



# **SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE**

## SOMMAIRE

<b>PROPOS INTRODUCTIFS</b>	<b>P.03</b>
<b>DIAGNOSTIC ET PRIORITES DU SROMS</b>	<b>P.04</b>
Présentation de la méthodologie mise en œuvre	P.04
Principaux éléments de diagnostic recueillis	P.05
Principaux enjeux du secteur médico-social	P.09
Zoom sur trois filières de prise en charge	P.11
<b>AXE 1 AFFINER L'IDENTIFICATION DES BESOINS DU SECTEUR MEDICO SOCIAL</b>	<b>P.32</b>
Définir un outil d'information partagé et régionalisé	P.33
Mettre à disposition des usagers des informations lisibles	P.35
<b>AXE 2 FAVORISER LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE</b>	<b>P.37</b>
Prendre en compte la place de l'aidant	P.38
Favoriser la qualité de la prise en charge à domicile par la formation des professionnels	P.40
Garantir une prise en charge coordonnée et efficiente à domicile	P.42
Développer les structures d'accompagnement à domicile	P.47
<b>AXE 3 AMELIORER L'OFFRE D'ACCUEIL ET LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT</b>	<b>P.50</b>
Installer les places d'hébergement autorisées	P.51
Créer et adapter les structures médicosociales d'hébergement pour répondre à l'évolution des besoins	P.52
Promouvoir la qualité et l'efficacité des prises en charge	P.56
<b>AXE 4 DEVELOPPER LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP ET DU VIEILLISSEMENT</b>	<b>P.60</b>
Coordonner les acteurs et clarifier les filières de prise en charge	P.61
<b>CONSOLIDATION TERRITORIALISEE</b>	<b>P.64</b>
<b>SYNTHESE</b>	<b>P.83</b>

## GLOSSAIRE

AJ : accueil de jour

ASG : assistant de soins en gérontologie

AVS I : auxiliaire à la Vie Scolaire Individualisé

CAMSP : centre d'Action Médico-sociale précoce

CDCPH : comité consultatif départemental des personnes handicapées

CICAT : centre d'information et de conseil en aides techniques

CLIC : centre local d'information et de coordination

CLIS : classes pour l'inclusion scolaire (école primaire)

CMP : centre médico psychologique

CMPP : centre médico-psycho pédagogique

CODERPAG : comité départemental des retraités et personnes âgées de Guadeloupe

CRA : centre de ressources autisme

CRP : centre de rééducation professionnelle

CTRA : comité régional de l'autisme

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : équipe spécialisée Alzheimer au sein de SSIAD

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

EVS : emploi vie scolaire

FAM : foyer d'accueil médicalisé

GEM : groupe d'entraide mutuelle

HAD : hospitalisation à domicile

HT : hébergement temporaire

IDEL : infirmier diplômé d'Etat libéral

IEM : institut d'éducation motrice

IME : institut médico-éducatif

IREPS: institut régional d'éducation pour la santé

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MAS : maison d'accueil spécialisée

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

OIH : observatoire des inadaptations et du handicap

ORSAG : observatoire régional de santé de Guadeloupe

PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

PU PH : professeur d'université - praticien hospitalier

SAIS : service d'aide à l'intégration sociale

SAMSAH : service d'accompagnement médico social des adultes handicapés

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SSEFIS : service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UEROS : unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle

UHR : unité d'hébergement renforcé

ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire (second degré)

URPS : unions régionales des professions de santé

USLD : unité de soins de longue durée

## Propos introductifs

Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'Agence Régionale de Santé, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'Agence Régionale de Santé. Pour les établissements et services relevant de la compétence conjointe de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Général, les objectifs régionaux sont établis et actualisés au regard du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêté par le Conseil Général.

Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme régional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé après consultation de la commission de coordination médico-sociale et avis du président du Conseil Général. Cet outil de planification concertée détermine les objectifs opérationnels à 5 ans en s'appuyant sur un diagnostic partagé, multidimensionnel croisant les besoins et les attentes avec les ressources disponibles.

Le SROMS est un outil de référence juridique en ce qu'il est opposable aux tiers, au travers des appels à projet et des autorisations médico-sociales. Il traduit les grands axes de structuration de la politique médico-sociale.



# Diagnostic et priorités du SROMS

## Présentation de la méthodologie mise en œuvre

Dans le cadre du travail d'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région, le domaine « Handicap et Vieillessement » a été analysé sous l'angle du diagnostic de l'offre médico-sociale. Ce travail a été réalisé avec l'appui des acteurs de santé impliqués dans cette première phase de concertation, tels que les professionnels de santé, les usagers, les élus et les experts.

Les membres de l'Atelier « **Handicap et Vieillessement** » ont procédé à une évaluation des besoins et à une analyse de l'offre à partir des données objectives existantes dans le secteur. **Le diagnostic de l'offre médico-sociale a été mis à disposition de tous les acteurs concernés et a pu ainsi être complété.** Cette phase de diagnostic a ensuite permis de dresser **trois priorités de santé dans le domaine médico-social.**

L'ARS et ses partenaires, dans le cadre de la Commission de coordination des politiques publiques du secteur médico-social, ont ensuite complété et retenu la liste des besoins et des priorités d'actions à mener.

Les éléments issus de ce diagnostic multidimensionnel et partagé ont permis de questionner le champ médico-social dans ses organisations et de distinguer les points de rupture, les niveaux insuffisants de prise en charge, les besoins d'adaptation et de transformation des organisations.

Il importe néanmoins de souligner que, compte tenu des données disponibles et exploitables sur le champ médico-social, ce diagnostic n'a pu porter que sur quelques unes des dimensions.

Le bilan de l'offre de santé, produit par l'ARS et complété par les membres de l'atelier Handicap et Vieillessement, a été soumis aux membres de la CSA pour avis et également mis à disposition des membres des autres instances de l'ARS.

Les Conférences de territoire, du Sud Basse Terre, du Centre et des Iles du Nord, se sont approprié ce diagnostic ainsi que les orientations stratégiques prioritaires arrêtées.



## Principaux éléments de diagnostic recueillis

Le secteur médico-social est traversé par des **constats** qui, au-delà des contingences et particularités locales, se retrouvent de manière homogène au niveau national.

### ✚ La situation démographique

Le phénomène du vieillissement comporte plusieurs aspects :

→ La transition démographique liée à l'allongement de l'espérance de vie et ses conséquences en termes de montée du poids des maladies chroniques (et question des handicaps liés aux maladies chroniques), ainsi qu'en termes de poly pathologies du vieillissement ;

→ L'allongement de l'espérance de vie touche l'ensemble de la population, y compris la population en situation de handicap, ce qui interroge les organisations ;

→ Le niveau actuel de l'espérance de vie sans incapacité<sup>1</sup>, qui demeure encore très inférieur à l'espérance de vie globale.

La Guadeloupe verra sa population augmenter de 2,30% entre 2007 et 2020 tandis que cette évolution avoisinera à peine 0,02% entre 2007 et 2040. La population est jeune mais ce sont les tranches d'âge de plus de 60 ans qui progresseront le plus.

La part des plus de 60 ans dans la population guadeloupéenne serait multipliée par 2,4 entre 2007 et 2040 ; celle des 80 ans et plus, serait presque quatre fois plus importante.

La part des personnes de 75 ans et plus dans la population totale est plus faible que dans les autres régions de métropole mais sa progression d'ici à 2040 sera beaucoup plus forte : en 2007, la part des plus de 75 ans représentait 5,63% de la population guadeloupéenne ; en 2040 elle représentera 19,28%.

### ✚ Les inégalités territoriales dans la répartition de l'offre

L'accès à certaines structures n'est pas facilité par l'offre de transport dont la desserte est parfois insuffisante sur certaines franges du territoire. Cette offre peut également ne pas être accessible du fait de son coût, notamment

---

<sup>1</sup> Le niveau d'espérance de vie sans incapacité reste encore, au niveau national, très inférieur à l'espérance de vie globale – cette donnée ne peut pas encore être déclinée au niveau des régions.

dans une région marquée par une forte proportion d'allocataires de minimas sociaux.

L'inégalité se situe aussi au niveau de la démographie médicale et de la répartition territoriale des professionnels de santé – médicaux et paramédicaux, libéraux ou salariés des structures médico-sociales ou sanitaires.

Les inégalités territoriales se doublent d'inégalités de l'offre médico-sociale selon les types de déficiences, qui sont peu ou pas pris en charge.

### **Les inégalités de santé**

Le constat de la précarisation du corps social est particulièrement prégnant en Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

Il est admis que la situation sociale est un facteur de risque de handicap (moindre accès à la prévention, accident de travail, accès insuffisant aux soins ad hoc...) et que la situation sociale entraîne des différences dans les solutions de prise en charge.

Il faut souligner également que les contraintes financières influent sur le choix des solutions de prise en charge, notamment pour les personnes âgées.

### **Une organisation particulière du médico-social**

Le secteur médico-social, traditionnellement départementaliste, est très diversifié en ce qu'il couvre le champ du handicap, des personnes âgées, des addictions ou des difficultés spécifiques.

C'est un secteur qui est morcelé où plusieurs gestionnaires, majoritairement associatifs, se répartissent la prise en charge des handicaps et de la dépendance liée au vieillissement.

Ce secteur par ailleurs est impacté par le rôle important des aidants. Or, à ce jour, les structures de répit sont peu développées en Guadeloupe alors qu'elles constituent une solution pour ces derniers. De même les formations et informations à destination des aidants ne sont pas encore suffisamment développées.

La particularité de cette organisation rend peu, voire pas, lisibles les filières de prise en charge du handicap et du vieillissement.

Or, la coordination des professionnels intervenant à domicile fait défaut car exception faite de Marie-Galante, il n'existe en Guadeloupe ni Centre local d'information et de coordination (CLIC), ni réseau gérontologique, ni réseau Handicap.



### **Une connaissance partielle des besoins**

→ Les connaissances épidémiologiques sont limitées.

→ Les données sur l'incidence et la prévalence des handicaps et des dépendances liées au vieillissement sont pratiquement inexistantes même si elles peuvent parfois être obtenues par extrapolation d'enquêtes nationales (Handicap Santé Ménage, enquête PAQUID<sup>2</sup>).

Les données de la Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH) sur les types de déficiences et les types d'orientation en établissement et service médico-social ne sont pas encore disponibles.

### **Une efficacité coût/qualité à développer**

Les établissements et services doivent tendre vers cet objectif d'efficacité de façon à ce qu'une prise en charge de qualité soit rendue au meilleur coût.

La mise à jour et l'exploitation des indicateurs médico-sociaux sont des outils d'aide à l'atteinte de cet objectif de convergence tarifaire tout en maintenant la qualité de la prise en charge.

Parallèlement, le développement de contrôles ou d'évaluations ciblés des prises en charges médicales et paramédicales d'une part et du fonctionnement administratif des structures d'autre part, en lien avec la Caisse Générale de la Sécurité Sociale, est un outil à privilégier dans un cadre partenarial et pluridisciplinaire.

### **Une offre à développer car insuffisante**

L'offre, insuffisante dans certains secteurs, était dans le passé adaptée à des objectifs de planification qui ont aujourd'hui évolué.

D'une part, cette offre doit être adaptée à l'objectif de désinstitutionalisation des enfants en situation de handicap tel que l'a rappelé le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe dans une recommandation adoptée le 3 février 2010.

D'autre part, elle doit prendre en compte l'objectif de maintien en milieu de vie ordinaire des personnes âgées dépendantes.

La prise en charge en structure d'hébergement doit être organisée pour certains usagers pour lesquels aucune offre, ou aucune offre suffisante, n'existe (troubles du caractère et du comportement, polyhandicapés, patients

---

<sup>2</sup> PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible. Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003.

en situation d'impasse hospitalière ou «inadéquats»; troubles sensoriels ; handicap psychique ou encore malades d'Alzheimer et troubles apparentés....).

Enfin, la demande de coordination de ces secteurs est unanime tant les circuits de prise en charge paraissent complexes et difficilement accessibles.

Cette coordination est de nature à permettre que les prises en charge médico-sociales, tant à domicile qu'en institution, se fassent dans un contexte d'efficience et de qualité qui aujourd'hui semblent améliorables.

Améliorables du point de vue des usagers et de leur famille quant à leur lisibilité, leur accessibilité, quant à la fluidité des parcours mais aussi quant aux mises en réseau inter établissements.

Améliorables aussi du point de vue des décideurs et financeurs quant aux réalités de coopérations entre les secteurs sanitaires (hospitaliers et ambulatoires), médico-social et social.

