUNION

Le SOMS a vocation à identifier l'ensemble des besoins non-satisfaits des populations bénéficiaires de l'action médico-sociale de l'ARS, et les adaptations qualitatives et quantitatives attendues. Il répond en cela à un double objectif de définition régionale et pluriannuelle de la politique médico-sociale, et d'objectivation vis-à-vis des instances nationales des nécessités d'accompagnement et de renforcement de l'offre de santé.

Pour autant, en l'absence d'une maîtrise régionale des ressources d'intervention, tributaires principalement de la loi de finances de l'Etat et de la loi de financement de l'Assurance Maladie, le SOMS ne constitue pas un engagement de moyens, mais doit être apprécié comme une priorisation de l'utilisation des financements délégués à la Réunion, dans un souci de performance de l'offre de santé. Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) constituera le cadrage pluriannuel, révisé chaque année, de mobilisation des moyens alloués par la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie et l'Etat.



SPÉCIFICITÉS MÉTHODOLOGIQUES DE MAYOTTE

A Mayotte, un Comité de Pilotage Médico-social a été institué le 8 mars 2011. Il remplace le précédent « COPIL Handicap » créé pour la construction du premier Schéma Handicap 2007-2012.

Il est composé de représentants de la DIECCTE, Conseil Général, la CSSM, la CAF, le CHM, l'Education Nationale, la MPH, l'ARS OI, les acteurs associatifs (représentants d'usagers et opérateurs).

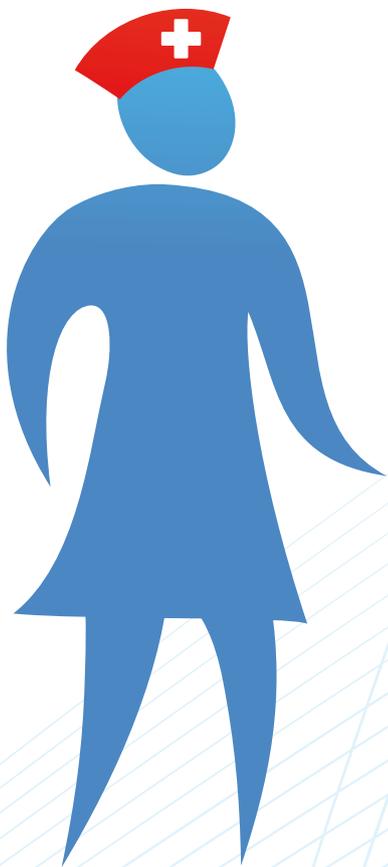
Pour les travaux du SOMS, trois sous groupes se sont constitués :

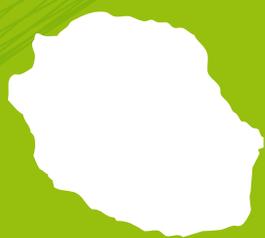
- Groupe 1 : Dépistage et accompagnement précoce ;
- Groupe 2 : Respect du projet de vie ;
- Groupe 3 : Fluidité des parcours.

Plusieurs réunions de travail ont permis de :

- Réaliser le bilan du Schéma Handicap 2007-2012 ;
- Valider l'état des lieux des besoins et de l'offre ;
- Construire les objectifs opérationnels et définir les leviers d'actions.







La Réunion

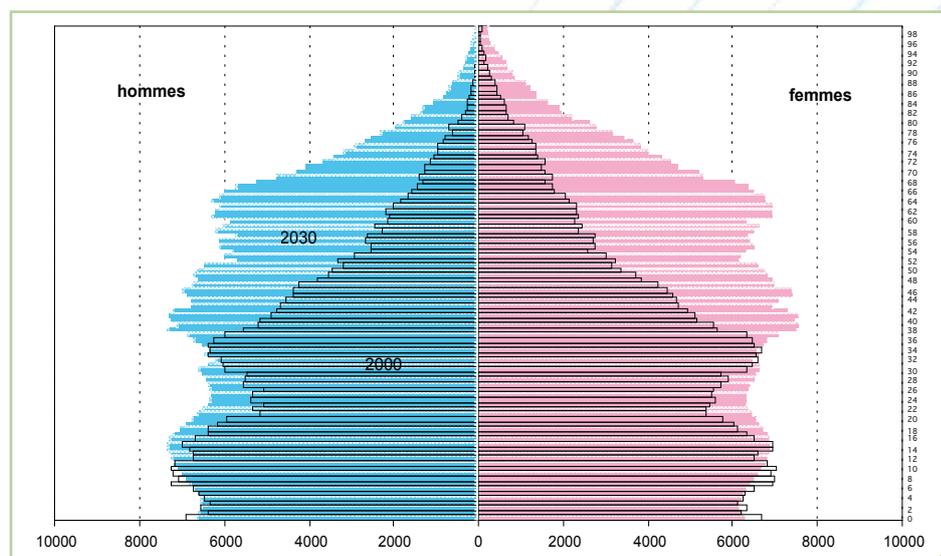
PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

1

DIAGNOSTIC DES BESOINS

— Principales données sociodémographiques et épidémiologiques permettant de caractériser les besoins d'accompagnement médico-social

• Les perspectives démographiques à la Réunion



Les principales évolutions démographiques attendues entre 2000 et 2030, et retracées dans la pyramide des âges sont :

- une légère baisse des moins de 19 ans (- 12 469 personnes, soit -2,5%), permettant d'envisager une stabilisation des besoins d'accompagnement médico-sociaux à conditions socio-sanitaires et périmètres inchangés ;
- une augmentation des personnes entre 20 et 30 ans (+ 19 517 personnes, soit +2,42%), se traduisant par un effort accru pour l'accompagnement des jeunes handicapés dans la vie adulte, et notamment vers l'insertion sociale et professionnelle ;
- une forte augmentation des personnes entre 30 et 60 ans (+ 56 265 personnes, soit + 11,53%), exigeant un renfort significatif des capacités d'accueil et d'accompagnement médico-social, accentué par des durées de prises en charge longues et un risque de saturation durable de l'offre médico-sociale adulte ;
- une forte augmentation des personnes de plus de 60 ans (60 à 79 ans : + 129 964 personnes, soit +16,13% ; personnes de plus de 80 ans : + 27 621 personnes, soit + 3,43%), requérant une mise à niveau importante de l'accompagnement de la perte d'autonomie, dans un contexte local marqué par la précocité de l'entrée dans la dépendance.

Le vieillissement de la population est confirmé par l'INSEE (cf. Economie de la Réunion n°137) :

- en 2040, la Réunion comptera 219 000 personnes âgées d'au moins 65 ans contre 62 000 en 2007, et 24 000 en 1982 ;
- les personnes d'au moins 75 ans étaient 25 000 en 2007, soit trois fois plus qu'en 1982 ;
- les plus âgées (90 ans et plus) étaient 2 000 en 2007 ;

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- la structure par âge de la population réunionnaise se rapprochera de celle observée en métropole, du fait du vieillissement, tout en restant l'un des départements les plus jeunes de France ;
- jusqu'en 2020, la croissance des plus de 65 ans sera de 4% par an, soit 4 fois plus que l'augmentation globale de la population réunionnaise ; les 65-74 ans seront alors 64 000, et les plus de 75 ans 42 000.

• Dénombrement et répartition de la population handicapée à la Réunion

A partir de l'enquête MDPH, réalisée en mars 2011 sur la file active au 01/10/2010, il est possible de dénombrer la population handicapée à la Réunion, au sens des personnes ayant des droits à compensation ouverts (allocations, aménagement et accompagnement scolaire, cartes, orientation scolaire, orientation médico-sociale, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), soit 28 510 personnes (3,4% de la population réunionnaise).

La répartition géographique, selon les microrégions Nord, Est, Ouest et Sud, concorde globalement avec le poids de ces dernières dans la population réunionnaise. L'approche par commune rend compte néanmoins de variations importantes autour de la moyenne régionale (entre 2,6% et 4,3% de la population communale, contre une moyenne régionale de 3,4%).

Les hommes y sont surreprésentés (61,2%, contre 48,5% en population générale).

La répartition du public de la MDPH selon le type de droits ouverts à compensation (en moyenne 2,2 droits par personnes) est la suivante :

- 18 498 personnes bénéficient d'une allocation (AAH, AEEH), soit 65% de la file active MDPH ;

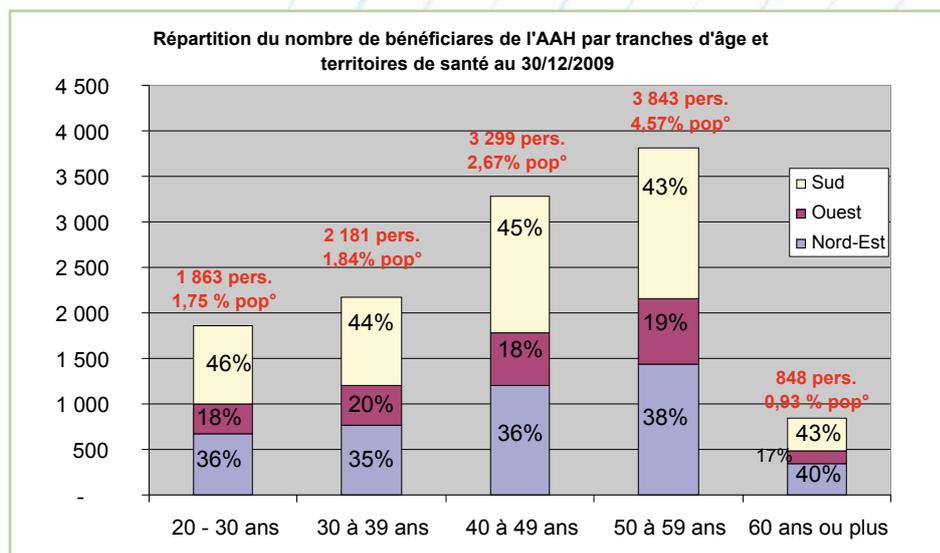
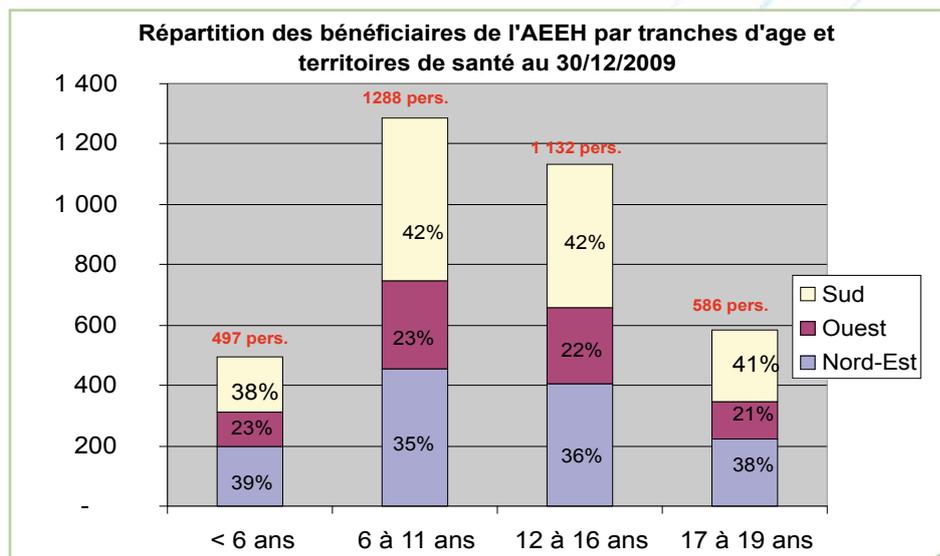
- 11 913 personnes disposent d'une carte d'invalidité ou de stationnement, soit 42% de la file active MDPH ;
- 2 683 adultes ont une orientation en établissement ou service social ou médico-social (y compris établissement et service d'aide par le travail, ESAT), soit 14% de la file active MDPH de 20 à 59 ans, et 0,61% de la population réunionnaise du même âge ;
- 2 880 jeunes de moins de 20 ans ont une orientation en établissement ou service médico-éducatif, soit 53% de la file active MDPH de moins de 20 ans, et 1,02% de la population réunionnaise du même âge ;
- 1 648 jeunes de moins de 20 ans ont une orientation vers une scolarisation adaptée en milieu ordinaire (CLIS, ULIS), du ressort de l'Éducation Nationale ; cette orientation peut être cumulative avec une orientation vers le secteur médico-social et justifier un accompagnement médico-éducatif à l'inclusion scolaire.

• Répartition géographique des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de l'allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH)

18 538 personnes, soit 65% de la population identifiée par la MDPH, bénéficient d'une reconnaissance d'AAH (14 471 personnes) ou d'une AEEH (4 067 personnes). Rapportées à la population générale, ces données rendent compte de 27,8 allocataires de l'AAH pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans contre 25,7 au niveau national (source Statiss 2010, données au 31/12/2009), et de 1,4% de bénéficiaires de l'AEEH, parmi les moins de 20 ans contre 1,1% au niveau national (source CNAF 2011, données 2009). La surreprésentation de l'AEEH à la Réunion doit néanmoins être approchée avec prudence, le taux variant fortement entre les différentes régions (de 0,4% et 1,7%).

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Répartition par âge et territoire des bénéficiaires de l'AAH (données CAF 2009)

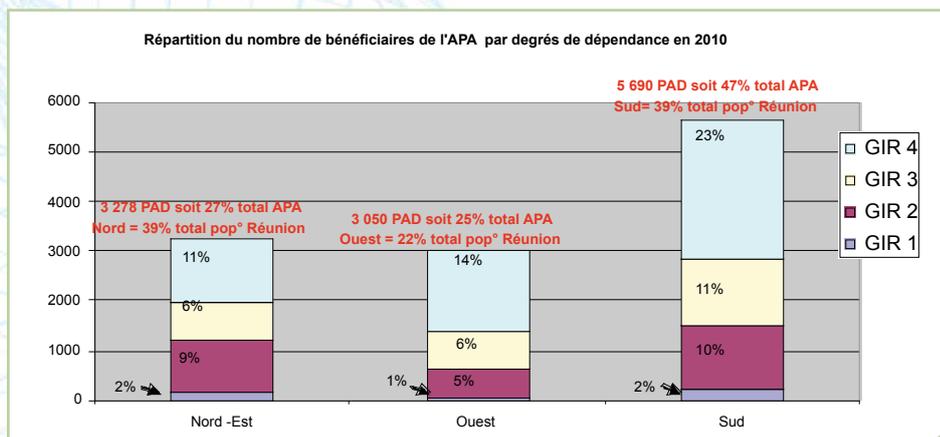


La part des bénéficiaires de l'AAH dans la population générale passe de 1,75% pour les 20-30 ans, à 4,57% pour les 50-59 ans, avec une forte accentuation à partir de 40 ans ; au-delà de 60 ans, les données décroissent rapidement, du fait de la substitution des retraites.

Ceci confirme l'importance du handicap acquis en cours de vie, particulièrement à l'âge adulte, et la nécessité d'améliorer la prévention des principales pathologies générant des déficiences et incapacités : diabète/IRC, AVC, alcoolisme, maladies professionnelles, maladies psychiatriques. Ces éléments font l'objet d'un traitement particulier dans le schéma de prévention. Au-delà, il sera intéressant d'examiner les résultats de l'enquête complémentaire de la MDPH sur les types de déficience, pour pouvoir mieux orienter les actions de prévention.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

• Dénombrement, répartition et projection de la population âgée en perte d'autonomie



Age	Nord + Est	Sud	Ouest
Total pop° > 75 ans	8721	10608	4491
Total APA versé	3278	6665	2078
Part APA sur pop° > 75 ans	38%	63%	46%

Le nombre de bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) s'établissait en novembre 2010 à 12 088 personnes de plus de 60 ans (source Département de la Réunion). Rapporté à la population de plus de 60 ans, on observe :

- un taux de bénéficiaires de l'APA de 5,11% pour les personnes de 60 à 74 ans (3 645 bénéficiaires) ;
- un taux de bénéficiaires de l'APA de 31,89% pour les personnes de 75 ans et plus (8 443 bénéficiaires) ;
- un taux global de bénéficiaires de l'APA rapportés aux plus de 75 ans de 45,66% (12 088 bénéficiaires) contre un 20,52% en moyenne métropolitaine (Source Statiss 2010, données au 1er janvier 2010).

La répartition par niveau de dépendance (grille AGGIR) est :

- GIR I : 550 personnes, soit 4,55% des bénéficiaires ;
- GIR II : 2 931 personnes, soit 24,25% des bénéficiaires ;
- GIR III : 2 808 personnes, soit 23,23% des bénéficiaires ;
- GIR IV : 5 740 personnes, soit 47,49% des bénéficiaires.

Les personnes bénéficiaires de l'APA vivent majoritairement à domicile (92%), l'accueil en établissement ne représentant que 6% et l'accueil familial social 2%. Le niveau de dépendance en établissement est de 710 points (selon la grille AGGIR), ce qui confirme le recours aux EHPAD pour les personnes âgées les plus dépendantes.

L'enquête Handicap Incapacité et Dépendance, étendue en 2004 à la population réunionnaise, a mis en exergue une entrée plus jeune dans la dépendance, soit un vieillissement biologique plus précoce. Le nombre de personnes âgées dépendantes a ainsi été estimé à 12 150 en

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

2004, soit l'addition de 676 personnes âgées dépendantes en établissements (enquête ES 2004) et de 11 480 à domicile, selon l'indicateur HID (indicateur qui surévalue les résultats de la grille AGGIR, de + 14,87% pour les résultats de l'enquête HID en 2004).

A partir des scénarii d'évolution de la population en 2030, la DRASS a alors réalisé une projection du nombre de personnes âgées dépendantes à cet horizon (prise en compte du scénario central, soit le maintien des flux migratoires constatés sur les 10 années précédentes, et baisse tendancielle du taux de fécondité vers 2 enfants par femmes) ; cette projection tient compte d'une hypothèse de recul, à âge constant, du taux de prévalence de la perte d'autonomie, selon les perspectives d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Les résultats prédisent un doublement du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en situation de dépendance en 2030 (entre 27 100 et 29 300), soit :

- en 2010 : entre 13 700 et 15 000 personnes ;
- en 2020 : entre 19 400 et 21 300 personnes.

En première observation, cette projection traduit un décalage entre augmentation prévisionnelle du nombre de personnes de plus de 60 ans (x3 entre 2004 et 2030) et augmentation prévisionnelle du nombre de personnes dépendantes de plus de 60 ans (x2 entre 2004 et 2030). Secondairement, le rapprochement des données réelles APA en 2010 (12 088 bénéficiaires) avec la projection rend compte d'une légère surestimation de cette dernière, après application du correctif entre indicateur HID et grille AGGIR mesuré en 2004 (soit une projection de 12 500 personnes âgées dépendantes selon la grille AGGIR). Sur la période 2004-2010, la projection réalisée par la DRASS semble donc globalement valide.

• Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées

Les données reprises ci-dessous sont principalement extraites du tableau de bord de l'Observatoire régional de la santé de la Réunion, publié en septembre 2008, auquel il convient de se reporter pour les références des études.

Au niveau national, l'incidence globale de la maladie d'Alzheimer est estimée à 225 000 nouveaux cas par an, avec une augmentation de la prévalence fortement corrélée à l'âge et au sexe :

Age	Hommes	Femmes
75-79	7,7 %	5,7 %
80-84	12,5 %	16,6 %
85 ans et +	23,9 %	38,4 %

Ainsi, 72% des malades d'Alzheimer seraient des femmes, pour un total de 860 000 personnes âgées atteintes de démence, dont 680 000 atteintes de la maladie d'Alzheimer ; 330 000 personnes de plus de 75 ans présentent une démence à stade sévère ou modérément sévère.

L'espérance de vie est de 5 ans après le diagnostic, ce dernier étant établi dans un cas sur deux, et seulement un sur trois au stade précoce.

L'Observatoire Régional de la Santé, par application à la population réunionnaise de 2006 des taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer mesurés par classe d'âge par l'enquête PAQUID, a ainsi pu dénombrier 3 600 personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de la maladies d'Alzheimer.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Une actualisation, à partir des dernières données démographiques connues à la Réunion (INSEE, RP 2008), aboutirait aux résultats suivants :

Age	Hommes	Femmes	Total
75-79	362	405	767
80-84	359	818	1177
85 et plus	388	1673	2061
Total	1109	2896	4005

En 2009, 1 300 personnes bénéficiaient d'une reconnaissance d'ALD Alzheimer (affectation longue durée) au titre du régime général d'assurance maladie.

L'application à la Réunion des taux de prévalence de l'enquête PAQUID doit néanmoins être considérée avec réserve, comme l'indique l'ORS ; en effet, il n'existe aucune étude épidémiologique régionale, et plusieurs facteurs de risque, présents à la Réunion, pourraient accroître les données de prévalence.

Outre les principaux déterminants de la maladie d'Alzheimer (âge, sexe et allèle de l'apolipoprotéine E), non accessibles à la prévention, plusieurs facteurs de risques sont surreprésentés à la Réunion :

- l'hypertension artérielle (HTA) :

	Réunion	Métropole
ALD <i>Taux d'incidence des ALD pour 1 000 habitants</i>	2,9	2,7
Hospitalisation <i>Taux comparatif d'hospitalisation pour maladies hypertensives</i>	1,5	0,6
Mortalité <i>Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants</i>	46,6	18,0

- le diabète, en tant que facteur de risque cérébrovasculaire :

	Réunion	Métropole
Prévalence diabète connu <i>Taux de prévalence REDIA</i>	11,2	2,9
ALD <i>Taux d'incidence des ALD pour 1 000 habitants</i>	4,5	1,7
Hospitalisation <i>Taux comparatif d'hospitalisation pour diabète</i>	5,7	2,3
Mortalité <i>Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants</i>	61,5	17,3

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- les accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui interagissent avec les démences comme des facteurs de risque croisés :

	Réunion	Nord Pas de Calais Région métropolitaine avec l'ICM le plus élevé	Ile de France Région métropolitaine avec l'ICM le plus faible
Hommes - Indice comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale	242	126	79
Femmes - Indice comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale	196	127	77

- d'autres facteurs de risque, comme le surpoids et l'obésité, la proportion de patients avec risque de dépendance à l'alcool, ou encore le niveau d'éducation, sont également aggravants pour la Réunion.

Des études mettent également en lumière la charge pour les aidants, et les incidences sur leur mortalité et leur qualité de vie.

Ces éléments conduisent donc à souligner l'intérêt d'une politique régionale de santé cohérente, dans le cadre des orientations du Plan national Alzheimer :

- prévention accrue des facteurs de risque, dont la plupart constituent des enjeux régionaux de santé publique déjà repérés (cf. Plan Stratégique de Santé et schéma de prévention) ;
- capacité renforcée de diagnostic et d'orientation des patients, et de leurs aidants, qui relève principalement de la filière de soins gériatriques (cf. schéma d'organisation des soins) ;
- offre de prise en charge et d'accompagnement permettant le soutien des projets de vie à domicile, tant à destination des patients que de leurs aidants, et des capacités d'accueil adaptées et graduées en établissements d'hébergement médicalisé lorsque l'importance des troubles et/ou de la dépendance rend impossible la poursuite de la vie chez soi ou chez les proches.

• Les addictions à la Réunion

Les données reprises ci-dessous sont principalement extraites du tableau de bord de l'Observatoire régional de la santé de la Réunion « Les addictions à la Réunion », publié en décembre 2010, auquel il convient de se reporter pour les références des études.

Le champ des addictions concerne l'alcool, le tabac, les drogues illicites et les drogues sans substance (jeux, paris).

Concernant l'alcool, les principaux constats montrent une moindre consommation et exposition aux usages abusifs qu'en métropole :

- une stabilité de la quantité d'alcool mise à la consommation (62 000 hectolitres d'alcool pur), avec une consommation d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus moindre qu'en métropole (10 litres contre 12,5 litres) ;
- une expérimentation plus précoce de la consommation d'alcool chez les jeunes (76%

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

à 13 ans, contre 72% en métropole), particulièrement chez les filles (76% à 13 ans contre 71%) ;

- un usage régulier déclaré moins fréquent chez les jeunes, et qui diminuerait avec l'avancée en âge (6% des 14-15 ans, contre 9% en métropole ; 3% des 17-18 ans, contre 9% en métropole) ;

- mais des usages abusifs déclarés plus fréquents chez les jeunes (31% d'expérimentation d'ivresse pour les 13 ans contre 16% en métropole ; 44% pour les 14-15 ans contre 41% en métropole), avec une surreprésentation des filles ;

- et des usages abusifs déclarés qui seraient nettement en recul par rapport à la métropole pour les 17-18 ans (9% pour des épisodes d'usage d'alcool ponctuel sévère, contre 20% en métropole ; 12% pour les ivresses répétées, contre 26% en métropole).

A l'inverse, les données de mortalité sont plus défavorables qu'en métropole par agrégation des trois pathologies directement imputables à l'alcool (psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures), conduisant à 268 décès par an. Ainsi, le taux standardisé de mortalité liée à l'alcool est de 48,2 pour 100 000 habitants à la Réunion contre 29,5 en métropole. Ceci s'accompagne d'une forte mortalité prématurée liée à l'alcool (7 décès sur 10 interviennent avant 65 ans), et d'une nette surmortalité masculine (3 décès masculins pour un féminin), avec cependant une diminution constante du sexe ratio H/F.

L'alcool est impliqué dans 17% des accidents corporels de la route, et dans 42% des accidents mortels de la route. L'alcool est également un facteur d'aggravation des accidents de la route, avec une multiplication par 2 de la part des personnes tuées, ou blessées hospitalisées. 93% des victimes d'accidents de la route avec alcool sont des hommes (85% des tués), et les moins de 25 ans représentent la moitié des victimes d'accidents avec présence de l'alcool.

Concernant le tabac, l'offre de cigarettes

est stable (806 millions d'unités), avec une légère tendance à la hausse de l'offre globale de tabac (852 tonnes) essentiellement due à la progression du tabac à rouler et des cigares/cigarillos.

L'expérimentation du tabac chez les jeunes est en hausse, et touche un adolescent de 14-15 ans sur deux, avec un léger différentiel par rapport à la métropole (51% des 14-15 ans contre 55%) et, comme en métropole, une surreprésentation des filles (53%).

Si l'usage quotidien est supérieur par rapport à la métropole pour les jeunes de 13 ans (5% contre 2%), il est équivalent pour les 14-15 ans (18%) et serait moindre pour les 17-18 ans (16% contre 29%), traduisant, sous toute réserve, une diminution de la consommation régulière passée 16 ans.

Malgré ces données plus favorables, la mortalité liée au tabac, avec 560 décès annuels, est plus forte à la Réunion (cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons ; bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives ; cardiopathies ischémiques). Le taux standardisé de mortalité liée au tabac est ainsi de 141,4 pour 100 000 habitants à la Réunion contre 120,7 en métropole, le tabac étant la première cause de décès par cancer, et les hommes représentant 64% des décès liés au tabac.

Concernant le cannabis, l'expérimentation chez les jeunes de 13 ans est plus importante qu'en métropole (9% contre 5%), mais le différentiel s'inverse pour les 14-15 ans (26% contre 28%) et les 17-18 ans (34% contre 42%). L'usage régulier serait moindre pour les 14-15 ans (9% contre 12%) et les 17-18 ans (4% contre 7%).

La poly-consommation (alcool/cannabis, tabac/cannabis, alcool/tabac/cannabis, alcool/tabac) a été expérimentée par un jeune sur quatre, comportement davantage masculin et concernant majoritairement l'association alcool/tabac.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Pour les autres drogues illicites et l'usage détourné de médicaments, les données disponibles concernent les saisies policières et douanières, non-directement révélatrices de la consommation réelle.

Concernant les jeux de hasard (addiction sans produit), malgré une moindre densité des points de vente (1 pour 2 514 habitants contre 1 pour 1 775 sur le territoire national), la mise moyenne par majeur et par semaine est plus élevée que la moyenne nationale (3,17 € contre 2,96 €).

Concernant les paris sur les courses de chevaux (addiction sans produit), la densité de point de vente est plus élevée (1 pour 5 200 habitants contre 1 pour 6 300 sur le territoire national), avec là encore une mise moyenne par majeur et par semaine nettement plus élevée (3,79 € contre 2,75 €).

Concernant les casinos (addiction sans produit), les seuls chiffres disponibles concernent les demandes d'exclusion et de levée d'exclusion (exclusion sollicitée par l'intéressé lui-même auprès de l'autorité administrative et se traduisant par une exclusion irrévocable pendant 5 ans). Après une forte chute en 2008, liée à la fermeture de l'antenne Sud, les demandes ont repris en 2009 (73), sans atteindre le niveau le plus haut de 2007 (135).

En conclusion, le tableau contrasté des addictions, révélant une moindre exposition mais à l'inverse une plus forte mortalité, doit conduire à s'interroger sur les stratégies de prévention (schéma de prévention) et sur un renforcement de l'accès aux soins de sevrage.

— Analyses complémentaires des besoins

• Les orientations scolaires et médico-sociales formulées par la MDPH

L'enquête MDPH, réalisée sur la file active au 01/10/2010, permet, au travers du dénombrement des orientations scolaires et médico-sociales, par comparaison avec les capacités autorisées (installées ou en cours d'installation) d'évaluer les besoins actuellement non couverts. Le rapprochement des données de besoins de 2010 et des données d'équipement 2011 n'entraîne pas de biais méthodologique important du fait de la faible variation d'une année sur l'autre de la population (notamment pour les moins de 20 ans).

- Pour les enfants et les jeunes de moins de 20 ans :

ENFANTS (ESMS)	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités autorisées et financées au 31/12/2011* (installées au 31/12/2011)	Différentiel	% de l'offre manquante
IME (déficience intellectuelle)	1 255	945 (941)	310 (314)	32,8% (33,3%)
IES (déficience sensorielle)	189	175 (175)	14 (14)	8% (8%)
IEM (déficience motrice)	90	78 (78)	12 (12)	15,4% (15,4%)
CEAP (polyhandicap)	175	169 (169)	6 (6)	3,5% (3,5%)
ITEP (troubles du caractère et du comportement)	10	42 (31)	- 32 (-21)	- 76,2% (-67,7%)
SESSAD	1 313	488 (488)	825 (825)	169% (169%)
SAAIS (déficience visuelle)	47	50 (50)	- 3 (-3)	- 6% (-6%)
SSEFIS (déficience auditive)	104	60 (60)	44 (44)	73,3% (73,3%)
Total	3 183	2007 (1992)	1176	NS

* capacités autorisées, installées et financées, ou en cours d'installation et pour lesquelles l'ARS pourrait mobiliser auprès de la CNSA les crédits dès ouverture.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Sachant que 2 880 enfants bénéficient d'une orientation vers une prise en charge médico-sociale, et que les notifications de la MDPH peuvent être multiples pour certains (ex : IME + SESSAD), **le besoin net de places d'établissements et services médico-sociaux est de 770 (hors amendement Creton), soit 38,37% de l'offre autorisée et financée.**

Cette approche doit être nuancée pour les SESSAD, puisque certains d'entre eux, du fait notamment de l'organisation de prises en charge collectives, suivent plus d'enfants que la capacité autorisée.

ENFANTS (CLIS/ULIS)	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités autorisées	Différentiel	% de l'offre manquante
CLIS	1 173	1 097	76	6,9%
ULIS	475	418	57	13,6%
Total	1 648	1 515	133	8,8%

La forte baisse de l'offre en ULIS collège et lycée, malgré une équivalence des classes d'âge, par rapport à l'offre de CLIS, peut conduire à une réorientation des enfants, malgré un parcours initial d'intégration scolaire en école maternelle et primaire, vers des établissements médico-éducatifs. Dans les faits, ils sembleraient que seuls les enfants relevant effectivement d'IME intègrent alors ce type de structures, les autres, couverts par une double orientation intégration scolaire ordinaire - IME restant en milieu ordinaire.

Si certaines situations individuelles de handicap lourd peuvent justifier une réorientation en IME après un parcours d'intégration scolaire, il conviendra que l'Education nationale et la MDPH continuent d'être vigilantes à ce que le recours à l'IME, au travers des orientations multiples, soit strictement motivé par l'impossibilité d'une poursuite de l'inclusion scolaire.

De plus, l'Education nationale souligne, qu'au regard de l'insuffisance de l'offre en ULIS, elle assure néanmoins un soutien à l'intégration scolaire en classe ordinaire des élèves concernés par la mobilisation d'auxiliaires de vie scolaire.

- Pour les adultes :

ADULTES (ESMS)	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités autorisées et financées au 31/12/2011* (installées au 31/12/2011)	Différentiel	% de l'offre manquante
FAO	464	428 (284)	36 (119)	8,4% (57,1%)
FH	114	134 (134)	- 20 (- 20)	-14,9% (-14,9%)
FAM/MAS	669	550 (481)	119 (188)	21,6% (39%)
ESAT	1 420	959 (920)	461 (500)	48% (54,3%)
SAVS	223	360 (205)	- 137 (18)	-38%(8,8%)
SAMSAH	75	123 (87)	-48 (-12)	- 39% (-13,8%)
Total	2 965	2 554 (2111)	NS	NS

* capacités autorisées, installées et financées, ou en cours d'installation et pour lesquelles l'ARS pourrait mobiliser auprès de la CNSA les crédits dès ouverture (pour les équipements sous compétence exclusive CG : capacités autorisées)

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Sachant que 2 683 adultes bénéficient d'une orientation vers une prise en charge médico-sociale, et que les notifications de la MDPH peuvent être multiples pour certains (ex : FAM + SAMSAH ; ou ESAT + FHTH), **le besoin net de places d'établissements et services médico-sociaux est de 129, soit 5% de l'offre existante autorisée et financée.** Une approche par type d'orientation, et selon les champs de compétences respectifs du Département et de l'ARS doit être apportée en complément.

Au-delà des manques flagrants en matière d'équipement social et médico-social, l'enquête MDPH apporte également un éclairage sur l'importance des doubles, voire triples, orientations prononcées. Cette pratique rend compte de l'adoption par la CDAPH d'un comportement de gestion de la pénurie de l'offre en proposant systématiquement plusieurs orientations alternatives pour une même personne, afin d'offrir à cette dernière toutes les chances, en cas de libération d'une place, de bénéficier d'une prise en charge. Les orientations multiples en IME, SESSAD et CLIS/ULIS en sont l'illustration : pour 1 255 enfants bénéficiant d'une orientation en IME, 759 ne dispose que de cette orientation, quand 308 ont une orientation alternative en SESSAD ou SSEFIS, et 239 en CLIS ou ULIS. Des pratiques similaires sont repérées pour les adultes.

Il conviendra donc sur la durée du SOMS d'engager un travail avec la MDPH et la CDAPH pour clarifier les critères d'orientation, et que les décisions traduisent davantage les besoins réels des bénéficiaires. La distinction dans

le traitement des dossiers et le système d'information de la MDPH, des orientations principales, strictement motivées par les besoins et le projet de vie de la personne, des orientations secondaires, tenant compte de la réalité de l'offre et de l'accompagnement effectif de la personne, est à envisager. A défaut, le pilotage de l'offre médico-sociale et éducative ne pourra être éclairé des données de la MDPH, et il est à craindre que l'accès effectif à l'offre existante résulte, pour chaque bénéficiaire, d'une opportunité plutôt que d'une prise en charge ajustée à ses besoins.

- **Essai d'une requalification des besoins en structures médico-sociales et éducatives à partir de l'enquête MDPH**

Les données de l'enquête MDPH, relatives aux orientations multiples, peuvent être retraitées selon deux options :

- la priorité donnée à l'intégration en milieu ordinaire, selon les orientations des politiques nationales (hypothèse 1)
- le privilège donné à la prise en charge institutionnelle (hypothèse 2)

L'application de ces deux hypothèses de retraitement donne des résultats contrastés, particulièrement pour les enfants.

- **Le retraitement des données relatives aux orientations pour les enfants :**

Dans la première hypothèse qui favorise l'intégration scolaire en milieu ordinaire, avec le soutien médico-social de services type SESSAD, les besoins seraient les suivants :

ENFANTS (ESMS) Hypothèse 1	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités installées au 31/12/2011	Différentiel	% de l'offre manquante
IME (déficience intellectuelle)	818	941	- 123	- 13,07%
IES (déficience sensorielle)	169	175	- 6	- 3,42%
IEM (déficience motrice)	66	78	- 12	- 15,38%
CEAP (polyhandicap)	145	169	- 24	- 14,20%
ITEP (troubles du caractère et du comportement)	10	31	- 21	- 67,74%
SESSAD	1415	488	+ 927	+ 189,96%
SAAIS (déficience visuelle)	51	50	+ 1	+ 2%
SSEFIS (déficience auditive)	112	60	+ 52	+ 86,66%
Total	2777	1992	+ 785	NS

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Il conviendrait alors :

- de réduire les capacités de l'ensemble des établissements, pour un total de 186 places, soit 13% de l'offre existante
- d'installer 980 places de services, dont une partie par requalification des places d'établissements supprimées, soit une augmentation de 163% de l'offre existante de services.

Sur la base d'une équivalence budgétaire d'une place d'établissement pour 2,5 places de services, l'installation nette de places, hors redéploiement, serait de 515 places de services sur la durée du SOMS.

Dans la seconde hypothèse qui favorise les prises en charge institutionnelles, les besoins seraient les suivants :

ENFANTS (ESMS) Hypothèse 2	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités installées au 31/12/2011	Différentiel	% de l'offre manquante
IME (déficience intellectuelle)	1228	941	+ 287	+ 30,50%
IES (déficience sensorielle)	189	175	+ 14	+ 7,83%
IEM (déficience motrice)	90	78	+ 12	+ 15,38%
CEAP (polyhandicap)	175	169	+ 6	+ 3,55%
ITEP (troubles du caractère et du comportement)	10	31	- 22	- 70,97%
SESSAD	936	488	+ 448	+ 91,80%
SAAIS (déficience visuelle)	47	50	- 3	- 6,00%
SSEFIS (déficience auditive)	103	60	+ 43	+71,66%
Total	2778	1992	+ 785	NS

Il conviendrait alors :

- d'installer 297 places d'établissement, essentiellement en IME, soit 21,30% de l'offre existante
- d'installer 488 places de services, essentiellement en SESSAD, soit 82% de l'offre existante.

L'intérêt de ces deux hypothèses est d'illustrer les conséquences, sur l'offre d'établissements et de services, du choix de l'intégration scolaire ou de l'institution. Un scénario médian peut être proposé, qui tient compte :

- de la priorité donnée à l'intégration scolaire ordinaire, y compris en CLIS et ULIS, et avec la mobilisation d'un appui médico-social de type SESSAD ;
- de la difficulté d'apprécier le volume de places d'IME devant être requalifiées en services, autant au regard de l'importance des besoins non-couverts et des incertitudes pesant sur les motivations des orientations multiples prononcées par la MDPH.
- de la faiblesse des orientations prononcées par la MDPH sur des équipements nouveaux (ex : ITEP, avec rattrapage en cours).

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

ENFANTS (ESMS) Scénario médian proposé	Capacités installées au 31/12/2011	Capacités nouvelles à installer
IME (déficience intellectuelle)	941	0
IES (déficience sensorielle)	175	0
IEM (déficience motrice)	78	0
CEAP (polyhandicap)	169	0
ITEP (troubles du caractère et du comportement)	31	0
SESSAD	488	556
SAAIS (déficience visuelle)	50	0
SSEFIS (déficience auditive)	60	52
Total	1992	608

Dans ce scénario médian, les capacités des établissements ne sont pas augmentées, les surcapacités relatives à l'option d'intégration scolaire (162 places, hors ITEP) pouvant être progressivement redéployées sur des services ; l'installation nette de places, par mobilisation de mesures nouvelles (549 +52 = 601), est limitée au solde des orientations non satisfaites ni en établissement ni en service.