A ces constats correspondent de forts enjeux d'amélioration de l'offre médico-sociale.



## Principaux enjeux du secteur médico-social

### ✚ Des enjeux démographiques

Le phénomène du vieillissement implique une adaptation de l'offre aux besoins croissants des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Le maintien à domicile répond à une demande forte tant des personnes âgées que des personnes en situation de handicap. Mais il doit être organisé, en lien avec les collectivités territoriales, de façon à en garantir la qualité.

### ✚ Des enjeux liés à la connaissance des besoins

Les besoins ont été jusqu'ici identifiés sur la base de la comparaison des taux d'équipement régionaux au regard des indicateurs nationaux.

Afin d'éclairer l'action des décideurs, il convient :

→ D'optimiser les autres données disponibles, y compris via l'extrapolation régionale des données issues d'enquêtes nationales, malgré leur caractère limité ;

→ De développer des axes de recherche et d'études régionales ciblées avec tous les acteurs du secteur.

### ✚ Des enjeux d'organisation

→ Un enjeu de réduction des inégalités territoriales de l'offre.

→ Un enjeu d'augmentation quantitative et de transformation qualitative du secteur pour répondre à des besoins, qui, s'ils sont mal identifiés, n'en demeurent pas moins en développement (indicateurs de pression de la demande tels que les personnes à domicile sans solution, amendements Creton...).

→ L'émergence de nouveaux métiers et l'évolution des métiers liés à l'accompagnement des personnes et de leurs aidants (domicile ou institution)

→ Le morcellement et la dispersion des promoteurs : enjeux relatifs au poids des gestionnaires, à leur organisation locale, départementale, régionale.

→ Une étanchéité des catégories juridiques des dispositifs, confrontée à une exigence d'intégration et de vision globale de la dépense (exemple des liens Hospitalisation A Domicile -Services de Soins Infirmiers A Domicile-Actes Infirmiers de Soins).

### ✚ Des enjeux d'efficience : un service de qualité au meilleur coût

→ Des progrès attendus dans l'efficience des ressources.

→ Une qualification appropriée des intervenants œuvrant dans le champ des services à la personne

→ Une accessibilité à des services adaptés à des coûts acceptables et organisation territoriale optimisée.

→ Une exigence de suivi continu et fin de la dépense médico-sociale

→ La bientraitance et la qualité de service doivent être recherchées en vue de l'émergence de bonnes pratiques professionnelles en établissements et services

→ Une régulation en mutation :

Une régulation par l'efficience :

- Régulation des IDEL
- Contrôle des établissements (capacité autorisée et file active)
- Contrôle de l'activité des professionnels libéraux intervenant dans les structures médico-sociales particulièrement les EHPAD

Une régulation de l'offre de service :

- La recherche du développement de l'offre
- La nouvelle procédure d'autorisation par appel à projets (promotion de la continuité des filières)

Une régulation par les leviers financiers :

- Une tarification régulée par les dépenses / convergence tarifaire et tarification à la ressource
- Montée en charge de la coopération et de la contractualisation
- Évolution de la tarification des SSIAD, des EHPAD
- Pathos : tarification au besoin de soins requis

### **Des enjeux de réduction des inégalités sociales**

→ Ambition d'inscrire les personnes accompagnées par les services médico-sociaux dans la cité ;

→ Diminution des inégalités sociales pesant sur le handicap et la perte d'autonomie ;

→ Nécessité de prévenir la précarisation



## Zoom sur trois filières de prise en charge

### ✚ Filière gériatrique

La filière gériatrique telle que définie par la circulaire du 28 mars 2007 n'existe pas en Guadeloupe.

Face à la forte évolution démographique des personnes âgées, les dispositifs de prise en charge actuels doivent être adaptés pour répondre aux besoins spécifiques de ces usagers, souvent porteurs de poly pathologies.

L'objectif unanimement partagé de maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie ordinaire, dès lors qu'il s'agit d'un choix, ne peut se concevoir sans une mise à leur disposition d'une offre médico-psycho-sociale globale et graduée.

Le dispositif doit permettre d'accéder non seulement à une offre de proximité mais aussi à un plateau technique identifié.

Seule cette organisation structurée et graduée est susceptible de leur garantir un parcours « sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance »<sup>3</sup>.

La structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés est basée sur le développement d'une filière gériatrique en Guadeloupe qui intègre en amont les hôpitaux de proximité, en aval un plateau technique gériatrique, très fortement relié aux professionnels intervenant à domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

#### **Le territoire d'implantation de la filière gériatrique :**

Les types de prise en charge peuvent se décliner ainsi :

→ Hospitalisations non programmables = urgences dédiées, équipe mobile de gériatrie et court séjour gériatrique ;

→ Hospitalisations programmables = soit court séjour gériatrique, lits de médecine des hôpitaux de proximité ou lits de soins de suite et en aval des lits de soins de longue durée ou des places en Hospitalisation A Domicile ou en Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes.

→ Bilans réalisés à froid = hôpital de jour ou consultation gériatrique. Les services de courts séjours peuvent être sollicités pour des hospitalisations de bilan très courtes quand une prise en charge en hôpital de jour n'est pas possible.

Cette offre serait opportunément complétée par :

→ La création d'un « réseau » ou d'une plateforme de coordination gérontologique.

<sup>3</sup> Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

→ La labellisation de 2 Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA) : 1 en Territoire de Santé Centre et 1 en Territoire de Santé Sud Basse Terre qui a vu le jour au cours du dernier trimestre 2011. Elle est portée par l'hôpital de Capesterre. L'équipe est composée d'un pilote et de deux gestionnaires de cas.

→ La Création de 2 Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) permettant d'orienter au mieux les malades atteints de syndromes psychiatriques - à déterminer : dans un service de soins de suite (pendant de la consultation mémoire)

La mise en place d'une telle filière requiert une coopération forte avec : Les services ou unités de soins palliatifs, le réseau de cancérologie et le secteur psychiatrique (équipes sectorielles ou intersectorielles « volantes » susceptibles d'intervenir à la demande du coordonnateur de la filière de chaque territoire et une unité de gérontopsychiatrie en hospitalisation complète de courte durée).



REQUIS	EXISTANT
Un établissement de santé support - Coordination médicale de la filière par un gériatre PU-PH ou MC4, disposant de : → Unité d'accueil des urgences gériatriques dédiée - en intra ou par conventionnement → Court séjour gériatrique (25 places pour 1000 habitants de + de 75 ans) - en intra → Moyen séjour gériatrique - en intra ou par conventionnement → Consultation mémoire - en intra → Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique - en intra → Soins de suite et de réadaptation gériatriques - en intra ou par convention	Non Non Non Oui Non Non
↓	↓
Etablissements autres membres de la filière → Soins de suite et de réadaptation gériatriques OU → Soins de longue durée	Non Oui : 3 USLD de 165 places
↓	↓
Hôpitaux de proximité/Hôpitaux locaux → en amont : prise en charge en amont dans les lits de médecine → en aval : soins de suite gériatrique ou soins de longue durée	Oui Non Oui
↓	↓
HAD	Oui : 240 places environ
Médecins traitants	Oui
EHPAD	Oui - 514 lits d'hébergement permanent
SSIAD	Oui - 640 places
Structures de coordination : CLIC, MAIA, réseau	1 CLIC, 3 autres en projet / 1 MAIA créée / pas de réseau

<sup>4</sup> Maître de conférences

## ✚ Filière Alzheimer et maladies apparentées

Selon une extrapolation de l'enquête PAQUID en Guadeloupe, on estime qu'il y aurait 800 malades de l'Alzheimer dans la tranche 60-75 ans, et 2 800 patients atteints de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés pour les personnes âgées de plus de 75 ans. L'âge moyen de la prise en charge est de 81, 9 ans.

Le Plan national Alzheimer 2008-2012 prévoit 44 mesures parmi lesquelles :

- La labellisation des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) et la mise en place de coordonnateurs territoriaux : une MAIA devrait être installée en Guadeloupe en 2011/2012. Elle constituera un véritable guichet unique, un lieu d'orientation de la prise en charge, avec le conseil des médecins, des assistants sociaux, pour construire un parcours personnalisé de prise en charge avec l'aide du coordonnateur.
- Le renforcement du soutien à domicile par des personnels qualifiés : 30 Aides soignants et Aides médico-psychologiques ont été formés au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2010 à la qualification d'assistants en soins de gériatrie (ASG) dans ce but, cette première promotion étant composée à 80% de personnels issus des SSIAD. 30 autres l'ont été aussi en 2011.
- La création de « consultations mémoire » et de "centres mémoire de ressource et de recherche".

**Une Consultation Mémoire fonctionne au Centre Hospitalier de Basse-Terre.** Elle est située au sein du service de gériatrie du CHBT. Elle permet aux patients présentant des troubles de la mémoire, de bénéficier d'un diagnostic précis et d'une prise en charge adaptée de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées. Ces consultations sont ouvertes à toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs (troubles du raisonnement, du jugement, de la compréhension...). Le patient doit avoir été préalablement adressé par son médecin traitant.

Par ailleurs, un **Centre de Mémoire de Recherche et de Ressources (CMRR)** existe au Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre. Cette consultation spécialisée dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées a été instituée en janvier 2004. Elle constitue le second niveau de diagnostic et de prise en charge des maladies d'Alzheimer. Le centre assure plutôt des diagnostics précoces et traite les patients dont les troubles nécessitent une expertise approfondie. Au-delà de la prise en charge des diagnostics complexes, il assure les formations et les enseignements universitaires. Il a également pour mission d'évaluer les nouveaux outils diagnostics ainsi que les nouveaux médicaments. Il est aussi un lieu de recherche dans le domaine des démences et du vieillissement. Enfin, les spécialistes y mènent des réflexions éthiques.

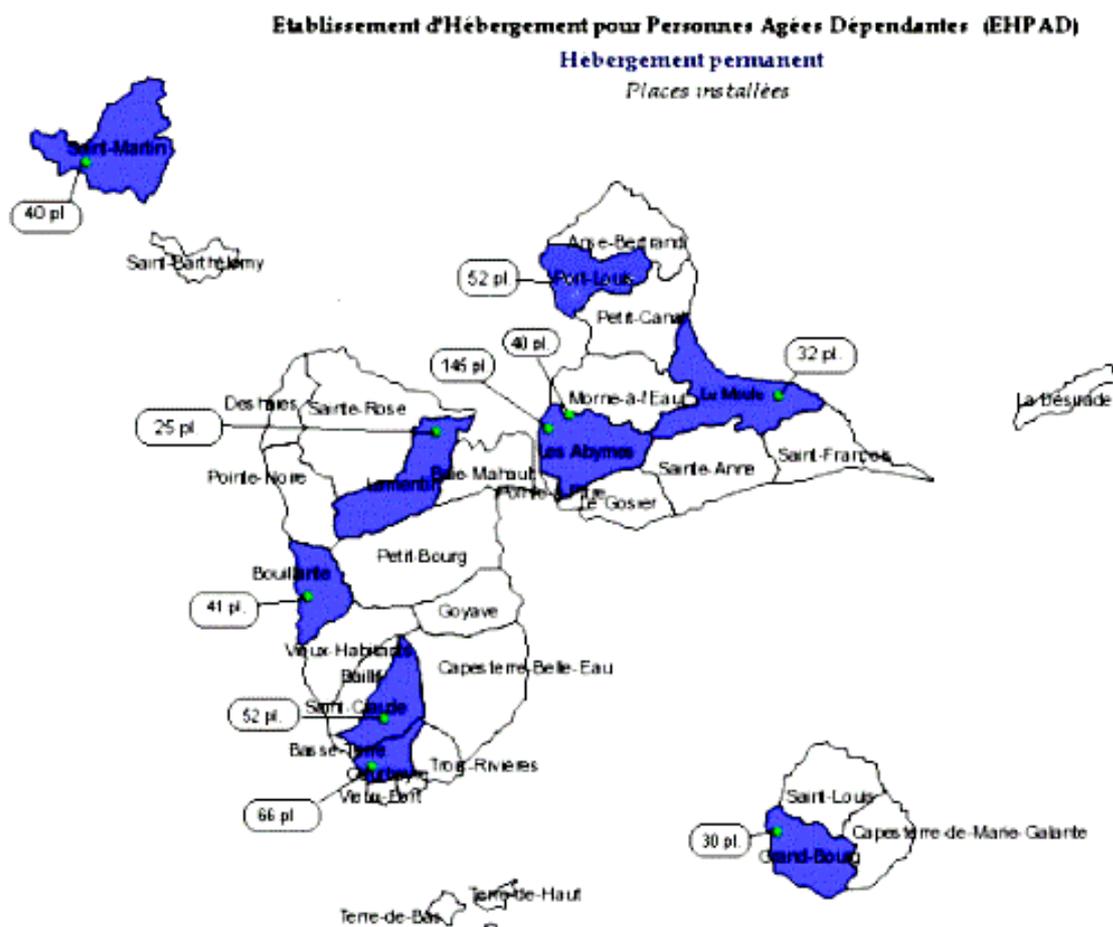
→ La création dans les EHPAD d'unités adaptées pour les malades présentant des troubles comportementaux : Une unité est identifiée aux Abymes et une autre le sera prochainement à Gourbeyre. D'autres EHPAD et Unités de Soins de Longue Durée accueillent également ce type de résidents et de patients mais pas obligatoirement au sein d'unités dédiées.

→ La création dans les EHPAD de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et d'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) est prévue en Guadeloupe. Des projets sont en cours d'instruction. Ainsi 7 PASA et 1 UHR sont susceptibles d'être créés dans le cadre du Plan Alzheimer.

→ La formation et information des aidants familiaux est aujourd'hui assurée par l'Association France Alzheimer.

→ Le Plan Alzheimer 2008/2012 prévoit la déclinaison régionale d'opérations de formation des aidants.

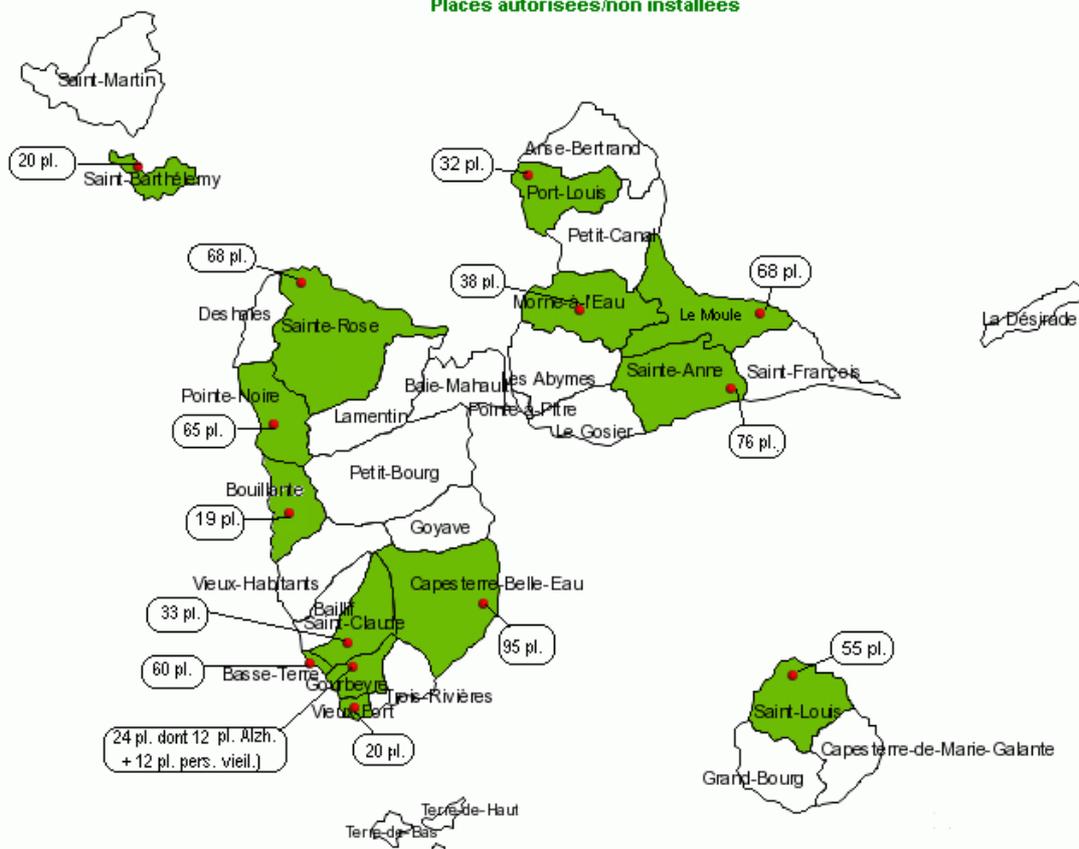
### CARTOGRAPHIE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES/PERSONNES AGEES



### Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

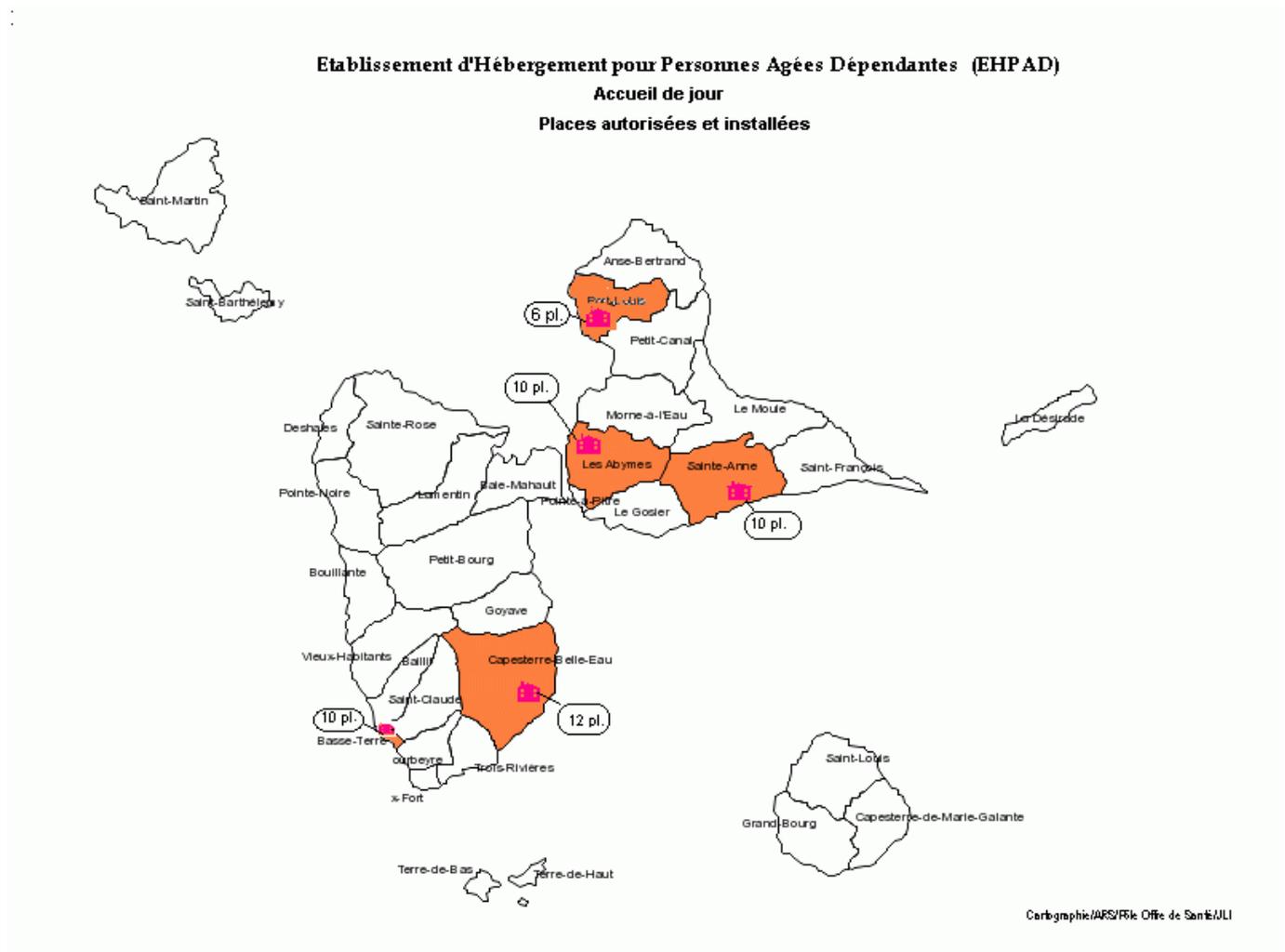
#### Hébergement permanent

#### Places autorisées/non installées

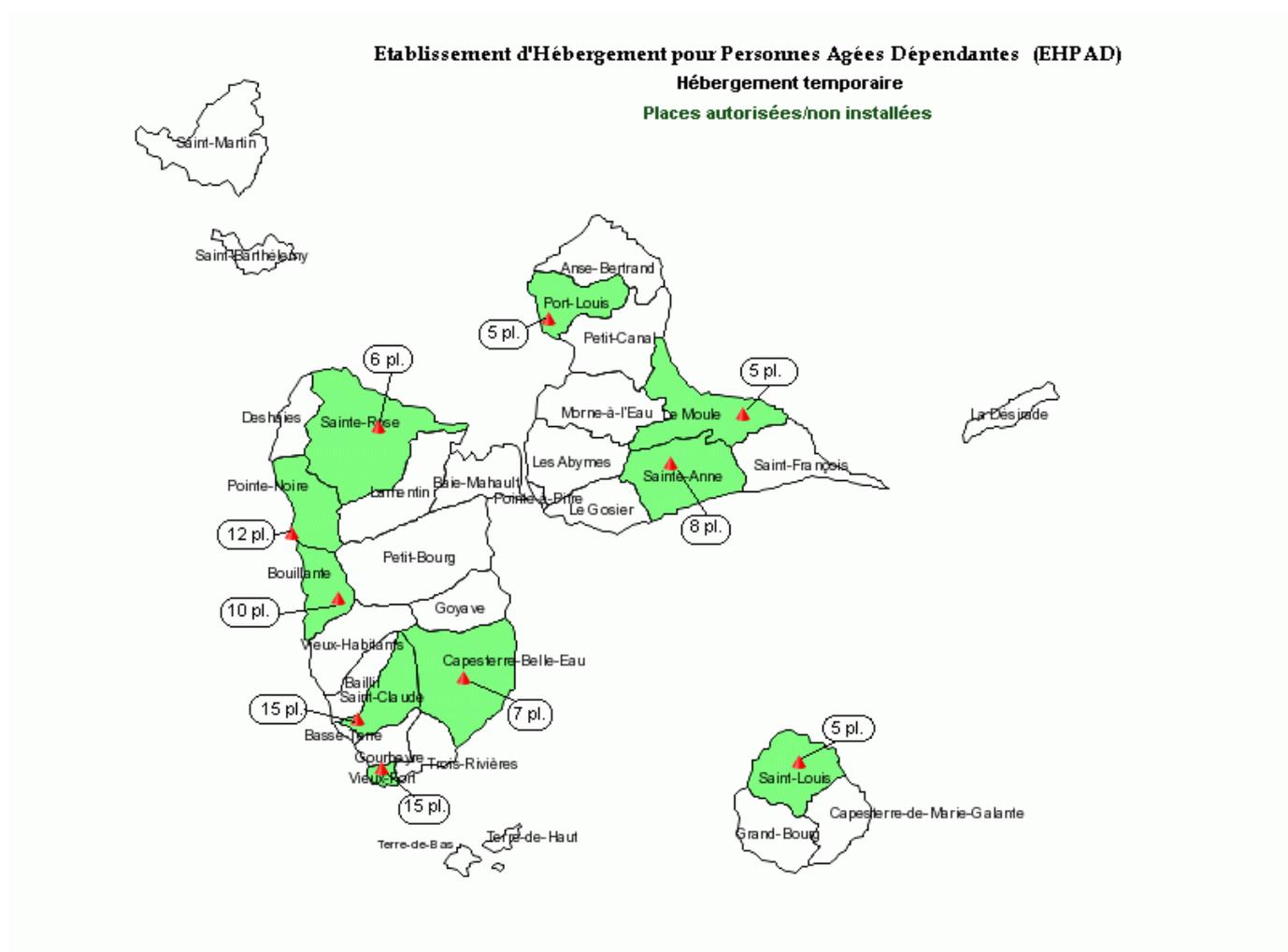


Cartographie: ARS/FRS/Office de Santé/LLI

En matière d'hébergement permanent on note le décalage important entre le nombre de places installées et le nombre de places autorisées. En effet, 673 places autorisées n'ont pas été installées.