Le scénario médian devra être modulé dans son application pour permettre l'installation de capacités nouvelles d'établissement répondant à des insuffisances d'offre de prise en charge de certaines déficiences et à l'exigence d'un maillage territorial équilibré.

- Le retraitement des données relatives aux orientations pour les adultes :

Dans la première hypothèse qui favorise l'insertion sociale en milieu ordinaire, les besoins seraient les suivants :

ADULTES (ESMS) Hypothèse 1	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités installées au 31/12/2011	Différentiel	% de l'offre manquante
FAO*	393	284	+ 109	+ 38,38%
FH*	84	134	- 50	- 37,31%
FAM/MAS	581	481	+ 100	+ 20,79%
ESAT	1420	920	+ 500	+ 54,34%
SAVS*	223	205	+ 18	+ 8,78%
SAMSAH	75	87	- 12	- 13,79%
Total	2776	2111	+ 665	NS

* capacités autorisées au 31/12/2011

Le besoin net de capacités supplémentaires d'établissements et services (665) est supérieur à la différence entre les adultes bénéficiant d'une orientation et les capacités existantes (572), du fait de la prise en compte des possibilités de double prise en charge (ex : FH + ESAT, ou SAVS + ESAT).

Pour l'offre sous compétence ARS, il conviendrait d'installer 500 places nouvelles en établissements, essentiellement en ESAT. L'excédent apparent d'offre de SAMSAH tient à la montée en charge plus récente des orientations MDPH pour ce type d'équipement jusqu'il y a peu inexistant.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Dans la seconde hypothèse qui donne la faveur à la prise en charge institutionnelle, et en son sein à la médicalisation des accompagnements, les besoins seraient les suivants :

ADULTES (ESMS) Hypothèse 2	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités installées au 31/12/2011	Différentiel	% de l'offre manquante
FAO*	377	284	+ 93	+ 32,75%
FH*	104	134	- 30	- 22,39%
FAM/MAS	644	481	+ 163	+ 17,09%
ESAT	1392	920	+ 472	+ 45,15 %
SAVS*	211	205	+ 6	+ 2,93%
SAMSAH	57	87	- 30	- 53,66%
Total	2785	2111	+ 674	NS

* capacités autorisées au 31/12/2011

Le besoin net de capacités supplémentaires d'établissements et services (674) est supérieur à la différence entre les adultes bénéficiant d'une orientation et les capacités existantes (572), du fait de la prise en compte des possibilités de double prises en charge (ex : FH + ESAT, ou SAVS + ESAT).

Pour l'offre sous compétence ARS, il conviendrait de créer 635 places nouvelles en établissements, essentiellement en ESAT. L'excédent apparent d'offre de SAMSAH, tenant à la montée en charge plus récente des orientations MDPH pour ce type d'équipement jusqu'il y a peu inexistant, est accru par rapport à la première hypothèse.

Dans l'approche des deux hypothèses, il convient de prendre en compte que :

- l'offre de FH est sous-utilisée, mais qu'elle ne doit pas nécessairement être réduite au regard des développements attendus de places d'ESAT ;

- l'offre de SAMSAH est excédentaire, mais que cette situation doit être considérée comme temporaire du fait de la montée en charge des orientations MDPH sur ce nouvel équipement et de la faveur donnée à l'insertion en milieu ordinaire des personnes handicapées

- les retraitements proposés ne tiennent pas compte de l'augmentation des classes d'âge concernées et de la durée plus longue des prises en charge, contrairement aux enfants (stabilité démographique, durée d'accompagnement plus réduite), facteur pesant à la hausse sur les besoins de capacités nouvelles adultes.

Ces observations justifient de ne pas proposer de scénario médian pour les adultes handicapés.

• Les éclairages particuliers des besoins :

- Enquête MDPH et suites attendues :

Le premier volet de l'enquête MDPH apporte des éléments d'éclairages nouveaux sur la population relevant de la politique du handicap, et sur les besoins d'accompagnement ; elle permet ainsi de disposer d'indicateurs locaux de pilotage de l'offre médico-sociale, et de dépasser les seules comparaisons antérieures des taux d'équipements relativement à la moyenne nationale.

D'autres volets sont prévus, portant notamment sur l'identification des déficiences, et sur les trajectoires des personnes reconnues handicapées. Ces développements seront utiles pour d'une part renforcer et mieux cibler la politique de prévention du handicap, et d'autre part pour améliorer la coordination des accompagnements au profit d'une intégration sociale privilégiée.

- Enquête listes d'attente

L'ARS Océan Indien a évalué les listes d'attente des établissements et services médico-sociaux au 31 octobre 2010 pour :

- les enfants et adolescents handicapés
- les adultes handicapés
- les personnes âgées (EHPA, EHPAD et USLD).

En termes d'évaluation des besoins non-satisfaits sur le champ du handicap, il convient de privilégier l'enquête MDPH,

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

qui évite les biais liés au décalage entre les orientations prononcées et l'inscription effective par les intéressés sur les listes d'attente des établissements et services. Ceci est particulièrement remarquable pour les orientations en ESAT : les orientations non-satisfaites s'élèvent, d'après l'enquête MDPH, à 461 (prise en compte des capacités autorisées et financées au 31/12/2011), contre 323 sur les listes d'attente. A l'inverse, l'enquête liste d'attente révèlent 595 jeunes en attente d'admission en IME, contre un écart de 310 places entre les orientations prononcées par le MDPH et les capacités autorisées et financées au 31/12/2011, significative d'une mise à jour insuffisante des listes d'attente des établissements.

La mise en place souhaitable d'une interface informatique entre la MDPH et les établissements et services médico-sociaux, permettant une information dans les deux sens sur les orientations prononcées et leur satisfaction, devrait pouvoir résoudre ces difficultés.

Concernant le champ des personnes âgées, l'enquête sur les listes d'attente est la seule mesure disponible d'un besoin exprimé d'accueil en établissement, médicalisé ou non. Les principales conclusions sont :

- l'existence de 490 personnes en attente d'admission en EHPAD ou USLD ; au regard des 338 places d'EHPAD autorisées et encore non-installées, et des 158 places d'EHPAD en cours d'autorisation, en application du SDOSMS 2007-2011, le besoin exprimé devrait être satisfait à moyen terme ;
- une très faible demande en EHPA (9 demandes, pour 102 places enquêtées), qui doit amener à s'interroger sur la pertinence de développements nouveaux d'hébergement non-médicalisé ;
- de fortes disparités, y compris au sein d'un même bassin de population ou d'une même commune, des listes d'attente entre établissements, qui interrogent sur les modalités et la régularité de la mise à jour des listes.

Une gestion partenariale des politiques d'admission, par territoire de santé, devrait permettre, sur la durée du SOMS de disposer d'indicateurs plus fiables

des besoins de prise en charge et de leur satisfaction.

- Enquête Personnes Handicapées Vieillissantes :

Un dénombrement des personnes handicapées vieillissantes a été effectué, lors de l'élaboration du SOMS, auprès des établissements et services sous compétence ARS et Département pour l'année 2010, pour une première approche de cette population et de ses besoins. Elle devra faire l'objet d'une publication consolidée en 2012 pour assurer le suivi annuel de l'évolution de cette thématique sur la durée du SOMS.

Sont considérées, selon les acceptions habituellement utilisées au niveau national, toutes personnes handicapées âgées de 40 ans et plus.

Les principales indications sont, pour les établissements ayant satisfait à l'enquête :

- **pour les ESAT** : 17% de la file active est constituée de personnes handicapées vieillissantes (soit 149 personnes pour un total de 898) ; un plus fort recours au temps partiel chez les plus de 40 ans (11,4% contre 5,5% pour l'ensemble de la file active) ; un taux de sortie de 4,90% pour l'ensemble de la file active, soit 44 personnes dont les plus de 40 ans (7 sorties) représentent 16%, ce qui ne démontre pas encore une accélération des fins de prise en charge liée à l'avancée en âge ;
- **pour les FAM/MAS** : 56% de la file active est constituée de personnes handicapées vieillissantes (soit 259 personnes pour un total de 462) ; 8% de la file active est constituée de personnes handicapées de plus de 60 ans (soit 37 personnes) ; un taux de sortie de 5,84% pour l'ensemble de la file active, soit 27 personnes dont les plus de 40 ans (15 sorties) représentent 56%, ce qui démontre une accélération des fins de prise en charge liée à l'avancée en âge. Un tiers des sorties des plus de 40 ans sont des décès, un autre tiers sont des réorientations entre établissements médico-sociaux, et un cinquième sont des retours à domicile.
- **pour les FAO** : 27% de la file active est constituée de personnes handicapées vieillissantes (soit 70 personnes pour un total de 262) ; 1,5% de la file active est constituée de personnes handicapées de

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

plus de 60 ans (soit 4 personnes) ; les personnes handicapées vieillissantes sont surreprésentées en internat (36 personnes soit 56% de la file active internat) par rapport au semi-internat (34 personnes soit 17% de la file active semi-internat) ; un taux de sortie de 4,58% pour l'ensemble de la file active, soit 12 personnes dont les plus de 40 ans (1 sortie) représentent 8%, ce qui ne démontre pas une accélération des fins de prises en charge liée à l'avancée en âge.

Globalement il en ressort :

- que les personnes handicapées vieillissantes sont particulièrement présentes dans les FAM/MAS, et dans une moindre mesure en FAO et ESAT ;
- que le recours au temps partiel en ESAT est plus marqué, passé 40 ans, sans que l'avancée en âge ne se traduise par une accélération des fins de prise en charge ;
- que l'écart entre internat et semi-internat pour les plus de 40 ans en FAO est très fortement en faveur de l'internat, malgré les faibles capacités de ce dernier, soulignant ainsi le risque d'orientation en FAM/MAS pour des motifs d'hébergement temps plein plutôt que de besoins de médicalisation de la prise en charge.

Au-delà, la mesure des taux de sortie à travers de cette enquête permet de calculer, qu'à équipement inchangé, et par reprise des données MDPH, le temps d'attente pour la satisfaction d'une orientation :

- 9 ans et 9 mois en ESAT,
- 3 ans et 8 mois en FAM/MAS,
- 13 ans et 10 mois en FAO.

- Enquête sur les soins dentaires en établissements et services pour personnes handicapées

Dans le cadre du volet Odontologie du SOS, une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ensemble des ESMS enfants handicapés ; SAMSAH, FAM et MAS pour les adultes handicapés). Elle visait à mesurer, sur l'année 2010 :

- les consultations annuelles de contrôle,
- les consultations pour soins dentaires,
- l'implication des établissements et services dans le suivi dentaire de leurs usagers,
- les modalités de réalisation des soins

(dans l'établissement, en cabinet de ville, en service hospitalier),

- les délais de prise en charge,
- l'existence d'un conventionnement avec des cabinets libéraux ou des établissements de santé,
- la satisfaction sur l'accès aux soins (avec recueil des pistes souhaitables d'amélioration).

Les faibles taux de réponse pour les services pour enfants (30%) et adultes (25%) indiquent que cette thématique n'est pas intégrée dans les projets individuels d'accompagnement, et renvoyée à la charge des familles et des intéressés.

A l'inverse, le fort taux de réponse pour les établissements médicalisés pour adultes (100%) démontrent une grande sensibilité au sujet, avec corrélativement des attentes fortes.

Les difficultés concernent les délais de consultation, et de manière générale, l'accessibilité aux soins (accès aux plateaux techniques hospitaliers, prise en compte des troubles du comportement, accessibilité physique des tables et fauteuils d'examen).

Ceci devrait se traduire dans les objectifs opérationnels du SOS :

- garantir un accès aux plateaux techniques hospitaliers de proximité (notamment GHER pour l'Est et CHR – site Sud pour le Sud) ;
- définir les modalités de coopération entre les ESMS et les établissements de santé et professionnels de santé libéraux pour garantir l'accessibilité aux soins dentaires et la qualité de l'accompagnement au regard du handicap ;
- affirmer le rôle de prévention des médecins des ESMS en matière d'hygiène bucco-dentaire.

Au-delà, cette étude, sur un sujet précis, permet de rendre compte plus généralement, du niveau variable de sensibilité des établissements et services médico-sociaux à l'accès aux soins et à la prévention, et des difficultés pour les personnes handicapées de disposer de ces prestations.

— L'offre médico-sociale en faveur des jeunes handicapés

Le tableau, repris en annexe, recense, par territoire de santé, les établissements et services de la compétence de l'ARS. Globalement, il fait état d'un taux d'équipement en structures pour enfants de 6,97 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, rapporté à la population estimée 2020, et de 7,1 rapporté à la population 2009 contre 9,2 en moyenne métropolitaine (soit un écart de 590 places, en défaveur de la Réunion).

Toutes déficiences confondues, le territoire Ouest est le plus équipé (taux de 8,65 en population 2020), par rapport au Nord-Est (6,67) et au Sud (6,04).

L'approche par territoire et déficience fait apparaître :

- un sous-équipement relatif de l'Ouest pour la déficience motrice ;
- un sous-équipement relatif du Nord-Est et de l'Ouest pour la déficience intellectuelle, les troubles du caractère et du comportement, la déficience visuelle, et la déficience auditive ;
- concernant l'autisme, seules les places identifiées dans les agréments sont distinguées de la déficience intellectuelle.

Les développements attendus de l'offre médico-sociale devront rattraper ces écarts, en considération des taux d'équipements, mais surtout d'une exploitation par territoire des orientations MDPH.

Sont également constatés des écarts entre territoires de santé, pour une même déficience, entre équipements en établissements et en services ; la réorientation souhaitable de l'offre médico-sociale vers le soutien privilégié à l'intégration scolaire devra permettre lisser ces différences inter-territoriales.

L'approche en taux d'équipement peut être complétée des enseignements de l'enquête MDPH ; en intégrant les 770 places manquantes à l'équipement au 31/12/2011 (en autorisation et financement), la capa-

cité totale pour la Réunion serait de 2 777, soit un taux d'équipement cible de 9,83 contre 9,2 en moyenne métropolitaine, soit un écart en faveur de la Réunion de 179 places (+6,4%).

Les aspects de convergence budgétaire ne sont pas traités à ce stade, car nécessitant une approche fine en groupes de dépenses et ratios d'encadrement, qui fera l'objet d'une application dans le cadre de l'objectif opérationnel relatif à l'optimisation de l'offre médico-sociale (cf. infra).

— L'offre d'inclusion scolaire en faveur des enfants handicapés

A la rentrée de septembre 2011, les enfants handicapés bénéficiant d'une intégration scolaire ordinaires étaient :

- de 1 112 en CLIS (soit +1,9% / rentrée 2006)
- de 453 en ULIS (soit +110,7% / rentrée 2006)
- de 912 en accueil individuel dans le premier degré (soit + 45,5% / rentrée 2006)
- de 669 en accueil individuel en collège (soit +99,7% / rentrée 2006)
- de 234 en accueil individuel en lycée (soit +40,2% / rentrée 2006)

soit un total de 3 380 élèves, en progression de 38,8% par rapport à la rentrée 2006 (+19,8% en CLIS-ULIS, et +60,8% en intégration individuelle) traduisant les progrès important de l'inclusion scolaire.

La Réunion dispose de 117 CLIS :

- 107 pour les troubles des fonctions cognitives
- 5 pour les troubles des fonctions auditives, mais aucune pour les troubles des fonctions visuelles
- 5 pour les troubles des fonctions motrices

Elle dispose de 47 ULIS Collège :

- 42 pour les troubles des fonctions cognitives
- 2 pour les troubles des fonctions auditives
- 1 pour les troubles des fonctions visuelles

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- 2 pour les troubles des fonctions motrices
- et de 4 ULIS Lycée :
- 3 pour les troubles des fonctions cognitives
 - 1 pour les troubles des fonctions visuelles.

On constate néanmoins une baisse de l'offre d'intégration collective (passage de CLIS en ULIS), et une diminution forte de l'intégration individuelle avec l'avancée en âge, qui posent des interrogations sur les motifs de ces mouvements :

- insuffisance de l'offre pour répondre à l'avancée de la scolarisation des enfants handicapés, notamment lors du passage au collège et au lycée, avec l'âge de 16 ans qui serait à tort considéré comme la limite de l'obligation de scolarisation pour l'Education nationale
- situations de handicap ne permettant pas la poursuite d'un parcours scolaire en milieu ordinaire, et justifiant des réorientations vers le secteur médico-éducatif.

L'accompagnement individuel concerne :

- dans le premier degré : 71 enfants à temps plein et 431 à temps partiel, auxquels s'ajoutent 103 enfants en attente d'un moyen d'accompagnement (20,6% des enfants concernés)
- dans le second degré : 66 enfants à temps plein et 102 à temps partiel, auxquels s'ajoutent 24 enfants en attente d'un moyen d'accompagnement (14,9% des enfants concernés)

et mobilise 504 auxiliaires de vie scolaire (232 assistants d'éducation et 272 contrats aidés), rendant compte de la volonté affichée de l'Education nationale de satisfaire au mieux l'ensemble des orientations prononcées par la CDAPH pour l'accompagnement scolaire.

— L'offre médico-sociale en faveur des adultes handicapés

Le tableau, repris en annexe, recense, par territoire de santé, les établissements et services de la compétence de l'ARS.

Globalement, il fait état d'un taux d'équi-

pement en structures médicalisées pour adultes de 1,36 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, rapporté à la population estimée 2020, et de 1,54 rapporté à la population 2009 contre 2,3 en moyenne métropolitaine (soit un écart de 330 places, en défaveur de la Réunion).

Tous équipements médicalisés confondus (FAM, MAS, SAMSAH, SSIAD PH), le territoire Ouest est le moins équipé (taux de 0,68 en population 2020), par rapport au Nord-Est (1,77) et au Sud (1,37).

L'équipement en FAM/MAS est supérieur à la moyenne métropolitaine (1,25 contre 1,15, soit un écart de 43 places).

A l'inverse, l'équipement en SAMSAH, toutes déficiences confondues, est très inférieur à la moyenne nationale (0,28 contre 0,97), soit un écart de 304 places. Ceci conforte l'option d'un renforcement des services en soutien des personnes handicapées en milieu ordinaire.

Concernant les ESAT, l'écart à la moyenne métropolitaine est en défaveur de la Réunion (2,22 contre 3,49, soit 550 places). Les territoires Ouest (1,41 en population 2020) et Nord-Est (1,58 en population 2020) sont relativement sous-équipés par rapport au Sud (2,69 en population 2020).

Les développements attendus de l'offre médico-sociale devront rattraper ces écarts, tant pour les établissements et services médicalisés que pour les ESAT, en considération des taux d'équipements, mais surtout d'une exploitation par territoire des orientations MDPH.

Les aspects de convergence budgétaire ne sont pas traités à ce stade, car nécessitant une approche fine en groupes de dépenses et ratios d'encadrement, qui fera l'objet d'une application dans le cadre de l'objectif opérationnel relatif à l'optimisation de l'offre médico-sociale (cf. infra).

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

— L'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées

L'équipement médico-social, sous compétence ARS, est composé de :

- 1 149 places d'EHPAD autorisées et installées, auxquelles il convient d'ajouter 269 places autorisées et en cours d'installation, et 134 places en cours d'autorisation, soit un total de 1 552 places (taux d'équipement de 58,67 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans)
- 519 places de SSIAD autorisées et installées (soit un taux d'équipement de 19,60 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans).

La filière de soins gériatriques a été constituée dans chacun des territoires de santé :

- Nord-Est: équipe mobile gériatrique, hospitalisation de jour gériatrique, court séjour gériatrique (CHFG, Saint Denis);
- Ouest : équipe mobile gériatrique ; hôpital de jour et court séjour gériatrique (CHGM, Saint Paul);
- Sud : équipe mobile gériatrique ; hôpital de jour et court séjour gériatrique (21 lits au GHSR, Saint Joseph).

Aucun SSR n'a été identifié avec une spécialisation gériatrique, le choix retenu jusqu'alors étant, au regard de la faiblesse démographique des personnes âgées à la Réunion, de privilégier la disponibilité d'une compétence gériatrique dans chaque implantation de SSR.

Deux unités des soins de longue durée (49 lits au GHSR au Tampon ; 60 lits au GHER, à Saint André, actuellement installée à hauteur de 30 lits) renforcent l'offre d'EHPAD médico-sociaux.

Le renfort de la filière de soins gériatriques devra prioritairement intervenir sur le territoire de proximité Est, avec la constitution dans un premier temps d'une équipe mobile gériatrique, en appui des urgences et des capacités d'hospitalisation du GHER.

La déclinaison régionale du Plan Alzheimer a été largement engagée, avec la constitution progressive d'une offre médico-sociale adaptée :

- labellisation d'une MAIA portée par l'association Réunion Alzheimer et le Département en 2011 (cf. fiche « coordinations gérontologiques »)
- développement d'accueils de jour et d'hébergements temporaires (cf. fiche « accueil séquentiel médicalisé »)
- financement, sous compétence DRASS puis ARS, de formations à destination des aidants
- identification en septembre 2011 des EHPAD devant disposer de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) pour 78 places disponibles au 31/12/2011, soit 6 unités de 13 places
- identification en septembre 2011 d'un EHPAD porteur de l'unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places pour la Réunion
- création de capacités de SSIAD spécialisées Alzheimer (deux fois 10 places, réparties Nord/Sud)
- publication d'un appel à projet pour la sélection d'une plateforme de répit, adossée à un accueil de jour.

IDENTIFICATION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Le Plan Stratégique de Santé, présenté aux instances consultatives au premier semestre 2011, a identifié pour la Réunion et Mayotte, les priorités, objectifs généraux et objectifs spécifiques pour la thématique du handicap et du vieillissement.

Le tableau ci-dessous reprend ces éléments, pour la Réunion, en précisant au regard les objectifs opérationnels du schéma d'organisation médico-sociale :

Plan Stratégique de Santé (PSS) priorités – objectifs généraux – objectifs spécifiques	Schéma d'Organisation Médico-sociale (SOMS) objectifs opérationnels
Priorité : La prévention et l'accompagnement précoce	
Objectif général : Prévenir l'apparition des déficiences et la perte d'autonomie tout au long de la vie	
Objectif spécifique : Favoriser la précocité du dépistage et de la prise en charge des déficiences, dans la petite enfance, et la prévention des carences éducatives	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan des déficiences, en réaffirmant le rôle central des CAMSP • Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan des déficiences sensorielles • Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED) • Structurer la filière de dépistage, diagnostic, et évaluation des troubles spécifiques du langage et des apprentissages • Favoriser la prise en charge précoce des déficiences
Objectif spécifique : Prévenir les chutes et la dénutrition des personnes âgées	Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes âgées
Objectif spécifique : Favoriser la prévention et la prise en charge précoce de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées	Poursuivre la déclinaison locale des orientations du Plan Alzheimer
Objectif spécifique : Favoriser l'accès et la reconnaissance des droits des personnes en situation de précarité	Soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
Priorité : Le respect du projet de vie	
Objectif général : Adapter l'offre d'accompagnement des personnes handicapées et âgées à leurs besoins de compensation et à l'évolution de leurs projets de vie	
Objectif spécifique : Disposer d'un système d'information fiable et actualisé de connaissance des déficiences et des besoins de prise en charge	Disposer, au travers d'un système d'information, d'indications fiables sur les personnes handicapées, leurs déficiences et incapacités, et leurs besoins de compensation
Objectif spécifique : Soutenir le maintien à domicile choisi des personnes handicapées et personnes âgées dépendantes, au travers de la mobilisation d'aides techniques et humaines, de services et de soutien aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le maintien à domicile, ou en milieu ordinaire, des adultes handicapés • Réserver l'accueil en établissement aux adultes lourdement handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie • Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre adaptée de soins infirmiers coordonnés • Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre d'accueil séquentiel médicalisé

IDENTIFICATION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

<p>Objectif spécifique : Proposer une programmation de l'offre médico-sociale en rapport avec les besoins, au plus près des territoires et favorisant la qualité et l'innovation des prises en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés • Adapter les missions et le fonctionnement des IME à l'évolution des publics accueillis • Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge • Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées • Conforter les EHPAD dans l'accompagnement de personnes âgées lourdement dépendantes • Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées • Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnement des personnes âgées dépendantes
<p>Objectif spécifique : Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>	<p>Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>
<p>Priorité : La fluidité des parcours, efficience et qualité des prises en charge</p>	
<p>Objectif général : Favoriser la continuité des prises en charges et accompagnements par la coordination des acteurs autour des bénéficiaires</p>	
<p>Objectif spécifique : Développer les partenariats entre l'offre de soins sanitaire et médico-sociale, l'accompagnement social et le milieu ordinaire</p> <p>Objectif spécifique : Structurer les coopérations autour de l'enfance (périnatalité, centre d'action médico-sociale précoce, Protection Maternelle et Infantile, aide sociale à l'enfance, Education nationale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées • Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale, en soutien à l'accès au droit commun et en compensation des handicaps • Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnement des personnes âgées dépendantes • Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes
<p>Objectif spécifique : Consolider les filières de soins gériatriques et promouvoir des coordinations locales des aides/soutiens aux personnes âgées</p>	<p>Déployer des coordinations gérontologiques territorialisées</p>

L'objectif opérationnel propre à la prévention et à la lutte contre les addictions (favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction) doit être rattaché à l'objectif stratégique du PSS relatif à la santé mentale et aux addictions.

L'objectif transversal d'amélioration de la performance de l'offre médico-sociale relève de l'objectif stratégique du PSS portant sur l'efficience de l'offre de santé.

Les objectifs opérationnels, déclinant les priorités et objectifs généraux du PSS, sont issus du bilan du SDOSMS, et des réflexions menées dans le cadre du PSS. Pour faciliter la lecture et la mise en œuvre, ils sont présentés par catégorie de population :

- enfants et adultes porteurs de handicaps
- personnes âgées
- personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, précarité).

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Pour faciliter la lisibilité du document, les objectifs sont respectivement regroupés selon les catégories :

- *enfants et adultes handicapés (première sous-partie)*
- *personnes âgées (deuxième sous-partie)*
- *personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, précarité) (troisième sous-partie)*

Une quatrième sous-partie « Performance de l'offre médico-sociale » organise, de manière transversale aux trois populations relevant du SOMS Réunion, le pilotage de cette thématique.

1

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS

- Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan des déficiences, en réaffirmant le rôle central des CAMSP (objectif opérationnel n°1)
- Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan des déficiences sensorielles (objectif opérationnel n°2)
- Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED) (objectif opérationnel n°3)
- Structurer la filière de dépistage, diagnostic, et évaluation des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (objectif opérationnel n°4)
- Favoriser la prise en charge précoce des déficiences (objectif opérationnel n°5)
- Soutenir l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés (objectif opérationnel n°6)
- Adapter les missions et le fonctionnement des IME à l'évolution des publics accueillis (objectif opérationnel n°7)
- Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées (objectif opérationnel n°8)
- Soutenir le maintien à domicile, ou en milieu ordinaire, des adultes handicapés (objectif opérationnel n°9)
- Réserver l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie (objectif opérationnel n°10)
- Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge

(objectif opérationnel n°11)

- Disposer, au travers d'un système d'information, d'indications fiables sur les personnes handicapées, leurs déficiences et incapacités, et leurs besoins de compensation (objectif opérationnel n°12)
- Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées (objectif opérationnel n°13)
- Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale, en soutien à l'accès au droit commun et en compensation des handicaps (objectif opérationnel n°14)

— **Objectif opérationnel n°1 : Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan des déficiences, en réaffirmant le rôle central des CAMSP**

• **Synthèse de la problématique**

Nécessité d'une offre accessible de dépistage, de diagnostic et de bilan, dès la naissance et durant la petite enfance, permettant la mise en œuvre d'un accompagnement précoce, limitant les déficiences et garantissant le développement des capacités des enfants

Fort développement des CAMSP sur les 5 dernières années, mais persistance d'inégalités territoriales, et difficultés à répondre à la demande de diagnostic et de prise en charge (importance des délais)

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Interrogation sur la mission des CMPP et leur positionnement par rapport à l'offre médico-sociale et sanitaire (pédo-psychiatrie)

Articulation à clarifier entre le secteur sanitaire (néonatalogie, professionnels de santé libéraux), le secteur social (PMI, ASE), l'Education nationale, et les divers centres ressources et centres de référence

L'équipement en CAMSP permet une couverture de l'ensemble des territoires, avec toutefois des interrogations sur le niveau effectif de l'offre pour l'Est et l'Ouest justifiant un renfort de ces antennes, et l'existence d'un projet d'antenne au Tampon pour renforcer l'accessibilité au Sud :

- CAMSP polyvalent ASFA : site principal à Saint Denis, et deux antennes (Saint Benoît et Saint Paul)
- CAMSP polyvalent FPF : site principal à Saint Louis, et une antenne (Saint Joseph)
- CAMSP sensoriel IRSAM : deux implantations (Sainte Clotilde, Saint Louis)

• **Public concerné**

Enfants avec déficiences
Une approche plus ciblée sur les déficiences sensorielles, l'autisme et les troubles envahissants du développement, et les troubles spécifiques du langage et des apprentissages sera détaillée dans les autres objectifs opérationnels

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

SOS périnatalité : mobilisation des équipes et professionnels de la périnatalité sur les fonctions de dépistage et d'adressage des enfants
Schéma de prévention : mobilisation de la PMI et de la santé scolaire

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Formalisation des critères et de la filière d'adressage aux CAMSP, à partir du repérage des déficiences ou risques de déficiences par les acteurs de la périnatalité, de la PMI, de la santé scolaire, et des professionnels de santé libéraux : repérage et adressage de tous les enfants à risque de handicap aux CAMSP (échéance : production d'un protocole régional en 2013)

2) Définition d'indicateurs communs de mesure d'activité des CAMSP (échéance : 2012)

3) Renforcement des moyens des CAMSP et révision des organisations pour réduire les délais de réalisation des diagnostics et bilans, à partir des indicateurs communs (échéance : 2013-2016)

4) Renforcement des moyens des CAMSP et révision des organisations pour permettre une meilleure accessibilité au travers des antennes (échéance : 2013-2016)

• **Pilotage associé**

Pilotage ARS, en lien les CAMSP, la PMI, les Etablissements de santé, les URPS, la santé scolaire, Département

• **Déclinaison par territoire**

Ensemble de la Réunion, avec approche par territoire pour renforcer l'accessibilité

• **Résultats attendus à 5 ans**

Exhaustivité de l'adressage aux CAMSP par les professionnels de la périnatalité, de la PMI, et de la santé scolaire
Réduction à 30 jours du délai entre signalement et bilan

Allocation équitable des ressources entre CAMSP au regard des données sociodémographiques des zones d'intervention et des indicateurs d'activité

• **Indicateurs**

Nombre d'enfants adressés au CAMSP, % des naissances par territoire de santé
% d'enfants adressés par les services de PMI, les professionnels libéraux, les services de néonatalogie
Convention avec les services de néonatalogie
Délais d'attente pour bilan, délais d'attente pour prise en charge
Indicateurs homogène d'activité
Ratio Ressources/activités

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Objectif opérationnel n°2 : Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan des déficiences sensorielles

• Synthèse de la problématique

Nécessité d'une offre accessible de dépistage, de diagnostic et de bilan, dès la naissance et la petite enfance, permettant la mise en œuvre d'un accompagnement précoce limitant les déficiences et garantissant le développement des capacités des enfants

Existence d'un CAMSP spécialisé pour les déficiences sensorielles (IRSAM), disposant de deux antennes (antenne Nord et antenne Sud)

Débordement des missions diagnostic de ce CAMSP spécialisé, au détriment des capacités de prise en charge et d'accompagnement, notamment pour la déficience auditive

Intérêt des acteurs locaux sanitaires et médico-sociaux pour le développement de coopérations, et expérience acquise de partenariat sanitaire/médico-social pour le suivi des implants cochléaires (ISIC)

Expérience acquise par le CAMSP sensoriel dans le suivi des implants cochléaires

Evolution attendue du cadre législatif et réglementaire national en faveur d'un dépistage précoce de la surdité par les équipes des maternités

Constat d'un retard de repérage des enfants avec déficiences visuelles

• Public concerné

Enfants avec déficiences sensorielles

• Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

1) mobilisation des équipes des maternités sur la mission de dépistage systématique, à la naissance, des troubles de l'audition (SOS)

2) développement de compétences aux fins de reconnaissance d'un centre d'implants cochléaires (SOS)

3) sensibilisation des professionnels de la

périnatalité et de la petite enfance au repérage des troubles de la vision (SOS)

• Domaines d'actions et leviers SOMS – Echéances

1) renforcer les capacités de diagnostic et de bilan de la surdité infantile au travers de la constitution d'un GCS Surdité infantile, liant le CHR- site Nord et le CAMSP de l'IRSAM (échéance : fonctionnement régulier en 2012)

2) missionner le GCS Surdité infantile pour la coordination et l'animation des activités de dépistage de la surdité à la naissance, et sur l'élaboration d'un protocole concerté d'adressage pour diagnostic et bilan (échéance : 2013)

3) missionner le CAMSP sensoriel sur la formation des acteurs de la périnatalité et de la petite enfance au dépistage des déficiences visuelles (échéance : 2014)

4) favoriser, à partir du GCS Surdité infantile, le développement d'une compétence de pose d'implants cochléaires (durée du PRS)

• Pilotage associé

Pilotage ARS, en lien CAMSP et établissements de santé

• Résultats attendus à 5 ans

Exhaustivité du dépistage en maternité des déficiences auditives

Exhaustivité de l'adressage au GCS Surdité infantile des enfants dépistés pour déficiences auditives

Réduction de l'âge du dépistage des déficiences visuelles

Exhaustivité de l'adressage au CAMPS sensoriel des enfants dépistés pour déficiences visuelles

• Indicateurs

Nombre et âge des enfants dépistés chaque année pour déficiences sensorielles

Nombre et âge des enfants accédant chaque année à un bilan/diagnostic pour les déficiences sensorielles

Ratio enfants dépistés / enfants bénéficiant d'un bilan-diagnostic

Délais d'attente pour bilan, délai d'attente pour prise en charge

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Objectif opérationnel n°3 : Favoriser la précocité du dépistage, du diagnostic, et du bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED)

• Synthèse de la problématique

Nécessité d'une offre accessible de dépistage, de diagnostic et de bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement dès la petite enfance, permettant la mise en œuvre d'un accompagnement précoce limitant les déficiences et garantissant le développement des capacités des enfants

Création en 2007 d'un Centre Interdépartemental de Ressources Autisme (CIA Réunion-Mayotte), dont l'activité actuelle est essentiellement tournée vers le diagnostic et l'orientation des enfants et de leurs parents, au détriment de ses missions de centre de ressources pour les acteurs locaux

Sous-dimensionnement de l'offre de diagnostic et de bilan, au regard des indicateurs nationaux de prévalence de l'autisme et des TED (6 à 7 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans, soit une estimation de 1 695 à 1 975 personnes à la Réunion, et près de 100 nouveaux cas par an)

Existence d'une compétence, inégalement répartie et insuffisamment validée au regard des outils et protocoles nationaux, de diagnostic au sein des équipes de pédopsychiatrie

Souhait des CAMSP de bénéficier de l'appui du CIA Réunion-Mayotte pour développer une compétence de diagnostic/bilan et d'accompagnement en matière d'autisme et de TED

• Public concerné

Enfants/adultes avec autisme ou TED

• Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

Mobilisation des équipes de pédopsychiatrie, notamment au travers des hôpitaux de jour, pour assurer, avec le soutien et la labellisation du CIA, les activités de diagnostic et de bilan (SOS)

• Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances

1) repositionner le CIA sur sa mission d'animation/validation de l'offre de diagnostic et de bilan à destination des enfants, au travers de labellisation d'équipes de pédopsychiatrie et/ou de CAMSP (échéance : durée du SOMS)

2) repositionner le CIA sur sa mission de structure de recours pour l'évaluation des situations complexes, par l'établissement d'un protocole régional d'adressage après dépistage et/ou diagnostic (échéance : durée du SOMS)

3) reconnaître la mission spécifique du CIA dans le diagnostic et le bilan à destination des adultes et/ou organisation d'un relais par des équipes spécialisées labellisées (échéance : durée du SOMS)

4) reprendre l'animation par l'ARS du Comité technique régional autisme, comme instance de pilotage et d'évaluation de la politique régionale (échéance : 2012)

• Pilotage associé

Pilotage ARS, en lien avec CIA, champ médico-social, pédopsychiatrie, PMI, MDPH, au travers de la réactivation du Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA), Département

• Résultats attendus à 5 ans

Labellisation par le CIA d'une équipe pédopsychiatrique, ou d'un CAMSP, par territoire de santé, pour les activités de diagnostic et de bilan à destination des enfants

Protocole régional d'adressage au CIA de situations complexes

Etablissement des diagnostics et bilans des enfants avant 3 ans

Extension des capacités de diagnostic pour les adultes

Animation du CTRA

• Indicateurs

Nombre d'équipes diagnostic labellisées

Effectivité du protocole régional d'adressage au CIA des situations complexes

Nombre et âge des enfants bénéficiant d'un diagnostic par le CIA ou les équipes labellisées

Nombre et âge des adultes bénéficiant d'un diagnostic par le CIA ou les équipes labellisées

Délais d'attente pour le diagnostic

Indicateurs d'activité du CIA sur ses mis-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

sions de centre de ressources, dont :

- a) nombre de formations annuelles à destination des professionnels et nombre de professionnels formés
- b) nombre de journées d'information à destination des familles
- c) nombre de publications
- d) nombre et durée d'accompagnement des équipes de diagnostic et des équipes de prise en charge

— Objectif opérationnel n°4 : Structurer la filière de dépistage, diagnostic, et évaluation des troubles spécifiques du langage et des apprentissages

• Synthèse de la problématique

Selon les données épidémiologiques disponibles au niveau national, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) concernent 4 à 6% des enfants, et 1% pour les formes sévères. Ces troubles, d'origine neuro-pédiatrique, se traduisent par des difficultés scolaires, et peuvent conduire à l'échec scolaire, l'illettrisme, des difficultés psychologiques, socio-familiales, d'insertion sociale et professionnelle.

Ils ne résument pas l'ensemble des difficultés scolaires rencontrées par les enfants (déficiences intellectuelles et/ou sensorielles, TED, précocité, facteurs sociaux et culturels, ...), et exigent donc un diagnostic différentiel et pluridisciplinaire.

Plusieurs textes définissent les orientations et moyens de la prise en charge des TSLA :

- circulaire n° 2002-024 du 31 janvier 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit (issue du rapport Ringard de 2001)
- circulaire n°01/2001/2009 du 4 mai 2001 relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit
- arrêté du 13 mars 2009 : financement des centres de référence des troubles spécifiques des apprentissages.

Ils précisent en particulier la répartition des missions de repérage et dépistage, de diagnostic, de prise en charge, tenant compte de :

- la multiplicité des acteurs à mobiliser (PMI, santé scolaire, enseignants, RASED professionnels de santé libéraux, offre médico-sociale, MDPH, centre de référence)
- la prédominance d'une pédagogie adaptée, du ressort de l'Education Nationale, dans l'accompagnement des enfants (PPRE, voire PPS établi par la MDPH)
- la mobilisation d'une offre médico-sociale (CMPP, SESSAD, IME), en appui d'une pédagogie adaptée, y compris par une scolarisation en CLIS ou ULIS, dans les cas les plus sévères (1% des enfants).