48 places sont installées. 86 faisant l'objet d'une autorisation ne le sont pas.



Aucune place d'hébergement temporaire n'est installée dans la région. 88 places ont été autorisées.

## 🏠 Filière handicap

Domaines de la vie	Accueil / scolarisation / Petite enfance	Formation professionnelle / Education / Etudes	Emploi / Logement / vie sociale	Aide à domicile
	0-6 ans	6-19 ans	20-59 ans	
	0-19 ans (121 962 en 2009)		20-59 ans (208 503 en 2009)	
<b>Accompagnement médico-social</b>	CAMSP/ CMPP/ SESSAD- -SSEFIS	IME/ITEP/ SESSAD- SSEFIS	CRP- FAM-MAS	SSIAD/SAMSAH
	3 CAMSP (240) / 3 CMPP (file active) / 14 SESSAD-SAIS-SSEFIS (668 places)	7 IME (434) / 1 ITEP (20) / 1 IEM (26) / 14 SESSAD-SAIS-SSEFIS (648 places)	158 adultes en établissement dont 130 en MAS  30 adultes formés en CRP  551 travailleurs handicapés en ESAT	131 ADULTES accompagnés à domicile dont 45 par un SSIAD et 86 par un SAMSAH (handicap psychique)
<b>Compensation individuelle</b>	AAEH		AAH/ ACTP/PCH	

### Diagnostic et prise en charge précoces

→ Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP) ont une file active en augmentation. Leur capacité actuelle est insuffisante et la couverture territoriale incomplète (Iles du Nord, Iles de Sud notamment).

Le diagnostic et la prise en charge précoces des troubles du caractère et du comportement doivent être développés en CAMSP et CMPP.

→ Le nombre de places de **Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD)** est important, mais la capacité semble insuffisante. Il conviendrait d'étudier les listes d'enfants en attente de prise en charge en SESSAD en lien avec les capacités d'accueil des Instituts Médico-éducatifs. La couverture territoriale reste insuffisante (Iles du Sud) car il convient d'optimiser les prises en charge de proximité, au plus près du lieu de vie des enfants suivis.

Par ailleurs, tous les SESSAD doivent accueillir des enfants de 0 à 20 ans et devront, de manière privilégiée, conserver un caractère généraliste, avec obligation d'organiser en interne des prises en charge spécialisées (déficience visuelle ou auditive).

→ Une étude épidémiologique sur les troubles sensoriels et une enquête sur leurs filières de prise en charge sont nécessaires.

→ Enfin, il est indispensable d'instaurer une coopération entre les différents acteurs de la prise en charge : hôpitaux de jour ; centres médico-psychologiques ; SESSAD ; services de néonatalogie ; de chirurgie pédiatrique ; de neuropédiatrie ; de génétique ; de rééducation...

### **Post prises en charge précoces**

→ Le nombre de places en **Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)** semble insuffisant mais la réalité du besoin doit être expertisé en lien avec le Conseil Général, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

La couverture territoriale n'est pas optimale puisque le seul ITEP existant est situé dans le territoire de santé du Centre, à Sainte Anne.

→ La capacité et la couverture territoriale en **Institut Médico-éducatif (IME) (externat / internat)** semblent insuffisantes (Iles du Nord, Iles du Sud).

Il convient néanmoins d'expertiser les besoins en étudiant les profils des enfants qui y sont accueillis : les déficiences intellectuelles légères à moyennes doivent prioritairement être orientées vers une prise en charge par un SESSAD et une scolarisation en milieu ordinaire avec l'appui d'Auxiliaire à la Vie Scolaire Individualisé (AVS-I)/Emploi Vie Scolaire (EVS).

→ La prise en charge des enfants autistes doit être améliorée. L'accueil, dans les IME, des enfants atteints de syndrome autistique, âgés de 6 à 12 ans, doit être garanti. Par ailleurs, des modalités d'accueil et de prise en charge innovantes doivent être organisées autour d'un projet de cure ambulatoire à la journée, ou demi-journée, pour les enfants de 4 à 8 ans. Enfin, leur intégration en milieu scolaire ordinaire doit être améliorée.

→ Le besoin de places supplémentaires en **Institut d'Education Motrice (IEM)** doit être précisé. La totalité des places autorisées en externat doit être installée et l'ensemble des tranches d'âge couvert (avant et après 14 ans). L'efficacité de la prise en charge sera réévaluée.

→ Dans le secteur du **Handicap moteur et du polyhandicap** (une seule implantation au niveau régional), un besoin d'accueil et de prise en charge précoces et spécialisés pour les enfants de 0 à 6 ans et présentant un handicap moteur d'origine cérébrale ou périphérique, est relayé<sup>5</sup>. Le taux élevé de prématurité<sup>6</sup> en Guadeloupe est de nature à accroître le taux d'incidence des handicaps moteurs sévères avec marche non acquise à 2 ans.

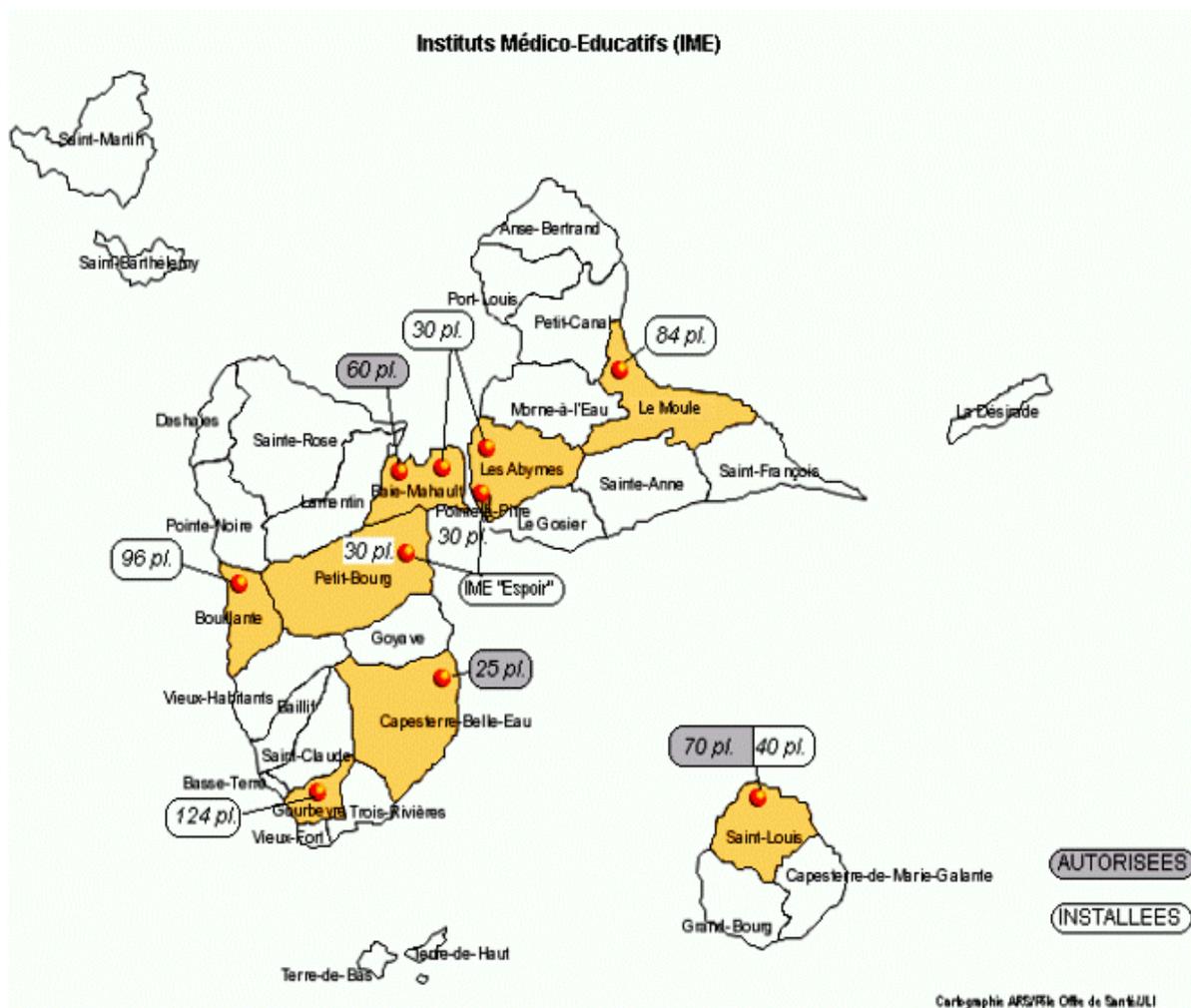
<sup>5</sup> Projet de Dr MONNERET : 25 places – externat à la journée et/ou demi journée – accueil : 2 à 3 jours par semaine – File active : 50 enfants.

<sup>6</sup> < à 33 semaines d'aménorrhée

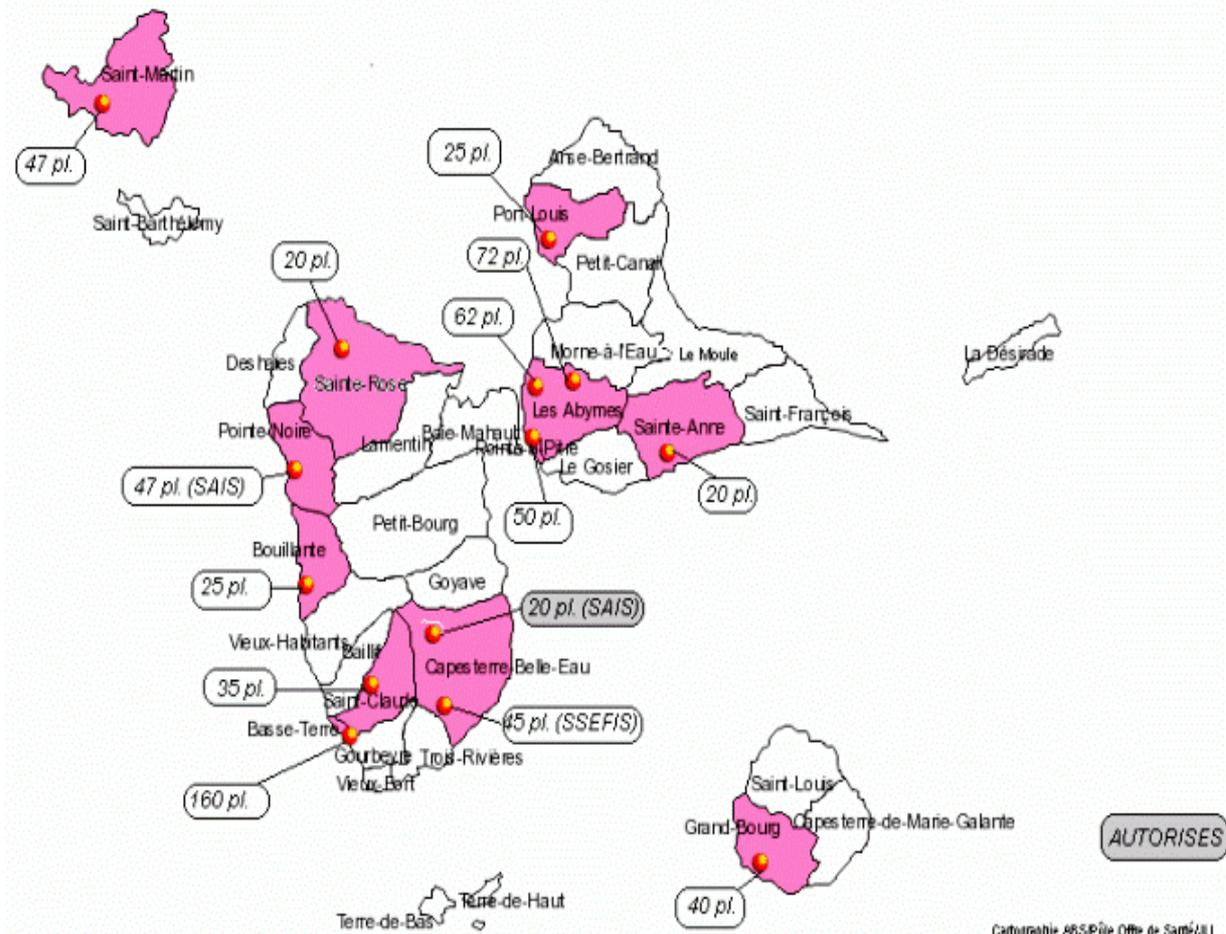
La prise en charge très précoce doit permettre de limiter l'évolution des difficultés de développement psychomoteur des enfants et par là même les besoins de prise en charge plus lourds ultérieurs. Ce plateau technique (rééducation : kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, suivi orthopédique, suivi et mise en place des appareillages/ergothérapeute/psychologue ...) doit répondre aux besoins rééducatifs des enfants mais aussi aux objectifs de socialisation et de scolarisation.