Le schéma d'organisation, défini nationalement depuis le repérage jusqu'à la prise en charge, est le suivant :

- repérage : enseignants, RASED
- dépistage : PMI et santé scolaire à l'occasion des bilans de 3-4 ans et 5-6 ans
- diagnostic pluridisciplinaire : professionnels de santé libéraux (médecins/pédiatres, orthophonistes, psychologues, orthoptistes), avec recours pour les cas complexes au centre de référence
- accompagnement et prise en charge :
 - scolarisation ordinaire avec pédagogie adaptée dans le cadre d'un PPRE ou d'un PPS, avec soutien de la médecine scolaire et du RASED, et mobilisation des professionnels libéraux et de l'offre médico-sociale pour les soins et la rééducation ;
 - pour les formes sévères, accueil en CLIS/ULIS avec soutien d'un SESSAD, voire admission en IME, dans tous les cas pour des durées limitées et retour en scolarisation ordinaire avec pédagogie adaptée
- rôle du centre de référence : formation et soutien aux professionnels, diagnostic des cas complexes, soutien aux équipes pour la prise en charge des cas complexes et des formes persistantes, études et recherches.

Une réelle mobilisation des professionnels est constatée à la Réunion :

- pour l'Education nationale : identification souhaitée d'un référent académique, formation aux TSLA de tous les médecins de l'Education nationale (formation EHESP) et détention par certains d'un DU, existence d'un référent médical TSLA pour chacun des 5 bassins
- réalisation des dépistages par les médecins de l'Education nationale lors du bilan de 5-6 ans, soit systématiquement, soit de manière ciblée pour les enfants repérés et signalés par les enseignants,

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- les médecins de l'Education nationale disposent d'un accord de la CGSS pour prescrire les bilans et premières prises en charge en libéral
- agrément de deux CMPP sur quatre pour les TSLA
- centre de référence (CRTSA), à l'ASFA
- projets antérieurs de SESSAD Dys,
- deux classes spécialisées neuro-pédiatriques à l'ASFA.

Cependant, des difficultés persistent et concernent :

- la couverture du dépistage sur les secteurs dépourvus de médecins scolaires (postes non-couverts)
- la mise en œuvre des bilans psychométriques par les psychologues de l'Education Nationale
- l'accessibilité aux professionnels libéraux pour le diagnostic pluridisciplinaire et la prise en charge rééducative
- la mise en œuvre d'une pédagogie adaptée pour chaque enfant dans le cadre de son intégration scolaire ordinaire (formation des enseignants)
- l'élaboration et le suivi des PPRE et PPS
- le positionnement relatif de l'offre médico-sociale, en complémentarité et soutien de la pédagogie adaptée
- la structuration d'une filière graduée de prise en charge et d'accompagnement, avec reconnaissance du rôle du CRTSA.

Certaines de ces difficultés sont également exprimées par les parents :

- retard de dépistage et diagnostic, parcours erratiques
- capacité des enseignants à déployer une pédagogie adaptée
- difficulté d'accès à certaines prises en charge complémentaires, notamment lorsque les professionnels de santé ne bénéficient pas d'un conventionnement Assurance maladie permettant un accès en libéral (ergothérapie, psychomotricité).

• **Public concerné**

Enfants avec TSLA

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

L'accès au diagnostic et aux soins, prioritairement réalisé en libéral, pourrait être renforcé par l'identification des professionnels de santé compétents, au travers d'un

annuaire régional tenu par le centre de référence.

De même, des formes coordonnées d'exercice libéral (maison de santé, notamment) pourraient être encouragées pour permettre la pluridisciplinarité du diagnostic.

Le centre de référence doit être positionné comme animateur de la filière, depuis le repérage jusqu'à la prise en charge, en soutien et information de l'ensemble des professionnels (santé, enseignement, médico-social).

Un comité technique régional des TSLA, co-animé par l'ARS et l'Education Nationale, réunissant l'ensemble des partenaires concernés, et dont le secrétariat serait assuré par le CRTSA devrait permettre de disposer :

- d'un état des lieux précis et actualisé des capacités de repérage des enfants souffrant de TSLA
 - d'un dénombrement des enfants souffrant de TSLA
 - d'un état des lieux de l'offre de diagnostic et de délivrance des soins et rééducations
 - d'une évaluation des modalités de mise en œuvre d'une pédagogie adaptée
 - d'une évaluation des besoins de formation des professionnels enseignants et de santé.
- Il devrait être l'instance annuelle de suivi partenarial de cette problématique de santé et des réponses apportées, et de proposition de développement de l'offre pédagogique et de santé.

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

L'intervention médico-sociale à destination des enfants souffrants de TSLA ne peut qu'être complémentaire des capacités de repérage de la PMI et de la santé scolaire, de diagnostic des professionnels de santé libéraux, de la mobilisation effective d'une pédagogie adaptée et évaluée par les intervenants de santé scolaire ; elle doit être limitée aux formes les plus complexes ou sévères.

Les CMPP, de par leur mission première auprès des enfants présentant des difficultés scolaires, sont les premiers acteurs de cet accompagnement médico-social, par :

- la réalisation de diagnostics pluridiscipli-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

naires, lorsque l'offre libérale fait défaut, et sous condition d'une orientation préalable par un médecin de santé scolaire et de fourniture d'un bilan psychométrique réalisé par un psychologue scolaire ;

- les soins et la rééducation, sous condition de l'existence de mise en œuvre d'un PPRE ou d'un PPS régulièrement évalué, et de nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire ne pouvant être réalisée en libéral, notamment lorsqu'ils requièrent l'intervention de professionnels de santé non-conventionnés ;
- les soins et la rééducation des enfants présentant des formes sévères, requérant une pluridisciplinarité des interventions et un rythme hebdomadaire soutenu de celles-ci, en complément d'une pédagogie adaptée effective.

Le maillage territorial des CMPP, tous agréments confondus, doit permettre une réelle accessibilité, complémentaire de l'offre libérale ; la réorientation des deux CMPP ne disposant pas d'un agrément spécifique sur la priorité de prise en charge des TSLA devra être actée dans les projets d'établissement et les CPOM des associations gestionnaires.

A ce stade, la spécialisation de capacités de SESSAD Dys, évoquée dans les travaux du SOMS, doit être envisagée avec prudence :

- la pédagogie adaptée, première réponse aux TSLA, doit être assurée, l'accompagnement médico-social ne pouvant intervenir qu'en complémentarité ;
- les CMPP disposent actuellement d'un maillage territorial de proximité, et doivent pouvoir délivrer des soins pluridisciplinaires à raison de plusieurs séances hebdomadaires, en péri-scolaire ou sur le temps scolaire ;
- l'ouverture de CLIS/ULIS dédiées au TSLA, et pouvant justifier une intervention complémentaire de SESSAD n'est pas retenue à ce jour par l'Education Nationale à la Réunion ;
- aucune donnée chiffrée d'analyse des besoins, à partir d'un recensement des enfants souffrant de TSLA, à réaliser par le CRTSA, ne permet d'objectiver le besoin d'une organisation de la prise en charge médico-sociale selon le modèle SESSAD plutôt que par une spécialisation et une intensification des interventions des CMPP.

Cette option devra être réexaminée en seconde partie du SOMS.

L'information des familles, en première ligne dans l'accompagnement des enfants, et le recueil de leurs attentes devront être favorisés par la reconnaissance d'associations en cours de fédération au niveau régional.

• **Pilotage associé**

Education Nationale, PMI, URPS, Département

• **Résultats attendus à 5 ans**

Formalisation de la filière de prise en charge et d'accompagnement des enfants souffrant de TSLA

Animation de la filière par le CRTSA
Evaluation régulière du déploiement des objectifs pédagogiques, médico-sociaux et sanitaires par le comité technique régional

• **Indicateurs**

Cf. supra (production attendue du comité technique régional, en lien avec le CRTSA)

— **Objectif opérationnel n°5 : Favoriser la prise en charge précoce des déficiences**

• **Synthèse de la problématique**

La généralisation d'un dépistage précoce des déficiences justifie, dans un objectif de réduction des handicaps, d'organiser les moyens d'une prise en charge précoce des enfants.

Cet accompagnement précoce peut reposer sur des interventions médico-sociales (CAMSP, SESSAD), mais également sur le recours à l'offre de soins hospitalière et libérale. L'orientation en IME intervient généralement à partir de 6 ans, pour les enfants pour lesquels un projet d'inclusion scolaire ne peut être valablement mis en place. Les constats relatifs au niveau actuel de l'offre d'accompagnement médico-social sont principalement issus de l'enquête MDPH (cf. supra).

Il ressort des travaux préparatoires au schéma quelques observations complémentaires :

- a) la priorité donnée à l'intégration scolaire,

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

et à une prise en charge précoce de la déficience, doit se traduire par un meilleur accompagnement des enfants à partir de 3 ans, et non plus seulement à partir de 6 ans ; ceci requiert de revoir les modalités de recours aux AVSI, de permettre l'orientation en SESSAD DI à partir de 3 ans (sur la base des résultats d'une expérimentation actuellement en cours par l'association Clairejoie attendus en 2012), d'assurer la complémentarité entre les CAMSP et les SESSAD ;

b) les CAMSP, principaux opérateurs de la prise en charge médico-sociale avant 6 ans, doivent être en capacité de répondre aux demandes dans des délais satisfaisants, en aval de leur activité de dépistage/diagnostic ;

c) l'accompagnement des enfants avec autisme ou TED doit reposer sur une diversité d'options, proposées aux parents, et soumises à évaluation régionale ;

d) la volonté exprimée d'intervention des professionnels de santé libéraux doit être soutenue, au travers d'une part de leur intégration dans les prises en charge pluridisciplinaires coordonnées par le secteur médico-social, et d'autre part d'une réorientation du secteur médico-social vers le libéral des enfants pour lesquels une approche disciplinaire unique ou prépondérante (orthophonie, psychiatrie...) ne justifie pas prioritairement une coordination pluridisciplinaire médico-sociale ;

e) la cohérence de l'intervention médico-sociale doit être réaffirmée, avec la maîtrise des trois champs constitutifs d'une prise en charge globale (éducatif, pédagogique, et thérapeutique) : dans ce cadre, la pédopsychiatrie doit être intégrée comme une offre thérapeutique complémentaire, relevant de la coordination par le secteur médico-social du parcours de soins de l'enfant ;

f) une approche de l'offre par déficience doit être privilégiée.

• **Public concerné**

Enfants avec déficiences identifiées

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

SOS : psychiatrie et santé mentale, et volet ambulatoire

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Renforcement des capacités des CAMSP, pour répondre, en aval du dépistage/diagnostic, aux besoins d'accompa-

gnement précoce des enfants porteurs de déficiences avant 6 ans, sur la base des indicateurs homogènes d'activité (échéance : durée du SOMS)

2) Redéfinition concertée avec les SESSAD et la MDPH des durées de prise en charge souhaitable : la motivation d'une orientation en SESSAD doit être revue, de manière approfondie et pour chaque enfant, tous les 2 ans ; le SESSAD doit également pouvoir être mobilisé sur des périodes courtes, correspondant à un temps de mutation du projet de l'enfant (échéance : durée du SOMS)

3) Renforcement capacitaire des SESSAD à partir de 6 ans, pour l'ensemble de la déficience intellectuelle, en soutien médico-social d'une intégration scolaire (échéance : durée du SOMS)

4) Extension de l'agrément des SESSAD DI à partir de 3 ans, après définition concertée des critères d'adressage et de recours avec les CAMSP, pour les situations exigeant un accompagnement médico-social intensif en appui d'une intégration scolaire (échéance : à compter de 2013)

5) Renforcement des capacités des SSEFIS, avec agrément à partir de 3 ans (échéance : durée du SOMS)

6) Renforcement des capacités des SESSAD Moteurs, avec agrément à partir de 3 ans (échéance : durée du SOMS)

7) Développement d'une offre de prise en charge précoce et diversifiée pour les enfants avec autisme ou TED dès 3 ans : CAMSP, recours le cas échéant à des SESSAD à partir de 3 ans, expérimentation de prise en charge médico-sociale intensive, positionnement de la prise en charge pédopsychiatrique (ambulatoire, hospitalisation de jour) en complémentarité coordonnée du projet médico-éducatif de l'enfant ; reconnaissance de la mission régionale du CRIA pour l'évaluation des divers modes de prise en charge, et la production de référentiels d'orientation des enfants (échéance : durée du SOMS)

8) Développer et soutenir la formation des AVSI à l'accompagnement des enfants, selon leurs déficiences

• **Pilotage associé**

Education nationale, Département, MDPH

• **Déclinaison par territoire**

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- **Résultats attendus à 5 ans**

Réduction des délais de prise en charge à partir de la pose du diagnostic
Complémentarité et articulation des offres de soins (médico-social, libéral, hospitalier)
Réduction des orientations MDPH non suivies d'une mise en oeuvre

- **Indicateurs**

Indicateurs d'activité des CAMSP
Indicateurs d'activité des SESSAD
Niveau de satisfaction des orientations MDPH

— Objectif opérationnel n°6 : Soutenir l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés

- **Synthèse de la problématique**

La priorité nationale d'intégration scolaire des enfants handicapés, inscrite dans la loi de 2005, et fortement soutenue par les parents, et ce même pour les déficiences les plus lourdes, souffre à la Réunion d'une insuffisance de l'offre éducative, mais également d'accompagnement médico-social spécialisé.

Les perspectives budgétaires de développement de l'offre doivent être prioritairement mobilisées vers le soutien médico-social à l'intégration scolaire en milieu ordinaire, en réservant la scolarisation en milieu spécialisé aux situations de déficiences les plus lourdes.

Le constat est fait d'enfants ou adolescents ayant connu un parcours d'intégration scolaire en milieu ordinaire, et bénéficiant d'une réorientation en fin de primaire, voire de collège, vers le milieu spécialisé du fait d'une insuffisance de l'offre éducative et d'un soutien médico-social de type SESSAD.

L'âge de 16 ans semble trop souvent perçu par les acteurs comme la fin de leur obligation de scolarisation des enfants handicapés, ces derniers devraient pouvoir bénéficier d'une continuité de l'intégration scolaire au-delà de 16 ans.

- **Public concerné**

Enfants avec déficiences identifiées

- **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Education nationale pour le développement de l'offre de CLIS/ULIS, notamment à partir du collège et du lycée

- **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Redéfinir les modes d'intervention et d'organisation des SESSAD :

a. établir des indicateurs homogènes d'activité et d'organisation des SESSAD

b. distinguer les modes d'organisation des SESSAD selon que l'enfant est suivi en intégration ordinaire individuelle, ou en intégration scolaire ordinaire collective (CLIS/ULIS) afin de favoriser, pour ces derniers, la mutualisation des moyens au travers de prises en charge médico-sociales collectives, notamment sur les lieux et temps scolaires
c. organiser une concertation avec l'Education nationale et les collectivités locales pour améliorer les conditions d'accès et d'exercice des SESSAD dans les établissements scolaires

2) Augmenter les capacités des SESSAD, en soutien d'une intégration scolaire ordinaire prioritaire, et à l'appui du développement des ULIS collège et lycée

3) Rendre plus efficiente la formation des AVSI et mieux définir le contenu des prestations attendues

- **Pilotage associé**

Education nationale, MDPH

- **Déclinaison par territoire**

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles

- **Résultats attendus à 5 ans**

Redéfinition d'un modèle d'organisation des SESSAD

Réduction des orientations MDPH non satisfaites

- **Indicateurs**

Indicateurs d'activité des SESSAD
Evolution des capacités en CLIS et ULIS
Evolution des capacités en SESSAD
Niveau de satisfaction des orientations MDPH

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Objectif opérationnel n°7 : Adapter les missions et le fonctionnement des IME à l'évolution des publics accueillis

• Synthèse de la problématique

Les efforts accomplis en faveur de l'intégration en milieu scolaire ordinaire se sont traduits par une homogénéisation des publics accueillis en IME selon le critère de la déficience sévère à profonde.

En sortie d'IME, les jeunes sont désormais majoritairement orientés vers des établissements et services sociaux et médico-sociaux (SAVS, SAMSAH, FAO, FAM, MAS) ou des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), et dans une mesure beaucoup plus faible vers des parcours d'insertion sociale et professionnelle ordinaire.

Cette modification des publics correspond à une redéfinition de la mission des IME, tournée vers l'accompagnement de la déficience lourde, le soutien à l'intégration scolaire ordinaire par l'offre de prises en charge séquentielles (hébergement/accueil temporaire), et des projets d'accompagnement recherchant davantage l'autonomie sociale et comportementale que la formation professionnelle.

Cette réorientation doit être néanmoins nuancée pour certains enfants avec des déficiences motrices sévères, pour lesquels l'intégration scolaire ordinaire reste parfois difficilement réalisable, et qui doivent trouver, dans les prestations en IME, les ressources d'une intégration sociale et professionnelle.

De même, une offre de prise en charge intensive, y compris en internat, des troubles du caractère et du comportement doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement continu, et de rupture avec le milieu familial et/ou scolaire.

Enfin, l'accueil d'enfants handicapés psychiques doit s'accompagner d'une redéfinition des temps de psychiatre nécessaires au sein des IME, au titre de la mission thérapeutique de ces établissements.

Ces évolutions motivent une redéfinition des organisations des IME.

• Public concerné

Enfants avec déficience(s) sévère(s) à profonde(s).

• Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances

1) Redéfinir les projets d'établissement des IME, en considération de leur mission de prise en charge des enfants avec déficiences sévères à profondes : prestations, qualifications/formations des professionnels. Un accompagnement méthodologique du CREAL pourra être mobilisé (échéance : 2014)

2) Repositionner l'accueil en internat sur sa mission d'accompagnement médico-éducatif, en limitant l'accueil par enfant à 210 jours par an, et en privilégiant des prises en charge séquentielles motivées par l'acquisition de l'autonomie sociale des jeunes (échéance : durée du SOMS)

3) Développer des modalités d'accueil alternatives à l'internat (de types Foyer de Jeunes Travailleurs, Accueil Familial médico-social...) afin de soutenir les projets d'autonomie sociale des jeunes porteurs de handicap (échéance : durée du SOMS)

4) Identifier les situations de défaillances ou insuffisances familiales justifiant qu'un relais de l'aide sociale à l'enfance soit mis en œuvre dans le respect des missions du secteur médico-social (échéance : durée du SOMS)

5) Redéfinir la carte de l'accueil temporaire, prestations ouvertes à l'ensemble des enfants porteurs de déficiences, sur orientation MDPH, par type de déficience (échéance : durée du SOMS) :

a. Autisme et TED : IME Baobab de Bras Pannon (Association Frédéric LEVAVASSEUR) à vocation régionale + reconnaissance d'une capacité territoriale Sud au CEAP de Bois d'Olive (Fondation Père Favron)

b. Déficience intellectuelle : IME Baobab de Bras Pannon (Association Frédéric LEVAVASSEUR) à vocation régionale

c. Polyhandicap et déficience motrice : territoire Nord-Est (identification d'une capacité dédiée à partir d'un IME disposant déjà d'un internat) ; territoire Ouest (Maison Notre Dame, Association Frédéric LEVAVASSEUR), territoire Sud (identification d'une capacité dédiée à partir d'un IME disposant déjà d'un internat)

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

6) Compléter le maillage territorial en réponse à certaines insuffisances repérées de l'offre (échéance : durée du SOMS) :

a. Déficience motrice : autorisation d'un institut d'éducation motrice d'environ 10 places dans le territoire Ouest

b. Troubles du caractère et du comportement : autorisation d'un ITEP d'environ 35 places avec internat, avec SESSAD adossé pour le territoire Nord Est

• **Pilotage associé**

Département (aide sociale à l'enfance), MDPH

• **Résultats attendus à 5 ans**

Positionnement des IME sur la déficience sévère à lourde

Justification des prises en charge à temps complet sur des critères médico-éducatifs
Réduction des orientations MDPH non satisfaites

• **Indicateurs**

Nombre de projets d'établissement redéfinis
Indicateurs d'activité des IME, notamment en internat

Indicateurs d'activité de l'accueil temporaire

— **Objectif opérationnel n°8 : Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées**

• **Synthèse de la problématique**

Cette thématique fait principalement appel aux compétences de la DIECCTE (PRITH), de la Région, et de l'Éducation nationale ; l'ARS n'intervient qu'en complément, au titre du développement d'une offre d'accompagnement médico-social pour les personnes les plus lourdement handicapées, et bénéficiant d'une orientation de la MDPH.

L'accès à la formation et l'insertion professionnelle des jeunes porteurs de handicap est un droit, dont l'effectivité est limitée par l'insuffisance :

- de l'offre éducative, en milieu ordinaire notamment, à partir du collège
- de l'offre d'accompagnement médico-social des jeunes à partir du collège
- de l'accessibilité aux formations professionnelles ordinaires

- de l'offre en établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Le contexte difficile de l'emploi à la Réunion, combiné aux réorientations des jeunes en fin de primaire vers des IME à défaut de solutions de poursuite en intégration scolaire ordinaire, peut conduire certains parents à privilégier la sécurité d'un parcours exclusivement médico-social pour leurs enfants, au détriment de la valorisation de leurs potentialités d'intégration professionnelle.

La mobilisation des dispositifs de droit commun d'accompagnement à l'insertion professionnelle peut être insuffisamment efficace au regard des difficultés spécifiques auxquelles sont confrontées les personnes handicapées, à l'occasion d'un parcours de formation et/ou d'accès à l'emploi.

Les ESAT disposent d'une compétence reconnue dans l'accompagnement à l'emploi des travailleurs handicapés, qui mériterait d'être mobilisée sur d'autres formes d'emploi (entreprises adaptées, accompagnement dans l'emploi en milieu ordinaire), voire d'accueil de stagiaires. Ils pratiquent peu le travail à temps partiel, forme d'emploi adapté à certains publics (handicap psychique, TED, déficiences motrices, personnes handicapées vieillissantes) présentant une certaine fatigabilité, du fait de moyens limités d'accompagnement social des bénéficiaires.

Les débouchés professionnels pour les jeunes porteurs de déficiences motrices, notamment en ESAT, apparaissent peu diversifiés, et seraient faiblement en rapport avec leurs potentiels d'activité.

Le développement récent des SAVS, dont la plupart sont portés par des associations gestionnaires d'ESAT peut laisser craindre une substitution aux missions d'accompagnement social de ces derniers. Il doit s'agir, pour ces services, d'une offre supplémentaire d'accompagnement social individualisé des personnes handicapées. La complémentarité avec l'accompagnement proposé par les ESAT doit être recherchée et construite autour du projet individuel de la personne.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Comme pour l'ensemble des politiques du handicap, l'accessibilité aux dispositifs de droit commun doit être prioritairement recherchée, le secteur médico-social intervenant principalement en compensation, et sans substitution aux acteurs des politiques de la formation professionnelle et de l'emploi.

• **Public concerné**

Jeunes et adultes avec déficiences identifiées.

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Développement des capacités d'intégration scolaire en milieu ordinaire (CLIS/ULIS), particulièrement à partir du collège, tant en enseignement général qu'en enseignement professionnel (Education Nationale)

Accessibilité des Centres de Formation des Apprentis pour les jeunes porteurs de handicap (accessibilité physique, adaptation des contenus et rythmes pédagogiques, accompagnement à la recherche de terrain de stage et d'apprentissage) (Education Nationale, Région)

Mobilisation des compétences des équipes des ESAT dans les dispositifs d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (AGEFIPH)

Mobilisation d'un réseau de partenaires autour de l'élaboration de parcours individuels de formation et/ou d'insertion professionnelle en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et notamment du chargé d'insertion professionnelle.

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Échéances**

1) Généraliser, pour l'ensemble des jeunes bénéficiant d'un accompagnement médico-social ou d'une scolarisation adaptée (CLIS/ULIS), l'élaboration et l'évaluation d'un plan personnalisé de scolarisation intégrant les dimensions du projet professionnel et de la formation professionnelle (échéance : durée du SOMS)

2) Soutenir le développement, par l'Education nationale, de capacités de scolarisation en milieu ordinaire (CLIS/ULIS) par une augmentation corrélative de l'offre de SESSAD, avec des possibilités d'interven-

tion au-delà de 16 ans (échéance : durée du SOMS)

3) Développer la compétence des SESSAD en soutien des parcours de formation professionnelle, par requalification de places et créations de places nouvelles sur des agréments 16-20 ans (échéance : durée du SOMS)

4) Intégration des ESMS dans un réseau de professionnels composé de l'Education nationale et du service public de l'emploi, chargé de construire les parcours de formation et/ou d'insertion professionnelle des situations examinées, afin de favoriser l'accessibilité aux dispositifs et la mobilisation complémentaire de l'offre médico-sociale :

- pour les jeunes atteignant 16 ans : poursuite par micro-région des rencontres initiés par la DIECCTE en 2010-2011

- pour les adultes : mise en place du réseau, à partir des professionnels et acteurs existants, à partir de 2012

5) Identifier les travailleurs handicapés en ESAT pouvant bénéficier d'une intégration professionnelle en milieu ordinaire et mobiliser les ressources d'accompagnement nécessaires à ces transitions (échéance : durée du SOMS)

6) Développer l'accès à la VAE en ESAT pour favoriser la reconnaissance des qualifications des travailleurs handicapés et leur réorientation éventuelle vers le milieu ordinaire (échéance : durée du SOMS)

7) Augmenter les capacités des ESAT, au regard des besoins identifiés par la MDPH (échéance : durée du SOMS)

8) Augmenter l'accueil à temps partiel des ESAT pour certains publics (TED, handicap psychique, déficiences motrices, personnes handicapées vieillissantes), selon un objectif de 10% des capacités actuelles, par la mobilisation de crédits de rebasage national permettant de couvrir l'augmentation de la mission d'accompagnement social (échéance : durée du SOMS)

9) Expérimenter des unités dédiées en ESAT pour les travailleurs handicapés avec handicap psychique, autisme et TED, permettant une adaptation du rythme d'activité et de l'encadrement

10) Ouvrir l'accueil en ESAT aux personnes porteuses de déficiences motrices en lien avec les apprentissages préprofessionnels développés par les CEM et en considération des opportunités économiques et commerciales : réalisation préalable d'une étude

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

identifiant les aptitudes professionnelles des jeunes CEM et validant les débouchés économiques pour les ESAT (à réaliser en 2013, en mobilisant la délégation régionale de l'ANCAT)

11) Réserver l'accompagnement SAVS des travailleurs handicapés en ESAT aux personnes justifiant d'un besoin ponctuel de soutien à l'autonomie dépassant les capacités d'intervention des ESAT (par exemple, premiers mois d'accueil en ESAT, passage à temps partiel, accompagnement à la sortie de l'ESAT, accès au logement, modification substantielle du projet personnel...) : validation de critères de recours, en concertation ESAT, SAVS et MDPH, sous l'égide de l'ARS et du Département (échéance : 2013)

• *Pilotage associé*

DIECCTE, Education nationale, Région, Département, AGEFIPH

• *Déclinaison par territoire*

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles

• *Résultats attendus à 5 ans*

Augmentation de l'accès des enfants handicapés à la scolarisation en milieu ordinaire, à partir du collège et du lycée, et à la formation professionnelle

Réduction des orientations MDPH en ESAT non satisfaites

• *Indicateurs*

Capacités d'accueil des ULIS Collège et Lycée

Nombre d'enfants en SEGPA

Nombre d'enfants bénéficiant d'un PPS

Nombre de jeunes handicapés bénéficiant d'une inscription en formation professionnelle

Capacités et indicateurs d'activité des SES-SAD

Indicateurs d'activité des ESAT

Nombre annuel de réunions des réseaux de formation et/ou insertion professionnelle par territoire, nombre de situations examinées.

— Objectif opérationnel n°9 : **Soutenir le maintien à domicile, ou en milieu ordinaire, des adultes handicapés**

• *Synthèse de la problématique*

L'insertion sociale des personnes handicapées en milieu ordinaire est un des objectifs des politiques nationales ; à la Réunion, le niveau actuel de l'offre médico-social, conjugué aux solidarités de proximité, doivent être pris en compte, dans le respect des projets de vie des intéressés, et en mobilisant des soutiens aux bénéficiaires et à leurs familles ou entourages, pour obtenir un fort niveau d'inclusion sociale.

L'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire requiert en premier lieu la mobilisation et l'accessibilité aux dispositifs de droit commun, et ne peut être considérée, en second lieu, comme exclusive de tout accompagnement social ou médico-social spécialisé.

Le déploiement de la prestation compensatoire du handicap constitue une ressource de solvabilisation d'un accompagnement qualifié des personnes handicapées.

Le vieillissement des personnes handicapées et de leur famille doit être une préoccupation dans l'adaptation des parcours et accompagnements.

L'accueil familial social, fortement soutenu par le Département, constitue une solution d'accompagnement des adultes porteurs de handicap, pour autant que les accueillants familiaux bénéficient d'une formation et d'un soutien de professionnels de santé, notamment en matière de handicap psychique.

• *Public concerné*

Adultes handicapés

• *Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions*

L'accès au logement des personnes handicapées doit être favorisé, au travers de la politique du logement, et par la réservation de logements sociaux accessibles aux personnes handicapées (DEAL, Département). Au-delà, l'accès au logement autonome des

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

personnes handicapées doit être soutenu par :

- a) le développement de l'intermédiation locative (DEAL, DJSCS, Département)
- b) le développement de résidences d'accueil pour personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de handicap psychique (DJSCS, DEAL, Département)
- c) la construction de partenariats entre établissements et services sociaux et médico-sociaux et bailleurs sociaux pour l'accès à les logements réservés dans le cadre de la concrétisation de projets d'autonomisation, avec mobilisation le cas échéant de l'accompagnement des SAVS ou SAMSAH (DEAL, Département, ARS)

Le rattachement des accueillants familiaux sociaux, ou médico-sociaux, à des établissements (FAO, FAM, MAS) offrirait, sous réserve d'une validation au terme d'une expérimentation (ARS, Département), des avantages :

- a) salariat des accueillants familiaux, garantissant un cadre d'emploi sûr et un encadrement professionnalisé
- b) bénéfique pour les usagers du plateau technique de l'établissement de rattachement, et possibilité d'accompagnement évolutif avec des passerelles entre accueil familial et accueil en établissement
- c) coût à la place limité, et réponse à l'insuffisance de l'offre d'internat pour les adultes handicapés.

• Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances

- 1) Consolider les possibilités d'accueil à temps partiel en établissements (FAO, FAM, MAS) sur chaque territoire de santé par des extensions de capacité (échéance : durée du SOMS)
- 2) Expérimenter le rattachement d'accueillants familiaux sociaux ou médico-sociaux aux établissements (FAO, FAM, MAS) (échéance : 2014)
- 3) Développer les SAVS et SAMSAH sur la base de projets individualisés de durée limitée, permettant l'accompagnement des adultes handicapés à des phases de mutation de leur projet de vie (échéance : durée du SOMS)
- 4) Développer les Groupes d'entraide Mutuelle, au bénéfice des adultes souffrant de pathologies psychiatriques ou de handicap psychique (échéance : durée du SOMS)

• Pilotage associé

Département

• Déclinaison par territoire

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles

• Résultats attendus à 5 ans

Diversification des modes d'accompagnement en milieu ordinaire des adultes handicapés

Réduction des orientations MDPH non satisfaites

• Indicateurs

Capacités des SAVS et SAMSAH et indicateurs d'activité

Capacités des FAM-MAS, et FAO

Nombre de GEM, indicateurs d'activité des GEM (rapport d'activité type)

— Objectif opérationnel n°10 : Réserver l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes de l'autonomie

• Synthèse de la problématique

Corollaire de la priorité donnée à l'insertion en milieu ordinaire des adultes handicapés, l'accueil en établissement, en internat ou semi-internat, doit être strictement motivé par des considérations tenant à la situation des personnes et à leur projet de vie :

- a) impossibilité d'un accès à l'autonomie en milieu ordinaire, du fait de la nature du handicap, et en particulier des restrictions extrêmes de l'autonomie
- b) prise en compte du contexte familial
- c) choix de vie des personnes handicapées qui peuvent préférer la vie en institution.

Le décret d'avril 2009 a supprimé la distinction entre MAS et FAM, subsistance de la construction historique de l'offre de prise en charge médico-sociale ; cette clarification juridique doit trouver sa concrétisation dans les orientations de la MDPH et la programmation de l'augmentation des capacités existantes.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Plusieurs éléments qualifient la problématique régionale de l'accueil en établissement :

- a) l'insuffisance globale de l'offre, plus marquée pour les FAO que pour les FAM et MAS
- b) des durées de séjours en augmentation, résultat positif de l'allongement de l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap, accentuant la saturation de l'offre
- c) la faiblesse de l'offre d'hébergement temps plein en FAO, facteur d'orientation et/ou réorientation par défaut vers des FAM et MAS
- d) un vieillissement des personnes accueillies accentuant la nécessité de médicalisation et de soins de nursing dans certaines structures
- e) la difficile appréhension des soins en FAO se traduisant par des demandes de médicalisation interne des établissements, sans mobilisation des ressources d'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne et de l'offre de santé libérale..

• **Public concerné**

Adultes lourdement handicapés.

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Favoriser, selon les besoins et dès parutions des textes réglementaires annoncées, l'intervention de l'HAD dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées (SOS)

La programmation par le Département de nouvelles capacités d'accueil en FAO, avec possibilité d'hébergement temps plein, est souhaitable.

Le rattachement d'accueillants familiaux sociaux, ou médico-sociaux, à des établissements (FAO, FAM, MAS) offrirait, sous réserve d'une validation au terme d'une expérimentation (ARS, Département), des avantages :

- a) salariat des accueillants familiaux, garantissant un cadre d'emploi sûr et un encadrement professionnalisé
- b) bénéfique pour les usagers du plateau technique de l'établissement de rattachement, et possibilité d'accompagnement évolutif avec des passerelles entre accueil familial et accueil en établissement
- c) coût à la place limité, et réponse à l'insuf-

fisance de l'offre d'internat pour les adultes handicapés.

Le conventionnement des FAO avec des professionnels de santé libéraux, et notamment des infirmiers, rémunérés dans le cadre des soins de ville, devra être encouragé pour permettre et consolider l'accès aux soins des résidents.

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Échéances**

- 1) Réserver l'accès aux FAM et MAS aux personnes les plus lourdement handicapées (restriction extrême de l'autonomie), sans considération des difficultés de prise en charge temps plein nées de la conformation actuelle des FAO, majoritairement en semi-internat, ou des besoins d'accès aux soins des personnes qui doivent prioritairement trouver des solutions dans le cadre de l'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne (aide à la prise de médicaments) et dans la mobilisation coordonnée de l'offre de santé libérale (échéance : durée du SOMS)
- 2) Développer les capacités d'accueil en FAM par des extensions expérimentales sous la forme d'accueillants familiaux salariés et encadrés par les établissements (échéance : 2014)
- 3) Compléter l'offre de FAM/MAS par des créations ou extensions de capacités, en rééquilibrage territorial (échéance : durée du SOMS)
- 4) Soutenir la prise en charge des personnes porteuses de handicap psychique en FAO et FAM/MAS par la mobilisation de coopération avec la psychiatrie de secteur (échéance : durée du SOMS)
- 5) Assurer la convergence budgétaire des FAM et MAS, toutes sections tarifaires confondues, et repositionner les FAM et MAS dans leur territoire de santé dans une mission de réponse médico-sociale de proximité (échéance : durée du SOMS)
- 6) Expérimenter l'application des grille AG-GIR et PATHOS à une mesure de la charge en soins et en accompagnement en FAM/MAS, comme outil d'éclairage dans l'allocation budgétaire (échéance : 2014)
- 7) Réviser les projets d'établissement en considération de la problématique du vieillissement des personnes accueillies, et des conséquences en matière de médicalisation supplémentaire et de formation des

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

personnels (échéance : durée du SOMS)

- **Pilotage associé**

Département, MDPH

- **Déclinaison par territoire**

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles

- **Résultats attendus à 5 ans**

Réduction des orientations MDPH non satisfaites

- **Indicateurs**

Capacité des FAO, part Internat/Semi-internat
Capacité des FAM/MAS

Nombre de FAO ayant conventionné avec des professionnels de santé libéraux

Ratio de réduction des écarts d'allocation de ressources entre FAM-MAS

Taux de satisfaction des orientations MDPH

— Objectif opérationnel n°11 : Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge

- **Synthèse de la problématique**

Le vieillissement des personnes handicapées est une problématique jusqu'à présent peu prise en compte à la Réunion.

Les réflexions et orientations nationales, ainsi que les effets d'un développement récent de l'offre de prise en charge, doivent inciter les acteurs locaux à se préoccuper de cette thématique, d'abord en mesurant la réalité et les effets, puis en proposant des évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge.

Il convient également de tenir compte du vieillissement prématuré des personnes handicapées, pour lesquels les pathologies liées à l'avancée en âge peuvent apparaître plus précocement et sous des formes plus sévères.

L'enquête réalisée à l'occasion des travaux d'élaboration du SOMS constitue un pre-

mier état des lieux, sur la base d'une définition simple des personnes handicapées vieillissantes (toute personne bénéficiant d'une reconnaissance du handicap, et âgée de plus de 40 ans).

- **Public concerné**

Adultes handicapés

- **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Prévention des pathologies liées au vieillissement (schéma régional de prévention)

- **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Effectuer une enquête annuelle, qualitative et quantitative, auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour adultes handicapés, afin d'évaluer l'évolution de la problématique du vieillissement des personnes handicapées ; en diffuser les résultats, ainsi que les travaux nationaux et internationaux sur les conséquences du vieillissement ; tenir compte des items utilisés par d'autres régions pour faciliter les comparaisons interrégionales (échéance : annuelle sur la durée du SOMS)

2) Réaffirmer la nécessaire application des réglementations en vigueur en matière d'aide sociale permettant le maintien dans les établissements et services des personnes handicapées de plus de 60 ans, mais également l'accès, avec des droits spécifiques, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, afin de favoriser des parcours de prise en charge adaptés aux besoins et projets de vie des intéressés (échéance : durée du SOMS)

3) Intégrer dans la mission des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), par révision des agréments, la délivrance des soins de nursing à domicile ou en FAO aux personnes handicapées vieillissantes, en soutien du maintien dans leur cadre de vie (échéance : durée du SOMS)

4) Favoriser la prise en charge à temps partiel en ESAT pour tenir compte de la fatigabilité des personnes handicapées vieillissantes (cf. fiche sur la formation et l'insertion professionnelle des adultes handicapées)

5) Evaluer, au travers de l'enquête annuelle, les besoins de médicalisation complémen-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

taire, ou d'évolution des qualifications et prises en charge, au sein des FAM/MAS, et accompagner leur mise en œuvre dans le cadre de la convergence tarifaire et de la contractualisation pluriannuelle (échéance : durée du SOMS)

- **Pilotage associé**

Département

- **Résultats attendus à 5 ans**

Connaissance des enjeux et adaptation des prises en charge et accompagnement

- **Indicateurs**

Production annuelle de l'enquête PHV

Nombre de FAO ayant conventionné avec des professionnels de santé

Nombre de PHV en FAO ou à domicile suivies par les SSIAD

Nombre de travailleurs à temps partiel dans les ESAT

Part des PH dans la file active des SSIAD

Part des travailleurs handicapés à temps partiel dans la file active des ESAT

— Objectif opérationnel n°12 : Disposer, au travers d'un système d'information, d'indications fiables sur les personnes handicapées, leurs déficiences et incapacités, et leurs besoins de compensation

- **Synthèse de la problématique**

En 2011, la MDPH a mis à disposition un premier état des lieux permettant de dénombrer la population disposant de droits ouverts au titre du handicap, modifiant sensiblement l'analyse de l'offre médico-sociale jusqu'alors approchée par la comparaison interrégionale des taux d'équipements et par la réalisation d'enquêtes ponctuelles sur les listes d'attente. Il devient désormais possible de fonder la programmation médico-sociale sur des besoins effectivement constatés.

Cependant des informations sont manquantes pour un véritable pilotage de l'offre médico-sociale, dont :

a) répartition des orientations par classe d'âges et territoire,

b) répartition des orientations et des personnes par déficiences principales et associées,

c) trajectoires de compensation.

De même, le rapprochement des enquêtes sur les listes d'attente avec le stock des orientations prononcées par la MDPH montre l'imparfaite connaissance par les établissements et services des publics relevant de leur accompagnement, et une difficulté pour les personnes à faire valoir leurs orientations.

La CNSA semble s'engager dans la production, pour fin 2012, de normes permettant le développement local d'extranets entre les MDPH et les établissements et services : référentiels sémantiques, référentiels métiers, règles de gestion, portant sur les sphères de l'éducation, de la famille, de l'emploi et des orientations médico-sociales. Elle souhaite procéder de la même manière pour le dossier médico-social individuel, afin d'assurer l'harmonisation des systèmes d'information et leur inter-communicabilité.

Certaines MDPH souhaitent développer des systèmes d'information interfacés avec les établissements et services médico-sociaux pour mettre à disposition les orientations et disposer en retour des indications sur leur satisfaction ; ceci permettrait de disposer, en temps réel, d'une vision détaillée des besoins et leur couverture effective.

Les orientations multiples pour une même personne, justifiées par la volonté d'ouvrir le plus de chances d'accéder effectivement à un accompagnement, ne permet pas aujourd'hui de cerner précisément les besoins réels. De plus, certaines orientations semblent insuffisamment prononcées (SAMSAH, SAVS, ITEP...) traduisant une intégration par la CDAPH de l'insuffisance de l'offre, et donc un défaut de signalement du besoin réel des personnes.

La distribution de l'AAH par classe d'âges, les résultats de l'enquête HID, les données générales sur l'état de santé de la population, mais également les analyses de professionnels de santé et médico-sociaux, laissent entrevoir, à la Réunion, une prévalence plus forte de certaines déficiences, et un fort accroissement avec l'avancée

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

en âge. L'absence de données régionales consolidées nuit à la définition d'une politique de prévention ciblée, et à la construction d'une offre coordonnée sanitaire et médico-sociale de prise en charge précoce des déficiences, sources d'incapacités et de handicaps.

- **Public concerné**

Ensemble des personnes handicapées.

- **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Le GIE TOI (groupement d'intérêt économique Télémédecine Océan Indien) constitue la maîtrise d'œuvre en matière de système d'information en santé au service des établissements de santé et professionnels libéraux. Son élargissement au champ médico-social, avec intégration des acteurs à sa gouvernance, est à rechercher pour :

- a) assurer un décloisonnement des prises en charge et améliorer la fluidité des parcours de santé, par des systèmes d'informations communiquant entre le sanitaire et le médico-social ;
- b) mutualiser les compétences, et permettre au secteur médico-social de bénéficier des avancées déjà réalisées dans le champ sanitaire.

Les nombreux centres de référence et de compétence, principalement portés par des établissements de santé, et la perspective d'un Centre Hospitalier Universitaire à la Réunion, devraient permettre de produire des données épidémiologiques consolidées sur les déficiences, en lien avec le secteur médico-social, pour éclairer le pilotage des politiques de prévention et d'offre de soins.

- **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

- 1) Disposer chaque année, de la part de la MDPH, d'une synthèse par territoire et classe d'âge des orientations en cours de validité, rapprochée des capacités autorisées et installées (échéance : annuelle sur la durée du SOMS)

- 2) Participer à la poursuite des travaux menés par la MDPH d'analyse de sa file active par déficience (échéance : 2012)

- 3) Participer à la définition, par la MDPH, de règles d'énonciation des orientations permettant de distinguer les orientations à titre principal (strictement motivées par les besoins et le projet de vie de la per-

sonne) des orientations secondaires (tenant compte de la réalité de l'offre disponible), avec intégration dans le système d'information de la MDPH (échéance : 2013)

- 4) Encourager la participation du secteur médico-social au GIE TOI, pour bénéficier d'une maîtrise d'œuvre régional des projets de systèmes d'information portés en inter-associatif par les établissements et services médico-sociaux (échéance : 2012)

- 5) Soutenir le développement d'un dispositif, type extranet, entre la MDPH et les établissements et services médico-sociaux, pour l'information réciproque en temps réel sur les orientations et leurs évolutions.

- **Pilotage associé**

Département, MDPH

- **Résultats attendus à 5 ans**

Disposition annuelle des données locales de pilotage de l'offre médico-sociale

Disposition de logigrammes d'orientation MDPH

- **Indicateurs**

Mise en œuvre des orientations

Publication annuelle des données

— Objectif opérationnel n°13 : Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées

- **Synthèse de la problématique**

L'amélioration continue de la qualité des prestations et organisations est une obligation des établissements et services médico-sociaux.

Plusieurs leviers sont à disposition des établissements et services médico-sociaux :

- a) les projets d'établissement et de service
- b) les projets individuels, éventuellement formalisés par contrats, et régulièrement évalués et actualisés

- c) la qualification des intervenants et la diversité des compétences

- d) les plans de formation des professionnels
- e) les référentiels de bonnes pratiques, produits par les sociétés savantes, et de l'HAS et de l'ANESM

- f) les démarches et obligations d'évaluation interne et externe

- g) les conseils de la vie sociale, et plus lar-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

gement, la participation des usagers et de leurs représentants au suivi des établissements et services.

La qualité des prises en charge et accompagnements requiert également :

- a) l'adaptation des soins aux déficiences, voire au vieillissement des personnes
- b) la sécurité des soins, et notamment la prévention des infections liées aux soins (programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social)
- c) l'accessibilité à l'offre de soins et de prévention
- d) le signalement et le traitement des événements indésirables
- e) la lutte contre la maltraitance
- f) l'anticipation d'événements climatiques, de situations épidémiques ou sociales, fragilisant le fonctionnement régulier des établissements et services.

La démarche d'évaluation interne et externe prévue à l'article L 312-8 du CASF, constitue l'outil régulier de mesure de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Le cadre législatif et réglementaire de cette procédure, introduite par la loi du 2 janvier 2002, a été modifié à plusieurs reprises, avec la distinction des exigences de droit commun, et la définition d'un régime particulier pour les établissements et services autorisés et ouverts avant le 21 juillet 2009, voire avant le 3 janvier 2002.

Si la plupart des établissements et services ont déjà expérimenté l'évaluation interne, à l'occasion notamment de l'élaboration des diagnostics préalables à la négociation des CPOM, il leur revient de s'assurer qu'elle répond aux exigences méthodologiques de l'ANESM.

La procédure d'évaluation, partie prenante du régime des autorisations, a fait l'objet d'une information de l'ARS à l'attention des établissements et services médico-sociaux en 2011, avec annonce d'un dispositif départemental de suivi et d'animation.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, élaborés à partir d'un diagnostic partagé des organisations et prises en charge, constituent également le cadrage pluriannuel d'amélioration de la qualité.

• **Public concerné**

Enfants et adultes handicapés

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Mobilisation de l'offre de soins hospitalière pour le développement des coopérations et conventions avec le secteur médico-social
Intégration des publics des établissements et services médico-sociaux aux actions et programmes de prévention et promotion de la santé, développés en application du schéma de prévention

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Assurer, au travers de la révision des projets des établissements, et de l'évaluation annuelle des CPOM, l'adéquation des qualifications disponibles au sein des établissements et services avec leur mission de soins et de rééducation (échéance : durée du SOMS)

2) Favoriser le conventionnement des établissements et services avec l'offre de soins hospitalière pour disposer des temps médicaux suffisants, notamment en psychiatrie, faciliter l'accès aux soins spécialisés (odontologie, gynécologie...), et organiser le recours aux urgences et hospitalisations (échéance : durée du SOMS)

3) Encourager les rapprochements et échanges inter-établissements, ou inter-associatifs, en lien avec les centres de référence et de compétence, au travers de cercles de qualité et de compétence portant sur les thématiques notamment du polyhandicap, de l'autisme, du vieillissement des personnes handicapées, du handicap psychique (échéance : durée du SOMS)

4) Mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne et externe :

a) Information des établissements et services par l'ARS sur les échéances et obligations (échéance : 2011)

b) Désignation d'un référent par organisme gestionnaire (échéance : 2012)

c) Organisation d'une journée ANESM (échéance : 2012)

d) Installation d'un comité technique départemental, permettant la mutualisation des expériences, des référentiels et des outils, et facilitant le recours à l'évaluation externe (échéance : 2012)

e) Production de synthèses départementales des évaluations internes et externes,

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

permettant d'éclairer la politique d'amélioration de la qualité

5) Définir et mettre en œuvre une procédure de signalement des événements indésirables (échéance : 2013)

6) Déployer le plan national de prévention des infections liées aux soins dans le secteur médico-social, ciblant les EHPAD, FAM et MAS, et étendu régionalement aux CEAP et CEM :

a) Désignation au sein de chaque établissement d'un comité de suivi, composé au minimum du directeur, du médecin coordonnateur ou référent, d'un cadre infirmier ou infirmier (échéance : premier semestre 2012)

b) Désignation d'un référent, responsable mandaté par la direction de chaque établissement (échéance : premier semestre 2012)

c) Elaboration par chaque établissement d'un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) (échéance : 2012)

d) Mise à disposition des établissements médico-sociaux d'un infirmier hygiéniste recruté par l'ARLIN pour animer le réseau régional des référents (responsables mandatés) des établissements (échéance : sur la durée du SOMS)

e) Reconduction annuelle des formations départementales à la prévention des infections liées aux soins, dispensées par l'ARLIN

7) Adopter, par chaque établissement et service médico-social, un Plan de Continuité d'Activité (PCA) programmant l'organisation et les moyens à mobiliser pour faire face aux retentissements sur le fonctionnement et les missions d'événements climatiques majeurs, de situations épidémiques et/ou de mouvements sociaux (échéance : 2014), avec :

a) Identification auprès de l'ARS d'un référent (échéance : 2012)

b) Redéfinition, par l'ARS, des niveaux de priorité pour l'alimentation en eau et électricité (échéance : 2012)

c) Conventionnement avec les établissements hospitaliers de référence pour l'accès aux soins en urgence (échéance : 2014)

• **Pilotage associé**
Département

— Objectif opérationnel n°14 : Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale, en soutien à l'accès au droit commun et en compensation des handicaps

• Synthèse de la problématique

Constat, au travers de l'enquête MDPH, de l'importance des orientations médico-sociales non-satisfaites, malgré une forte augmentation de l'offre médico-sociale sur les 5 dernières années (effet du plan de rattrapage 2006-2009).

Existence de doubles orientations MDPH en service et en établissement.

Principe d'intégration prioritaire en milieu ordinaire, posé par la loi de février 2005 :

- réorientation des développements de l'offre vers les services, et l'accompagnement/compensation du handicap en milieu ordinaire
- souhait des personnes handicapées d'une intégration en milieu ordinaire, et en particulier choix des parents pour l'inclusion scolaire
- modification ressentie de la file active des établissements médico-éducatifs : plus forte concentration de la déficience sévère et profonde
- nécessité d'adaptation du milieu ordinaire, et en particulier de l'école, au principe d'inclusion scolaire.

Contexte de limitation de l'évolution des dépenses d'Assurance maladie, pesant sur les perspectives de création de places nouvelles en établissements et services : exigence d'optimisation des ressources médico-sociales pour une couverture plus large des publics, dans le respect des principes de la loi de 2005.

Large couverture, par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées.

Disposition de nombreux indicateurs physico-financiers permettant d'apprécier et de comparer l'affectation des moyens au sein des établissements et services : indicateurs

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

des comptes administratifs, tableaux de bord des CPOM, indicateurs ANAP

- **Public concerné**

Enfants et adultes handicapés

- **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

L'inscription de l'offre médico-sociale en adaptation et/ou compensation du droit commun doit s'accompagner de la mobilisation, en faveur des personnes handicapées :

- a) de l'offre de soins libérale
- b) de l'offre de soins hospitalière
- c) des dispositifs d'accompagnement social, d'éducation et de formation
- d) des dispositifs d'accès au logement.

L'animation et le suivi de la coordination de ses différents secteurs d'intervention seront assurés par les commissions départementales de coordination des politiques publiques.

- **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

L'optimisation de l'offre médico-sociale repose principalement sur :

- a) la priorité donnée à l'insertion et au soutien en milieu ordinaire,
- b) la précocité des prises en charge et accompagnement,
- c) l'organisation de parcours d'accompagnement favorisant la complémentarité avec les dispositifs de droit commun, en matière d'offre de soins, d'accès à l'emploi et au logement, et d'éducation et formation,
- d) des développements capacitaires favorisant l'offre de services, par rapport au recours à l'institution.

L'importance des besoins non satisfaits pour les enfants et les jeunes place la Réunion en situation de devoir affecter 65% des mesures nouvelles au titre de l'enveloppe régionale limitative CNSA à ce secteur (contre des orientations nationales inverses pour le secteur adultes). La fluidité de la filière handicap doit donc être recherchée, notamment par la reconnaissance d'un accès prioritaire des jeunes en aménagement Creton aux places disponibles dans les établissements pour adultes.

Pour les enfants et les jeunes handicapés :

1) Elaborer un référentiel permettant de graduer l'orientation/recours entre les niveaux de prise en charge (échéance : 2013) :

- a) IME
- b) CLIS/ULIS avec ou sans soutien d'un SESSAD
- c) classe ordinaire, avec ou sans soutien d'un SESSAD

2) Redéfinir les projets d'établissements et de services autour du soutien en milieu ordinaire, y compris pour les publics lourdement handicapés dans le respect des projets de vie (échéance : à compter de la production du référentiel, sur la durée du SOMS), avec notamment:

- a) révision des qualifications des professionnels (rééducation, soins, accompagnement aux actes de la vie quotidienne)
- b) limitation du recours à l'internat, pour les enfants, à une stricte motivation éducative (autonomie, accueil séquentiel) et non pour des motifs d'assistance éducative aux familles
- c) mobilisation coordonnée de l'accueil temporaire

3) Revoir l'organisation des transports selon des objectifs de réduction des temps de transport, de mutualisation inter-établissements sur un même bassin géographique, d'encouragement à l'autonomie des usagers et au recours aux transports collectifs

4) Redéfinir le champ d'intervention des CMPP, selon leur mission médico-sociale de prise en charge des troubles à répercussion scolaire (échéance : durée du SOMS) :

- a) mise en œuvre de la priorité régionale de prise en charge des troubles sévères du langage et des apprentissages :
- b) intervention subsidiaire à l'offre libérale, lorsque les troubles requièrent une intensité des séances et une pluridisciplinarité des interventions,
- c) distinction avec les attributions de l'offre sanitaire, hospitalière et libérale, et notamment de la pédopsychiatrie (CMP).

Pour les adultes handicapés :

1) Réserver l'orientation en FAM/MAS aux adultes présentant une situation complexe de handicap avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne (D 344-5-1 et s du CASF) (échéance : durée du SOMS)

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

2) Favoriser l'insertion professionnelle ordinaire des travailleurs handicapés en ESAT, dans le cadre des actions du PRITH (échéance : durée du SOMS)

3) Evaluer les prestations et organisations des SAMSAH, offre récente et en développement à la Réunion (échéance : 2015)

4) Revoir l'organisation des transports selon des objectifs de réduction des temps de transport, de mutualisation inter-établissements sur un même bassin géographique, d'encouragement à l'autonomie des usagers et au recours aux transports collectifs

Pilotage de l'optimisation de l'offre médico-sociale :

Le recours aux travaux de l'ANAP (agence nationale d'amélioration de la performance) permettra d'éclairer les travaux sur la durée du SOMS.

1) Conduire, avec la MDPH, une réflexion sur les motivations des orientations prononcées, tendant à l'élaboration de logigrammes décisionnels (échéance : durée du SOMS)

2) Assurer le suivi des réorientations de l'offre médico-sociale, et de son optimisation, par l'exploitation et la publication des indicateurs physico-financiers et des tableaux de bord des CPOM (échéance : chaque année du SOMS)

3) Elaborer des indicateurs complémentaires, communs et partagés, de mesure d'activité pour respectivement les SESSAD, les CAMSP et les CMPP (échéance : 2013) permettant d'éclairer les redéfinitions souhaitables des organisations

4) Mettre en œuvre une convergence tarifaire, tenant compte notamment des déficiences, des groupes de dépenses, des ratios d'encadrement (encadrement général, encadrement restreint) (échéance : durée du SOMS)

5) Utiliser les CPOM (et conventions « aide sociale » des ESAT) comme outils de cadrage pluriannuel des démarches d'efficacité des organisations

6) Assurer, par les autorisations nouvelles de capacités médico-sociales, une répartition géographique équitable de l'offre, y compris par l'installation d'établissements et services polyvalents adultes (FAO, FAM/MAS, SAVS, SAMSAH, ESAT) sur certaines portions du territoire dans un souci d'accessibilité géographique (Sud Sauvage), à l'instar de ce qui est pratiqué pour les enfants, et en intégrant la problématique de la déficience psychique au sein de ces structures (échéance : durée du SOMS)

• Pilotage associé

Département, MDPH, Education nationale, DIECCTE

• Indicateurs

Nombre de projets d'établissement actualisés

Nombre et modalités de mise en œuvre des conventions Education nationale/ESMS

Nombre de plans transport (avec plans inter établissements)

Nombre et pourcentage d'usagers bénéficiant de transports de droit commun (familles, transport en commun, transport scolaire)

Partage d'indicateurs communs de mesure d'activité pour les CAMSP, CMPP et SESSAD

Nombre et pourcentage des doubles orientations MDPH (principe de distinction de l'orientation principale et de l'orientation secondaire)

Production de tableaux de bord régionaux annuels des indicateurs physico-financiers

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

2

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

- Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre adaptée de soins infirmiers coordonnés (Objectif opérationnel n°15)
- Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre d'accueil séquentiel médicalisé (Objectif opérationnel n°16)
- Conforter les EHPAD dans l'accompagnement de personnes âgées lourdement dépendantes (Objectif opérationnel n°17)
- Poursuivre la déclinaison locale des orientations du Plan Alzheimer (Objectif opérationnel n°18)
- Déployer des coordinations gérontologiques territorialisées (Objectif opérationnel n°19)
- Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes âgées dépendantes (Objectif opérationnel n°20)
- Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes (Objectif opérationnel n°21)

— Objectif opérationnel n°15 : Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre adaptée de soins infirmiers coordonnés

• Synthèse de la problématique

Le maintien à domicile des personnes âgées est une priorité nationale, fortement soutenue localement par le Département. Elle se traduit par l'accueil en EHPAD des personnes les plus lourdement dépendantes.

Cette orientation repose sur un fort investissement des entourages familiaux, avec des risques d'épuisement.

L'offre de SSIAD (519 places au 1er janvier 2011, soit un taux d'équipement de 19,60 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, contre 17,30 en moyenne nationale) est importante, et équitablement répartie sur le territoire, avec un nombre d'opérateurs limité (quatre), une couverture quasi-complète du territoire et des zones d'intervention distinctes ; elle est complétée par un recours significatif des plus de 75 ans

aux soins infirmiers libéraux (1 122 €/an par personne de plus de 75 ans, contre 266 € en métropole pour l'année 2009). Le développement de nouvelles capacités de SSIAD est désormais limité par l'obligation d'implantation dans des zones sous-dotées en infirmiers libéraux, avec une démographie libérale favorable (121 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, contre 109 en métropole).

Les qualifications mobilisées en SSIAD restent principalement limitées, hors SSIAD spécifique Alzheimer, aux aides soignants et infirmiers (coordinateurs, ou libéraux), avec un faible recours à la diversification des compétences ouvertes par les textes.

L'articulation entre SSIAD et HAD reste incertaine.

Le mode d'accès aux SSIAD est principalement la prescription du médecin traitant, sans lisibilité territoriale de la politique d'admission en lien avec les autres segments de l'offre médico-sociale et sanitaire.

Certains SSIAD font état de difficultés à prendre en charge des patients exigeant des interventions nombreuses, quotidiennes, avec une part importante d'actes infirmiers, au risque d'un report de ces bénéficiaires vers l'offre infirmière libérale.

La mission de coordination des soins et intervenants, autour de la personne et de son entourage, en soutien du projet de maintien à domicile, reste insuffisamment mesurée et valorisée.

Malgré l'agrément de 10 services d'aide à domicile sur la période 2007-2010, aucun SSIAD n'a été associé pour constituer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, favorisant une meilleure intégration et articulation des interventions.

A ce jour, les SSIAD ne sont pas clairement positionnés dans l'offre d'accompagnement médico-social, en complémentarité des soins libéraux, des prestations d'aide à domicile et à la vie quotidienne, et de la filière de soins gériatriques. La réforme de la tarification des SSIAD (liaison plus forte

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

entre le niveau d'allocation budgétaire et la charge en soins des bénéficiaires), malgré le retard de sa mise en œuvre, permettra d'accompagner un positionnement plus spécifique de ces services.

Parallèlement, l'existence d'une offre de structures non-autorisées, la plupart du temps identifiées par les acteurs locaux de l'accompagnement des personnes âgées, mais échappant à tout contrôle, notamment sur la sécurité et la qualité des prises en charge, souligne la double nécessité :

- a) d'un renfort de l'accompagnement à domicile des personnes âgées dépendantes
- b) d'une régulation de cette offre, sous compétence d'autorisation du Département, y compris par la promotion de formes innovantes d'accueil et d'hébergement, pouvant justifier d'une médicalisation externe.

La compétence de l'ARS est limitée à l'organisation de la médicalisation des modes d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, qui relèvent principalement du champ d'intervention du Département.

• **Public concerné**

Personnes âgées dépendantes à domicile, et aidants

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Clarification des modes de recours et d'intervention de l'HAD à destination des personnes âgées hors EHPAD (SOS)

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Disposer d'indicateurs réguliers d'activité des SSIAD et d'analyse de leur file active (échéance : annuelle sur la durée du SOMS)

2) Redéfinir la mission des SSIAD en complémentarité des autres segments de l'offre médico-sociale et sanitaire gériatrique (échéance : 2013-2016)

a. Accompagnement en sortie d'hospitalisation

b. Prise en charge de patients requérant des soins infirmiers importants, associés à des soins de nursing et à une exigence de coordination des intervenants

c. Médicalisation externe des structures d'hébergement pour personnes âgées, hors EHPAD, en complément d'un conven-

tionnement à privilégier avec les infirmiers libéraux

d. Prise en charge des personnes handicapées à domicile requérant des soins infirmiers importants, associés à des soins de nursing

3) Intégrer les SSIAD dans les coordinations gériatriques territorialisées (cf. infra), mesurer et valoriser leur mission de coordination à la personne (échéance : durée du SOMS)

4) Mobiliser la réforme de la tarification des SSIAD en appui de la redéfinition locale de la mission de ces services et de leur positionnement, et de la diversification de leurs professionnels (échéance : à compter de la mise en œuvre de la réforme tarifaire)

5) Maintenir le niveau d'équipement de la Réunion, en considération des évolutions démographiques, en mobilisant les capacités nouvelles sur les zones de moindre densité d'infirmiers libéraux (échéance : durée du SOMS)

• **Pilotage associé**

Département (pour la médicalisation externe des établissements d'hébergement de personnes âgées, et l'articulation avec les services d'aide à domicile)
URPS des Infirmiers

• **Déclinaison par territoire**

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles

• **Indicateurs**

Indicateurs d'activité des SSIAD
Indicateurs physico-financiers des SSIAD

— Objectif opérationnel n°16 : Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par une offre d'accueil séquentiel médicalisé

• **Synthèse de la problématique**

Le maintien à domicile des personnes âgées est une priorité nationale, fortement soutenue localement par le Département. Elle se traduit dans la réalité par un accueil en EHPAD réservé aux personnes les plus lourdement dépendantes.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Cette orientation repose sur un fort investissement des entourages familiaux, avec des risques d'épuisement. Des solutions de répit médicalisé doivent pouvoir être mobilisées.

La plupart des EHPAD ont une obligation conventionnelle (convention tripartite) de consacrer annuellement 5% de leur activité à de l'hébergement temporaire (durée limitée à 90 jours par an par bénéficiaire). L'activité réelle reste méconnue, avec l'indication par les établissements de difficulté de mise en œuvre imputables aux procédures d'aide sociale départementale. Selon le Département, rien ne fait obstacle à instruire par anticipation les droits à l'aide sociale au titre de l'hébergement temporaire, sans obligation de mise en œuvre à une date prédéterminée, par les bénéficiaires et leurs familles ; l'ouverture des droits en urgence reste à clarifier.

L'accueil de jour, dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, malgré l'identification depuis 2005 d'un nombre suffisant de places permettant d'équiper chaque microrégion, a été installé lentement. Les faibles niveaux d'activité connus au début sont désormais résolus par le financement sur la dotation soins des frais de transport, et par un effort de ARS de déport au maximum des charges sur la section soins pour minorer le tarif hébergement et dépendance. En 2011, l'équipement en accueil de jour concerne :

- a) le Nord : Astéria (12 places) et Croix Rouge (12 places)
- b) le Sud : Fondation Père Favron (15 places à Bois d'Olive ; 15 places à Ravine Blanche en cours d'installation).

L'Est et l'Ouest ne sont pas couverts par cet équipement.

Le recours à l'accueil de jour ne semble toujours pas intégré dans les plans d'aide, dès leur élaboration par les équipes médico-sociales APA, dans les orientations proposées par les consultations Alzheimer, et reste en dehors de toute coordination gériatrique territorialisée formalisée.

• **Public concerné**

Personnes âgées dépendantes à domicile, et aidants.

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Intégration de la prestation d'accueil de jour dans les projets de soins individualisés proposés par la consultation mémoire.

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

- 1) Mettre en place un recueil de l'activité d'hébergement temporaire en EHPAD (échéance : 2012)
- 2) Participer à la diffusion des règles de recours à l'aide sociale départementale pour l'hébergement temporaire auprès des acteurs locaux, pour en faciliter l'accès et favoriser l'anticipation des demandes d'aide sociale dans les plans d'aide des personnes âgées (échéance : 2012)
- 3) Maintenir et généraliser l'objectif de 5% d'activité en hébergement temporaire, en équivalence d'activité annuelle et non en lits dédiés, dans les EHPAD au travers des conventions tripartites (échéance : 2012-2016)
- 4) Ouvrir un appel à projet pour l'autorisation d'accueils de jour dans l'Est et l'Ouest (échéance : 2012)
- 5) Conduire une évaluation des besoins d'accueil de jour, à partir des données des services existants, une fois ceux-ci autorisés et installés, ce type d'équipement pouvant faire émerger un besoin jusqu'alors non-exprimé (échéance : 2014)
- 6) Intégrer les accueils de jour dans les coordinations gériatriques territorialisées (cf. infra) pour permettre l'intégration de cette prestation dans les plans d'aide et les orientations des consultations mémoire (échéance : durée du SOMS).

• **Pilotage associé**

Département : aide sociale hébergement, autorisation et tarification des accueils de jour, autorisation et tarification de l'hébergement temporaire en EHPAD.

• **Déclinaison par territoire**

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles.

• **Indicateurs**

Données d'activité de l'hébergement temporaire

Taux d'équipement en accueil de jour

Données d'activité des accueils de jour.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Objectif opérationnel n°17 : Conforter les EHPAD dans l'accompagnement de personnes âgées lourdement dépendantes

• *Synthèse de la problématique*

Le GMP dans les EHPAD de la Réunion (710) traduit la priorité donnée à l'accueil des personnes lourdement dépendantes dans ces établissements, rendue possible par la mise en œuvre de la réforme de la tarification.

Cette orientation doit être poursuivie, en soutenant la médicalisation des EHPAD au travers de la généralisation du GMPS. L'apport de moyens nouveaux de l'Assurance Maladie doit permettre :

- a. un renforcement de la capacité de soins
- b. une diversification des professionnels
- c. une réflexion sur la permanence des soins infirmiers en EHPAD.

Des textes récents relatifs au rôle du médecin coordonnateur, à la commission de coordination gérontologique, et à la contractualisation avec les intervenants libéraux ont consolidé la coordination et l'organisation des soins en EHPAD ; leur mise en œuvre doit faire l'objet d'un suivi régulier.

La période 2006-2011 a été marquée par l'autorisation d'un nombre conséquent de nouvelles places, dont la plupart sont en cours d'installation au travers de nouveaux établissements (cf. tableau en annexe).

Les données extraites de l'étude sur les listes d'attente en EHPAD montrent que, par microrégion, les besoins exprimés et non-satisfaits correspondent aux extensions de capacité et ouvertures nouvelles des nouvelles autorisations en cours de réalisation.

L'atteinte du taux d'équipement national ne peut être un objectif du présent schéma :

- a) la priorité donnée au maintien à domicile se traduit, pour l'Assurance Maladie, par un report de dépense des établissements vers l'offre de soins libérale et notamment infirmière, dans des volumes comparables à la métropole.
- b) le niveau d'intervention de l'aide sociale départementale en EHPAD ne permettrait pas au Département de couvrir l'habilitation aide sociale d'un nombre beaucoup plus conséquent de places d'EHPAD.

Pour autant, il convient de s'interroger, au regard des perspectives de vieillissement de la population, sur la nécessité de pro-

grammer, pour les deux dernières années du présent schéma un développement raisonnable de capacités nouvelles d'EHPAD permettant de ne pas dégrader le niveau actuel de l'offre.

De même, les EHPAD pourraient devenir des plateformes ressources, en participant plus directement au soutien à domicile des personnes âgées dépendantes, et en favorisant le développement de formes innovantes d'accueil et de prise en charge :

- a) renfort des capacités dédiées à l'hébergement temporaire
- b) ouverture de nouveaux accueils de jour
- c) expérimentation de salariat d'accueillants familiaux sociaux, ou médico-sociaux, avec mise à disposition du plateau et des professionnels de soins, afin d'organiser des parcours de vie depuis le domicile jusqu'à l'établissement et de conforter l'accueil familial dans la prise en compte de la lourde dépendance.

• *Public concerné*

Personnes âgées dépendantes et aidants.

• *Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions*

Favoriser, selon les besoins, l'intervention de l'HAD en EHPAD (SOS)

Favoriser l'accès à la dialyse péritonéale, selon les besoins, en EHPAD (SOS).

• *Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances*

1) Poursuivre la médicalisation des EHPAD au travers de la tarification en GMPS à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites (2012-2016)

2) Ouvrir les nouvelles capacités autorisées au titre du SDOSMS 2007-2011

3) Assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes relatives aux médecins coordonnateurs, commission de coordination gérontologique, contractualisation avec les intervenants libéraux (état des lieux : 2011 ; suivi : 2012-2016)

4) Inscrire les EHPAD dans les coordinations gérontologiques territorialisées (durée du SOMS)

5) Ouvrir une réflexion sur la continuité des soins infirmiers en EHPAD et produire des orientations adaptées aux environnements locaux (groupe de travail partenarial : 2012-2013 ; orientations : 2014 ; suivi de mise en œuvre 2014-2016)

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

6) Assurer un suivi annuel des listes d'attente, sur la base d'une méthodologie commune préalablement définie de gestion des demandes d'admission (méthodologie commune : 2012 ; suivi annuel 2012-2016)
7) Ouvrir un appel à projet expérimental pour le rattachement d'accueillants familiaux aux EHPAD (2013)
8) Programmer des appels à projet pour l'autorisation de 240 places nouvelles d'EHPAD, répartis au pro rata de la population entre les trois territoires de santé (à partir de 2014). Ce chiffre devra être précisé par l'analyse conjointe par l'ARS et de Département des listes d'attente.

• *Pilotage associé*

Département

• *Déclinaison par territoire*

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles.

• *Indicateurs*

GMP régional et par EHPAD

PMP régional et par EHPAD

% de places en tarification GMPS

Ecart régional à la tarification plafond

Taux d'équipement en EHPAD, % des capacités installées / capacités autorisées

Indicateurs relatifs aux médecins coordonnateurs, commissions de coordinations gérontologiques, contractualisation des intervenants externes en EHPAD

Etat annuel des listes d'attente

Nombre de patients en EHPAD bénéficiant de l'HAD

Nombre de patients en EHPAD bénéficiant de la dialyse péritonéale

— Objectif opérationnel n°18 : Poursuivre la déclinaison locale des orientations du Plan Alzheimer

• *Synthèse de la problématique*

Le Plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » est organisé en 2 axes :

- améliorer la qualité de vie des malades et des aidants
- connaître pour agir,

et composé de 44 mesures, dont certaines relèvent directement de l'action médico-sociale :

- développement et diversification des structures de répit (mesure 1)
- consolidation des droits et de la formation des aidants (mesure 2)
- labellisation sur le tout territoire des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer - MAIA (mesure 4)
- renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés (mesure 6)
- amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies (mesure 7)
- création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux (mesure 16)
- développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer (mesure 20).

D'autres mesures concernent plus directement l'offre sanitaire, et font l'objet d'une déclinaison dans le schéma d'organisation des soins.

A la Réunion, le Plan Alzheimer a été largement engagé, avec la constitution progressive d'une offre médico-sociale adaptée :

- labellisation d'une MAIA portée par l'association Réunion Alzheimer et le Département en 2011 (cf. fiche « coordinations gérontologiques »)
 - développement d'accueils de jour et d'hébergements temporaires (cf. fiche « accueil séquentiel médicalisé »)
 - financement, sous compétence DRASS puis ARS, de formations à destination des aidants
 - identification en septembre 2011 des EHPAD devant disposer de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) pour 78 places disponibles au 31/12/2011, soit 6 unités de 13 places
 - identification en septembre 2011 d'un EHPAD porteur de l'unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places pour la Réunion
 - création de capacités de SSIAD spécialisées Alzheimer (deux fois 10 places, réparties Nord/Sud)
 - publication d'un appel à projet pour la sélection d'une plateforme de répit, adossée à un accueil de jour.
- Ces actions, dont certaines sont reprises

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

dans les fiches relatives au soutien à domicile ou à la coordination gériatrique, doivent être menées à terme, évaluées, voire amplifiées.

Il s'agit notamment de veiller à :

- a) la mobilisation adaptée des nouveaux outils et dispositifs de prise en charge (PASA, UHR, SSIAD Alzheimer, accueil de jour, hébergement temporaire, plateforme de répit)
- b) la prise en compte d'une mobilisation croissante de l'offre médico-sociale de services et d'établissements médicalisés pour la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées
- c) l'évaluation des besoins non-satisfaits et appelant une réponse médico-sociale, afin de permettre à la Réunion de se positionner sur les mesures nouvelles nationales attendues, et la reconduite du Plan Alzheimer au-delà de 2012.

Les Assises régionales Alzheimer, tenues à la Réunion en juin 2009 ont été un moment important de mobilisation et de réflexion des acteurs locaux. Un comité technique régional, dans la poursuite du comité de pilotage, n'a néanmoins pu être réuni depuis.

• **Public concerné**

Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, et leurs aidants.

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Le déploiement de dispositifs médico-sociaux diversifiés d'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, et de leurs aidants, doit être coordonné avec la filière de soins gériatriques, et notamment les consultations mémoires et l'unité cognitivo-comportementale, afin d'assurer la cohérence des parcours et de l'offre globale de santé :

- participation de l'offre sanitaire aux coordinations gériatriques
- prise en compte des possibilités d'accompagnement médico-social dans les projets de soins individualisés élaborés par les consultations mémoires.

De même, l'offre médico-sociale adaptée s'adresse tant aux personnes atteintes qu'à leurs aidants dont il s'agit de préserver

la santé ; la mesure 3 du Plan Alzheimer prévoit ainsi l'accès à des consultations médicales pour les aidants afin de renforcer leur suivi sanitaire. Les médecins traitants doivent pouvoir orienter leurs patients (personnes âgées atteintes et aidants) vers l'offre médico-sociale, et être saisis par cette dernière en retour selon les évolutions constatées de l'état de santé ou de la perte d'autonomie :

- informer les médecins libéraux de l'offre médico-sociale diversifiée et des prestations proposées sur chaque territoire de santé
- associer les médecins libéraux au fonctionnement des coordinations gériatriques
- organiser, au niveau de chaque dispositif médico-social, les échanges d'information avec les médecins traitants.

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) L'accès au diagnostic est à la fois un critère d'inclusion dans l'offre médico-sociale adaptée et une nécessité pour l'organisation de la prise en charge : chaque personne âgée devant bénéficier, ou bénéficiant, de l'offre médico-sociale adaptée Alzheimer doit disposer d'un diagnostic établi de la maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées (échéance : durée du SOMS)

2) La prise en charge par l'offre médico-sociale adaptée s'inscrit dans un projet personnalisé de soins et un plan d'aide : toute admission doit être précédée, ou suivie dans les meilleurs délais, d'un échange avec le médecin traitant, et d'une information des équipes médico-sociales du Département pour adaptation du plan d'aide ; ces échanges doivent se poursuivre régulièrement tout au long de l'accompagnement, et en cas d'évolution de la situation des personnes âgées ou de leurs aidants (échéance : durée du SOMS)

3) Le recours aux PASA et UHR, doit être guidé par les critères d'admissibilité établis par le Plan Alzheimer (échéance : 2012).

4) L'ensemble de l'offre médico-sociale adaptée devra être intégrée dans les coordinations gériatriques territorialisées (cf. fiche spécifique) ; dans cette attente, les SSIAD Alzheimer, l'UHR, les accueils de jour doivent disposer de commissions d'admissions ouvertes à l'ensemble des partenaires (échéance : 2012). L'UHR

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

fonctionne, dès l'ouverture, sur un recrutement régional.

5) Afin d'adapter l'offre de SSIAD Alzheimer aux besoins de la population, des critères d'admission seront établis régionalement, sur la base des indications et travaux nationaux (échéance : 2013)

6) Afin d'adapter la prise en charge en établissement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, un groupe de travail régional définira les indicateurs d'activité à produire annuellement par chaque EHPAD, et faisant l'objet d'une synthèse régionale (échéance : 2013)

7) L'implantation de PASA et d'une UHR questionne la mission des unités spécifiques Alzheimer (critères d'admission, accompagnement proposé, adéquation des capacités par rapport aux besoins de l'ensemble des résidents) ; un groupe de travail régional proposera une révision de ce mode de prise en charge, permettant de guider les EHPAD dans leurs évolutions, et d'inscrire ces orientations dans les nouveaux cahiers des charges des appels à projet (échéance : 2014)

8) Un comité technique régional Alzheimer, animé par l'ARS, associant les représentants de l'offre médico-sociale et sanitaire, des institutions compétentes et des associations d'usagers assurera le suivi de la mise en œuvre du Plan Alzheimer, des orientations du SOMS et du SOS en la matière, et préconisera les évolutions nécessaires ; il sera destinataire de l'ensemble des indicateurs relatifs à la situation des personnes âgées atteintes, et à l'activité de l'offre médico-sociale et sanitaire dédiée. (échéance : installation en 2012, réunion annuelle).

• *Pilotage associé*

Département.

• *Déclinaison par territoire*

Tous les territoires de santé de la Réunion, sur la base des indicateurs d'équipement disponibles.

• *Indicateurs*

Données d'activité des PASA

Données d'activité UHR

Données d'activité des SSIAD Alzheimer

Construction des indicateurs régionaux.

— Objectif opérationnel n°19 : Déployer des coordinations gérontologiques territorialisées

• *Synthèse de la problématique*

La diversité des intervenants et institutions compétentes en matière de politique gérontologique est unanimement constatée ; elle devrait se traduire par une complémentarité des interventions autour des personnes âgées en perte d'autonomie, afin de limiter la dépendance, et d'assurer la continuité d'un accompagnement adapté, notamment dans un projet de maintien à domicile.

Le code de l'action sociale et des familles reconnaît au Département la compétence de chef de file pour l'organisation des coordinations gérontologiques.

L'impératif de développement de coordinations gérontologiques est inscrit depuis longtemps dans les orientations des politiques publiques, et a fait l'objet d'une priorité du SDOSMS 2007-2011, avec la promotion de Centres Locaux d'Information et de coordination gérontologique (CLIC) de niveau 3 (suivi de la mise en œuvre des plan d'aide, évaluation des situations, et articulation des prises en charge sanitaires et médico-sociales), et l'appui sur les CCAS pour l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs familles.