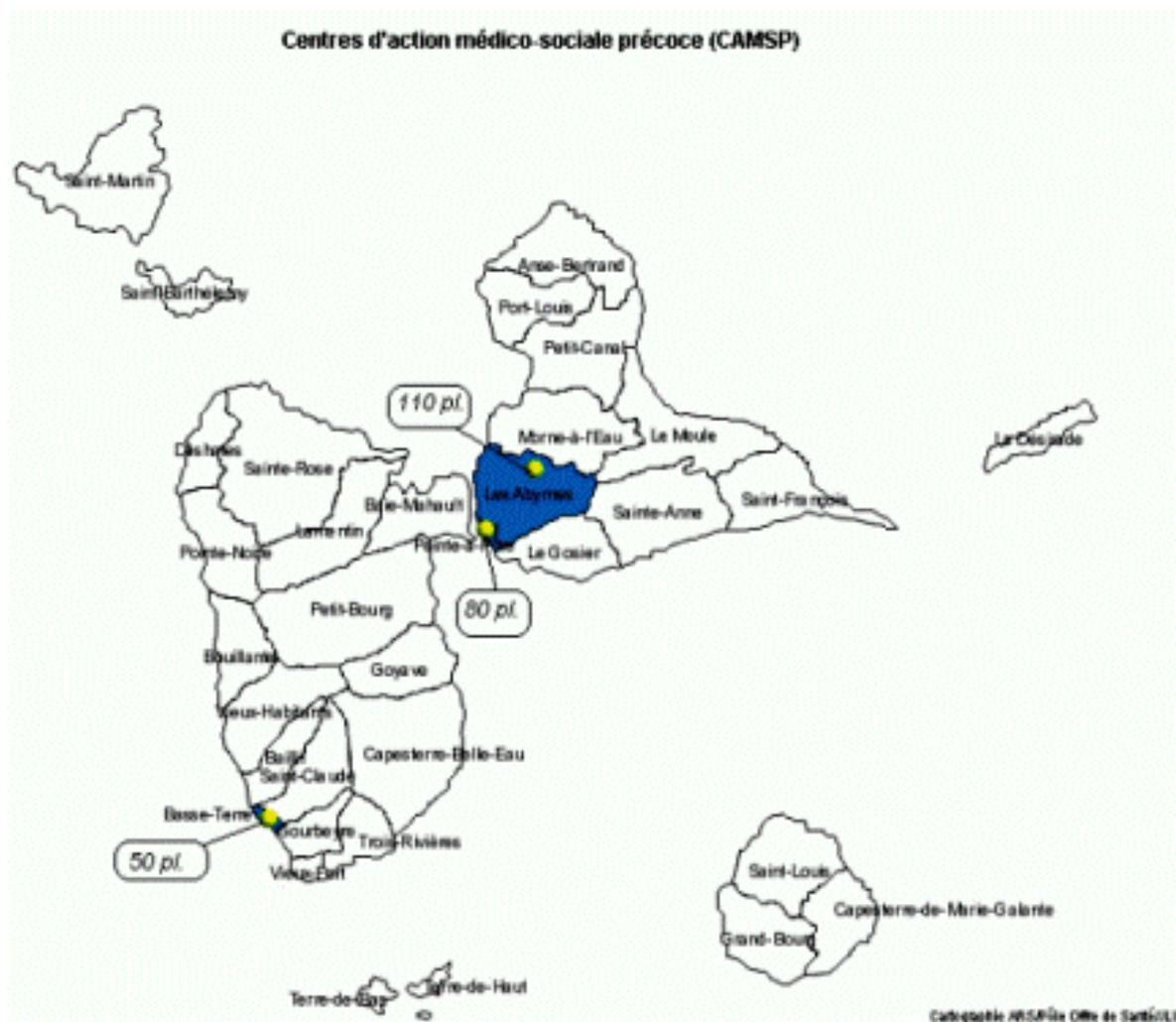
→ Une coopération doit nécessairement se mettre en place entre l'éducation nationale ; les professionnels de santé libéraux ; les CMPP ; les hôpitaux (CMP ; hôpitaux de jour ; services des urgences ; réanimation ; consultations spécialisées...).

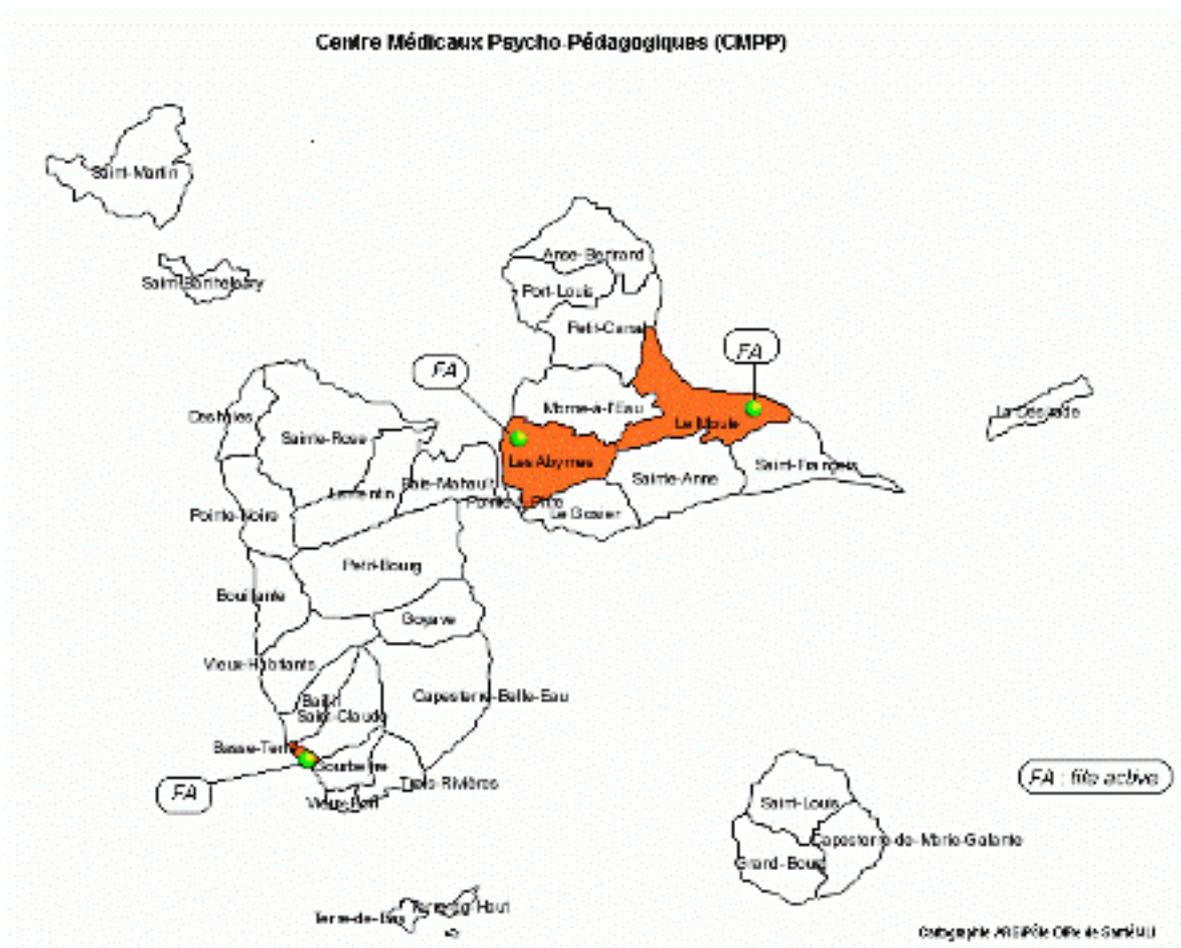
### CARTOGRAPHIE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES/ENFANTS HANDICAPES



**Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)**



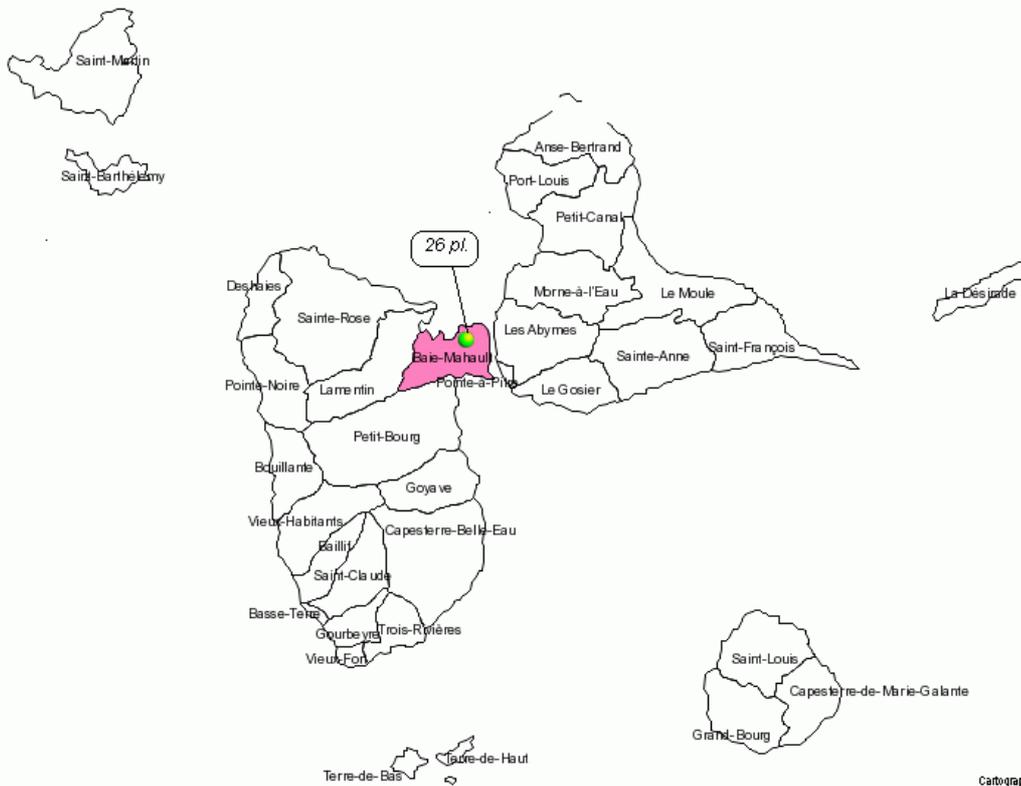


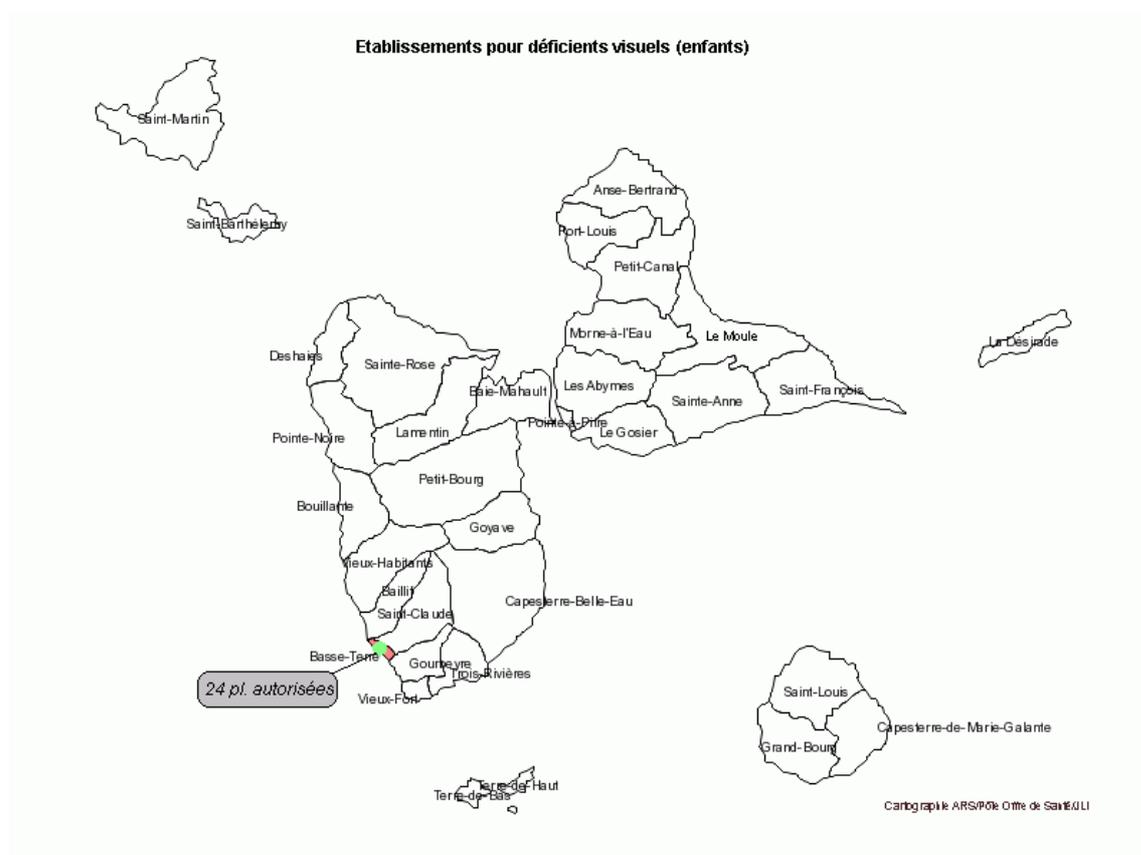


### Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)



### Etablissements pour enfants polyhandicapés





## **Prise en charge des adultes**

→ L'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées par le développement de places d'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) a été favorisée. Néanmoins une étude sur les listes d'attente, sur le taux d'insertion en milieu ordinaire et enfin sur les travailleurs handicapés vieillissants est nécessaire.