Le déploiement de coordinations gérontologiques territorialisées répond à deux enjeux :

a. l'organisation d'une réponse coordonnée aux besoins de chaque personne âgée dépendante et de ses aidants (accueil, information, orientation, évaluation des besoins, coordination des interventions sociales, médico-sociales et sanitaires)

b. l'utilisation optimale des dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, fortement diversifiés, sur chacun des territoires. Une cohérence entre les différents niveaux de coordination doit être recherchée, pour éviter l'éparpillement des moyens, et garantir l'adaptation de la réponse apportée à l'évolution des besoins et de l'état de santé des personnes âgées dépendantes.

Etat des lieux :

Deux CLIC de niveau 1 (accueil, écoute, information et soutien aux familles) sont autorisés :

a. réseau gérontologique Ouest, créé en 2001,

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

b. réseau gérontologique Nord, créé en 2003.

Aucun n'assume de missions de niveau 3.

Des CCAS, de par leur mission d'action sociale de proximité, ont pu développer également des missions d'accueil, d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles, voire gèrent des services contribuant au soutien à domicile. C'est notamment le cas pour les communes de Saint Pierre, du Tampon, de Saint André, et de Saint Joseph.

La mission de coordination est elle-même présente dans nombre de dispositifs en faveur des personnes âgées : SSIAD, HAD, filière de soins gériatriques, plan d'aide APA...

Il n'existe pas de coordination gérontologique formalisée des aides et prestations à la personne, sur la base d'un plan d'aide et de soutien individualisé, ce qui n'exclut pas l'implication forte de certains professionnels et services dans une articulation au quotidien de leurs interventions.

La filière de soins gériatriques, qui assure une prise en charge graduée et cohérente de la personne âgée sur un territoire donné, est composée notamment, à partir d'un établissement de santé, porteur d'une équipe mobile, d'un court séjour gériatrique, d'une unité de consultation et d'hospitalisation de jour, d'un SSR gériatrique, voire d'unité de soins de longue durée (USLD). Trois filières sont implantées dans chacun des territoires de santé :

a. Nord- Est : équipe mobile et court séjour (CH Félix Guyon)

b. Ouest : équipe mobile et court séjour (CH Gabriel Martin)

c. Sud : équipe mobile et court séjour (GHSR)

Les équipes médico-sociales du Département assurent également, dans le cadre de leur mission d'instruction et de suivi des aides sociales et de l'APA, une coordination à la personne.

Les MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), promues par le Plan national Alzheimer, renouvellent profondément le modèle de coordination gérontologique en tenant compte des difficultés antérieures. Est ainsi proposée une intégration de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires d'un territoire, selon une démarche de concertation, autour d'outils partagés, avec défi-

nition d'un guichet intégré, animation par un pilote, et création de postes de gestionnaires de cas complexes. Chaque MAIA disposera ainsi :

a. d'un pilote, chargé de réaliser le diagnostic des ressources du territoire, de mettre en réseau les acteurs et de les fédérer autour d'outils partagés (annuaires, grilles d'évaluation, protocoles d'adressage réciproque, référentiels...) autour d'une table de concertation tactique assurant le caractère consensuel et la coresponsabilité de la démarche ;

b. d'un ou plusieurs gestionnaires de cas complexes, assurant le suivi de près de 40 personnes dont la situation aura été identifiée par les partenaires, selon des critères à définir localement dans l'attente d'un cadrage national, comme relevant d'un accompagnement excédant les capacités propres de chacun des partenaires ;

c. de référents médico-sociaux, correspondants uniques et stables de la personne âgée et de sa famille, qui assurent, à partir de la saisine par ces derniers, leur information et orientation au sein de la coordination et le suivi de la réponse apportée par les partenaires.

Reposant sur un modèle de partenariat intégré et coresponsable, les MAIA n'ont pas vocation à uniformiser les organisations territoriales, ni à imposer des modes externes d'intervention, mais à prendre appui sur les expériences locales et les potentialités des acteurs présents.

Un projet de MAIA couvrant l'ensemble de la Réunion, et porté conjointement par l'association Réunion Alzheimer et le Département, a été agréé en 2011 ; le co-portage par le Département permet d'établir pleinement la compétence de ce dernier dans l'organisation territoriale des coordinations gérontologiques. Ce projet sera décliné sur chacun des territoires de santé.

• **Public concerné**

Personnes âgées dépendantes, aidants, intervenants gérontologiques

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Inscription de la filière de soins gériatriques et de l'offre hospitalière Alzheimer dans les coordinations gérontologiques territorialisées

Association des professionnels de santé

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

libéraux aux coordinations gérontologiques territorialisées, en leur permettant d'orienter leurs patients.

• Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances

A partir de la reconnaissance du projet de MAIA départementale, il est proposé :

a. de retenir le mode d'organisation MAIA comme référentiel d'organisation des coordinations gérontologiques territorialisées (à raison d'une MAIA par territoire de santé)
b. d'étendre la compétence des MAIA à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie

c. d'inscrire dans ces coordinations l'ensemble des acteurs gérontologiques locaux : services sociaux, établissements et services médico-sociaux, filière de soins gériatriques, équipes sociales et médico-sociales du Département, organismes de protection sociale, CCAS, professionnels de santé libéraux, CLIC...

d. d'organiser le maillage territorial selon les niveaux d'intervention suivants :

- niveau 1 (accueil, information, orientation) : CCAS à titre principal, et l'ensemble des partenaires de la coordination, y compris CLIC, selon le principe de guichet intégré

- niveau 2 et 3 (prestations de soins, élaboration de plans d'aide, mise en œuvre des plans d'aide, évaluations des situations, suivi des cas complexes) : acteurs et professionnels intégrés dans la coordination gérontologique, à partir des outils et référentiels communs.

Plusieurs points devront faire l'objet d'une attention particulière :

a. le pilotage : un pilote devra être identifié et rémunéré par territoire porteur d'une coordination gérontologique/MAIA

b. les gestionnaires de cas, personnes spécifiquement rémunérées pour cette mission sur chacun des territoires porteurs d'une coordination gérontologique / MAIA, devront être clairement positionnés dans leurs interventions par rapport aux équipes médico-sociales du Département qui assurent déjà le suivi de certaines situations complexes

c. l'établissement du plan d'aide, support de l'APA, reste de la compétence des équipes médico-sociales du Département qui, au travers des coordinations gérontologiques, peuvent solliciter des expertises

complémentaires

d. le recours des professionnels libéraux de santé aux prestations des coordinations gérontologiques devra être soutenu

e. le recours à l'ensemble de l'offre sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, et à certains segments de l'offre sanitaire spécialisée (USLD, SSR gériatrique, UCC), devra être régulé par les coordinations gérontologiques / MAIA pour en garantir, de manière partenariale, une utilisation optimale ; ceci justifiera notamment la mise en place d'une gestion collective des listes d'attente, et l'établissement de critères partagés d'indication et d'admission

f. les crédits CNSA, mobilisés par l'ARS pour le déploiement des MAIA, est un levier au développement des coordinations gérontologiques ; d'autres cofinancements devront être mobilisés pour tenir compte notamment de la compétence de chef de file du Département dans le champ des coordinations gérontologiques ; l'inscription des établissements et services médico-sociaux, et sanitaires, dans les MAIA ne devra pas générer de surcoûts de fonctionnement, à raison de l'inscription antérieure dans leurs missions de l'articulation de leurs prestations avec les autres acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

Déroulement :

1) Valider, en table de concertation stratégique, sur proposition du pilote de la MAIA départementale, les critères de priorisation de territoire de déploiement des coordinations gérontologiques / MAIA (échéance : 1er trimestre 2012)

2) Valider, en table de concertation stratégique, sur la base du diagnostic territorial réalisé par le pilote de la MAIA départementale, l'ordre de déploiement des coordinations gérontologiques / MAIA (échéance : 2ème trimestre 2012)

3) Déployer les coordinations gérontologiques / MAIA sur chacun des territoires de santé, avec mise en place progressive des gestionnaires de cas complexes (échéance : de 2012 à fin 2013)

4) Etablir des indicateurs de suivi d'activité des coordinations gérontologiques / MAIA (échéance : fin 2013)

5) Finaliser l'intégration de la gestion partenariale de l'accès à l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire par territoire de santé (échéance : fin 2015).

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- **Pilotage associé**

Département.

- **Déclinaison par territoire**

Chaque territoire de santé a vocation à disposer d'une coordination gérontologique / MAIA, avec adaptation des moyens à la population desservie.

- **Indicateurs**

Données d'activité des MAIA.

— Objectif opérationnel n°20 : Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes âgées dépendantes

- **Synthèse de la problématique**

L'amélioration continue de la qualité des prestations et organisations est une obligation des établissements et services médico-sociaux.

Plusieurs leviers sont à leur disposition :

- a) les projets d'établissement et de service
- b) les projets individuels, éventuellement formalisés par contrats, et régulièrement évalués et actualisés
- c) la qualification des intervenants et la diversité des compétences
- d) les plans de formation des professionnels
- e) les référentiels de bonnes pratiques, produits par les sociétés savantes, et en particulier l'HAS et l'ANESM
- f) les démarches et obligations d'évaluation interne et externe
- g) les conseils de la vie sociale, et plus largement, la participation des usagers et de leurs représentants au suivi des établissements et services.

Les conventions tripartites, élaborés à partir d'un diagnostic partagé des organisations et prises en charge, constituent le cadrage pluriannuel d'amélioration de la qualité en EHPAD.

La qualité des prises en charge et accompagnements requiert également :

- a) l'adaptation des soins à la perte d'autonomie, à la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, aux polypathologies
- b) la sécurité des soins, et notamment la prévention des infections liées aux soins (programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social)

c) l'accessibilité à l'offre de soins et de prévention

d) le signalement et le traitement des événements indésirables

e) la lutte contre la maltraitance

f) l'anticipation d'événements climatiques, de situations épidémiques ou sociales, fragilisant le fonctionnement régulier des établissements et services.

La démarche d'évaluation interne et externe prévue à l'article L 312-8 du CASF, constitue l'outil régulier de mesure de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Le cadre législatif et réglementaire de cette procédure, introduite par la loi du 2 janvier 2002, a été modifié à plusieurs reprises, avec la distinction des exigences de droit commun, et la définition d'un régime particulier pour les établissements et services autorisés et ouverts avant le 21 juillet 2009, voire avant le 3 janvier 2002.

Si la plupart des établissements et services ont déjà expérimenté l'évaluation interne, à l'occasion notamment de l'élaboration des diagnostics préalables à la négociation des conventions tripartites, il leur revient de s'assurer qu'elle répond aux exigences méthodologiques de l'ANESM.

La procédure d'évaluation, partie prenante du régime des autorisations, a fait l'objet d'une information de l'ARS à l'attention des établissements et services médico-sociaux en 2011, avec annonce d'un dispositif départemental de suivi et d'animation.

- **Public concerné**

Personnes âgées dépendantes.

- **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Mobilisation de l'offre de soins hospitalière pour le développement des coopérations et conventions avec le secteur médico-social (SOS)

Intégration des publics des établissements et services médico-sociaux aux actions et programmes de prévention et promotion de la santé, développés en application du schéma de prévention (SP).

- **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Assurer, au travers de la révision des projets des établissements, et de l'évaluation annuelle des conventions tripartites, l'adéquation des qualifications disponibles

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

au sein des EHPAD avec leurs missions de soins et de rééducation (échéance : durée du SOMS)

2) Poursuivre la médicalisation des EHPAD au travers de la tarification en GMPS à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites (2012-2016)

3) Favoriser le conventionnement des EHPAD avec l'offre de soins hospitalière, pour l'accessibilité à la filière de soins gériatrique, et à la psychiatrie (échéance : durée du SOMS)

4) Assurer le suivi de la mise en œuvre des réformes relatives aux médecins coordonnateurs, commission de coordination gérontologique, contractualisation avec les intervenants libéraux (état des lieux : 2011 ; suivi : 2012-2016)

5) Elaborer et diffuser une synthèse régionale annuelle des rapports d'activité des médecins coordonnateurs (échéance : annuellement sur la durée du SOMS)

6) Déployer les mesures EHPAD du Plan Alzheimer (cf. objectif opérationnel dédié)

7) Ouvrir une réflexion sur la continuité des soins infirmiers en EHPAD et produire des orientations adaptées aux environnements locaux (groupe de travail partenarial : 2012-2013 ; orientations : 2014 ; suivi de mise en œuvre 2014-2016)

8) Evaluer les nécessités de recours à l'HAD en EHPAD (échéance : 2014)

9) Développer les programmes de prévention de la dénutrition et des chutes dans les EHPAD et auprès des intervenants à domicile (échéance : durée du SOMS)

10) Evaluer et développer l'accès aux soins palliatifs en EHPAD (échéance : durée du SOMS)

11) Mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne et externe :

a. Information des établissements et services par l'ARS sur les échéances et obligations (échéance : 2011)

b. Désignation d'un référent par organisme gestionnaire (échéance : 2012)

c. Organisation d'une journée ANESM

d. Installation d'un comité technique départemental, permettant la mutualisation des expériences, des référentiels et des outils, et facilitant le recours à l'évaluation externe (échéance : 2012)

e. Production de synthèses départementales des évaluations internes et externes, permettant d'éclairer la politique d'amélioration de la qualité

12) Définir et mettre en œuvre une procédure de signalement des événements indésirables (échéance : 2013)

13) Déployer le plan national de prévention des infections liées aux soins dans le secteur médico-social, ciblant les EHPAD, FAM et MAS, et étendu régionalement aux CEAP et CEM :

a. Désignation au sein de chaque établissement d'un comité de suivi, composé au minimum du directeur, du médecin coordonnateur ou référent, d'un cadre infirmier ou infirmier (échéance : premier semestre 2012)

b. Désignation d'un référent, responsable mandaté par la direction de chaque établissement (échéance : premier semestre 2012)

c. Elaboration par chaque établissement d'un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) (échéance : 2012)

d. Mise à disposition des établissements médico-sociaux d'un infirmier hygiéniste recruté par l'ARLIN pour animer le réseau régional des référents (responsables mandatés) des établissements (échéance : sur la durée du SOMS)

e. Reconduction annuelle des formations départementales à la prévention des infections liées aux soins, dispensées par l'ARLIN

14) Adopter, par chaque EHPAD et SSIAD, un Plan de Continuité d'Activité (PCA) programmant l'organisation et les moyens à mobiliser pour faire face aux retentissements sur le fonctionnement et les missions d'événements climatiques majeurs, de situations épidémiques et/ou de mouvements sociaux (échéance : 2014), avec :

- Identification auprès de l'ARS d'un référent (échéance : 2012)

- Redéfinition, par l'ARS, des niveaux de priorité pour l'alimentation en eau et électricité (échéance : 2013)

- Conventionnement avec les établissements hospitaliers de référence pour l'accès aux soins en urgence (échéance : 2014).

• *Pilotage associé*

Département, URPS.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Objectif opérationnel n°21 : Optimiser les capacités d'accompagnement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes

Cet objectif opérationnel renvoie principalement aux orientations des objectifs relatifs aux coordinations gérontologiques territorialisées, qui devraient permettre de disposer annuellement d'une observation par territoire des besoins d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et du recours à l'offre médico-sociale.

3

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS EN FAVEUR DES PERSONNES CONFRONTÉES À DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES

- Favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction (Objectif opérationnel n°22)
- Soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (Objectif opérationnel n°23)

— Objectif opérationnel n°22 : Favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction

• Synthèse de la problématique

L'offre médico-sociale en matière d'addiction coexiste avec la filière de soins hospitalière, dont l'organisation relève du SOS, et qui est composée de :

- territoire Nord Est** : 2 consultations d'addictologie (CHR – Site Nord, GHER), 1 équipe de liaison et de soins en addictologie (CHFG), 1 hôpital de jour (CHR – site Nord), 2 services d'hospitalisation complète en médecine (CHR – site Nord, GHER), 2 services de soins de suite et de réadaptation spécialisés (CHR – site Nord, GHER)
- territoire Ouest** : 1 équipe de liaison et de soins en addictologie (CHGM), 1 service d'hospitalisation complète en médecine (IRD), 1 service de soins de suite et de réadaptation spécialisés (IRD)

c. **territoire Sud** : 1 consultation d'addictologie (CHR – site Sud), 1 équipe de liaison et de soins en addictologie (CHR – site Sud), 1 hôpital de jour (CHR – site Sud), 1 service d'hospitalisation complète en médecine (CHR – site Sud), 1 service de soins de suite et de réadaptation spécialisés (CHR – site Sud).

La réforme de l'offre médico-sociale, induite par la transformation des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), vise à :

- unifier l'offre de prise en charge, d'accompagnement et de prévention à destination des personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, ou souffrant d'addictions sans substance (jeux et paris...)
- favoriser l'accès aux soins en proximité, y compris par la création d'antennes ou de consultations avancées
- proposer une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative)
- assurer un accompagnement dans la durée.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Les missions obligatoires des CSAPA sont : l'accueil ; l'information ; l'évaluation médicale, psychologique et sociale ; la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ; la réduction des risques. Les missions de prise en charge et de réduction des risques peuvent être spécialisées soit pour l'alcool, soit pour les drogues illicites.

La mise en œuvre des CSAPA a été engagée en 2010, avec :

a. **arrondissement Nord** : autorisation d'un CSAPA à Saint Denis, par regroupement du CCAA et du CSST de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

b. **arrondissement Est** : autorisation d'un CSAPA à Saint Benoît, avec une antenne à définir, par transformation du CCAA de l'ANPAA

c. **arrondissement Sud** : autorisation d'un CSAPA à Saint Pierre, par regroupement du CCAA et du CSST de l'ANPAA, avec une antenne à définir

d. **arrondissement Ouest** : le projet de regroupement du CSST de l'association Réseau Oté et du CCAA de l'ANPAA a échoué en 2011 ; la transformation en CSAPA de ces structures doit donc être traitée à l'occasion du présent SOMS.

Un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) est également implanté, sous gestion de l'association Réseau Oté, à Saint Paul.

L'implication des médecins traitants dans la prise en charge des addictions est à rechercher.

Plusieurs difficultés, outre le diagnostic des consommations et de leurs effets en santé (cf. première partie), ont pu être signalées par les acteurs locaux :

a. l'accès à l'hébergement et au logement, comme garantie des parcours de soins pour des personnes en situation de précarité

b. l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, repérées ou suivies par le dispositif d'hébergement et d'insertion

c. la continuité des soins pour les sortants de prison

d. la diffusion sur l'ensemble du territoire des pratiques de réduction des risques.

• **Public concerné**

Personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, ou souffrant d'addictions sans substance.

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

Consolider la filière hospitalière en addictologie

Promouvoir un réseau régional addictologie

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Améliorer l'accès aux soins et à la prévention, par le déploiement effectif des CSAPA et l'accompagnement dans leurs missions :

a) Contrôle de conformité des CSAPA autorisés (échéance : 2012), en veillant à la mobilisation des ressources nécessaires à la satisfaction des missions obligatoires

b) Ouverture d'un appel à projet pour un CSAPA polyvalent et un CSAPA spécialisé sur le territoire Ouest (échéance : 2012)

c) Renforcement des moyens budgétaires des CSAPA sur la base des populations desservies, des missions mises en œuvre, et des indicateurs d'activité (échéance : durée du SOMS)

d) Inscription des CSAPA et CAARUD dans une démarche CPOM, permettant de disposer d'une visibilité pluriannuelle des moyens et des objectifs, et de soutenir une démarche continue d'amélioration de la qualité.

2) Renforcer l'accès aux soins à destination de certains publics :

a) Développer les consultations avancées de CSAPA dans les établissements et services en charge du premier accueil, de l'insertion et de l'hébergement des personnes en situation de précarité (échéance : durée du SOMS)

b) Assurer la participation des CSAPA au Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO), piloté par la DRJSCS

c) Dédier des postes au sein des CSAPA pour intervenir dans les établissements pénitentiaires en soutien des UCSA et de la continuité des soins à l'occasion de la sortie de détention (échéance : 2012)

d) Engager une réflexion sur les modalités d'organisation de l'offre de santé pour permettre d'aller au devant de certains publics éloignés des soins (échéance : 2013)

3) Développer la réduction des risques sur

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

l'ensemble des territoires, dans le cadre des missions obligatoires des CSAPA (échéance : durée du SOMS)

4) Diversifier les modes de prise en charge, notamment en liant les soins en addictologie avec l'accompagnement en hébergement ou vers le logement : mobilisation des dispositifs d'Appartements de coordination thérapeutique, de centres thérapeutiques résidentiels, de communautés thérapeutiques, d'appartements en ALT, d'appartements relais, d'intermédiation locative (échéance : durée du SOMS)

5) Coordonner les acteurs de l'addictologie pour garantir la pertinence des orientations et parcours de soins, et l'utilisation optimale de l'offre de santé, au travers d'un réseau régional d'addictologie (échéance : reconnaissance du réseau en 2012) :

a) Animer la coordination, par territoire, de l'offre sanitaire et médico-sociale, au travers de référentiels partagés de prise en charge et d'orientation (échéance : durée du SOMS)

b) Soutenir le suivi des patients par les médecins traitants (échéance : durée du SOMS)

c) Identifier les situations complexes requérant une coordination approfondie du parcours de soins (échéance : durée du SOMS)

d) Développer les compétences des acteurs locaux en matière de prévention (échéance : durée du SOMS, action relevant principalement du schéma de prévention)

6) Réactiver le pilotage régional de l'offre de soins en addictologie, dans une démarche d'évaluation et de performance, au travers de la commission régionale des addictions (échéance d'installation : 2012 ; puis réunions annuelles)

• *Pilotage associé*

DRJSCS

• *Déclinaison par territoire*

La répartition de l'offre médico-sociale par territoire devra répondre à un souci d'accessibilité, mais également d'équité dans les moyens alloués à chaque structure.

• *Indicateurs*

Indicateurs d'activité des CSAPA et CAARUD

Indicateurs d'activité du réseau régional d'addictologie

Indicateurs physico-financiers des CSAPA et CAARUD

— Objectif opérationnel n°23 : Soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

• *Synthèse de la problématique*

La précarité à la Réunion est démontrée par de nombreux indicateurs socio-économiques : bénéficiaires de minima sociaux, couverture par la CMU, taux de chômage, taux d'emploi, personnes vivant sous le seuil de pauvreté, accès au logement et logement indigne ou insalubre... (cf.PSS)

L'étude de l'ORS (Personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à la Réunion, août 2010) permet un premier dénombrement des personnes sans domicile fixe, et propose une analyse qualitative des problématiques rencontrées, notamment en matière de santé.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité, ou des personnes démunies, est partie prenante des politiques de lutte contre l'exclusion et de cohésion sociale. Il peut s'exercer au travers de différents dispositifs, dont certains relèvent du champ de la santé :

- couverture sociale (CMU et CMUC, aide à la complémentaire santé)
- permanence d'accès aux soins de santé dans les établissements de santé
- lits halte soins santé
- appartements de coordination thérapeutique
- équipe mobile santé mentale et précarité
- consultations avancées dans les structures et services d'accueil, orientation et hébergement.

L'objectif de la politique d'accès aux soins est de permettre aux personnes en situation de précarité ou démunies de bénéficier de l'offre de soins de droit commun, par l'organisation de passerelles et la mise à disposition d'accompagnements spécifiques médico-sociaux, tenant compte des besoins d'accessibilité et de compensation ; il ne vise nullement au développement de filières de soins distinctes, instituant un système de santé « à deux vitesses ».

La politique d'accès aux soins est complémentaire des dispositifs de lutte contre l'exclusion et de cohésion sociale, dont elle participe ; elle requiert donc une arti-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

culatation forte avec les institutions portant l'action sociale (Département, CAF, CGSS, DRJSCS). A ce titre, les conditions d'hébergement et de logement interagissent fortement avec la capacité à accéder aux soins et à la prévention ; cette liaison est au cœur de l'action médico-sociale en faveur de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou démunies.

A la Réunion, outre une offre sociale d'accueil et d'hébergement, le déploiement depuis plusieurs années de maraudes (Samu Social), et de consultations réalisées par la mission France de Médecins du Monde, plusieurs dispositifs sanitaires ont été développés ou sont en projet :

- les quatre établissements de santé, dotés de service d'urgence, disposent chacun d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), pour certains d'une PASS périnatalité,
- les établissements de santé bénéficient du financement d'une Mission d'intérêt général (MIG) Précarité, compensant les surcoûts d'organisation et de prise en charge liés à l'accueil de personnes en situation de précarité
- une équipe santé mentale et précarité (EPSMR) couvrent les territoires Nord-Est et Ouest ; une autre est inscrite au SOS dans le volet « psychiatrie et santé mentale » pour le territoire Sud
- deux projets de lits halte soins santé (au Sud porté par le CIAS de la CIVIS, et au Nord par l'association Halte Père Etienne Grienenberger) doivent respectivement ouvrir en 2011 et 2012
- le réseau Réunionsaf a développé des actions d'accompagnement vers les soins des femmes en situation d'addiction, démarche relevant désormais des missions des CSA-PA.

• **Public concerné**

Personnes en situation de précarité, personnes démunies

• **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

L'activité des établissements de santé en direction des personnes en situation de précarité relève du SOS, selon un objectif d'augmentation de l'accessibilité aux soins. La politique de cohésion sociale et de lutte contre les exclusions fait principalement

appel au Département et à la DRJSCS ; il convient donc de veiller à l'articulation entre les dispositifs médico-sociaux sous compétence ARS avec ces interventions.

L'exclusion sociale se traduit non seulement par un retrait des soins mais également par un moindre accès à la prévention et promotion de la santé ; les orientations en matière de prévention (SP) devront en tenir compte. Plus généralement, un programme d'accès aux soins et à la prévention détaillera, de manière transversale à l'ensemble des schémas du PRS, les actions à mettre en œuvre entre 2012 et 2016.

• **Domaines d'actions et leviers SOMS - Echéances**

1) Installer les lits halte soins santé autorisés, à destination des personnes sans logement ou disposant d'un logement indigne :

- a) 10 lits au Sud (Saint Pierre), par le CIAS de la CIVIS, pour l'ensemble du territoire Sud

- b) 20 lits au Nord, par l'association Halte Père Etienne Grienenberger, pour les territoires Nord-Est et Ouest.

Ces deux projets, implantés temporairement (respectivement à Bois d'Olive, et dans les locaux de l'ex-clinique Saint Benoît) devront rejoindre leurs implantations définitives sur la durée du SOMS pour assurer d'une part la mutualisation des fonctions générales avec les autres équipements sociaux de leurs gestionnaires, et d'autre part un recentrage au Nord pour le second, améliorant l'accessibilité de cet équipement.

2) Formaliser l'intégration des lits halte soins santé dans les coordinations en cours de déploiement sur les fonctions d'accueil, orientation, insertion (SIAO urgence et SIAO insertion) (échéance : 2012)

3) Conforter les partenariats entre les lits halte soins santé et l'offre sanitaire (PASS, établissements de santé, équipes santé mentale et précarité...) pour garantir l'effectivité de l'accès aux soins de droit commun (échéance : durée du SOMS)

4) Garantir l'accessibilité aux prises en charge des addictions par le renfort des capacités d'intervention des CSAPA auprès des publics en situation de précarité : consultations avancées dans les dispositifs d'urgence et d'insertion, coopération avec les services d'hébergement pour consolider les démarches de soins et d'insertion au

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

travers de la prise en charge des conduites addictives (cf. objectif opérationnel relatif à l'addictologie) (échéance : durée du SOMS)

- **Pilotage associé**

DRJSCS, Département, Etablissements de santé

- **Indicateurs**

Indicateurs d'activité LHSS et des CSAPA

4

PERFORMANCE DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE RÉUNIONNAISE

— Éléments de diagnostic

- **Cadre national**

La performance du système de santé mesure la capacité à améliorer l'état de santé de la population au travers d'une mobilisation optimale des ressources disponibles. Elle tient compte de l'équilibre entre les contraintes financières et l'augmentation attendue du niveau de qualité du service.

Cette démarche, engagée depuis plusieurs années, a été réaffirmée dans les motivations de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires, et constitue une des missions principales confiées aux Agences Régionales de Santé. La performance des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, associée à leur qualité, est un objectif stratégique du PRS (article R.1434-2 du Code de Santé Publique) devant trouver une traduction opérationnelle dans les objectifs du SOMS.

La performance du système de santé constitue ainsi la sixième priorité du Plan Stratégique de Santé.

La performance est éclairée par trois types de rapport :

- l'efficacité qui évalue l'utilisation des ressources au regard de l'atteinte de résultats,
- l'efficacités qui mesure le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs,
- l'adéquation qui apprécie l'adaptation des ressources aux objectifs.

Dans le champ spécifique de l'organisation médico-sociale, la démarche de performance vise à l'atteinte, par l'offre de soins et les professionnels qui y participent, d'objectifs généraux :

- d'inclusion scolaire et sociale, selon le principe d'accessibilité au droit commun et d'exercice par les personnes bénéficiaires

de leur citoyenneté

- de qualité de l'accompagnement et de la compensation du handicap ou de la perte d'autonomie
- de prévention et réduction des handicaps
- et de sécurité des soins et accompagnements.

L'analyse des organisations et de leurs productions, dans le temps et par comparaison inter-établissements ou interservices, est réalisée par des indicateurs de prestations, d'activité, de publics desservis, de gestion des ressources, et de qualité, qui constituent les outils de pilotage de la démarche de performance.

Le recours à l'évaluation interne et externe contribue également à la conduite de la performance et à la fiabilisation des démarches y concourant.

Trois leviers peuvent être mobilisés pour la conduite de la démarche de performance dans le champ médico-social :

- les indicateurs médico-socio-économiques, et notamment ceux produits par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance
- l'évaluation interne et l'évaluation externe
- la contractualisation avec les offreurs de soins médico-sociaux.

Les travaux actuellement menés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), ainsi que ceux de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) s'intègrent dans cette démarche. Une convention de partenariat entre ANESM et ANAP a été signée le 17 novembre 2010.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Les indicateurs médico-socio-économiques :

Depuis 2005, les établissements et services médico-sociaux doivent accompagner leurs comptes administratifs, d'indicateurs médico-socio-économiques (ou indicateurs physico-financiers) réglementairement normés pour chaque catégorie. Une synthèse départementale doit en être publiée. L'application REBECCA en permet la remontée nationale.

De plus, certains établissements et services médico-sociaux disposent d'un rapport d'activité type, nationalement normé (ex : accueil de jour).

Enfin, l'ANAP, compétente depuis 2009 dans le champ médico-social, a produit en 2011 une liste d'indicateurs pour l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, construits avec les représentants du secteur médico-social, et permettant d'éclairer les champs des prestations de soins et d'accompagnement, des ressources humaines et matérielles, de l'équilibre financier et budgétaire, et d'objectifs d'amélioration continue de la qualité. Ces indicateurs, qui auraient vocation à être généralisés et à nourrir un tableau de bord partagé des ESMS, sont organisés en deux niveaux : les indicateurs de dialogue entre les ESMS et leurs partenaires ARS et Département ; les indicateurs d'analyse et de pilotage interne des ESMS. Ils sont complétés d'un catalogue de données de caractérisation de chaque établissement ou service.

- L'évaluation interne et l'évaluation externe :

Dans le secteur médico-social, le renouvellement d'autorisation est exclusivement subordonné aux résultats d'une « évaluation externe » réalisée par un organisme habilité par l'ANESM. Celle-ci ne peut avoir lieu qu'après mise en œuvre d'une « évaluation interne », réalisée au regard des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM. Les résultats rapports d'évaluation interne et externe sont à adresser aux autorités compétentes (ARS, Département...) selon des échéances dépendantes de la date initiale d'autorisation et d'ouverture de l'établissement ou service :

Cas des ESMS autorisés et ouverts avant la publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 :

Une évaluation interne devra être produite au plus tard 3 ans avant la date de renouvellement de l'autorisation (soit 15 ans à compter de la date d'autorisation et d'ouverture)

Une évaluation externe devra être produite au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement de l'autorisation (soit 15 ans à compter de la date d'autorisation et d'ouverture).

A titre d'exemple, et pour les situations dont les échéances sont les plus rapprochées, les ESMS autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi du 2 janvier 2002, et qui bénéficient donc d'une autorisation arrivant à échéance le 3 janvier 2017, devront produire leur évaluation interne avant le 3 janvier 2014 et leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015.

Cas des ESMS autorisés et ouverts après la publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 :

Trois évaluations internes devront être communiquées, à échéance périodique de 5 ans, à compter de la date d'ouverture et jusqu'à la date de renouvellement de l'autorisation.

Deux évaluations externes devront être communiquées, l'une avant le terme des 7 premières années de fonctionnement, l'autre avant le terme des 13 premières années de fonctionnement (soit 2 ans avant le renouvellement de l'autorisation).

- Méthodes et outils d'évaluation interne :

L'ANESM a produit deux recommandations portant sur l'évaluation interne, disponibles sur son site internet :

- La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (avril 2008)

- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (juillet 2009).

Les établissements et services sont libres de recourir aux outils de leur choix, sous

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

condition que l'évaluation interne porte au minimum sur :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;

- la personnalisation de l'accompagnement ;

- la garantie des droits et la participation des usagers ;

- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers ;

et qu'elle apporte une appréciation, notamment sur :

- l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes et externes ;

- son organisation interne, ses ressources humaines et financières, son système d'information ;

et qu'elle identifie les effets sur les usagers des actions entreprises.

Le rapport transmis à l'ARS devra comprendre la présentation de l'établissement ou du service et de son activité, les éléments de la méthode retenue pour la conduite de l'évaluation interne, et les résultats.

- Méthodes et outils de l'évaluation externe :

L'évaluation externe est mise en œuvre par un organisme externe, sélectionné par les établissements et services sur la liste des organismes habilités par l'ANESM, disponible sur le site internet de cette dernière.

L'évaluation externe portera notamment une appréciation sur l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service aux besoins et priorités des acteurs et aux missions imparties, l'adaptation des moyens humains et financiers, les suites réservées aux résultats de l'évaluation interne, l'activité et la qualité des prestations. Elle comportera des propositions ou préconisations sur des aspects stratégiques et opérationnels, et des priorités.

Le niveau actuel d'engagement des ESMS dans l'évaluation interne au plan national se situait à 26 % avant la création de l'ANESM en 2007. Il se situe à 70 % aujourd'hui. Fin 2010, 652 organismes étaient habilités à réaliser les évaluations externes sur

le plan national, une structure est habilitée à la Réunion. Vingt recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont mises à la disposition des ESMS depuis le 7 juillet 2011.

Par ailleurs, de nombreuses ARS ont d'ores et déjà organisé des temps d'échange entre l'ANESM et les professionnels du secteur, via des journées d'information.

- La contractualisation

Outre les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, qui doivent être signataires d'une convention tripartite avec l'ARS et le Département, les organismes gestionnaires d'ESMS peuvent contractualiser avec ces partenaires au travers de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Dans les deux cas, le contrat pluriannuel, établi sur la base d'un diagnostic des organisations et des prestations, identifiant pour chaque champ les forces, faiblesses, menaces et opportunités, inscrit des objectifs de performance, détermine les ressources mobilisables, et prévoit le suivi aux travers d'indicateurs de moyens et de résultats.

Plus spécifiquement, le CPOM reconnaît, au travers d'une allocation de ressources en dotation globale, une autonomie budgétaire pluriannuelle aux gestionnaires signataires, autorisant les transferts entre établissements et services, sous réserve d'un équilibre global à échéance.

Les questionnements relatifs à la performance de l'offre médico-sociale ont émergé dès le diagnostic des besoins et ressources existantes, et a fait l'objet de d'orientations et objectifs opérationnels détaillés. Ce volet transversal à l'offre médico-sociale réunionnaise consolide cette démarche.

L'objectif de ce volet consiste à soutenir l'extension d'une culture commune de performance. Il n'a pas vocation à reprendre dans le détail l'ensemble des pistes et objectifs d'amélioration de l'offre médico-sociale inscrits le reste du SOMS, mais de définir un cadre synthétique cohérent de conduite de la performance.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

• Contexte de la Réunion

A la Réunion, l'offre médico-sociale est engagée depuis plusieurs années dans une démarche de performance, au travers notamment :

- de la contractualisation pluriannuelle (CPOM médico-sociaux qui couvrent la quasi-totalité de l'offre, conventions tripartites EHPAD) : réalisation de diagnostics initiaux, fixation d'objectifs pluriannuels d'amélioration de la qualité des organisations et des prestations, évaluation annuelle des objectifs, voire révision annuelle des objectifs ; un tableau de bord pour chaque CPOM contient des indicateurs médico-socio-économiques complémentaires ;
- des procédures d'autorisation et de conformité, qui organise la vigilance au respect de la réglementation et aux préconisations de bonnes pratiques ;
- de l'accompagnement des projets d'établissements et de services ;
- de l'examen et de l'approbation des Plans Pluriannuels d'Investissements ;
- voire, dans certaines situations, de la mobilisation de plans de redressement pour des établissements et services en situation, ou à risque, de déficits structurels.

Les ESMS de la Réunion ont été sensibilisés, via les CPOM et conventions tripartites, aux impératifs et modalités d'évaluation interne ; certains ayant même développé une compétence de contrôle de gestion au sein de leurs organismes gestionnaires.

A la Réunion, un « Baromètre Qualité » est en cours de construction avec les représentants d'usagers et les opérateurs du secteur hospitalier. L'objectif est de publier annuellement quelques indicateurs de mesure de la satisfaction des patients en établissement de santé ; cette démarche pourrait être étendue au secteur médico-social.

— Objectifs régionaux de la Performance de l'offre médico-sociale

L'amélioration de la performance de l'offre médico-sociale est une démarche continue, conduite sur des thématiques prioritairement identifiées, et permettant une mobilisation de l'ensemble des acteurs

locaux. Elle doit donc conjuguer une approche régionale, garantissant la cohérence des actions menées, et une conduite opérationnelle par établissements, services ou chantiers.

Au travers des objectifs du PRS, et plus particulièrement du SOMS, certains axes prioritaires de performance ont été identifiés :

• L'amélioration du recours à l'offre médico-sociale

Relèvent de cette approche globale de l'offre médico-sociale, les objectifs :

- de précocité des dépistages, bilans et diagnostics
 - de précocité des prises en charge et accompagnement
 - de priorité donnée à l'inclusion sociale et scolaire, en considération du principe d'accessibilité au droit commun
 - d'organisation des parcours de vie et d'accompagnement, plutôt que de consolidation des effets filière
 - de complémentarité et de décloisonnement des offres sanitaires (hospitalières, et ambulatoires), médico-sociales et de prévention et promotion de la santé.
- L'atteinte de ces objectifs requiert :
- la réorientation de l'offre médico-sociale vers les services et les missions d'accompagnement en milieu ordinaire
 - la clarification des modalités d'orientation dans le champ du handicap
 - l'organisation des partenariats entre les différentes offres sanitaires et médico-sociales
 - la mobilisation convergente des institutions en charge de la santé, de l'éducation, de l'emploi, du logement, de la cohésion sociale.

• L'amélioration de la qualité et de l'organisation des prestations médico-sociales

Relèvent de cette approche par établissements et services médico-sociaux, visant à l'optimisation de l'offre, les thématiques prioritairement identifiées :

- de redéfinition des projets d'établissements et de services
- de mesure de l'activité de l'offre médico-sociale ambulatoire (CAMSP, CMPP, SES-SAD, SSIAD)
- d'organisation des transports
- d'adéquation des qualifications mobilisées

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

aux missions, notamment pour le volet thérapeutique de la prise en charge médico-sociale et pour la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées et de la dépendance des personnes âgées

- de l'accueil et de l'accompagnement séquentiel
- d'ouverture à certaines déficiences insuffisamment prises en compte
- d'intégration de la prévention et de la promotion de la santé
- de l'accès aux soins.

— Les objectifs opérationnels de la Performance à la Réunion : les outils à mobiliser

Plusieurs outils, ou dispositifs, peuvent être mobilisés à l'appui de la démarche de performance de l'offre médico-sociale, tant au niveau régional qu'au niveau de chacun des offreurs de soins médico-sociaux. Leur mise en œuvre constitue autant d'objectifs opérationnels.

• L'évaluation interne et externe des ESMS :

Dans le cadre des obligations réglementaires d'évaluation interne et externe des ESMS, il est proposé :

- l'identification, au sein de chaque ESMS ou organisme gestionnaire, d'un référent « qualité-évaluation » coordonnant en interne la démarche et participant aux travaux régionaux
- l'installation et l'animation d'un comité technique départemental, instance d'échange et d'information sur les expériences et méthodes
- l'organisation, dans ce cadre, d'une journée d'information et d'échange avec l'ANESM
- l'exploitation des évaluations internes et externes, au travers de synthèses régionales, permettant d'identifier les marges d'amélioration de la qualité et des organisations, et de capitaliser et diffuser les bonnes pratiques.

• La diffusion et l'exploitation des indicateurs :

A ce jour, plusieurs sources d'indicateurs sont disponibles :

- les indicateurs médico-socio-économiques des comptes administratifs des ESMS
- les indicateurs et tableaux de bord des CPOM
- les indicateurs des rapports d'activité type de certaines structures
- les indicateurs proposés par l'ANAP dans le cadre du tableau de bord partagé des ESMS (21 indicateurs de dialogue et 15 indicateurs d'analyse et de pilotage interne) ; la plupart sont aisément généralisable aux ESMS, car faisant appel à des données déjà accessibles et produites par ces derniers
- enfin, chaque objectif du SOMS propose des indicateurs de suivi et d'atteinte.

D'autres indicateurs apparaissent comme manquants, ou insuffisamment généralisés, notamment ceux relatifs à la mesure de l'activité de l'offre médico-sociale ambulatoire (CAMSP, CMPP, SESSAD, SSIAD) et ceux portant sur la satisfaction des usagers. Il est donc proposé de :

- mettre en cohérence l'ensemble des indicateurs, au travers d'un répertoire régional
- constituer des groupes de travail sur les indicateurs manquants
- étendre les indicateurs à l'ensemble des ESMS, au travers notamment des CPOM et conventions tripartites EHPAD
- assurer une publication annuelle consolidée des indicateurs, au travers d'un tableau de bord régional, distinguant les données de Mayotte et celles de la Réunion.

• Le Programme Pluriannuel de Gestion du Risque :

Ce programme pluriannuel décline, en région, des actions spécifiques visant à réduire les dépenses évitables de l'Assurance Maladie. En 2010, une action a été menée auprès des structures d'accueil, de soin et de prise en charge des personnes âgées dépendantes de La Réunion. Elle visait l'amélioration des pratiques des professionnels sur le thème de la dénutrition des personnes âgées prises en charge en établissement. Deux demi-journées de formation / information ont été organisées à l'ARS OI en direction des professionnels concernés par la problématique (Programme Pluriannuel de Gestion du Risque, Mobiquat : présentation d'un outil sur la dénutrition des personnes âgées).

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Le secteur médico-social continuera d'être intégré dans la mise en œuvre annuelle du programme pluriannuel de gestion des risques.

• **Systèmes d'information et secteur médico-social**

Plusieurs projets sont actuellement conduits par la CNSA, l'ASIP et la Délégation interministérielle aux personnes handicapées :

- **Dossier usager informatisé** : l'objectif consiste à publier et harmoniser les référentiels afin de permettre aux prestataires positionnés sur les systèmes d'information dans le secteur médico-social de rendre interopérable les solutions utilisées par les ESMS ;

- **Un système d'information des MDPH « inter opérable » avec ses partenaires (opérateurs ESMS)**, avec un extranet accessible aux ESMS qui peuvent suivre en ligne les notifications, afin d'actualiser en temps réel les listes d'attente.

- **Un système d'information sur l'analyse des besoins d'accompagnement des personnes handicapées (Système d'information partagé personnes handicapées – SIPAPH)**, au travers de la mise en réseau des données des MDPH, CAF, Assurance Maladie, Education Nationale, accessible aux différentes institutions en charge de la politique médico-sociale.

A la Réunion, en 2009, cinq associations se sont positionnées sur un projet de système d'information commun. Ces promoteurs affichent une volonté forte de construire ensemble un « outil de gestion des dossiers usagers ». L'objectif est d'élaborer un cahier des charges reposant sur une réflexion concertée, avec pour chaque catégorie de population, des référentiels communs et partagés par les professionnels :

- Projet personnalisé (objectifs visés, moyens, planning, ressources, contrat de séjour...),

- Dossier administratif (notification, facturation, ...),

- Dossier médical,

- Dossier social.

Une fois construit le cahier des charges, et après obtention des financements nécessaires, le déploiement pourrait se faire progressivement, avec expérimentation dans un premier temps sur quelques sites pilotes.

En 2011, l'ARS OI a souhaité que la maîtrise d'œuvre du projet soit assumée par le GIE TOI. Son rôle consiste à fournir aux promoteurs un cadre et un soutien technique et logistique pour le montage du projet.

A ce stade, sur un projet d'une telle envergure, plusieurs contraintes méritent d'être soulevées :

- **Une forte contrainte organisationnelle** qui nécessitera, au sein de chaque structure, de travailler sur l'accompagnement aux changements. En effet, la mise en œuvre d'un Système d'Information Médico-social (SIMS) pourrait susciter du rejet si cette phase n'était pas maîtrisée. Ce travail devra être conduit en amont, le déploiement du SIMS ne peut et ne doit pas être le levier structurant des organisations. Il devra se calquer sur les méthodes de travail existantes. Un tel projet passe par la construction partagée, au sein de chaque ESMS, d'un référentiel commun d'accompagnement et de prise en charge. Un tel outil se conçoit en effet comme la déclinaison d'un projet d'établissement, et ne doit pas le précéder. Dès lors, la synthèse régionale des évaluations internes et externes devrait constituer un point d'appui non négligeable pour le GIE TIO, dans la construction du SIMS. Les référentiels des systèmes d'information médico-sociaux produits nationalement devront également pris en compte.

- **Une contrainte économique** : en l'absence à ce jour de crédits nationaux fléchés, les développements devront être autofinancés par les marges budgétaires dégagées par l'amélioration de l'efficacité des ESMS.

- **Une contrainte technique** : une expertise encore peu développée au sein du secteur, un besoin de prendre appui sur les compétences développées dans le monde sanitaire au sein de la maîtrise d'ouvrage régionale qu'est le GIE-TéléMédecine Océan Indien.

• **La contractualisation**

La contractualisation pluriannuelle avec les ESMS, déjà fortement développée à la Réunion, constitue le cadre adéquat de développement de la démarche de performance, tant dans l'organisation du dialogue avec les autorités (ARS, CG) que dans le pilotage interne des organismes gestionnaires.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Sa poursuite, ainsi que son extension qu'aux opérateurs médico-sociaux encore non-couverts (addictions et personnes confrontées à des difficultés spécifiques), devront être conduites sur la durée du SOMS.

- **Le suivi et le pilotage de la mise en œuvre du volet Réunion du SOMS**

La performance de l'offre médico-sociale relève des ESMS, mais également de la conduite sur chacun des territoires de santé, de la politique médico-sociale en lien avec les autres champs du PRS et les institutions en charge des politiques publiques concourant à l'inclusion des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Plusieurs instances permettent la mise en synergie de ces acteurs (conférences de territoire, commissions de coordination des

politiques publiques) ; la commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la conférence de santé et de l'autonomie de la Réunion est également le lieu de l'évaluation et de la concertation sur les politiques médico-sociales et la réponse aux besoins des personnes.

Les objectifs du SOMS sont assortis d'échéances et d'indicateurs.

Il reviendra donc à l'ARS de mobiliser l'ensemble de ces instances pour mettre en œuvre le SOMS et en rendre compte, et de publier annuellement un état d'avancement.



Bilan de l'offre médico-sociale réunionnaise en faveur des enfants handicapés au 31/12/2011

		SESSAD				IME				TOTAL			
		places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/ terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/ terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/ terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
déficience motrice	Nord	19	0,334	0,177	19	36	0,634	0,634	36	55	0,968	0,811	55
	Est	0			0	0			0	0	0,000	0,000	0
	Sud	40	0,420	0,420	40	42	0,441	0,441	42	82	0,861	0,861	82
	Ouest	18	0,250	0,250	18	0			0	18	0,250	0,250	18
	Total	77	0,281	0,281	77	78	0,284	0,284	78	155	0,565	0,565	155
polyhandicap	territoire Nord	2	0,035	0,019	2	34	0,598	0,598	34	36	0,634	0,617	36
	territoire Est					0			0	0	0,000	0,000	0
	territoire Sud	16	0,168	0,168	16	90	0,945	0,945	90	106	1,113	1,113	106
	territoire Ouest	10	0,139	0,139	10	45	0,626	0,626	45	55	0,765	0,765	55
	Total	28	0,102	0,102	28	169	0,616	0,616	169	197	0,718	0,718	197
déficience intellectuelle (yc autisme quand distinction non faite)	territoire Nord	96	1,690	1,528	96	156	2,746	2,516	156	252	4,435	4,044	252
	territoire Est	68	1,346		68	114	2,257		114	182	3,604	0,000	182
	territoire Sud	97	1,018	1,018	97	372	3,906	3,906	372	469	4,924	4,924	469
	territoire Ouest	83	1,154	1,154	83	188	2,614	2,614	188	271	3,768	3,768	271
	Total	344	1,253	1,253	344	830	3,024	3,024	830	1174	4,277	4,277	1174
autisme	territoire Nord	7	0,123	0,065	7	24	0,422	0,587	24	31	0,545	0,652	31
	territoire Est	0			0	39	0,772		39	39	0,772	0,000	39
	territoire Sud	0			0	30	0,315	0,315	26	30	0,315	0,315	26
	territoire Ouest	13	0,181	0,181	13	22	0,306	0,306	22	35	0,487	0,487	35
	Total	20	0,073	0,073	20	115	0,419	0,419	111	135	0,492	0,492	131
troubles du caractère et du comportement	territoire Nord	0			0	2	0,035	0,019	2	2	0,035	0,019	2
	territoire Est	0			0	0			0	0	0,000	0,000	0
	territoire Sud	19	0,199	0,199	19	29	0,304	0,304	29	48	0,504	0,504	48
	territoire Ouest	0			0	11	0,153	0,153	0	11	0,153	0,153	0
	Total	19	0,069	0,069	19	42	0,153	0,153	31	61	0,222	0,222	50
déficience visuelle	territoire Nord	14	0,246	0,130	14	33	0,000	0,000	33	47	0,246	0,130	47
	territoire Est	0					0,000			0	0,000	0,000	0
	territoire Sud	20	0,210	0,210	20	8	0,304	0,304	8	28	0,514	0,514	28
	territoire Ouest	16	0,222	0,222	16	10	0,014	0,014	10	26	0,236	0,236	26
	Total	50	0,182	0,182	50	51	0,109	0,109	51	101	0,291	0,291	101
déficience auditive	territoire Nord	10	0,176	0,093	10	77	0,581	0,307	77	87	0,757	0,400	87
	territoire Est		0,000				0,000			0	0,000	0,000	0
	territoire Sud	32	0,336	0,336	32	38	0,084	0,084	38	70	0,420	0,420	70
	territoire Ouest	18	0,250	0,250	18	9	0,139	0,139	9	27	0,389	0,389	27
	Total	60	0,219	0,219	60	124	0,186	0,186	124	184	0,405	0,405	184
Total équipement enfance	territoire Nord	148	2,604	2,012	148	362	5,015	4,661	362	510	7,619	6,673	510
	territoire Est	68	1,346		68	153	3,029		153	221	4,376		221
	territoire Sud	224	2,352	2,352	224	609	6,299	6,299	605	833	8,651	8,651	829
	territoire Ouest	158	2,196	2,196	158	285	3,852	3,852	274	443	6,048	6,048	432
	Total	598	2,179	2,179	598	1409	4,791	4,791	1394	2007	6,970	6,970	1992
AT à vocation régionale	déficience intellectuelle + autisme									10			10
	polyhandicap + déficience motrice									10			10

Bilan de l'offre médico-sociale réunionnaise en faveur des adultes handicapés au 31/12/2011

MAS

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	50	0,441	0,476	50
territoire Est	43	0,524		42
territoire Sud	71	0,408	0,408	56
territoire Ouest	39	0,305	0,305	39
Total	203	0,408	0,408	187

FAM

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	61	0,538	0,915	56
territoire Est	118	1,437		108
territoire Sud	148	0,850	0,850	130
territoire Ouest	20	0,156	0,156	0
Total	347	0,697	0,697	294

SAMSAH personnes lourdement handicapées

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	15	0,132	0,153	15
territoire Est	15	0,183		15
territoire Sud		0,000	0,000	0
territoire Ouest	20	0,156	0,156	20
terr non défini	10			0
Total	60	0,121	0,121	50

SAMSAH DV

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	25	0,220	0,128	25
territoire Est		0,000		
territoire Sud	0	0,000	0,000	
territoire Ouest		0,000	0,000	
Total	25	0,050	0,050	25

SAMSAH Psy

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	19	0,167	0,097	
territoire Est		0,000		
territoire Sud	19	0,109	0,109	
territoire Ouest		0,000	0,000	
Total	38	0,076	0,076	

SSIAD PH

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord		0,000	0,000	
territoire Est		0,000		
territoire Sud		0,000	0,000	
territoire Ouest	8	0,063	0,063	8
Total	8	0,016	0,016	8

ESAT

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	149	1,314	1,580	149
territoire Est	160	1,949		130
territoire Sud	468	2,688	2,688	468
territoire Ouest	181	1,416	1,416	173
Total	958	1,926	1,926	920

Total Adultes

	places autorisées et financées au 31/12/2011	tx équip pl financées (pour mille) pop 2020	Tx equip/terr de santé (pour mille) pop 2020	dont places installées au 31/12/2011
territoire Nord	319	2,812	3,350	295
territoire Est	336	4,093		295
territoire Sud	706	4,054	4,054	654
territoire Ouest	181	2,096	2,096	240
Total	1 639	3,294	3,294	1 484





Mayotte

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

1

BILAN SYNTHÉTIQUE DU SCHÉMA HANDICAP 2007-2012

L'évaluation concertée du schéma Handicap de Mayotte repose sur les constats d'un groupe de travail, émanant du Comité de Pilotage médico-social, créé dans le cadre des travaux du SOMS – Volet Mayotte, entre mars et mai 2011. Comme pour l'élaboration du précédent schéma, ce travail s'inscrit dans une large concertation des partenaires institutionnels et des différents acteurs œuvrant dans le secteur médico-social.

Le groupe de travail ainsi constitué a organisé son plan de travail à partir des trois problématiques prioritaires dans le PSS :

- Prévention et prise en charge précoce du handicap ;
- Projet de vie ;
- Fluidité des parcours.

Bases de travail : le schéma d'orientation en faveur des personnes handicapées de Mayotte, Fiches repères cadrage national, Diagnostic PSS.

Ce bilan s'appuie sur des « fiches actions » du schéma initial. Ainsi, les principales orientations des fiches actions du Schéma Handicap sont reprises ci-dessous, complétées par des constats et problématiques repérées, notamment, par le groupe de travail.

Ces données permettent d'alimenter les nouvelles « fiches actions » du Volet Mayotte du SOMS, et, notamment, déclinaison des objectifs opérationnels.

— Coordination du Handicap sur le territoire de Mayotte

- Anticiper la mise en place des instances prévues dans le projet d'ordonnance⁴

Bilan : objectif partiellement atteint.

- Création et fonctionnement de la Maison des Personnes Handicapées : guichet unique (décret n°2010-1148 du 28 septembre 2010).
- L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH).
- Préfiguration d'une architecture médico-sociale.

Besoins/ problématiques repérés :

- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) n'a pas été étendue à Mayotte.
- Le décret en Conseil d'Etat permettant d'ouvrir à Mayotte les règles d'une tarification de droit commun des établissements médico-sociaux reste en attente.
- Pour être en mesure de désigner la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) comme caisse pivot, un circuit financier doit être mis en place entre la CNSA et la CSSM.

- Mettre en place un plan de communication sur le handicap

Bilan : objectif partiellement atteint.

- Information du grand public grâce aux médias (presse et TV) et des professionnels (réunions thématiques).

- Information sur la création de la Maison des Personnes Handicapées.

Besoins / problématiques repérés :

- Favoriser l'accès au droit des personnes en situation de précarité.
- Organiser un réseau des référents et un annuaire administratif.
- Organiser, entre les acteurs du handicap, le dépistage précoce du handicap.
- Sensibiliser le monde du travail sur la possibilité pour une personne handicapée de mener une vie quasi normale.

— Amélioration de la vie quotidienne des personnes handicapées et de leurs familles à Mayotte

- Développer les services d'aide à domicile

Bilan : Les services d'aide à la personne sont proposés par le CG et l'association M'sanda. L'association fait fonction de service d'aide à la personne : environ 100 familles ont été suivies en 2010.

La professionnalisation des équipes (formation qualifiant et VAE) est effective.

Besoins / problématiques repérés :

- Améliorer l'adéquation entre les besoins

4 Ordonnance du 28 août 2008 relative à l'extension et à l'adaptation Outre mer de diverses mesures en matière d'action sociale et médico-social et à la publication des textes pris pour son applicabilité à Mayotte

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

repérés et leur financement ;

- Assurer la coordination avec la politique de développement de la médecine ambulatoire ;
- Renforcer la prise en charge de la continuité des soins et d'accompagnement médicosocial (création de SSIAD, SSAD et service polyvalent d'aide et de soins à domicile).

• Accompagner les associations de parents

Bilan : l'objectif est atteint par la création d'une association unique ADAPEI.

Cette association est bien intégrée dans les diverses structures de concertation institutionnelles et a trouvé sa place auprès des communes au plus près des populations.

Besoins / problématiques repérés :

- Aider les parents à se former aux soins quotidiens de leurs enfants handicapés (Disposer de compétences par types de handicap) ;
- Aide aux aidants des personnes (âgées) dépendantes.

• Assurer le droit au répit des familles et l'accueil temporaire des enfants et des adultes handicapés

Bilan : Objectif partiellement atteint.

- Augmentation progressive des prises en charge de jour et une professionnalisation des associations (évolution vers ESMS) ;
- Création d'hébergements alternatifs (30 familles d'accueil spécialisées en 2011).

Besoins / problématiques repérés :

- Développement et structuration d'une politique de droit commun médicosociale (appel à projet pour création d'ESMS et tarification de ces établissements) ;
- Développer l'accueil temporaire ;
- Développer des lieux d'activité pour les personnes handicapées en milieu ordinaire ou adapté.

• Organiser les aides techniques et l'aménagement du logement

Bilan : Objectif partiellement atteint.

Problématiques pouvant conduire à des situations de maltraitance des PH : habitats privés et/ou infrastructures collectives (routes, ...).

Besoins / problématiques repérés :

- Améliorer la communication sur le besoin d'accessibilité des logements.
- Transports : Renforcer la collaboration entre les services départementaux concernés et les sociétés privées de transport.
- Renforcer la sensibilisation des bailleurs et entrepreneurs à l'accessibilité, les communes sur aménagement des voies (cf. commission de coordination des politiques publiques).

— Dépistage, Prévention et accompagnement à tout âge de la vie

• Formation des médecins

Bilan : Objectifs non atteints.

- Constat : Carence d'informations/sensibilisation des médecins au handicap : diagnostic, orientation, procédures administratives, critères d'attribution des allocations...
- Absence de notice d'information sur le remplissage des documents administratifs, recensement des services susceptible de faire du dépistage, identification des besoins de formation, protocole type de dépistage...

Besoins / problématiques repérés :

- Actions à reconduire en lien avec la MPH ;
- Recensement des besoins médicosociaux adaptés ;
- Mutualisation des moyens et des compétences.

• Créer un centre de ressources sur le handicap

Bilan : Objectif partiellement atteint avec la création de la MPH.

Besoins / problématiques repérés :

- Difficultés identifiées concernant l'état civil ;
- Coordination des données du handicap : système d'informations.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

— Formation pré - professionnelle, accès à l'emploi et accompagnement social

- Réaliser un état des lieux du contexte, besoins de professionnalisation des acteurs de ce champ

Bilan : objectif partiellement atteint.

- Assurer le développement d'un réseau de partenaire autour de l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- Convention en cours d'élaboration entre l'AGEFIPH et OPCALIA pour l'information, la sensibilisation et le conseil auprès des entreprises de 20 salariés sur les thématiques de l'OETH, la DOETH, le maintien dans l'emploi ;
- Mise en place d'une action en faveur des personnes handicapées financée par la DIECCTE depuis 2009 ;
- Désignation d'un référent handicap au sein de la Mission Locale et du Pôle Emploi.

Besoins / problématiques repérés :

- Coordination des acteurs ;
- Développer la professionnalisation des acteurs médicosociaux en privilégiant la formation interne ;
- Constitution de filières dans les secteurs santé et social.

- Proposer des types d'emplois (niches) ou de tâches accessibles aux personnes handicapées, faire un état des lieux des initiatives en cours (monde du travail)

Bilan : Objectif partiellement atteint.

- Mise en place de la Commission des Personnes Handicapées dans le cadre de la création de la MPH ;
- Mise en œuvre de la RQTH ;
- Intervention de l'AGEFIPH en 2010 lors d'un séminaire consacré à la sensibilisation et la connaissance du handicap pour les entreprises de plus de 20 salariés ainsi que pour les professionnels de l'insertion et de la formation.

Besoins / problématiques repérés :

- Désigner des référents entre associations et institutions d'insertion emploi ;
- Développer l'apprentissage préprofessionnel ;
- Disposer d'un ensemble de plateaux techniques diversifiés permettant de disposer d'un panel de réponses individualisées correspondant aux besoins de chacun ;
- Favoriser la fluidité des parcours des enfants et adolescents entre établissements.

- Accroître la qualification des personnes handicapées et structurer un accompagnement adapté au niveau de la déficience et un parcours d'insertion professionnelle

Bilan : Objectif partiellement atteint.

Besoins / problématiques repérés :

Enfants et adolescents :

- Construire un parcours type par tranches d'âge (12-14 ans : stages découverte ; 14-16 ans : préparation gestes techniques en atelier...)
- Former / recruter des éducateurs techniques spécialisés ;
- Recruter de chargés d'insertion dans les établissements et services ;
- Formaliser un partenariat avec l'éducation nationale : mise à disposition d'enseignants spécialisés. Lycée professionnel et Centres de Formation des Apprentis adaptés au public Personnes handicapées.

Adultes :

- Développer la formation professionnelle ;
- Créer des places d'ESAT avec des activités correspondant aux ateliers de formation-pré-professionnelle mis en place en amont.

BESOINS IDENTIFIÉS À MAYOTTE SUR LE SECTEUR MÉDICO- SOCIAL

— Préambule : éléments contextuels

• Contexte géographique, démographique et sociologique

D'une superficie de 374 km², Mayotte est située dans le canal du Mozambique à 300 km des côtes de l'Afrique de l'Est et à 1500 km de la Réunion et des îles Mascareignes. Elle fait partie de l'archipel des Comores.

Mayotte est le département le plus jeune de France avec un âge moyen de 22 ans. Plus de 54 % des habitants a moins de 20 ans. Cette croissance démographique s'explique en partie par la progression du nombre de naissances et du nombre de femmes en âge de procréer, la diminution du taux de mortalité, ainsi que par le développement de l'offre de soins. La proportion de personnes âgées de 60 ans et plus s'élève à 4% en 2007 (contre 20% en métropole).

Le dernier recensement de l'INSEE (juillet 2007) dénombre 186.000 habitants à Mayotte. Compte tenu de son accroissement naturel, cette population devrait avoisiner actuellement les 220.000 habitants.

Mayotte se caractérise également par sa densité de population : 439 habitants au km² au recensement de 2007. Par ailleurs, la population se rapproche des centres urbains et des bassins d'emplois. Mamoudzou est la commune la plus peuplée avec 1 280 habitants au km², soit 28 % de la population totale.

Cette société traditionnelle est en pleine mutation. Elle subit des changements sociaux et organisationnels fondamentaux (rupture entre les modes de vie intergénérationnels, urbanisation massive, disparition des « fundi » - maitres - et de la justice cadiale, suppression de la polygamie etc....) dont les conséquences ne sont pas mesurées.

Par ailleurs, environ 50 % de la population ne communique pas en français. La langue principale issue du swahili (Africain) est le shimaoré (Comores) ou le shibuschi (Madagascar).

Il n'existe pas de mot spécifique en shimaoré pour désigner le handicap. Il s'agit d'une « une maladie » et les personnes handicapées sont considérées comme les « enfants de dieu ». La vieillesse est consi-

dérée comme « la maison des maladies » (« m'douhazi iyo gnoumba yamaradi »).

Cette conception mahoraise particulière et fataliste implique que les personnes handicapées, les personnes âgées et leurs familles sont peu prédisposées à demander de l'aide et des soins.

Enfin, dans cette population plus fragile, les recours aux praticiens de médecine traditionnelle sont encore quasi systématiques.

• Contexte politique et administratif

La loi du 11 juillet 2001 relative à Mayotte prévoit l'application progressive du droit commun français à Mayotte, dans la perspective de l'évolution vers le statut de département d'outre-mer. Elle donne à Mayotte le statut de collectivité départementale dotée d'un Conseil Général et d'une administration décentralisée.

Mayotte est devenue le 101^{ème} département français et la cinquième région d'outre-mer le 31 mars 2011. Elle est dotée d'un Conseil Général organisé sur la base de 17 communes auxquelles correspondent un canton, excepté pour Mamoudzou qui en regroupe trois.

• Contexte socio-économique

Le niveau de vie par habitant est très inférieur à celui de la Métropole (le PIB par habitant correspond au cinquième du niveau moyen français).

En 2007, plus de 40 % de l'ensemble du parc de logement a été recensé comme habitat précaire. De plus, près de 25 % de la population n'avait pas accès à l'eau potable (dans la maison ou à une borne fontaine monétique). Cette situation devrait évoluer grâce au développement coordonné des politiques de santé publique (opération « accès à l'eau pour tous » ou « opération Nayenshi Ourahafou »).

Enfin, s'agissant plus spécifiquement du domaine social et de l'emploi, une enquête de l'INSEE menée en 2009 souligne la faiblesse du taux d'activité des 15-64 ans (41%) comparativement à celui des autres DOM (60,5%) et de la métropole (70%). Le taux de chômage est difficile à estimer dans la mesure où un grand nombre de per-

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

sonnes ne s'inscrivent pas comme demandeur d'emploi (femmes notamment).

La formation professionnelle revêt une importance capitale en raison du niveau de scolarisation des demandeurs d'emploi et de l'offre de formation, encore limitée sur l'île. Il s'agit d'un axe fondamental pour que soit assuré la pérennité du développement de Mayotte.

Enfin, il importe de souligner l'importance de l'immigration via les Comores ou Madagascar à Mayotte qui influence de façon significative l'ensemble de la société.

• Droit social et médico-social, et évolution vers le régime de droit commun

En tant que collectivité territoriale, Mayotte dispose d'un cadre juridique depuis l'ordonnance du 21 décembre de 2000 et son annexe (article L545-1 et suite du CASF).

Deux ordonnances de 2002 permettent la généralisation des prestations familiales et la réglementation de la protection sanitaire

et sociale à Mayotte. Celle du 28 août 2008 fixe les règles d'adaptation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées.

Les textes ainsi étendus à Mayotte restent cependant encore partiels et insuffisants au regard des besoins médico-sociaux.

A ce jour, un champ de compétence très étendu reste non couvert ou partiellement couvert :

- l'allocation pour l'autonomie (APA)
- la prestation de compensation du handicap (PCH)
- les dispositifs en matière du logement social
- la couverture des mutuelles
- le revenu de solidarité active (RSA) qui devrait être mis en place à partir de 2012

De plus, le montant des prestations sociales allouées reste inférieur d'environ 4% à celui de métropole.

Prestation	Attributaire	Montant*	Nombre bénéficiaires
AAH (allocation adulte handicapé)	CAF	271,10€	240
AEEH (allocation éducation enfant handicapé)	CAF	126,41€	327
ASPA (allocation spéciale pour personnes âgées)	CSSM	271,10€	3523
ASV (allocation simple vieillesse PA (57 à 64ans))	CG	183€**	1753
TP ASPA (tierce personne pour ASPA)	CG	150€	46
TP AEEH (tierce personne pour l'AEEH)	CG	150€	50
TP AAH (tierce personne pour l'AAH)	CG	150€	55
ASPH (allocation spéciale PH - taux handicap $\geq 50\% \leq 80\%$)	CG	183€	54

* Montants au 1er janvier 2011

Jusqu'en 2004, l'accès au soin ainsi que les médicaments distribués par le secteur public étaient gratuits. L'ordonnance du 12 juillet 2004 étend à Mayotte la quasi-totalité des dispositions organisant le système de santé de droit commun, avec les adaptations propres à la situation locale. Le financement du système de santé est désormais supporté par les cotisations des affiliés.

Il n'existe pas encore de couverture médicale universelle (CMU) ni d'aide médicale de l'Etat (AME) pour les non assurés sociaux.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

— Evaluation des besoins

• Les personnes en situation de handicap

Les estimations préalables à la mise en place de la Maison des Personnes Handicapées (1er octobre 2010)

Le tableau ci-dessous, réalisé en collaboration avec les acteurs locaux, présente les résultats de l'enquête effectuée par l'IRTS⁵ en 2007, dans le cadre des travaux préparatoires au premier Schéma Handicap 2007-2012. Ces statistiques donnent une estimation chiffrée du nombre de personnes handicapées à Mayotte tous types de handicaps et tous âges confondus.

TYPE DE DEFICIENCE	ENFANTS : Nombre identifié (approximatif)	ADULTES : Nombre identifié (approximatif)	Total
Déficiência intellectuelle	300 à 450	40	340 à 490
Troubles du de la conduite et du comportement (dont autisme et TED)	30 à 40	-	30 à 40
Déficiência motrice	160 <i>dont avec polyhandicap</i>	160	320
Polyhandicap	100	-	100
Déficiência auditive	50	20	70
Déficiência visuelle	30	40	70
TOTAL hors adultes avec déficiência psychique	700 à 850	260	≈ 1000
Déficiência psychique (pathologies psychiatriques)	20	500	520
TOTAL	720 à 870	760	≈ 1520

Il convient de souligner toutefois, particulièrement chez les adultes, l'existence d'un nombre important de personnes handicapées non suivies par un service, et donc non identifiées.

Le taux de prévalence du handicap n'a pas encore été établi à Mayotte. L'application du taux de prévalence du handicap de la Réunion (HID 2006) sur la population mahoraise permet d'estimer le nombre de personnes handicapées à **environ 3 200** :

Population RG 2007	% PH Réunion	% PH Réunion appliqué à pop ^o Mayotte 2007	% PH Mayotte au regard des estimations du Schéma PH 2007- 2011	Différentiel entre estima- tions Réunion et Mayotte
< 20 ans	1,23%	1 245	0,86%	375
> 20 ans	2,30%	1 959	0,89%	1 199

Source : enquête HID – (DRASS / INSEE) 2005 – Travaux PSS - ARS-OI 2010.

⁵ Mission d'aide technique à l'élaboration du Schéma Handicap
CREAI / IRTS Réunion 2007

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

L'écart entre ces deux estimations permet de mesurer l'importance de disposer de statistiques fiables.

Il existe un besoin important de dépistage du handicap, tant pour les enfants que pour les adultes. De plus, en raison de l'absence de diagnostic et de prise en charge précoce, un phénomène de « sur handicap » est constaté.

Les estimations de la Maison des Personnes Handicapées (1er octobre 2010)

Entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011, la Maison des Personnes Handicapées a examiné de nombreuses demandes.

La Commission des Personnes Handicapées (équivalent à Mayotte aux Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) prend les décisions relatives aux droits des personnes handicapées, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation.

Afin de disposer d'une connaissance plus fine des besoins, elle peut notifier deux types de décisions à la personne handicapée :

- Une orientation « de principe » : elle répond aux besoins réels de la personne, compte tenu de son projet et de sa situation. Cette orientation ne correspond pas nécessairement à l'offre de service disponible sur le territoire.
- Une orientation « par défaut » : elle ne répond pas nécessairement aux besoins de la personne, mais elle tient compte de la situation de l'offre sur le territoire.

Ce sont donc les orientations «de principe» qui permettent de mesurer le besoin et de planifier l'offre qui serait idéalement nécessaire à Mayotte.

Les dossiers, signés par les personnes handicapées ou leurs représentants légaux, sont déposés :

- directement par les personnes ou leurs familles ;
- par les professionnels du secteur médico-social (associations, conseil général...) ;
- par l'éducation nationale via les enseignants référents présents dans chaque circonscription scolaire).

Nombre de notifications MPH émises entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011

	Enfants / adolescents (0-20 ans)	Adultes (20-60 ans)	Total
Notifications	1230	740	1970

Sur cette période, la MPH a émis, en moyenne, trois notifications par personne handicapée et prononcé environ 250 notifications par mois.

Le nombre de notifications sur un an d'activité s'élèverait à environ 3000 pour un nombre moyen de personnes handicapées identifiées d'environ 1000.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Prestations étudiées par la MPH entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011

Prestations	Enfants / adolescents (0-20 ans)	Adultes (20-60 ans)	Total
Rejet AEEH / AAH	65	82	147
Accord AEEH / AAH	416	133	549
Accord du Complément Tierce Personne (CTP)	212	54	266
Accord Allocation de Solidarité pour la Personne Handicapée (ASPH)	0	39	39
Accord RQTH	20	116	136
Accord Carte	157	147	304
<i>dont invalidité simple</i>	75	103	178
<i>dont cécité</i>	2	2	4
<i>dont station debout pénible</i>	0	1	1
<i>dont priorité</i>	1	16	17
<i>dont stationnement</i>	9	10	19
<i>dont besoin d'accompagnement</i>	70	15	85
Total Prestations accordées par la CPH	868	571	1441

Orientations vers le milieu ordinaire des enfants et adolescents étudiées par la MPH entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011

Scolarisations	Enfants / adolescents (0-20 ans)		
	Principe	Par défaut	Total
Milieu ordinaire	69	16	85
AVSI	34	4	38
AVSCO	0	0	0
Aménagement temps scolaire	5	1	6
Transport adapté	9	0	9
Matériel adapté	6	0	6
Milieu ordinaire adapté	46	46	92
<i>dont CLIS1</i>	10	25	35
<i>dont CLIS2</i>	10	4	14
<i>dont CLIS3</i>	2	0	2
<i>dont CLIS4</i>	4	3	7
<i>dont ULIS1</i>	14	2	16
<i>dont ULIS2</i>	5	1	6
<i>dont ULIS3</i>	0	0	0
<i>dont ULIS4</i>	0	1	1
<i>dont PPF ASH</i>	1	10	11
Total scolarisations	115	62	177

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Au regard de ces données, il apparaît que 35 % des orientations sont prononcées « par défaut », en raison de l'absence d'offre disponible sur le territoire pour répondre aux besoins réels de la personne handicapée.

Le nombre de scolarisations identifiées par la MPH concerne les nouvelles demandes et les changements de cycles (de CLIS à ULIS notamment). Il ne reflète pas le nombre total de personnes scolarisées actuellement en milieu ordinaire ou adapté à Mayotte.

Interprétation : sur 92 personnes handicapées orientées en milieu ordinaire adapté, 46 le sont faute de places en IME ou autre structures médico sociales.

Orientations de type « professionnel » émises par la MPH entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011

Professionnel	Enfants / adolescents (0-20 ans)	Adultes (20-60 ans)	Total
Milieu protégé	6	22	28
dont ESAT	2	8	10
Milieu ordinaire	8	65	73
dont aménagement de poste	0	13	13
dont appui projet	0	0	0
dont accompagnement spécialisé	0	6	6
Formation	0	6	6
dont FCA illettrisme	0	0	0
dont FCA savoir de base	0	0	0
Total Professionnel	14	93	107

Il existe, à la MPH de Mayotte comme dans toute MDPH, un référent « insertion professionnelle » mis à disposition des personnes handicapées. L'orientation en interne vers ce référent est faite au cas par cas lorsqu'une demande liée à l'insertion professionnelle est formulée par la personne handicapée.

Le référent insertion professionnelle a ainsi reçu en entretien individuel 78 usagers au 1er août 2011.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Orientations vers une structure de type médico-social (en attente des autorisations et appels à projets) émises par la MPH entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011

Etablissements et Services médico-sociaux	Enfants / adolescents (0-20 ans)		Adultes (20-60 ans)		Total
	Principe	Par défaut	Principe	Par défaut	
MAS	0	0	5	0	5
SAVS	3	1	7	0	11
SAFEP	5	0	0	0	5
SEFFIS	18	5	0	0	23
SAAAIS	4	0	0	0	4
SAMSAH	0	1	9	1	10
FAM	1	0	3	0	4
FH	0	0	2	0	2
FAO	1	0	2	0	3
Accueil de jour	0	0	1	0	1
SESSAD déficience intellectuelle	43	29	0	0	72
SESSAD déficience auditif	0	1	0	0	1
SESSAD déficience moteur	7	0	0	0	7
SESSAD jeune polyhandicapé	1	32	0	0	33
SESSAD troubles envahissants du développement	0	2	0	0	2
IME Polyhandicap	36	0	0	0	36
IME Section sourds	2	0	0	0	2
ITEP	15	0	0	0	15
CEM	0	0	0	0	0
CAMSP	9	0	0	0	9
IME	61	2	0	0	63
IME section troubles envahissants du développement	6	0	0	0	6
IMPro	17	0	0	0	17
Total orientations ESMS	229	73	29	1	331

22% des orientations sont faites par défaut, plus particulièrement concernant le public déficient intellectuel.

A la lecture des données, il existerait des besoins sur les SESSAD, et sur les personnes porteuses de « déficiences intellectuelles ».

Par ailleurs, le nombre de personnes handicapées adultes repérées est largement inférieur au nombre d'enfants et adolescents identifiés par la MPH. Ceci peut être lié à la démographie de l'île (50% de la population a moins de 20 ans) et à l'identification plus fine du public permise par le réseau scolaire. Le public adulte ne semble donc pas encore bien quantifié. Pour cette population, les SAMSAH représentent la plus importante proportion d'orientations. Sur le public des enfants et adolescents, le besoin porte sur les Auxiliaires de Vie Scolaire Individuelle et l'accueil en IME.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

• Les personnes âgées

Pyramide des âges :

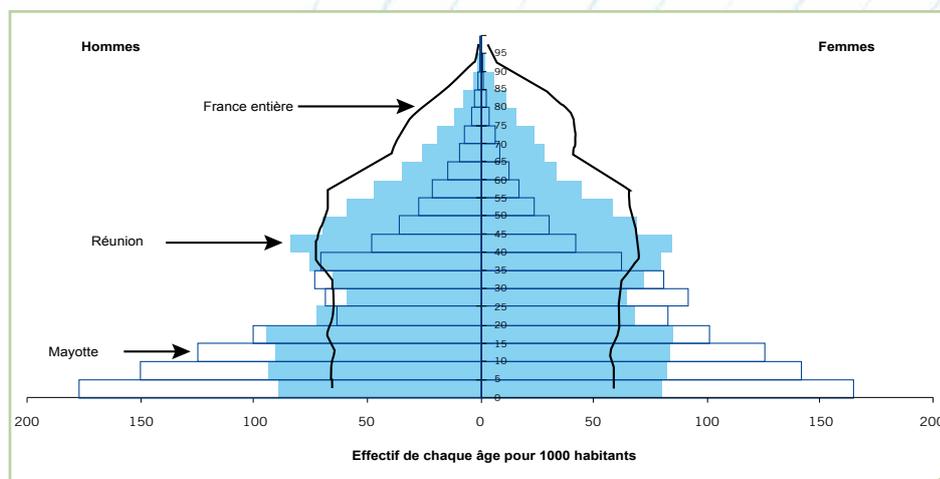
La pyramide des âges reflète bien la jeunesse de la population : à Mayotte, 54 % de la population a moins de 20 ans, contre 37 % à La Réunion et 25 % en France entière. 70% a moins de 30 ans et à peine 4% a 60 ans ou plus, et moins de 1% a 75 ans ou plus (9 % en France, et 3 % à La Réunion).