Un seul ESAT accueille, de manière spécifique, des traumatisés crâniens. Aucun ESAT n'est spécialisé dans l'insertion professionnelle des adultes atteints de syndrome autistique.

→ La prise en charge des personnes lourdement handicapées se fait dans les Maisons d'Accueil Spécialisées et dans les Foyers d'Accueil Médicalisés pour les handicaps moins lourds.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées pourront être développées pour la prise en charge spécifique des handicaps psychiques et des polyhandicapés notamment. Le nombre de Foyers d'Accueil Médicalisés est susceptible d'évoluer au regard des besoins identifiés.

→ Handicap sensoriel : aucune étude n'existe sur les besoins de prise en charge ni sur les filières existantes de prise en charge. Seul un centre Basse Vision va être ouvert en 2011.

→ La prise en charge à domicile des adultes en situation de handicap est difficile puisque seules 45 places de SSIAD et 86 places de SAMSAH (handicap psychique) sont financées.

Or le maintien et l'accompagnement à domicile doivent être facilités.

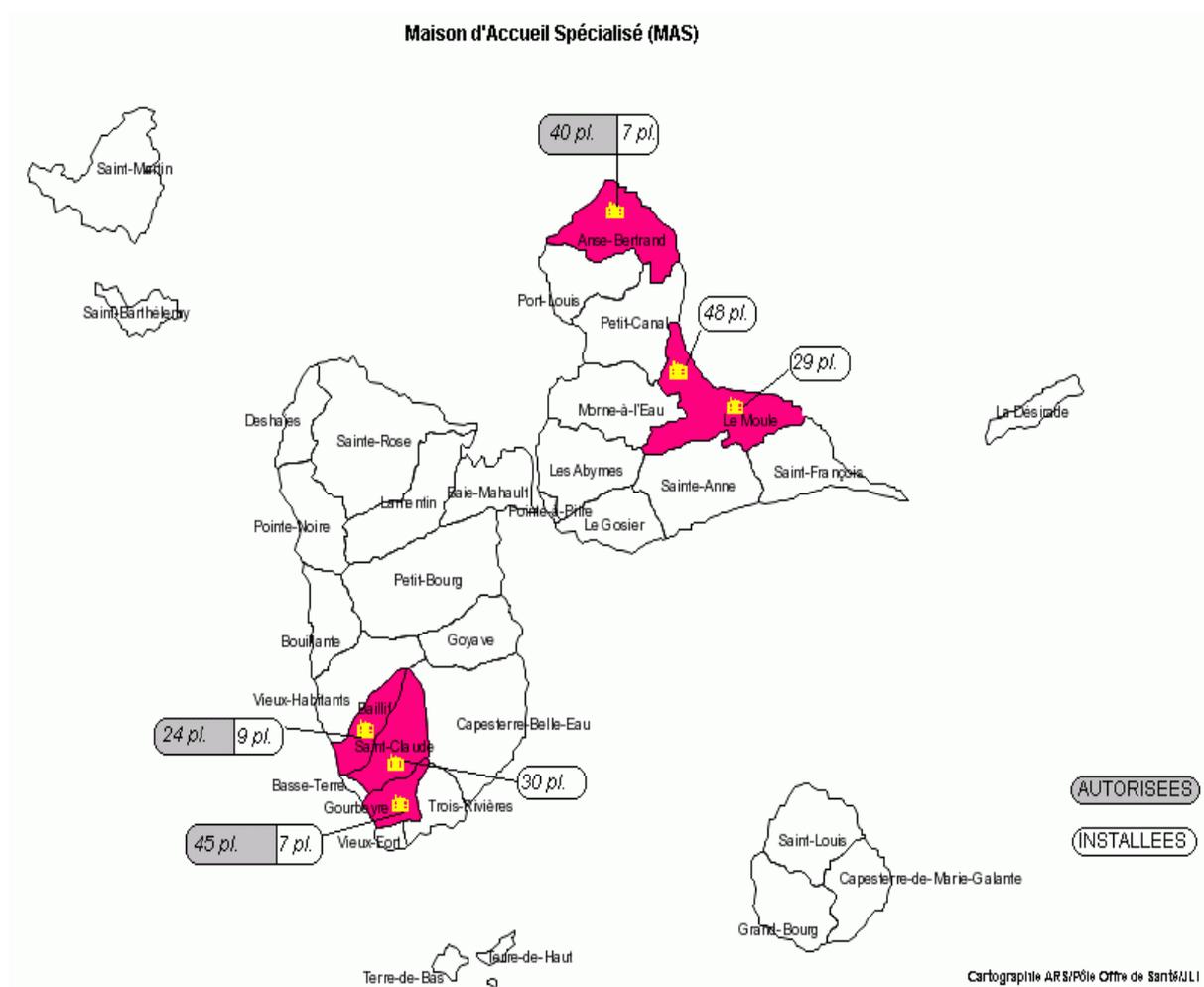
→ Afin d'anticiper les besoins spécifiques de prise en charge, des enquêtes épidémiologiques doivent être réalisées sur :

- les handicapés vieillissants (en ESAT, à domicile, dans les MAS et FAM)
- le nombre de jeunes majeurs bénéficiant de l'amendement CRETON, maintenus en établissements d'éducation spéciale faute de place en structure d'accueil pour adultes.

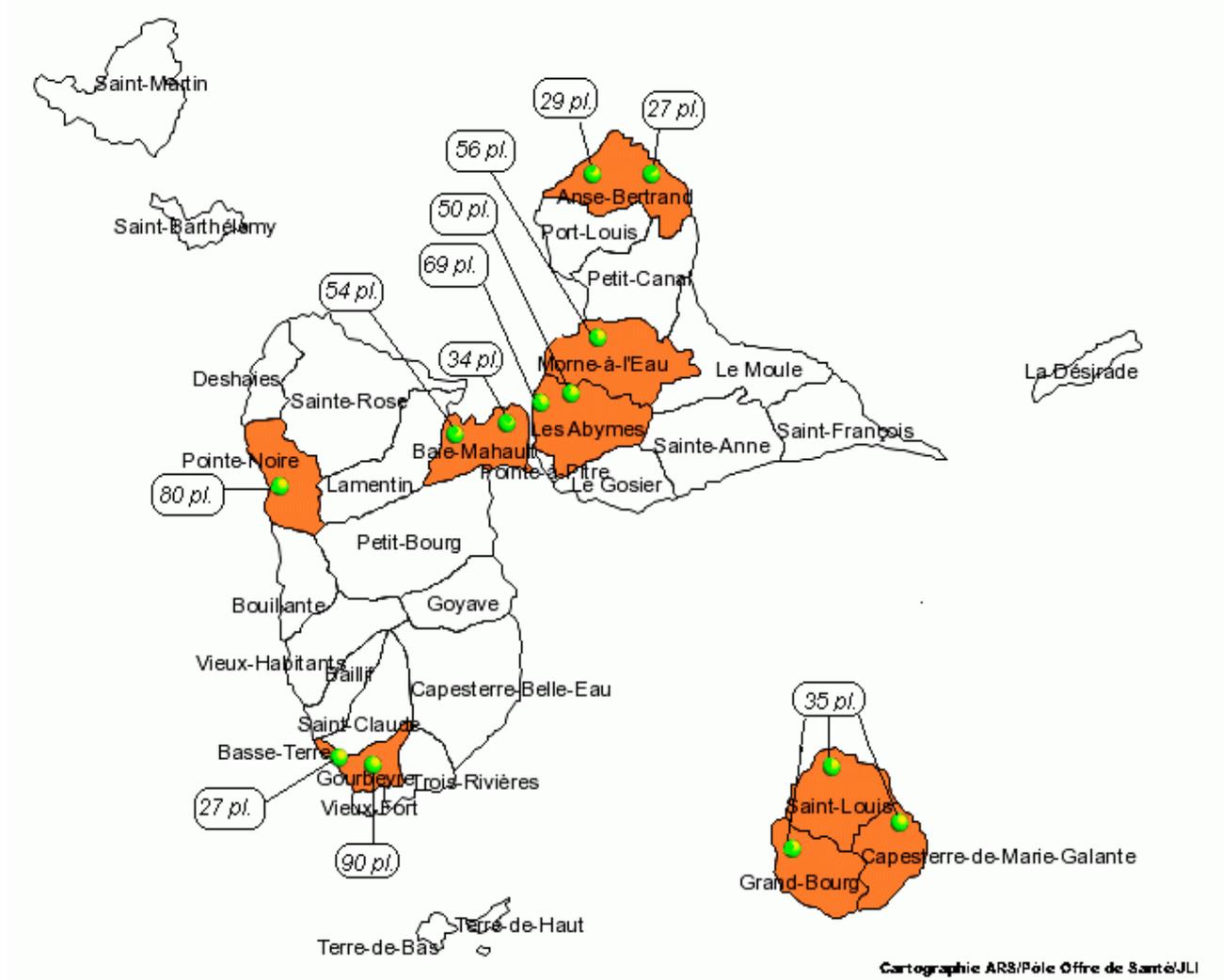
→ Les traumatisés crâniens bénéficient des prestations de l'Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) et peuvent être accompagnés dans leur objectif d'insertion professionnelle, y compris en milieu protégé (1 ESAT en Guadeloupe).

→ Aucune structure d'accueil temporaire n'est installée en Guadeloupe.