Tableau 1 : Données démographiques 2007

	Réunion	Mayotte	France entière
Croissance de la population	1,5%	3,1%	0,7%
Densité (habitants/km ²)	325	511	100
Moins de 20 ans	37%	54%	25%
Moins de 30 ans	49%	70%	30%
Plus de 60 ans	11%	3,7%	21%
Plus de 75 ans	3%	0,8%	9%

Source : INSEE 2007

Pyramides des âges Réunion (2008) – Mayotte (2007) - France entière (2008)



Source : INSEE- ARS OI

Projections du nombre de personnes âgées

L'INSEE estime que la population de Mayotte sera de 300 000 en 2030, soit une augmentation de 60% par rapport à la population actuelle (environ 114 000 personnes de plus).

La forme de la pyramide ne devrait toutefois évoluer que très lentement : à structure d'âge équivalente, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus passerait ainsi de 6918 à 7218, soit 5 % de plus en chiffres bruts (et seulement 2% de plus pour les 75 ans ou plus).

Malgré l'augmentation importante de la population, le nombre de personnes âgées devrait donc rester relativement faible.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

	1997	2002	2007	%	2 030
60-74 ans	3 601	4 720	5409	2,9	5679
75 ans ou +	1 164	1 179	1509	0,8	1539

Source INSEE

Espérance de vie et degré de dépendance :

L'espérance de vie de la population mahoraise est de 76 ans pour les femmes et de 72 ans pour les hommes (INSEE 2007).

La loi sur l'APA n'est pas étendue à Mayotte. La délibération n° 028/2008/CP relative à la prise en charge des personnes âgées dépendantes permet au CG d'intervenir auprès des personnes nécessiteuses. La prestation dépendance du conseil général est attribuée sur le modèle de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), sur la base de critères de ressources en fonction du niveau de dépendance évalué par la grille AGGIR.

Le tableau ci-dessous⁶ dénombre par niveau de dépendance, en application de la grille nationale le nombre des personnes âgées bénéficiant d'une aide :

Degré de dépendance	Effectif Total
Gir 1	38
Gir 2	76
Gir 3	65
Gir 4	126
Total	305

Indicateurs de santé publique :

S'agissant des personnes âgées, les indicateurs de santé publique sont très défavorables :

- une durée de vie moyenne inférieure de trois ans à celle de la Réunion, inférieure de six ans à celle de la France métropolitaine,
- une morbidité de la personne âgée encore marquée par la prégnance des maladies parasitaires (600 cas de paludisme par an, pour la plupart importés),
- une forte prévalence des maladies multimétaboliques, avec 20 % de diabète dans la population âgée, d'où de nombreuses complications dégénératives et ischémiques alourdissant la charge de la dépendance,
- une prévalence élevée de situations de dénutrition protéique, y compris chez des personnes obèses,
- une application particulière de l'ALD, avec une limitation du versement des prestations en espèces à 60 jours par an, quelle que soit la pathologie,

- la persistance d'un grand nombre de non assurés sociaux, notamment chez les personnes âgées.

Répartition territoriale :

En dépit de l'absence de données sur la répartition territoriale des personnes âgées, un focus sur une des communes peut être fait, à titre d'exemple. La commune de BANDRABOUA est composée de 5 villages (Handréma, Mtsangamboua, Bandraboua, Dzoumogné et Bouyouni). Elle illustre dans une certaine mesure, les caractéristiques de cette répartition territoriale. 11% de la population communale a plus de 55 ans :

- 450 personnes entre 55 et 59 ans ;
- 354 de 60 à 74 ans ;
- 246 de plus de 75 ans.

De manière générale, on observe, dans ces villages, une augmentation sensible de cette population qui est passée de 350 personnes en 1991 à 1050 personnes en 2010⁷.

⁶ Données actualisée au 1er janvier 2011

⁷ Source : Association « Wadzadé wa Mahorais, les anciens de Mayotte »

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

3

RESSOURCES DISPONIBLES

Sur le plan social, malgré des tabous subsistant dans certaines situations de handicap, le principe de solidarité contribue à l'intégration des personnes handicapées ou des personnes âgées, si bien que peu d'entre elles sont isolées. Elles bénéficient généralement de l'entraide de la famille, du voisinage, voire du village. Malgré tout, ces solidarités restent néanmoins insuffisantes pour prendre en charge au quotidien, et sur le long terme, les personnes lourdement dépendantes.

A cet égard, les expressions issues du débat public sur la dépendance, organisé le 6 août 2011 à Mayotte, mettent en évidence les difficultés quotidiennes des aidants naturels.

— Les structures institutionnelles

• L'offre de soins

Le système de soins repose essentiellement sur le secteur public :

- le CHM situé à Mamoudzou, qui regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et une partie des accouchements.

- le maillage du territoire par 13 dispensaires qui assurent des soins primaires de proximité et qui s'inscrivent dans des actions de préventions.

- Des centres de référence ou hôpitaux de référence assurent une permanence médicale pour traiter des premières urgences, pour procéder à des consultations de médecine générale ou spécialisées et ils disposent d'une maternité. Ils se situent: au nord (DZOU MOGNE), au sud (CHIRONGUI) au centre (KAHANI), l'antenne de petite terre (DAOUDZI) et à Mamoudzou (JACARANDA).

Professions de santé à Mayotte au 1er janvier 2011

	Libéral	"Salarié"	Total
Médecins généralistes	21	65	86
Médecins spécialistes	10	33	43
Psychiatres	1	2	3
Psychiatres Enfant Adolescent	0	0	0
Infirmiers	145	270	415
Infirmiers psychiatriques	0	2	2
Sages-femmes	7	110	117
Masseurs-kiné	32	6	38
Orthophonistes	4	0	4
Opticiens	4	3	7
Psychologues	4	7	11
Psychomotriciens	0	0	0
Total	328	396	724

DRESS 1/01/2011, Adeli

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

L'analyse de la densité médicale montre un écart entre Mayotte et la métropole. En effet, Mayotte compte 46 médecins⁸ pour 100 000 habitants en 2010, contre 162 en métropole⁹.

Ainsi, à l'heure actuelle, il n'existe pas:

- de court séjour gériatrique ;
- de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation gériatrique ;
- d'équipe mobile de gériatrie ;
- d'unité géro- psychiatrique ;
- de réseau ni de filière géro- gériatrique.

• L'éducation nationale¹⁰

A la rentrée 2010-2011, Mayotte comptait 81 506 élèves scolarisés dans le premier et le second degré public, répartis dans les 195 écoles de 1er degré et 28 collèges et lycées de l'île soit 41,9% de la population totale.

L'éducation nationale joue un rôle actif dans la prise en charge des enfants handicapés: 2 294 enfants handicapés et élèves en grande difficulté ont été pris en charge (milieu ordinaire ou adapté). Il est constaté une dominance forte du handicap « psychique ».

A la rentrée 2012, seront ouvertes :

- 42 CLIS (maximum 12 enfants par classe) ;
- 7 ULIS (maximum 12 enfants et adolescents par classe).

Au total, 25 personnes assurent le suivi des enfants handicapés, répartis sur les 9 circonscriptions : 10 psychologues, 9 enseignants référents, 1 secrétaire, 2 conseillers pédagogiques, 2 enseignants maîtres formateurs et 1 Inspecteur de l'Education Nationale pour l'Adaptation et l'Intégration Scolaire (IEN AIS¹¹).

La carte ci-dessous représente le nombre d'enfants et adolescents actuellement accueillis par l'éducation nationale (écoles primaires en CLIS, Collèges en ULIS, pré-professionnel en PPF ASH).

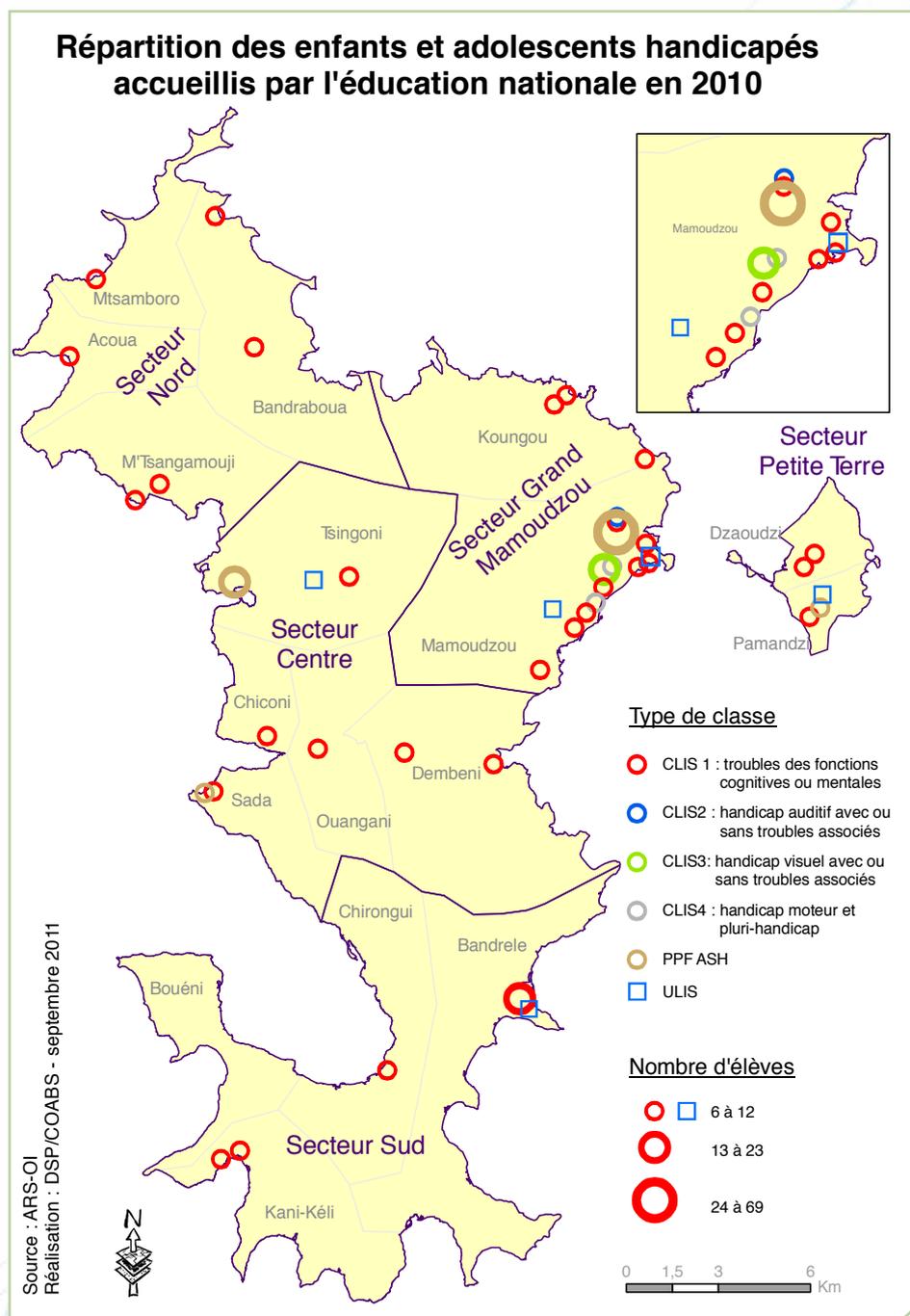
⁸ Libéraux, salariés et praticiens hospitaliers

⁹ Source : DRESS 1/01/2011, fichier Adeli

¹⁰ Source : rapport annuel IEDOM 2010

¹¹ AIS : Appellation officielle de l'enseignement spécialisé depuis la création du CAPSAIS en 1987, remplacée par l'appellation ASH en 2006

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC



L'analyse de cette carte montre une couverture des besoins relativement homogène sur le territoire, même si quelques zones, comme le sud ou le centre, restent encore sensiblement moins pourvues.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Par ailleurs, le nombre total de places d'ULIS collège ne correspond pas au nombre total de CLIS, ce qui expliquerait, dans une certaine mesure, l'engorgement à l'entrée en ULIS collège, et la moyenne d'âge plus élevée que la normale en CLIS (faute de pouvoir passer au collège).

Au total, 552 enfants et adolescents handicapés sont accueillis en classes adaptées à ce jour¹² :

- 391 en école primaire : Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) ;
- 41 en collège : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ;
- 111 en Pré-Professionnel : dispositif horaires « PPF ASH ».

A noter également qu'il n'existe pas d'Établissement Régional d'Enseignement Adapté (EREA), ni de Centre de Formation des apprentis adapté au secteur du handicap. Toutefois, une convention passée en 2008 entre l'organisme de formation ACE et la DICTTE a permis le financement d'une plateforme dédiée aux personnes handicapées de plus de 16 ans en son sein : M'SAIDIHE. Ce pôle s'adresse aux personnes atteintes d'un handicap moteur, auditif ou visuel. Il a pour missions, notamment, l'accompagnement dans la formation, et l'accompagnement dans ou vers l'emploi. 42 accompagnements ont été menés en 2010, 34 accompagnements pour le premier semestre 2011. Parmi les orientations à la sortie, 39% sont aujourd'hui salariés, 3% entrepreneurs individuels¹³.

Les priorités concernent :

- L'amélioration des services d'accompagnement ;
- L'augmentation des classes d'accueil de proximité (ULIS) ;
- L'adaptation de l'accueil en classe ordinaire (matériel adapté au handicap de l'enfant).

• Le conseil général

Au Conseil Général, la Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS) assure les missions d'interventions sociales, met en œuvre les politiques sociales à travers cinq directions : interventions sociales et de la prévention, aide sociale générale, aide sociale à l'enfance, aide aux personnes

âgées et aux personnes handicapées, protection maternelle et infantile.

La DSDS est en charge du service de protection maternelle et infantile (PMI) qui assure notamment le suivi des grossesses et la surveillance médicale des enfants de moins de 6 ans. Un forum « petite enfance » est organisé chaque année avec la participation de tous les partenaires.

Pour être au plus près de la population, cinq circonscriptions d'unités d'action sociale (UAS) assurent des permanences sur le territoire, notamment sur le handicap et les personnes âgées afin de mieux faire connaître à chacun ses droits.

Par ailleurs, il importe de souligner qu'en l'absence de textes de droit commun, le conseil général verse encore une indemnité vieillesse spécifique (ASPA).

• La caisse de sécurité sociale de Mayotte

La Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) a succédé en 2004 à la caisse de prévoyance (CPS).

Les prestations vieillesse (allocation spéciales personnes âgées, pensions de retraite, pension de réversion, pension de veuvage et l'allocation aux vieux travailleurs salariés) ont concerné 1200 retraités aidés et se sont élevées en 2010 à environ 14 millions d'euros.

Dans le cadre de son budget d'action sociale, la CSSM verse des aides individuelles qui permettent d'assurer le financement de mesures susceptibles de participer à la compensation des conséquences du handicap (aide à domicile, appareillage, transport, adaptation du logement...). Ces aides représentent un budget de 500.000 à 800.000 € suivant les disponibilités.

— Les instances spécifiques

• Pour les personnes handicapées : La MPH

La Maison des Personnes Handicapées est une création récente (octobre 2010). Elle a su s'imposer sur tout son champ d'activité en coordonnant les politiques en faveur des personnes handicapées.

¹² Sources : données éducation nationale 2010/2011 ayant permis de construire la carte

¹³ Sources : rapport d'activité ACE 2010

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Une équipe pluridisciplinaire examine les dossiers présentés en commission des Personnes Handicapées (CPH). Elle est composée de :

- un médecin (0.5 ETP),
- un psychologue (0.5 ETP),
- un psychologue scolaire (0,2 ETP),
- deux infirmiers (2 ETP),
- un éducateur spécialisé (0.5 ETP),
- deux assistantes sociales (2 ETP),
- un conseiller d'insertion professionnelle (1 ETP),
- un enseignant spécialisé (1 ETP).

A chaque CPH, il est proposé une orientation « de principe » (correspondant aux besoins réels de la personne), et une orientation « par défaut » (correspondant à l'offre disponible sur le territoire). Cette double lecture des besoins permet à la maison des personnes handicapées de remplir son rôle d'observatoire du champ.

• Pour les personnes âgées :

Il n'existe pas de Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) à Mayotte mais une Fédération mahoraise des personnes âgées et retraités (FMAPAR) a été créée. Elle siège dans les organismes institutionnels et assure un rôle de coordinateur pour cette population.

La commission chargée de déterminer le degré de dépendance des personnes âgées (GIR) est placée auprès de la Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS). Ses décisions reposent sur l'avis motivé d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, de 3 assistantes sociales, 3 infirmiers et 1 aide médico-psychologique (AMP).

Le Conseil Général a mis en place un fond d'aide social urgent pour l'aménagement des logements des personnes âgées (FASUL).

Il n'existe pas, à Mayotte, de Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA). A noter toutefois l'initiative de l'association Wadzade Wa Mahorais « les Aînés de Mayotte », créée en septembre 2005,

qui a pour objectifs de lutter contre l'isolement et la solitude des Mahorais, de les valoriser, de favoriser leur insertion sociale et médico-sociale et de favoriser leur maintien à domicile dans de bonnes conditions. Elle a ainsi organisé en 2006 l'action très appréciée du tour de l'île qui se reconduit tous les ans, et fut également à l'origine, en 2007, de la création du premier point d'information sociale et administratif pour les personnes âgées de la commune de Bandraboua. Actuellement, elle met en place le projet « BIS » (Brandraboua Info Seniors) visant à instaurer un lieu d'information, de documentation, d'orientation, de conseils d'échanges et de loisirs pour les aînés¹⁴.

En termes d'équipement médico-social, il n'existe pas de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), ni d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

— L'offre proposée par le secteur associatif

• Les personnes handicapées

A défaut de base juridique permettant la mise en place et le fonctionnement de services et établissements médico-sociaux, des actions associatives soutenues par les pouvoirs publics (Etat, Conseil Général, Caisse de Sécurité Sociale) ont permis d'assurer une première prise en charge des besoins des personnes handicapées, à Mayotte :

• **L'association TOIOUSSI** propose un accueil de jour pour des enfants présentant une déficience intellectuelle, des troubles de la conduite ou du comportement voire un polyhandicapé. Quatre centres sont répartis sur le territoire et accueillent un total de 115 enfants. Le personnel se compose d'éducateurs spécialisés ou de jeunes enfants, de moniteurs éducateurs et d'assistantes familiales.

• **L'association pour les déficients sensoriels de Mayotte (ADSM)** propose un accueil de jour pour des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle (60 enfants accueillis) et accompagne quelques adultes dans leur insertion professionnelle.

¹⁴ Sources : Préfiguration Plan d'action gérontologique – URIOPSS août 2011

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- **L'association TAMA** propose un accueil de jour à des mineurs présentant de graves troubles du comportement (24 enfants accompagnés) dont 12 sont suivis en internat.

- **L'association Les Enfants de la Lune** accueille des enfants souffrant d'une maladie génétique rare, Xéroderma Pigmentosum, et assure un suivi pédagogique et éducatif (10 enfants suivis au centre et 8 à l'extérieur).

- **L'association «BENGALIS»** est une résidence d'accueil hébergeant 14 personnes adultes lourdement handicapées ou polyhandicapées. Cette association a modifié son statut pour créer l'association départementale **APAJH Mayotte**.

Depuis 2009, ces associations, faisant fonction d'établissements médico sociaux, ont entrepris de mettre aux normes¹⁵ les modes de prise en charge existants (professionnalisation des équipes et adaptation des équipements). Elles ont développé l'offre par la transformation de l'existant (accueil à temps incomplet) en place d'accueil à temps complet et par le renforcement de l'accompagnement à domicile et en milieu scolaire pour toutes les catégories de handicap.

L'association Mahoraise des amis et des parents des personnes handicapées (ADAPEI) est une association qui a pour objectif de promouvoir la cohésion sociale entre les parents, les amis et les personnes handicapées au travers d'activités sociales, culturelles, éducatives et sportives. Elle résulte de la fusion de deux associations de parents de Mayotte et représente toutes les institutions du secteur du handicap. Cette association n'assure pas de prise en charge.

- **Les personnes âgées**

Dans le secteur des personnes âgées, des actions se sont également développées autour d'une douzaine d'associations¹⁶. Elles sont regroupées au sein de la fédération mahoraise des personnes âgées et des retraités (FMAPAR).

Deux de ces associations (association « WAZADE WA MAHORAIS » située à BANDRABOUA et association « Les COCO

CLUB SENNIOR» située à PAMANDZI) :
- assurent une fonction de foyer occupational,
- impulsent une véritable politique de réinsertion et d'accompagnement dans la vie au quotidien des personnes âgées.

De plus, les adhérents se réunissent dans des locaux mis à disposition par les mairies dans chaque commune.

La FMAPAR organise par ailleurs chaque année, depuis 2009, « la semaine bleue ».

- **Les personnes handicapées et âgées**

L'association M'SANDA Mayotte délivre des prestations d'aide à domicile au bénéfice des personnes handicapées (enfants ou adultes) et des personnes âgées afin de leur apporter une aide dans les actes essentiels de la vie, de les accompagner dans leur activité sociale et de soutenir les familles (une cinquantaine de personnes accompagnées).

Cette association propose ainsi :

- un service prestataire d'aide à domicile aux personnes en difficultés,
- des aides à domicile en mandataire,
- un service d'aide à la mobilité (transport).

Elle compte un effectif de 40 intervenants à domicile (auxiliaires de vie sociale ou aides ménagères) justifiant d'une formation professionnelle (diplôme d'AVS, diplôme type CAP service à la personne ou BEP carrières sanitaires et sociales)¹⁷.

Sur l'année 2010, le nombre de bénéficiaires de MSANDA est passé de 35 foyers bénéficiaires en janvier à 59 à la fin de l'année. L'association aura assuré quelque 29 031 heures en direction des personnes âgées réparties entre auxiliaire de vie (25 609 heures) et aide ménagère (3 422 heures)¹⁸.

- **Répartition géographique de l'offre proposée par le secteur associatif¹⁹**

La répartition géographique correspond à une répartition des communes autour d'un « hôpital de référence » et des circonscriptions du système éducatif. Les données chiffrées doivent être interprétées avec précaution compte tenu de la marge d'erreur élevée, notamment en ce qui concerne les adultes handicapés.

¹⁵ Accompagnement des associations mahoraises par des associations réunionnaises, notamment sur la construction des projets d'établissements.

¹⁶ Notamment : AFARCDM, Association WAZADZE de BANDRABOUA, les « COCOS CLUB SENIOR de PAMANDZI », Association de MTSANGAMOUDI, Association de SADA, Association de LABATTOIR...

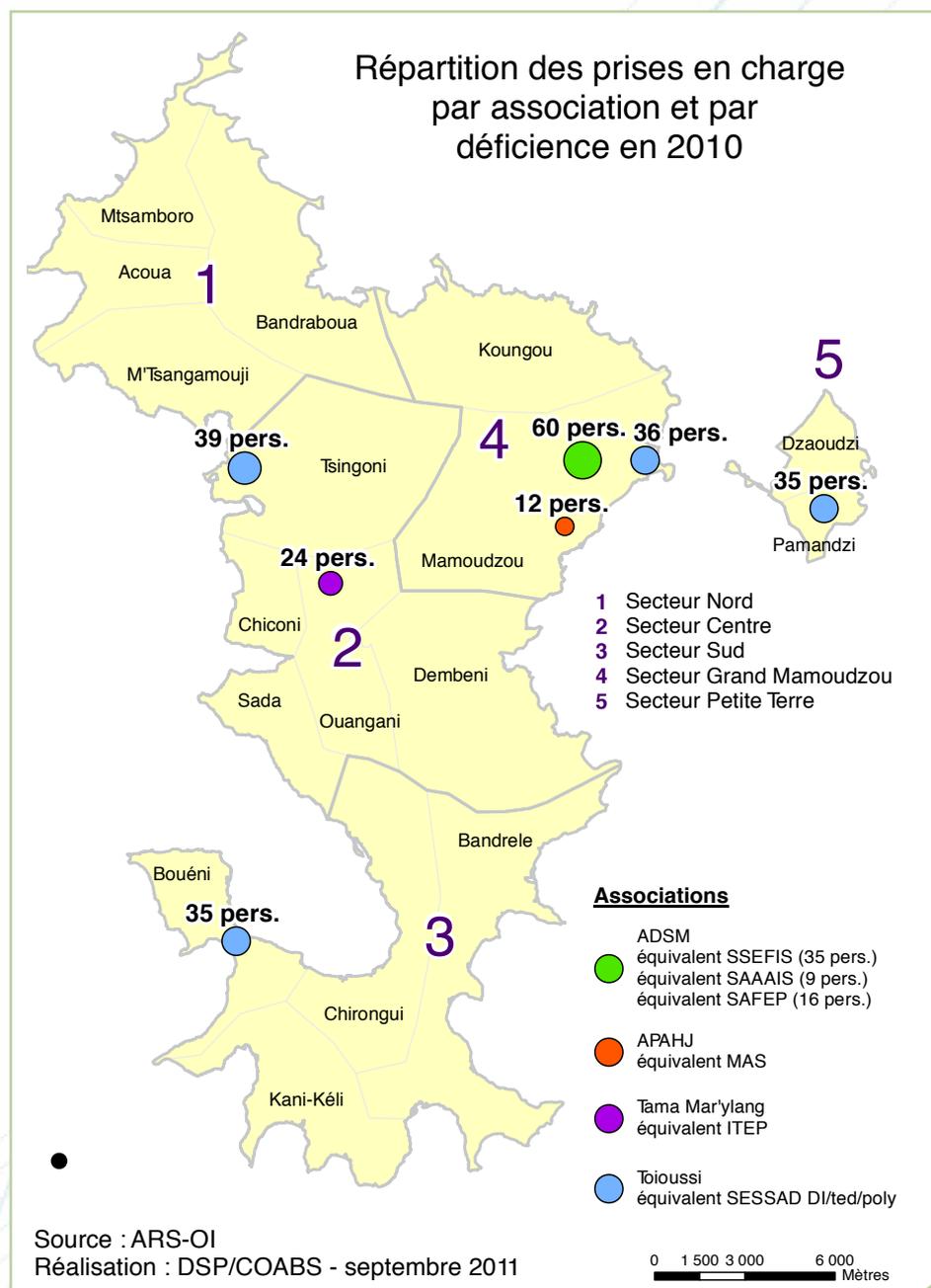
¹⁷ Sources : Préfiguration Plan d'action gérontologique – URIOPSS août 2011

¹⁸ Source : Rapport d'activité MSANDA 2010

¹⁹ Sources : Données 2010 - 2011 : associations

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

La carte ci-dessous représente le nombre de personnes handicapées (enfants et adolescent majoritairement) actuellement pris en charge par le secteur associatif (Associations TOIOUS-SI, TAMA, ADSM, APAJH). Par ailleurs, les prises en charge sont « séquentielles » : sur le nombre total de personnes identifiées, le temps de prise en charge ne correspond pas à un temps plein.



PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

La couverture des besoins par le secteur associatif est actuellement insuffisante au regard des besoins. Il existe en effet un décalage entre le nombre de personnes handicapées identifiées comme ayant besoin d'un accompagnement par une structure médico-sociale et le nombre de personnes actuellement prise en charge :

- 241 personnes sont prises en charge ;
- 331 personnes sont orientées par la MPH entre le 1er décembre 2010 et le 1er août 2011.

En dépit du peu de revendications exprimées par une population particulièrement défavorisée en matière de prise en charge, la nécessité de conduire une politique de droit commun dans le secteur médico-social prend ici toute son acuité.

Les orientations retenues doivent permettre d'articuler une offre médico-sociale en adéquation avec les besoins identifiés formellement par la Maison des Personnes Handicapées (orientations « de principe »).

L'objectif est, in fine, de doter Mayotte d'une offre médico-sociale de qualité, adaptée aux besoins, en articulation avec les autres politiques publiques du territoire.

IDENTIFICATION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Afin de garantir, à Mayotte, l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées, en concertation avec l'ensemble des acteurs institutionnels ou associatifs, plusieurs objectifs opérationnels ont été retenus. Ils seront déclinés en fiches actions.

Priorités d'actions PSS	Objectifs généraux PSS	Objectifs spécifiques PSS	Objectifs opérationnels SOMS	Actions - ARS-OI - Délégation ile Mayotte
La prévention et l'accompagnement précoce	Prévenir l'apparition des déficiences et la perte d'autonomie, tout au long de la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et prise en charge des déficiences • Prévention chutes et dénutrition des personnes âgées • Prévention et prise en charge maladie d'ALZHEIMER et pathologies apparentées • Reconnaissance des droits des personnes en situation de précarité 	Garantir le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences des personnes en situation de handicap	Action de prévention : communication Action de formation des acteurs au dépistage pour un dépistage préventif et le suivi des enfants repérés Organiser la coordination des politiques publiques Organisation de l'offre de service de droit commun : en privilégiant autant que possible le suivi en milieu ouvert (CAMSP/CAFS)
			Garantir le dépistage et la prise en charge précoce de la perte d'autonomie des personnes âgées en privilégiant le maintien à domicile	Développement des actions de communications et d'informations Organisation des soins ambulatoires Organiser l'accompagnement à domicile des personnes âgées dans le respect du libre choix : SSAD Organisation de l'offre de service de droit commun (SSIAD / SPASAD)

IDENTIFICATION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Priorités d'actions PSS	Objectifs généraux PSS	Objectifs spécifiques PSS	Objectifs opérationnels SOMS	Actions - ARS-OI - Délégation ile Mayotte
Le respect du projet de vie	Adapter l'offre d'accompagnement des personnes handicapées et âgées à leurs besoins de compensation et à l'évolution de leurs projets de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'information fiable et actualisé de connaissance des déficiences et des besoins • Maintien à domicile des personnes handicapées et âgées dépendantes (aide technique, aide aux aidants) • Programmation de l'offre médico-sociale en rapport avec les besoins (territoires, qualité et innovation) • Formation et insertion professionnelle 	Assurer la prise en charge des enfants et adolescents handicapés dans le respect de leur projet de vie	Favoriser l'intégration scolaire précoce pour accueillir les enfants en intégration scolaire dans les meilleures conditions possibles
				Diversification de la palette de réponses aux problématiques des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des troubles psychiques ou des difficultés psychologiques graves (CAFS)
				Recours au dispositif de droit commun en privilégiant autant que possible le suivi en milieu ouvert afin de faciliter pour ces enfants leur intégration à l'âge adulte (SESSAD / SAFEP/SEEFIS / SAAIS)
			Assurer la prise en charge des adultes handicapés et polyhandicapés dans leur projet de vie (25/60ans)	Recours à des dispositifs de droit commun pour l'accompagnement d'enfants ou d'adolescents présentant des troubles psychiques et psychologiques dont la gravité et l'intensité les inscrivent dans un processus handicapant (ITEP)
				Promouvoir l'occupationnel qui permet de maintenir des liens sociaux en veillant au suivi des soins
				Initier une enquête et disposer d'un outil de repérage au plus près de la population
				Coordonner une politique des transports ; Garantir l'accessibilité aux logements sociaux, Et garantir l'accessibilité des lieux publics
				Organisation de l'offre de service de droit commun (MAS/SSIAD/SSAD)

IDENTIFICATION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Priorités d'actions PSS	Objectifs généraux PSS	Objectifs spécifiques PSS	Objectifs opérationnels SOMS	Actions - ARS-OI - Délégation ile Mayotte
Le respect du projet de vie	Adapter l'offre d'accompagnement des personnes handicapées et âgées à leurs besoins de compensation et à l'évolution de leurs projets de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'information fiable et actualisé de connaissance des déficiences et des besoins • Maintien à domicile des personnes handicapées et âgées dépendantes (aide technique, aide aux aidants) • Programmation de l'offre médico-sociale en rapport avec les besoins (territoires, qualité et innovation) • Formation et insertion professionnelle 	Insertion professionnelle des personnes en situation de handicap	Action de communication
				Repérage des besoins et adéquation de la demande et aménagement de passerelles et de cellules de transition
				Prévention de la désinsertion professionnelle
			Assurer le droit au répit des familles des PA et PH	Recours au dispositif de droit commun en privilégiant autant que possible le suivi en milieu ouvert afin de faciliter pour ces enfants leur intégration à l'âge adulte (SESSAD-PRO / ESAT)
				Aide aux aidants
				Offrir des accueils ou des hébergements temporaires de courte durée et Lieux d'accueils temporaires (CAFS)
Promouvoir une politique de loisirs en faveur des jeunes handicapés				
Mise en place d'un service de SSR et des accueils temporaires				

IDENTIFICATION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Priorités d'actions PSS	Objectifs généraux PSS	Objectifs spécifiques PSS	Objectifs opérationnels SOMS	Actions - ARS-OI - Délégation ile Mayotte
La fluidité des parcours	Favoriser la continuité des prises en charge et accompagnements par la coordination des acteurs autour des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats entre l'offre de soins sanitaire, médico-social, l'accompagnement social et le milieu ordinaire • Structurer les coopérations autour de l'enfance (périnatalité, centre d'action médico-sociale précoce, PMI, ASE, Education nationale) • Consolider les filières de soins gériatriques et promouvoir des coordinations locales des aides et soutiens aux personnes âgées 	Développement d'une politique coordonnée de formation des professionnels	Elaboration d'un contrat de plan de développement de la formation professionnelle et élaboration d'un plan départemental de formation en lien avec le Conseil Général
				Soutien au développement des compétences des personnels intervenant auprès des personnes handicapées en accompagnement à domicile, en milieu ouvert ou en institutions soit par voie de VAE soit par une formation complète
			Elaborer une politique commune et favoriser les coopérations	Elaboration d'une culture commune à tous les acteurs du handicap ou de la dépendance (COPIL / Plan général de communication)
				Coordinations gérontologiques - FMAPAR - MAIA
				Création d'un GCMS
			Communiquer sur les droits des personnes âgées et des handicapées	Permettre l'accès aux droits
	Concevoir et accompagner un plan d'aide individualisé (dispositif APA)			

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Garantir le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences des personnes en situation de handicap (Objectif opérationnel n°1)
- Garantir le dépistage et la prise en charge précoce de la perte d'autonomie des personnes âgées en privilégiant le maintien à domicile (Objectif opérationnel n°2)
- Assurer la prise en charge des enfants et adolescents handicapés dans le respect de leur projet de vie (Objectif opérationnel n°3)
- Assurer la prise en charge des adultes handicapés et polyhandicapés dans leur projet de vie (25/60ans) (Objectif opérationnel n°4)
- Garantir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap (Objectif opérationnel n°5)
- Assurer le droit au répit des familles des Personnes âgées et handicapées (Objectif opérationnel n°6)
- Développer une politique coordonnée de formation des professionnels (Objectif opérationnel n°7)
- Elaborer une politique commune et favoriser les coopérations (Objectif opérationnel n°8)
- Communiquer sur les droits des personnes âgées et handicapées (Objectif opérationnel n°9)

Objectif opérationnel 1

GARANTIR LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES DÉFICIENCES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

— Éléments synthétiques de problématique

- Déficit de diagnostic et de prise en charge précoce du handicap, particulièrement en ce qui concerne le jeune enfant d'âge pré scolaire.
- Prévalence estimée : 123 et 177 enfants entre 0 et 6 ans porteurs de handicap en 2010 à Mayotte (travaux PSS 2010).
- Lacunes dans les dépistages systématiques (CHM, PMI, santé scolaire, médecine du travail) : certificat obligatoire des 9 et 24ème mois non mis en place PMI.
- Problématique des enfants non assurés sociaux (40% d'enfants).
- Couverture médicale actuelle : CHM, dispensaires, PMI ... Mais suivi difficile.
- Pas de structure dédiée pour le diagnostic et la prise en charge précoce du handicap (enfants de moins de 6 ans, plus de 6 ans et adultes)
- Actions de dépistage menées sur quelques types de handicaps, en lien avec le CHR de la Réunion. Ainsi, le Centre de Ressource Interrégional pour l'autisme Réunion Mayotte est opérationnel à Mayotte, mais l'absence d'offre de prise en

charge des enfants diagnostiqués sur Mayotte nécessite qu'ils soient suivis en métropole (contraintes du déracinement...).

- Le Centre de référence des maladies neuromusculaires et neurologiques rares de la Réunion effectue à Mayotte des missions de diagnostic et d'expertise : ces malades devraient être suivis et pris en charge à Mayotte alors qu'en général, ils font l'objet, en urgence, d'une évacuation sanitaire (EVASAN).

- Prises en charges « séquentielles²⁰ », taux d'encadrement, optimisation du nombre de personnes prises en charge : enfants pris en charge à temps partiel.

— Publics concernés

Enfants handicapés, toutes déficiences, enfants entre 0 et 6 ans
Adultes handicapés non dépistés.

— Domaines d'actions transversaux et leviers

- **Actions et leviers propres à garantir l'accès à la prévention (SP)**

Campagne de sensibilisation (média) à destination du grand public sur le dépistage précoce des déficiences (à organiser entre les acteurs du secteur) ;

²⁰ Type d'accueil temporaire au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Actions de formation des acteurs au dépistage :

- pour les professionnels de santé ;
- pour les professionnels médico-sociaux.

• Actions et leviers propres à garantir l'accès aux soins (SOS)

- Repérer les troubles et les déficiences pouvant être à l'origine d'un handicap dès la naissance au CHM : systématisation des tests de dépistage « GUNTHRIE », maladies génétiques, malnutrition ;
- Organiser le dépistage de la déficience auditive à la naissance : maternité proposant le dépistage ;
- Organiser le dépistage de la déficience visuelle à la naissance : maternité proposant le dépistage ;
- Organiser le dépistage des maladies/handicaps rares : maternité proposant le dépistage ;
- Organiser le dépistage du handicap moteur chez les adultes déficients moteurs au CHM, au sein des dispensaires.

• Actions et leviers de coordination avec le schéma départemental du CG

- Dépister les déficiences (visuelles, auditives, intellectuelles...) et bilan systématique en PMI (entre 9 et 24 mois et 4ème année) ;
- Agréer des familles d'accueil.

• Actions et leviers impactant les autres politiques publiques (commission de coordination des politiques publiques)

- Repérer des dépistages des déficiences dès la maternelle (avec formation des personnels de crèches et assistantes maternelles) ;
- Créer des postes d'auxiliaires de vie scolaire pour les écoles maternelles ;
- Développer l'accès aux appareillages (aides financières) : CSSM, Fondation de France, Conseil Général, MDPH ;
- Formaliser les partenariats entre les Centres d'action médico-sociale précoce, les centres de Protection Maternelle et Infantile, les structures d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance, les classes spécialisées de l'Education Nationale, les maternités, les dispensaires et les professionnels de santé libéraux.

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

- Créer un Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP) de 75 places (échéance 2015) ;
- Développer des modes de prise en charge en accueil temporaire ;
- Créer un Centre d'accueil Familial Spécialisé attaché à l'IME, notamment pour réaliser de l'accueil séquentiel et soulager les familles ;
- Collaborer avec le centre de ressource des maladies rares du centre hospitalier de la Réunion (maladies NM rares et des enfants souffrant d'une maladie génétique rare, Xeroderma Pigmentosum).

— Pilotages associés

Associations, CHM, CG (PMI-ASE- familles d'accueil), Education nationale, CSSM, ARS OI.

— Echéances

- 2012 : formalisation des dépistages systématiques ;
- Création du CAMSP : 2012.

— Indicateurs d'évaluation

- Activité dépistage/bilan PMI et santé scolaire : Nombre d'enfants dépistés répartis par types de déficience en 2010 ;
- Organisation du dépistage surdité à la naissance : % d'enfants bénéficiant d'un dépistage, maternité proposant le dépistage, professionnels formés (liaison SOS) ;
- Organisation du dépistage déficience visuelle à la naissance : % d'enfants bénéficiant d'un dépistage, maternité proposant le dépistage, professionnels formés (liaison SOS) ;
- Organisation du dépistage des maladies rares : % d'enfants bénéficiant d'un dépistage, maternité proposant le dépistage, professionnels formés (liaison SOS) ;
- Organisation du dépistage et diagnostic des troubles du langage et des apprentissages (« DVS ») : % d'enfants bénéficiant d'un dépistage, professionnels formés (liaison SOS) ;
- Evaluation dépistage adultes.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif opérationnel 2

GARANTIR LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES EN PRIVILÉGIANT LE MAINTIEN À DOMICILE

— Éléments synthétiques de problématique

- Population jeune : 4% seulement de personnes âgées (recensement INSEE 2007 : 6918 personnes âgées de plus de 60 ans, dont 820 de plus de 80 ans).
- Traditions et cultures locales : cohabitation intergénérationnelle au sein de la famille. Place traditionnelle tendant à disparaître en raison des bouleversements économiques et culturels : travail des femmes, disparition d'un habitat « collectif », disparition des veillées (transmission orale)...
- Débat public du 6 août 2011 sur « La Dépendance » : Place privilégiée des aidants, besoin primordial de services d'aide aux aidants. Volonté affirmée de maintien à domicile.
- Une majorité de personnes âgées jamais scolarisée : difficultés à faire valoir leurs droits. Environ 3500 personnes de plus de 65 ans perçoivent l'ASPA : indemnités insuffisantes.
- La loi sur l'APA non étendue à Mayotte : prestation dépendance du CG attribuée sur les mêmes critères, mais difficulté en terme de couverture sur le territoire.
- Absence de schéma gérontologique formalisé au niveau du conseil général, mais des orientations claires concernant : l'organisation d'un réseau d'accueillants familiaux, l'installation de « points d'informations » et de « d'espaces ressources » pour les personnes âgées dans chaque commune, l'ouverture de lieux d'accueil à la journée avec possibilité de restauration dans chaque commune²¹.
- Concernant les soins de premiers recours, seuls les soins infirmiers à domicile proposés par les libéraux existent.
- L'aide à domicile organisée en réseau géré par le conseil général (pôle social). Une association exerce des activités de SSAD (M'TSANDA) : Service prestataire, service mandataire, et aide à la mobilité.
- L'offre de logements sociaux ou très sociaux située très en deçà des besoins, pas de possibilités, pour les personnes âgées qui ne peuvent plus rester à domicile et néanmoins désireuses de rester dans leur commune, d'intégrer un petit ensemble de logements très sociaux (LTS).

- Absence de structures sanitaires : court séjour gériatrique, Soins de Suite et de Réadaptation à orientation gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité géronto-psychiatrique, réseau et/ou filière géronto-gériatrique.
- Absence de Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) à Mayotte.
- Place importante de la Fédération mahoraise des personnes âgées et retraités (FMAPAR) : associations de retraités.
- Absence de Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA).
- Absence de structures médico-sociales : Service de Soins Infirmiers A Domicile, d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.

— Publics concernés

Personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie.

— Domaines d'actions transversaux et leviers

• Actions et leviers propres à garantir l'accès à la prévention (SP)

Développement des actions de communications et d'informations :

- Campagne de sensibilisation à destination du grand public et des professionnels sur les droits des personnes âgées
- Ouverture de lieux d'échange et d'écoute pour les aidants familiaux mais aussi d'information sur les risques liés à la perte d'autonomie des personnes âgées : chutes (logements, infrastructures publiques...), dénutrition ...
- Mise en place d'un guichet unique préfiguration d'une maison des personnes dépendantes, pour les personnes âgées et leurs familles : information, orientations (annuaire partagé), système d'information avec des référents par thème (dossier sé-

²¹ Source : Préfiguration Plan d'action gérontologique - URIOPSS août 2011

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

curité sociale - dossier retraite- dossier aide logement).

- Création d'espaces ressources à partir des CCAS pour assurer l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs familles.

- **Actions et leviers propres à garantir l'accès aux soins (SOS)**

- Création de places d'HAD ;
- Création de places de Soins de Suite et de Réadaptation ;
- Amélioration de la qualité de la prise en charge ambulatoire de proximité (centre de santé, maison de santé) ;
- Amorcer la mise en place d'une filière gériatrique grâce à la mise à disposition / création de :
 - une équipe mobile de gériatrie implantée au CHM (action intra et en extra- murs),
 - un Court séjour gériatrique de 10 à 15 places,
 - un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR),
 - une unité psycho gériatrique, avec consultation de la mémoire,
 - un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) d'une dizaine de places,
 - une unité de soins de longue durée (USLD) pour les Personnes âgées hospitalo- requérantes, sélectionnées selon les critères du Syndicat national de gérontologie clinique. Il conviendrait de créer cette unité au sein d'un des 5 hôpitaux de référence.

- **Actions et leviers de coordination avec le schéma départemental du CG**

- **Assurer l'intégration de la prestation dépendance du CG dans le dispositif national de l'APA ;**

- **Développer l'accueil familial à titre onéreux : Développer les agréments d'accueillants familiaux par le CG ;**

- **Développer la coordination gérontologique départementale :**

- Promouvoir les réseaux de coordination gérontologique à l'échelle des Unité d'Action Sociale ;
- Créer des espaces « Ressources - informations » structurés au niveau communal ou intercommunal, et notamment à partir des CCAS ;
- Déployer le dispositif intégré de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des per-

sonnes atteintes de maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées sur le territoire.

- **Développer l'aide à domicile et faciliter le maintien à domicile :**

- Créer un SSIAD de 45 places à adosser à un service d'aide et d'accompagnement à domicile afin d'autoriser, dans la continuité, conjointement avec le PCG la création d'un SPASAD ;
- Initier la création d'un SPASAD service polyvalent d'aide à domicile, d'offre de soin et d'aide à la personne (En veillant à intégrer dans leurs projets de service, des plans pluriannuels de formations spécifiques sur l'accompagnement à domicile) ;
- Développer une offre diversifiée de prestations d'aide à domicile services prestataires professionnalisée pour les situations les plus complexes, services mandataires en cas d'emploi de gré à gré d'un membre de la famille. Objectif de 100 personnes âgées accompagnées (opérateur : Association M'SANDA) ;
- Engager une réflexion sur la rémunération des professionnels afin de permettre aux familles de faire le meilleur choix et de diminuer leur charge financière (paiement à l'acte, forfait, salariat).

- **Actions et leviers impactant les autres politiques publiques (commission de coordination des politiques publiques)**

- Développer des espaces ressources et des lieux d'accueil de jour au sein des communes pour favoriser les échanges intergénérationnels (soutien à la fédération des personnes âgées de Mayotte et aux associations œuvrant dans le secteur) :
 - Accueil de jour (8h à 16h00) pour personnes âgées vulnérables, seules ou dont les aidants sont absents, avec un service de transport les personnes résidant dans les villages les plus reculés et une restauration pour les personnes qui ont besoin de passer la journée sur place.
 - Espaces ressources basés sur les CCAS.

- **Le logement :**

- Actions ciblées et individualisées d'amélioration et d'adaptation de l'habitat en collaboration avec la CSS, la politique de la ville et la MPH en se fondant sur un diagnostic établi dans le cadre de l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de l'APA.
- o Renforcer le système FASUL pour l'accès-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

sion au logement.

- Communes : Proposer des logements très sociaux regroupés au cœur des communes (maîtrise d'œuvre : SIM ou autres opérateurs du logement social) : habitat collectif de type résidentiel T1 ou T1 bis, 3 à 5 maximum, répartis autour d'une cour collective partiellement couverte (type varangue), avec accès aux services tels que : services d'aide et de soins à domicile du territoire, accès aux lieux d'accueil à la journée et aux activités de loisirs organisées par les espaces ressources, les associations de retraités et personnes âgées.

- Les transports :

o Amélioration de la politique de transport, mise en place de transports sanitaires privés (convention taxis) en lien avec le CHM, le Conseil Général et l'ARS. A mettre en perspective avec les chantiers du GCSMS.

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

- Créer un SSIAD de 30 places

— Pilotages associés

CG, DJSCS, DEAL, MPH, Associations de personnes âgées, MTSANDA, Mairies et CCAS, ESMS

— Echéances

- Plan gérontologique à intégrer dans le schéma départemental (à élaborer de 2012 à 2014) ;
- Création d'un SSIAD Personnes Agées : 2012 ;
- Centre d'information et d'écoutes 2012/2013 ;
- Plan de formation des soignants et des aidants familiaux 2012/2014.

— Indicateurs d'évaluation

- Nombre de places de SSIAD créés ;
- Nombre de HAD ;
- Campagnes de sensibilisation ;
- Formation des soignants ;
- Formation des aidants familiaux.

Objectif opérationnel 3

ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS DANS LE RESPECT DE LEUR PROJET DE VIE

— Éléments synthétiques de problématique

- 2 294 enfants handicapés et élèves en grande difficulté ont été pris en charge (milieu ordinaire ou adapté) par l'Éducation Nationale.
- Environ 900 enfants et adolescents identifiés à Mayotte en 2007 (enquête IRTS). Données très certainement incomplètes. En appliquant de façon théorique les taux de prévalences de métropole, le nombre des personnes handicapées pourrait se situer dans une fourchette entre 5000 et 6 000 personnes handicapées, 70% auraient moins de 20 ans.
- Phénomène de « sur handicap » compte tenu de l'absence de diagnostic précoce systématique et donc de prise en charge adaptée.
- Développement d'établissements ou de services médico-sociaux embryonnaire puisque les textes prévoyant la création de ces établissements et leurs réglementations spécifiques ont été adoptés sur le fondement de l'ordonnance du 28 août 2008 et

les décrets d'application publiés en 2010.

- Le nombre d'AVS collectif et individuel est insuffisant pour couvrir les besoins. 30 AVSI ont été demandées par l'Éducation Nationale.
- Les « projet personnalisé de scolarisation (PPS) ne sont pas opérationnel fin 2010. Ils seront mis en place pour les sorties de cycle et les nouveaux dossiers à compter de la rentrée 2011. Toutefois, la mise en œuvre d'un PPS suppose des moyens matériels, logistiques (transport...) ou humains (AVS). A défaut, ils sont inutiles.
- Créations d'ULIS et de CLIS supplémentaires à la rentrée 2012. PPF ASH encore en place pour les adolescents souhaitant préparer un projet professionnel.
- Pas de Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle en Établissement médico-social.

— Publics concernés

Enfants et adolescents handicapés, toutes déficiences, 0-20 ans

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Domaines d'actions transversaux et leviers

• **Actions et leviers de coordination avec le schéma départemental du CG**

Création d'un Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS).

• **Actions et leviers impactant les autres politiques publiques (commission de coordination des politiques publiques)**

- Collaboration Education nationale, MPH, ARS, CSSM, Etablissements médicosociaux et l'Association de parents :

- Crèches spécialisées : étude d'opportunité à faire ;

- Favoriser l'intégration scolaire précoce ;

- Mettre en place un PASS (pôle d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds) mais aussi la création d'autres pôles écoles : organisation dans une classe de l'accueil de petits groupes d'enfants handicapés en regroupant dans cette école des moyens pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques nécessaires ;

- Expérimenter des outils « TICE » : technologie, information, communication pour l'enseignement ;

- Développer les partenariats SESSAD-CLIS et ULIS ;

- Rendre opérationnels les PPS pour tous les enfants et adolescents scolarisés (Education Nationale et MPH) ;

- Développer les conventionnements ULIS – SEGPA et les liens avec les SESSAD.

- Diversification de la palette de réponses aux problématiques des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des troubles psychiques ou des difficultés psychologiques graves :

- Créer un Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) : lien avec le CG ;

- Mettre en place, dans les projets d'établissements : un volet médicosocial (ARS) sanitaire (CHM- santé mentale,) éducatif (Education nationale), social (DJCSC-ASE-PJJ).

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

• **Organisation de l'offre de service : recours au dispositif de droit commun en privilégiant autant que possible le suivi en milieu ordinaire :**

- Mettre en place un SESSAD pour un public de 4 à 20 ans (DI/TED/polyhandicap) afin de maintenir les prises en charges existantes 100 à 120 enfants, avec un développement de la qualité de la prise en charge et une augmentation du potentiel d'accueil déclinés annuellement et ajustés sur les données qui seront communiquées par la MPH.

Dans les mêmes conditions de progression :

- Mettre en place un SAFEP/SEEFIS pour la prise en charge de 50 à 80 enfants souffrant de déficience auditive ;

- Mettre en place un SAAAIS pour la prise en charge de 10 à 20 enfants souffrant de déficience visuelle ;

- Mettre en place un IME semi internat pour la prise en charge de 80 à 100 enfants souffrant de déficiences intellectuelles plus sévères.

• **Organisation de l'offre de service : enfants ou d'adolescents présentant des troubles psychiques et psychologiques dont la gravité et l'intensité les inscrits dans un processus handicapant**

- Mettre en place un ITEP pouvant accueillir 20 à 30 enfants et adolescents de 6 à 20 ans.

— Pilotages associés

ARS OI, CG, Education nationale, CHM, PJJ, Association de parents, Associations de prise en charge d'enfant et d'adolescents en situation d'handicap (TOIOUSSITAMA- ADMS-Enfants de la lune), CSSM.

— Echéances

Durée du schéma.
Début en 2012.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Indicateurs d'évaluation

- création d'ESMS (nombre de places créées) ;
- tableau de bord d'adéquation des besoins repérés et les offres de prise en charge (MDPH)
- nombre d'AVS ;
- nombre d'enfants et adolescents handicapés :
 - non scolarisés,

- scolarisés en établissement scolaire : en CLIS, en ULIS, en SEGPA, en EREA
- nombre d'enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques identifiées par l'Education Nationale) ;
- Nombre d'enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques, inscrits dans un processus handicapant.

Objectif opérationnel 4

ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES HANDICAPÉS ET POLYHANDICAPÉS DANS LEUR PROJET DE VIE (25/60ANS)

— Eléments synthétiques de problématique

- Nombre d'adultes en situation de handicap difficile à déterminer : en effet, beaucoup d'entre eux ignorent leur droit et ne savent pas comment les faire valoir.
- La communication faite dans le cadre du précédent schéma et l'implication forte des institutionnels et des associations ont permis toutefois une évolution sensible en la matière.
- Culturellement : pas de placement dans une structure extérieure à la cellule familiale.
- Peu de statistiques fiables. Environ 24 personnes polyhandicapées sont actuellement prises en charge par deux structures : Les Bengalais et La maison Bleue.
- Peu de suivis, ce qui implique un phénomène de sur handicap.
- Epuisement des aidants naturels (débat public 6 août 2011).
- Projet de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale en cours au Conseil Général.
- Au vu des particularismes culturels de Mayotte, le maintien à domicile des personnes adultes ou des enfants en situation d'handicap, est la solution privilégiée. Toutefois, il s'agit de trouver des solutions pour pallier l'absence de prestation de compensation du handicap (PCH) et ses conséquences sur l'aide aux logements et aux transports.

— Publics concernés

Personnes handicapées adultes, toutes déficiences : 20-60 ans

— Domaines d'actions transversaux et leviers

• Actions et leviers propres à garantir l'accès à la prévention (SP)

Initier une enquête et disposer d'un outil de repérage au plus près de la population (dans les communes) en lien avec le Conseil Général (UAS) et la MPH.

• Actions et leviers propres à garantir l'accès aux soins (SOS)

- Accès aux soins hospitaliers : sensibiliser le CHM à la prise en charge du handicap.
- Alternative à l'hospitalisation : mettre en place une HAD et l'inciter à venir au domicile de personnes handicapées.
- Accès aux soins ambulatoires pour les personnes handicapées à domicile : inciter les professionnels de santé libéraux via les URPS.
- Accès aux soins dentaires, gynécologique, ophtalmologiques des adultes handicapés pris en charge en établissement médico-social :
 - o Développer les partenariats entre les établissements et services médico-sociaux et les professionnels libéraux ;
 - o Développer les partenariats entre les établissements et services médico-sociaux et le CHM.

• Actions et leviers de coordination avec le schéma départemental du CG

- Créer un FAM en partenariat avec le Conseil Général pouvant accueillir environ 20 personnes pour accueillir des personnes

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

mentalement ou physiquement inaptes à toutes activités à caractère professionnel.

- Créer un SAVS.

• **Actions et leviers impactant les autres politiques publiques (commission de coordination des politiques publiques)**

- Coordonner la politique des transports par un partenariat interventionniste des différents acteurs et adopter un schéma d'accessibilité en initiant un réseau de transport (transport à la demande adapté aux personnes handicapées, convention taxis) et participer au développement d'entreprises privées de transport à mobilité réduite (TMR). Lien avec les axes prioritaires de la fédération d'association.

- DEAL et collectivités territoriales : diagnostic sur l'accessibilité des logements sociaux. Intégrer l'accessibilité dans les nouveaux projets immobiliers.

- Accompagnement pour l'accès au logement locatif, location-accession ou en tant que propriétaire (plan départemental de mesures en faveur de la population en situation de précarité (Politique De la ville, DJSCS, conseil général, association des maires, SIM, CAF, DEAL).

- Communes : diagnostic sur l'accessibilité des lieux publics (loi du 11 février 2005).

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

- Créer une MAS pour des personnes lourdement handicapées ou polyhandicapées, avec maintien du nombre de prises en charges actuel : 25 places.
- Organiser l'offre de service : recours au dispositif de droit commun en privilégiant autant que possible le maintien en milieu ordinaire.
- Créer un service de soins infirmiers d'accompagnement à domicile (SSIAD) pour personnes handicapées de 15 places, associé à terme, à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SSAD).

— Pilotages associés

ARS OI, CG, CHM, Justice, CSSM, MPH, URPS, SIM, DEAL, Communes, Associations

— Echéances

Durée du schéma

— Indicateurs d'évaluation

- création d'ESMS (nombre de places créées).
- tableau de bord d'adéquation les besoins repérés et les offres de prise en charge (MDPH).

Objectif opérationnel 5

GARANTIR L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

— Éléments synthétiques de problématique

- Les adolescents et les adultes en situation de handicap ont besoin d'un accompagnement spécifique vers l'emploi. L'objectif est de leur permettre d'atteindre le niveau de compétence et d'autonomie nécessaire pour aborder le passage vers le monde adulte et réussir leur insertion professionnelle.
- L'âge des enfants en CLIS est en moyenne trop élevé (15/ 16 ans), peu d'entre eux peuvent être admis en ULIS (dispositif de second degré), voir en apprentissage pré-

professionnel.

- Absence d'établissement social ou médico-social (IME ou ITEP dotés de Section d'initiation et de Première Formation Professionnelle – ESAT – Entreprise adaptée...) sur le territoire.
- L'AGEFIPH intervient de droit à Mayotte depuis le 1er avril 2011.
- L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés est effective (avec certains aménagements) depuis le 1er janvier 2011 pour les entreprises de + de 20 salariés. En partenariat avec l'AGEFIPH, la MPH et la DIECCTE, des actions ont été initiées au bénéfice des personnes titulaires d'une

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

- Depuis plus d'un an, des prestations au bénéfice des personnes en situation de handicap ont été mises en œuvre par ACE-M'SAIDIHE avec un financement de la DIECCTE.

- Suite à un appel à projet diffusé par la MPH/DIECCTE/AGEFIPH auprès des acteurs de l'insertion professionnelle, quatre actions prioritaires sont mises en place :

- o Accompagnement spécialisé,
- o Positionnement,
- o Appui projet,
- o Formations collectives adaptées.

- L'accueil et l'orientation professionnelle des personnes handicapées sont assurés par des référents au sein de la Mission Locale et du Pôle Emploi.

- Les dispositifs de formation professionnelle, dont la VAE, sont mobilisés prioritairement pour les publics rencontrant des difficultés particulières d'insertion.

— Publics concernés

Personnes handicapées avec déficiences intellectuelles légères, déficiences motrices, auditives, visuelles et Troubles du Comportement et de la Personnalité : + 16 ans.

— Domaines d'actions transversaux et leviers

- **Actions et leviers propres à garantir l'accès à la prévention (SP)**

- **Actions de communication :**

- Campagnes d'information et de sensibilisation à destination des entreprises sur l'emploi de personnes handicapées : développement des contrats en alternance dont le contrat d'apprentissage, et les stages de découverte.

- Nomination de référents professionnels et constitution d'un annuaire opérationnel.

- **Actions et leviers impactant les autres politiques publiques (commission de coordination des politiques publiques)**

- **Repérage des besoins et adéquation de la demande** : en collaboration avec l'AGE-

FIPH, la MPH, la DIECCTE, le Pôle Emploi, les organismes de formation et les associations partenaires.

- Repérer les types d'emploi accessibles aux personnes handicapées : cartographie

- Réaliser un état des lieux partagé des initiatives en cours (institutionnelles, associatives, entreprises, individuelles) ;

- Prévenir la désinsertion professionnelle, Reconnaissance de la lourdeur du Handicap et Maintien dans l'Emploi (adaptation au poste de travail ou sur un autre poste dans l'entreprise et/ou préparation à la reconversion professionnelle) ;

- Réaliser le suivi des projets individualisés.

- **Aménagement de passerelles et cellules de transition** : en collaboration avec l'Education nationale, la DIECCTE et le Conseil Général :

- Développer les « passerelles » entre ULIS et SEGPA (conventions) ;

- Intégrer des adolescents en classes de SEGPA ;

- Développer / mettre en place les Projets Personnalisés de Scolarisation ;

- Faciliter l'intégration en lycée ou collège professionnelle ;

- Développer l'accompagnement personnalisé (AVS) ;

- Insérer dans les plans de formation régionaux, des modules spécifiques en faveur des personnes handicapées (compétences CG).

Construire des outils efficaces de gestion des projets de vie au sein des ESMS en s'appuyant sur l'équipe pluridisciplinaire de la MPH.

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

- **Organisation de l'offre de service : recours au dispositif de droit commun en privilégiant autant que possible le suivi en milieu ouvert afin de faciliter pour ces enfants leur intégration à l'âge adulte** :

- Créer des Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) au sein des IME pour les 14-16 ans : ateliers diversifiés, sans doublons entre établissements ;

- Créer un « SESSAD Pro » pour les 16-

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

20 ans visant à accompagner environ 20 jeunes handicapés vers l'insertion professionnelle ;

- Créer des places d'ESAT pouvant accueillir 15 à 20 adultes ;

- Anticiper la mise en place d'IMpro pour les adolescents en situation de handicap (SIPFP et formation professionnelle « diplômantes » pour 16-20 ans) ;

- Formaliser des partenariats ciblés entre les ESMS pour mutualiser et agir en collaboration avec les acteurs de l'insertion professionnelle.

• Développer la formation et le recrutement des « formateurs » :

- Educateurs techniques spécialisés, chargés d'insertion (CESF²²...).

— Pilotages associés

Education Nationale, MPH, CG, AGEFIPH, DIECCTE, Pôle Emploi, les organismes de formation professionnelle, DJSCS, ESMS (SESSAD - IME - ITEP- ESAT).

— Echéances

Organisation des passerelles, recensement des besoins, communication dès 2012
Organisation et offre médicosociale 2015

— Indicateurs d'évaluation

- Taux d'occupation des SESSAD pré professionnels et professionnels ;
- Taux d'occupation des ESAT ;
- Nombre de personnes handicapées en formation, en CDD et en CDI (données AGEFIPH) ;
- Taux d'occupation des SAVS.

Objectif opérationnel 6

ASSURER LE DROIT AU RÉPIT DES FAMILLES DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

— Éléments synthétiques de problématique

• Evolution des modes de vie, situation de précarité de certains foyers, le taux encore faible des aides financières accordées, développement du travail des femmes ...

• La programmation de places d'accueil de jour pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées est en émergence à Mayotte. Elle ne peut actuellement qu'insuffisamment jouer un rôle de répit pour ces familles où les femmes principalement, souvent seules, assurent un rôle prépondérant dans cette prise en charge.

• Demande forte de soutien des familles, relayée par les associations de famille (ADAPEI).

• Etude sur les politiques sociales des communes réalisées en 2008 par Jean-Michel CAUDRON²³ pour l'Association des Maires de Mayotte : nécessité de développer le droit au répit des familles qui accompagnent leurs parents âgés, et de renforcer les liens sociaux et intergénérationnels auprès et autour des personnes âgées mahoraises.

— Publics concernés

Personnes handicapées et âgées, toutes déficiences et tous âges.
Familles / aidants.

— Domaines d'actions transversaux et leviers

• Actions et leviers propres à garantir l'accès à la prévention (SP)

• formation des aidants (DJSCS/Conseil Général) : information sur la maladie ou le handicap, conseils sur les attitudes et gestes adéquats pour préserver la qualité de la relation aidants ;

• plaquette d'informations – fiches sur les droits et les organismes référents (Conseil général – CCAS – CSSM- MPH) - informations sur les lieux d'écoute et d'échanges ;

• approche transversale sur les pathologies et l'éducation thérapeutiques (CHM/ Réseau de santé).

²² Conseiller en Economie Sociale et Familiale

²³ Source : rapport URIOPSS 2011 (mission ARS-OI relative à l'établissement d'un état des lieux des conditions de vie et des dispositifs d'aide et de soins à domicile en faveur des personnes âgées de plus de 60 ans)

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- **Actions et leviers propres à garantir l'accès aux soins (SOS)**

Création d'un établissement de SSR.

- **Actions et leviers de coordination avec le schéma départemental du CG**

Agréments de familles d'accueil supplémentaires (notamment pour assurer de l'accueil temporaire).

- **Actions et leviers impactant les autres politiques publiques (commission de coordination des politiques publiques)**

- **Enfants handicapés** : « portes ouvertes » des crèches ou les écoles primaires pendant les vacances scolaires avec une mise à disposition gratuite des locaux (Coordination avec les politiques de l'Education nationale, le Conseil Général, les communes).

- **Enfants et adolescents handicapés** : Créer des espaces de loisirs afin de pallier l'absence d'accueil collectif des mineurs (ACM) à Mayotte : Ouverture aux personnes handicapées avec formation du personnel (par type d'handicap). Réflexion à mener sur le type d'accueil ou séjour : centre de loisir, séjour de vacances.... (Coordination avec la politique de la DJSCS).

- **Personnes âgées** : Créer des lieux d'accueil, de rencontre et d'animation intergénérationnelle dans chaque commune voire, par la suite, si possible, dans chaque village) : « Maison des kokos et des bakokos » (certaines Communes ont déjà avancé dans un tel projet), au cœur de la vie de la commune, lieu-pivot qui accueillera l'association des retraités et personnes âgées de la commune (Coordination avec politiques des communes, association des maires).

- **Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »**

- **Personnes handicapées de tous âges et personnes âgées** : développer l'accueil temporaire au sens de l'article L. 312-1 du CAFS, organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

- **Enfants et adolescents handicapés** : Création d'un Centre d'Accueil Familial Spécialisé, géré par un établissement médico-social ou un CAMSP, au sens des articles D.312-16, D 312-41 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Possibilité d'assurer de l'accueil temporaire. Coordination avec le Conseil Général.

- **Personnes âgées et adultes handicapés** : Création de places d'Accueil familial thérapeutique au sens de l'article L.443-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Coordination avec le Conseil Général.

- **Pilotages associés**

CHM, Education nationale, DJCS, CSSM, CG, MPH, Association des parents (ADAPEI), Service point info famille (AC-FAV), Association sport handicapé (HANDISPORT), Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA), ESMS, Fédération des associations de retraités et personnes âgées de Mayotte et associations de personnes âgées, Associations des Maires de Mayotte, CCAS, ARS OI.

- **Echéances**

Durée du schéma

Priorités :

- formations aux aidants ;
- communication auprès des aidants de leurs droits et des aides proposées ;
- élaboration de contrats et de conventions permettant la collaboration des institutionnels afin d'organiser l'accueil temporaire des enfants handicapés ;
- mettre en place une expérimentation d'accueil et de prise en charge thérapeutique pour les personnes âgées dépendantes.

- **Indicateurs d'évaluation**

- Augmentation du nombre de familles d'accueil ;
- Enquête auprès des aidants ;
- Nombre d'enfants pris en charge dans le cadre d'une solution d'accueil temporaire ;
- Nombre de personnes âgées prises en charge en accueil de jour ;
- Fréquentation et programmes d'activités des lieux d'accueil, de rencontre et d'animations intergénérationnelles dans les communes.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif opérationnel 7

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE COORDONNÉE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS

— Éléments synthétiques de problématique

- A Mayotte, le recrutement de professionnels dans les métiers sociaux ou de santé reste un problème majeur : pas ou peu d'infrastructure permettant d'assurer une formation professionnelle sur l'île.
- S'agissant de formation sous statut scolaire : on recense deux UFA sanitaire et social : à KAHANI et à KAWENI.
- Le choix des adolescents est souvent un choix fondé sur la proximité de l'établissement plus qu'un choix de métier.
- S'agissant de formation nouvelle ou de formation continue pour les adultes : ARS-DJSCS-CHM- secteur privé.
- Il est constaté que seules 20% des formations suivies sont des formations certifiantes (taux DTEFP Mayotte 2008).

De fait, on peut noter que le faible niveau des candidats conduit à de nombreux échecs. A défaut de structure existante, beaucoup d'entre eux sont obligés de « s'expatrier » pour continuer des études ou des formations professionnelles et ce dans des conditions financières souvent très précaires, diminuant par là même leur chance de réussir.

Le développement du secteur libéral dans le domaine médical et paramédical est récent et demeure en deçà des besoins. Cela se justifie, d'une part, par l'absence de régime de mutuelles, et d'autre part, par l'inapplicabilité des conventions collectives nationales, générant des disparités entre les traitements des salariés. Ces métiers peu attractifs restent soumis à un « turn over » important nuisant au développement du secteur.

— Publics concernés

Mahorais âgés de plus de 16 ans

— Domaines d'actions transversaux et leviers

- **Elaboration d'un contrat de plan de développement de la formation profes-**

sionnelle en lien avec le CG la DJSCS, la DIECCTE, Education nationale, et les organismes de formation :

- Préparer et organiser les concours du social et du médico-social : IFSI (infirmier) – IRTS (assistante sociale, éducateur spécialisé,...) ASFA (puéricultrice) IFCASS (paramédical et travail social).
- Initier des mesures préalables de remise à niveau scolaire, et la mise en place de formations longues.
- Développer les contrats en alternance.
- Organiser des formations concernées par la **procédure d'admission post bac** en particulier pour l'entrée en première année commune aux études de santé (PACES) quatre filières : médecine, pharmacie, odontologie et sage-femme) et les préparations des professions paramédicales et sociales.

• **Elaboration d'un plan départemental de formation en lien avec le Conseil général** (transfert des compétences de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi de l'Etat vers le Conseil général en janvier 2008). Trois axes principaux :

- la mobilisation des publics ;
- la mobilisation sur les savoirs de bases ;
- la mobilisation sur des métiers à forte demande sur Mayotte : métiers des services à domicile, métiers de l'insertion, métiers santé paramédical et social (ADVF- assistante de vie aux familles/ Auxiliaire de puéricultrice).

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

Soutien au développement des compétences des personnels intervenant auprès des personnes handicapées en accompagnement à domicile, en milieu ouvert ou en institutions soit par voie de VAE soit par une formation complète en collaboration avec l'UNIFAF et la CNSA (estimation des moyens humains nécessaires pour développer l'activité des ESMS : 150 personnes).

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Pilotages associés

CG, DIECCTE, Education Nationale, les organismes de formation, ESMS, UNIFAF, CNSA, ARS OI.

— Echéances

Elaboration des plans de formations 2012 en lien avec le Service Public de l'Emploi et le Comité Mahorais de Développement de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

— Indicateurs d'évaluation

- Nombre de personnes ayant validé des VAE ;
- % adéquation entre les besoins de postes qualifiés et les ressources disponibles.

Objectif opérationnel 8

ELABORER UNE POLITIQUE COMMUNE ET FAVORISER LES COOPÉRATIONS

— Éléments synthétiques de problématique

La coopération est l'un des enjeux majeurs de réussite de l'accompagnement et de la fluidité des parcours de vie des personnes en situation d'handicap.

Cette réalité s'impose d'autant plus à Mayotte où la dynamique naissante ne doit pas souffrir d'un manque de cohésion, dans un contexte de mutation administrative et sociétale important : il s'agit donc d'optimiser les synergies afin de pallier les insuffisances constatées.

De plus, il apparaît que la mise aux normes du droit commun dans le secteur social et médicosocial se heurte à des problèmes de structuration des associations ou des entreprises et de manque de moyens pérennes, notamment en ressources humaines.

En effet, des actions associatives soutenues par les pouvoirs publics (Etat, Conseil Général, Caisse de Sécurité Sociale) ont contribué à assurer une première prise en charge des besoins sociaux et médico-sociaux des personnes handicapées à Mayotte. Mais, pour devenir des ESMS, ces associations doivent affronter des problématiques communes qui concernent notamment²⁴ :

- **La Vie associative (gouvernance) ;**
- **La GRH** (faible attractivité pour les professionnels diplômés et expérimentés, faible niveau de rémunération, difficulté de la professionnalisation, absence de normes collectives communes (conventions collectives

métropolitaines non applicables à Mayotte, disparité importante entre associations d'un même champ en matière de rémunération et de référence collective) ;

- **La situation budgétaire** (contraintes budgétaires faisant peser sur les associations des risques de gestion déséquilibrée, budgets non sécurisés, sources de financement multiples, risques de cessation de paiement pour certaines associations) ;
- **La logistique** (Difficultés pour gérer au mieux les transports des bénéficiaires ou la restauration, des locaux peu adaptés, problématique du foncier à Mayotte).

— Publics concernés

Tout public handicapé ou personnes âgées

— Domaines d'actions transversaux et leviers

Elaboration d'une culture commune à tous les acteurs du handicap : collaboration entre MPH, CHM, les réseaux, les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, le Conseil Général (ASE-PMI-UNCAS), DJSCS :

- disposer d'un dossier de soins pluridisciplinaires par personne en situation de handicap ;
- nommer des coordinateurs pour des pathologies spécifiques ;
- Valider des protocoles de prise en charge ;
- Institutionnaliser le COPIL médicosocial avec l'ensemble des acteurs concernés.

²⁴ Source : rapport URIOPSS 2011 (mission ARS-OI relative à un Projet de coopération des associations du champ du handicap à Mayotte)

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

Constituer une fédération d'association afin de :

- sécuriser les fonctionnements associatifs (professionnalisation des dirigeants et échanges inter associatifs, culture associative commune, règles partagées de gouvernance) ;
- organiser la première réponse aux appels à projets (pour une approche concertée) ;
- gestion des ressources humaines (convention collective applicable, gestion prévisionnelle des emplois et compétences, formation professionnelle, ...) ;
- logistique (service de transport, service de restauration, partage de locaux pour les prestations).

Un Groupement de Coopération Médico-social au sens de l'article L.312-7 du CASF pourrait être envisagé comme une modalité d'organisation pour certains chantiers.

— Pilotages associés

MPH, ESMS, DJSCS, CG, ARS OI, Associations et ESMS.

— Echéances

Dès 2012 et sur la durée du schéma

— Indicateurs d'évaluation

- GCSMS créé et opérationnel ;
- Nombre de référents ou coordinateurs ;
- Enquêtes de satisfaction des publics concernés.

Objectif opérationnel 9

COMMUNIQUER SUR LES DROITS DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

— Éléments synthétiques de problématique

L'étude sur les politiques sociales des communes, réalisée en 2008 par Jean-Michel CAUDRON pour l'Association des Maires de Mayotte, avec l'aide de la Fédération des associations de retraités et personnes âgées de Mayotte, ainsi que l'étude réalisée en 2011 par l'URIOPSS de La Réunion-Mayotte, pour la DIM ARS OI, proposant la préfiguration d'un plan d'action gérontologique, ont démontré la nécessité de développer l'accès à leurs droits pour les personnes âgées mahoraises.

De même, le schéma d'orientation envers les personnes handicapées 2008-2012 de Mayotte rappelait cette nécessité.

Aujourd'hui, alors que leur création n'est possible que depuis 2007, un seul CCAS a été créé, par la Municipalité de PAMANZI, entre autres avec l'impulsion de l'UNCCAS. De même, aucun CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) n'existe sur Mayotte. Par ailleurs, la Fédération des associations des retraités et personnes âgées de Mayotte active la création d'associations de retraités dans chacune des communes.

— Publics concernés

Personnes âgées et personnes handicapées.

— Domaines d'actions transversaux et leviers

Permettre l'accès aux droits :

- Mettre en place un guichet unique pour les personnes âgées et leur famille en transformant la MPH en MDA (Maison Départementale de l'Autonomie) : informations, orientations (annuaire partagé), système d'information avec des référents par thème (dossier sécurité sociale, dossier retraite, dossier aide logement, etc.).
- Création d'espaces-ressources personnes âgées/personnes handicapées à partir des CCAS/CIAS (Centre Intercommunal d'Action Sociale) à l'échelon des Unités d'Action Sociale, relais locaux de la MDA pour assurer l'information et l'orientation des personnes et de leur famille.

DESCRIPTION DES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Organisation d'un maillage dans les villages de personnes-relais, membres des associations de retraités locales, afin de faciliter la connaissance des espaces-ressources personnes âgées/personnes handicapées et l'accompagnement vers ceux-ci.
- Accompagnement les PA/PH grâce à un plan d'aide individualisé au sein d'espaces personnes âgées/ personnes handicapées.

— Domaines d'actions et leviers « cœur de métier SOMS »

- Créer une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) départementale, s'appuyant sur la MDA, qui permettra de doter en personnel compétent (dans l'information/orientation mais aussi dans la conception, l'accompagnement et l'évaluation d'un plan d'aide individualisé, ainsi que dans l'organisation intégrée d'un dispositif gérontologique territorial).
- Etablir un plan pluriannuel de communication du SOMS, correspondant aux objectifs du schéma.

— Pilotages associés

CG, ARS, MPH, Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte, Fédération des associations de retraités et personnes âgées de Mayotte et associations de personnes âgées, Associations des Maires de Mayotte, Mairies, CCAS.

— Echéances

2012 : Plan pluriannuel communiqué
Durée du schéma : mise en œuvre des actions programmées et communiquées.

— Indicateurs d'évaluation

- Nombre de contacts des espaces-ressources ayant débouché sur des informations/orientations.
- Nombre de contacts des espaces-ressources ayant débouché sur la conception de plans d'aide individualisé.
- Nombre de plans d'aide individualisé accompagnés par les espaces-ressources.
- Nombre de plans d'aide individualisé évalués par les espaces-ressources.







Projet de Santé
Réunion-Mayotte



Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis cedex 09
Tél : 02 62 97 97 00 - Fax : 02 62 97 97 18

www.ars.ocean-indien.sante.fr