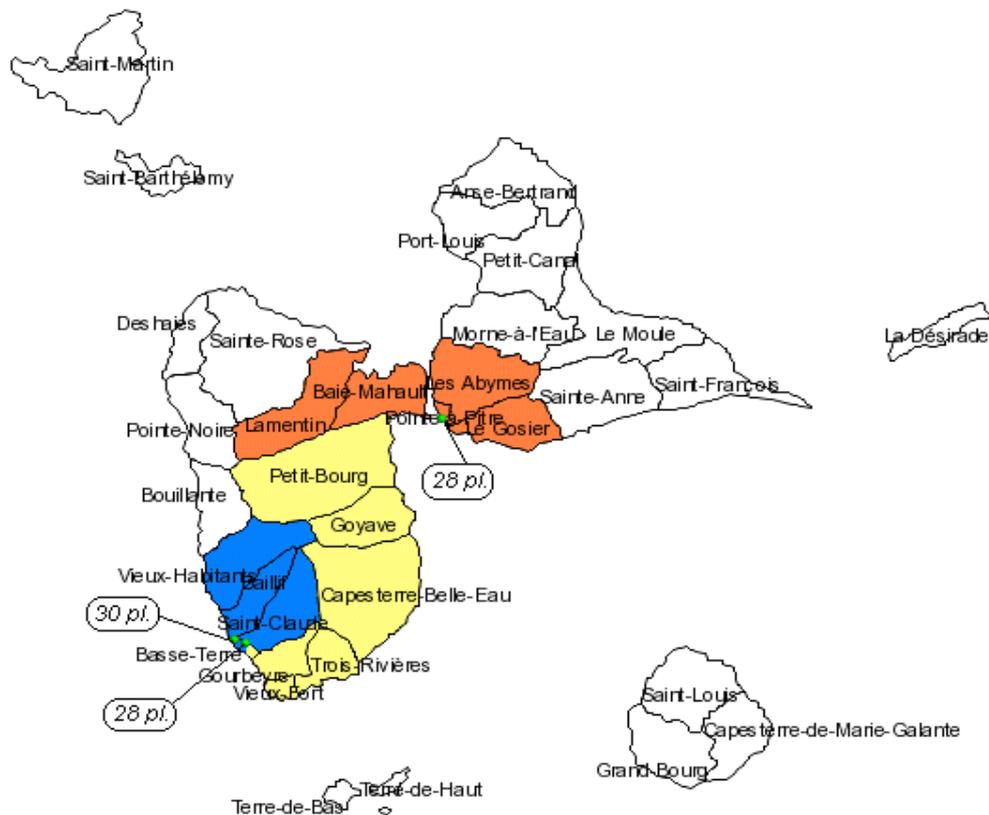
## **CARTOGRAPHIE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES/ADULTES HANDICAPES**



**Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)**

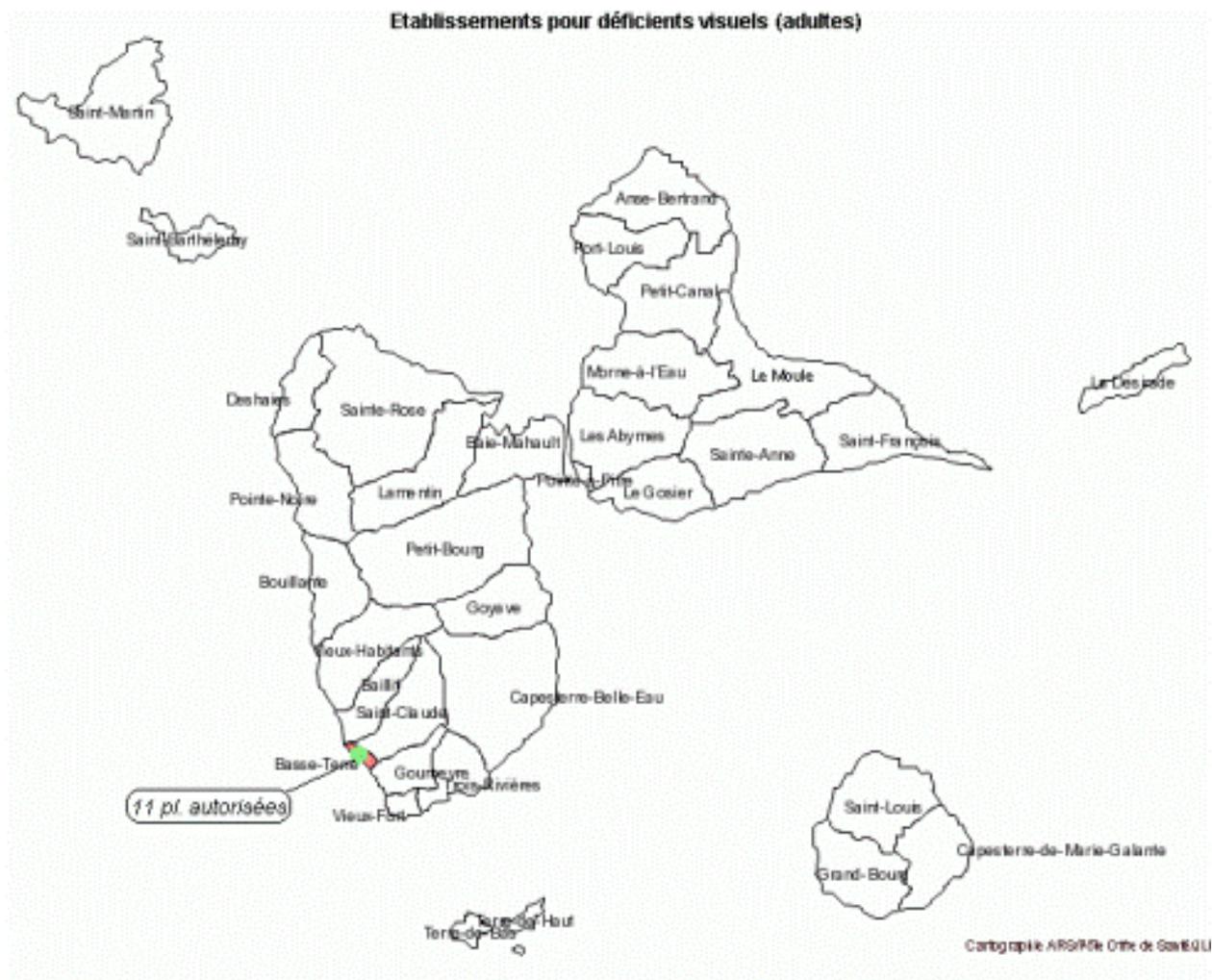


**Service d'Accompagnement Médico-Social des Adultes Handicapés (SAMSAH)**



Cartographie ARS/Pôle Offte de Santé/ULI





S'agissant de la prise en charge de la déficience visuelle, aucun établissement ou service spécifique n'est encore installé. Néanmoins, certains SESSAD disposent de quelques places assurant la prise en charge de ce handicap.

Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées quel que soit leur âge en visant à éviter toute rupture dans la filière, mobiliser et éventuellement redéployer des moyens pour permettre une prise en charge respectant le libre choix de la personne en perte d'autonomie ou handicapée de rester au domicile ou d'opter pour l'accueil en établissement : voilà l'enjeu du schéma régional de l'organisation médico sociale.

Cette démarche ne peut se comprendre que si elle capitalise et s'appuie sur le schéma départemental de l'autonomie arrêté par le Conseil Général de la Guadeloupe.

Le diagnostic réalisé a fait apparaître clairement le manque de connaissance tant des besoins que des ressources. Le choix des décideurs doit être éclairé, mais les usagers eux-mêmes pour être acteurs de leur propre santé doivent disposer d'**informations sur les filières de prise en charge**.

En Guadeloupe, le manque de places en structures d'hébergement a été compensé par le développement de services médico-sociaux. Ce choix doit être conforté par une **meilleure organisation de ce maintien à domicile**.

Dans notre région, le taux d'équipement dans le secteur médico-social est largement inférieur au taux national; cela est particulièrement manifeste en matière d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il conviendrait d'**améliorer le taux d'équipement** afin que l'utilisateur ait réellement le choix entre le domicile et l'hébergement collectif et ne soit pas obligé d'opter pour le domicile faute de place en structure d'accueil.

Au sein des établissements médico-sociaux, la qualité de la prise en charge doit être recherchée en permanence ; cela suppose un certain nombre d'actions dont la formation des personnels, la mutualisation des moyens .....

Si l'objectif prioritaire de l'organisation de l'offre médico-sociale est le maintien à domicile, répondant en cela aux vœux des usagers, il est alors essentiel de **structurer et de coordonner l'intervention des acteurs au domicile**.

Tels sont les 04 grands axes d'une politique médico-sociale qui sont déclinés dans les 10 objectifs du schéma ci-après.



# Axe 1

## Affiner l'identification des besoins du secteur médico-social

Cet objectif, **préalable et central**, qui répond à un besoin de connaissances plus précises, est unanimement partagé par l'ensemble des acteurs, tant du point de vue des professionnels que des usagers.

D'une part, l'action du décideur, confronté à une obligation d'optimisation des moyens, doit être éclairée grâce à ces données. D'autre part, les filières de prise en charge et l'offre de soins existante doivent être portées de manière plus large à la connaissance des usagers.



## OBJECTIF 1 Définir un outil d'information partagé et régionalisé

Les systèmes d'information sont lacunaires; aussi convient-il de développer l'observation médico-sociale tant sur le volet des personnes âgées que sur le volet des personnes handicapées en accord avec les autres politiques publiques (plateforme d'observation sanitaire et sociale).

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Cet outil d'information partagé et régionalisé, doit permettre d'identifier les besoins médico-sociaux. Il doit être le lieu de centralisation et de partage des indicateurs au service de l'adaptation de l'offre médico-sociale.

Un comité de pilotage régional, associant les partenaires concernés sera chargé de la rédaction du cahier des charges de cet observatoire et d'un calendrier de mise en œuvre.

Ce cahier des charges et ce calendrier seront soumis aux avis de la Conférence de la Santé et de l'Autonomie et la Commission de Coordination Médico-sociale.

Le Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH), le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées de Guadeloupe (CODERPAG), le Comité Régional de l'Autisme (CTRA) pourront être consultés également.

Cette plateforme, qui peut prendre la forme d'un **groupement de coopération** associant des structures existantes, doit être **en priorité** le lieu de la réalisation d'études sur certains items essentiels, parmi lesquels :

- des études épidémiologiques régionales sur l'incidence et la prévalence des handicaps ; sur la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés;
- des études sur les listes d'attente dans les établissements et services ;
- une enquête sur le profil des usagers pris en charge dans les établissements et services médico-sociaux ;
- une enquête sur les handicapés vieillissants ;
- une enquête sur les orientations de la Maison Départementale des Personnes Handicapées, en structures médico-sociales, par type de déficiences, et non suivies d'effet par manque de place ;
- une étude sur les filières de prise en charge de certains types de handicaps et de déficiences liées au vieillissement.



## **PUBLIC VISE**

Les analyses et études devront porte principalement sur

Les enfants et adultes en situation de handicap ;

Les Personnes âgées dépendantes ;

## **ACTEURS CONCERNES**

Observatoire des Inadaptations et du Handicap, Observatoire Régional de Santé de Guadeloupe, Institut Régional d'Education pour la Santé, Maison Départementale des Personnes Handicapées, Conseil général, Agence Régionale de Santé, INSEE.

## **NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

La Région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy

## **POINTS DE VIGILANCE**

Prendre en compte l'existant et éviter les superpositions

## **INDICATEURS DE SUIVI**

**A 02 ans** : Constitution d'un comité de pilotage et définition du cahier des charges et d'un calendrier de mise en œuvre.

**A 05 ans** : Constitution d'un outil d'information partagé et régionalisé

## **FINANCEMENT**

Le coût des études épidémiologiques et des enquêtes envisagées sera valorisé ultérieurement ;

Les moyens en fonctionnement (personnel et matériel) seront à prévoir ponctuellement ou de manière pérenne.

Les sources de financement :

- participation des partenaires à travers la mise à disposition de personnel
- participation de l'Agence Régionale de Santé au moyen de crédits non reconductibles ou par le biais des crédits figurant à la section V de la CNSA au titre du soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes.

## OBJECTIF 2 Mettre à disposition des usagers des informations lisibles

Rendre lisible au public un secteur médico social dont la grande diversité et multiplicité des acteurs en fait la richesse mais aussi la complexité. En effet Pour permettre à la personne de faire un vrai choix, il faut qu'elle ait connaissance de l'ensemble des solutions possibles répondant à ses besoins

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

L'opération porte sur des actions propres à garantir l'accès à la prévention grâce à la communication à destination des usagers (prévention des risques, de certaines pathologies, des handicaps et de la perte d'autonomie...).

L'information des usagers et des aidants naturels prendra la forme de fiches d'informations sur les filières de prise en charge, sur l'offre existante (structures sanitaires, sociales et médico-sociales, offre ambulatoire) mais aussi sur les différents types de handicaps et de dépendances liées au vieillissement.

Cette large communication sur les dispositifs existants est de nature à optimiser l'accessibilité de l'offre et à éviter les ruptures de prise en charge.

Ces informations peuvent être diffusées via les professionnels du secteur libéral, les écoles maternelles, la Protection Maternelle et Infantile, les établissements de santé les établissements et services médico-sociaux ou encore les sites Internet des partenaires.

### PUBLIC VISE

L'amélioration de la connaissance sur les filières de prise en charge concernera les enfants et adultes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes.

### ACTEURS CONCERNES

Les usagers, L'Agence Régionale de Santé, le Conseil Général, la Caisse Générale de Sécurité Sociale, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, la MDPH, les professionnels libéraux.

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Les territoires concernés par cet objectif sont ceux de la Région Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

### POINTS DE VIGILANCE

Cet objectif doit être en cohérence avec **le schéma régional de prévention** qui doit identifier les thèmes de communication dans le champ du médico-social.

### LEVIERS

Site internet de l'ARS

Livrets

Annuaire de santé

### **INDICATEURS DE SUIVI**

**A 02 ans :**

- ✓ Définition de 05 thèmes de communication en lien avec la Prévention
- ✓ Réalisation d'un annuaire de santé

**A 03 ans :**

- ✓ Réalisation des kits et des campagnes d'information sur ces 05 thèmes ;
- ✓ diffusion de fiches ou livrets sur l'offre existante ;



# Axe 2

## Favoriser la vie en milieu ordinaire

Aujourd'hui, du fait du manque de structures d'hébergement mais aussi, comme au niveau national, par choix de vie, les personnes âgées dépendantes et personnes en situation de handicap vivent majoritairement à domicile.

Dans le secteur du handicap, une recommandation européenne de février 2010 a par ailleurs statué sur la "désinstitutionnalisation" des enfants en situation de handicap.

En Guadeloupe, le développement de services médico-sociaux (SSIAD, SESSAD, SAMSAH, HAD) et de professionnels libéraux (IDEL notamment) ont permis historiquement de compenser le manque de places en structures d'hébergement.

Il s'agit dès lors de conforter ce choix en organisant au mieux ce maintien à domicile et son accompagnement. Cela passe par des professionnels de santé (des services sociaux et médico-sociaux mais aussi des libéraux) formés aux spécificités des handicaps et des dépendances liées au vieillissement de façon à ce que les prises en charge soient adaptées et organisées. Cela passe aussi par une meilleure information destinée aux usagers et à leurs familles sur les filières de prise en charge et également par un accompagnement des aidants familiaux.



## OBJECTIF 3 Prendre en compte la place de l'aidant naturel

Le soutien de l'aidant naturel (famille, amis, voisinage) est essentiel au maintien à domicile. Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'éviter ou retarder l'entrée en établissement.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Les actions à mettre en œuvre dans ce secteur visent à apporter un soutien aux aidants naturels et à les informer sur les différentes structures de répit.

Il importe de donner à l'aidant les moyens d'assumer son rôle y compris pour anticiper et gérer les situations d'épuisement et de crise: participation à des formations, échanges avec d'autres aidants au sein de groupes de paroles, équipes de thérapie familiale.

En promouvant le développement de l'accueil temporaire, on lui permet de préserver sa vie personnelle.

Des solutions doivent aussi être mises en place pour répondre aux situations d'urgence.

### POPULATION CONCERNEE

Tous les aidants naturels

### ACTEURS CONCERNES

L'ensemble des aidants naturels

Les acteurs du champ social et de la santé, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les CLIC, Centres de Ressources, la MDPH, les structures de services à la personne, le Conseil Général, les communes, les fédérations et associations.

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Les territoires concernés par cet objectif sont ceux de la Région Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

### POINTS DE VIGILANCE

Les fonctions de conseil et d'information sur certains services sont aujourd'hui dispersées.

### LEVIERS

- ✓ Le plan Alzheimer et notamment la circulaire du 30 juin 2011 qui prévoit le développement de dispositifs d'accompagnement et de répit des aidants
- ✓ Le plan autisme
- ✓ Le plan pluriannuel de la création de places notamment pour les modes d'accompagnement diversifiés et souples

### INDICATEURS DE SUIVI

A 5 ans:



- ✓ Taux d'évolution de l'équipement en hébergement temporaire et accueil de jour.
- ✓ Nombre de dispositifs de formation et d'appui proposés aux aidants

#### **IMPACT FINANCIER**

Section IV de la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie : en 2011 : 12 600€ pour la formation des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés



## **OBJECTIF 4 Favoriser la qualité de la prise en charge à domicile par la formation des professionnels**

La qualité de la prise en charge repose essentiellement sur la compétence voire l'expertise des professionnels intervenant à domicile.

### **DECLINAISON OPERATIONNELLE**

La qualité de la prise en charge à domicile implique des actions d'optimisation des organisations, d'efficience et de qualité.

Pour cela, des moyens doivent être consacrés afin de garantir l'efficience des ressources humaines au sein des services médico-sociaux mais aussi chez les professionnels paramédicaux libéraux.

Dans le cadre de la contractualisation entre l'ARS et les associations gestionnaires, les plans de formation devront comporter des thématiques ciblées sur les problématiques de prise en charge des différents types de handicap ou sur les problématiques liées au vieillissement et à la dépendance - dont la maladie d'Alzheimer.

Des actions de formation, communes aux différentes associations, doivent être privilégiées.

Cet objectif est commun à celui du Schéma de l'Autonomie arrêté par le Conseil Général qui prévoit de favoriser des plans de formation communs entre les associations et la mise en place de formation pour les professionnels intervenant à domicile notamment.

### **PUBLIC VISE**

Sont visés les professionnels de santé exerçant dans les structures sociales et médico sociales intervenant à domicile, les professionnels de santé libéraux.

### **ACTEURS CONCERNES**

L'ARS ; le Conseil Général; les Unions Régionales des Professions de Santé

### **NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

Les territoires concernés par cet objectif sont ceux de la Région Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

### **POINTS DE VIGILANCE**

Veiller à ce que les URPS intègrent ces problématiques dans leurs axes prioritaires annuels de formation.

Cet objectif doit être partagé avec les orientations du schéma régional de prévention qui prévoit des axes de formation dans ce domaine.

### **LEVIERS**



Schéma départemental de l'autonomie arrêté par le Conseil Général de la Guadeloupe

### **INDICATEURS DE SUIVI**

- ✓ Nombre de formations identifiées dans les secteurs "handicap et dépendance liée au vieillissement"
- ✓ Nombre de formations programmées
- ✓ Nombre de professionnels formés

### **IMPACT FINANCIER**

Ces actions de formation peuvent être financées dans le cadre des plans de formation des établissements, qui sont susceptibles d'être abondés en fonction des crédits disponibles, par l'Agence Régionale de Santé :

- en crédits non reconductibles : 6000€ par an

- section IV de la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie : en 2011 : 244 200€ pour l'aide à domicile.

Pour les professionnels de santé libéraux, l'accès à ces formations se fait en lien avec leur organisme collecteur.



## OBJECTIF 5 Garantir une prise en charge coordonnée et efficiente à domicile

Les professionnels et dispositifs présents sur un territoire donné sont nombreux et ne travaillent pas toujours ensemble faute de se connaître, d'autant qu'ils relèvent de secteurs, d'autorités de contrôle et de financement différents.

Ce cloisonnement des dispositifs impacte la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.

### 5-1 La coordination des intervenants

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

L'objectif est d'améliorer l'organisation de l'offre et du service rendu à la population en ajustant mieux le rôle de chacun. Cette recherche d'articulation correspond également à une exigence d'efficacité et d'utilisation rationnelle des crédits même si ceux-ci relèvent d'origines différentes.

La qualité des interventions à domicile oblige à structurer l'intervention des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de manière coordonnée avec les professionnels libéraux, les services d'hospitalisation à domicile (HAD) et les Services d'Aide à Domicile (SAD), et ce, par le biais de conventions de partenariat.

Une coopération entre les SSIAD doit être organisée afin de mutualiser des frais de fonctionnement.

#### PUBLIC VISE

Les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap à domicile.

#### ACTEURS CONCERNES

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile; les services d'Hospitalisation A Domicile; les Services d'Aide A Domicile; les professionnels libéraux.

#### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Les territoires concernés par cet objectif sont ceux de la Région Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

#### POINTS DE VIGILANCE

La coordination de ces interventions à domicile implique la définition d'axes de coordination dans le Schéma Régional de l'Offre de Soins et dans le Schéma Départemental de l'Autonomie arrêté par le Conseil Général de la Guadeloupe.

#### LEVIERS

Dispositif de plateforme de coordination de l'aide à domicile géré par la Caisse Générale de Sécurité Sociale.

Réalisation d'une étude sur la mutualisation des moyens des SSIAD.

### **INDICATEURS DE SUIVI**

- ✓ Nombre de conventions de partenariat entre les SSIAD, l'HAD et les SAD.
- ✓ Réalisation de l'étude sur la mutualisation des frais de fonctionnement des SSIAD.

### **IMPACT FINANCIER**

Une clarification des missions et des modalités d'intervention des différents professionnels sera de nature à optimiser le coût du service rendu.

## **5-2 La fluidité des parcours**

Le maintien à domicile des personnes handicapées et âgées dépendantes impose de programmer des actions propres à garantir la fluidité des parcours.

### **DECLINAISON OPERATIONNELLE**

La réalisation de cet objectif passe notamment par la coordination des politiques d'accompagnement en milieu scolaire ordinaire des enfants en situation de handicap (Agence Régionale de Santé et Education Nationale).

L'intégration scolaire des enfants handicapés se fait soit dans des classes spécifiques d'inclusion scolaire, soit dans le milieu scolaire ordinaire, avec ou sans aide d'un Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle (AVSI), d'un Emploi Vie Scolaire (EVS) ou d'un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Un état des lieux des dispositifs existants (ressources) et des demandes (besoins) doit être réalisé par territoire.

### **PUBLIC VISE**

Les enfants en situation de handicap.

### **ACTEURS CONCERNES**

Les Services Education Spéciale et de Soins A Domicile en lien avec les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire et les Classes pour l'Inclusion Scolaire.

Les SSIAD et les Services d'Accompagnement Médico-Social des Adultes Handicapés en lien avec les établissements de santé.

### **NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

Les territoires concernés par cet objectif sont ceux de la Région Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

### **LEVIERS**

Un comité de pilotage sur la scolarisation des enfants handicapés devra être constitué entre l'Education Nationale, l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Régional, la Maison Départementale des Personnes Handicapées, afin de quantifier les besoins non satisfaits et de proposer un plan d'action correctif.

## INDICATEURS DE SUIVI

### A 02 ans :

- ✓ étude par territoire sur le nombre de classes et d'unités d'inclusion scolaire;
- ✓ étude par territoire sur le nombre d'enfants bénéficiant d'une orientation en ULIS et CLIS par la CDAPH;
- ✓ étude sur le nombre d'enfants bénéficiant de la reconnaissance d'une aide à l'intégration scolaire (AVSI et/ou SESSAD) par la CDAPH ;
- ✓ étude par territoire sur le nombre effectif d'élèves scolarisés dans ces unités et classes d'inclusion scolaire ;
- ✓ Etude sur le nombre d'Emploi Vie Scolaire (EVS) à former et le type de formation ;

### A 03 ans :

- ✓ Etude sur le nombre d'enfants scolarisés dans le milieu scolaire ordinaire et bénéficiant effectivement de l'accompagnement d'un SESSAD et / ou d'un AVSI
- ✓ Etat des lieux, par territoire, des coopérations entre SSIAD, SESSAD, SAMSAH et établissements de santé.

## FINANCEMENT

Valorisation en temps de travail

## 5-3 L'optimisation de l'efficience des coûts

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

L'optimisation des coûts vise à réduire les inégalités de ressources entre les structures médico-sociales offrant des prestations semblables.

L'exploitation et la publication de tableaux de bord issus des indicateurs médico-sociaux, permettront d'atteindre cet objectif.

### PUBLIC VISE

Les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap.

### ACTEURS CONCERNES

Agence Régionale de Santé et Conseil Général

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Les territoires concernés par cet objectif sont principalement ceux de la Région Guadeloupe,

### LEVIERS

Exploiter les données à disposition dans les outils d'information déjà à disposition tels que REBECA.

## INDICATEURS DE SUIVI



**A 01 an :**

- ✓ Publication d'un tableau de bord et d'une moyenne régionale ;
- ✓ Analyse des frais de fonctionnement des SSIAD

**IMPACT FINANCIER**

Les économies réalisées seront à redéployer dans le secteur médico-social.

**5-4 Le contrôle de l'efficience des prises en charge****DECLINAISON OPERATIONNELLE**

La mise en place d'un programme de contrôles réalisés conjointement avec les services locaux de l'Assurance Maladie permettra de vérifier que les compétences réglementaires de chaque intervenant à domicile sont respectées. Les résultats de ces contrôles faciliteront la correction d'éventuels dysfonctionnements.

L'inscription des structures médico-sociales dans une démarche d'évaluation interne et externe doit se mettre en place très rapidement.

L'amélioration de la capacité annuelle d'accueil des structures : une étude sur les amplitudes horaires d'ouverture et sur le nombre de jours d'ouverture dans l'année sera effectuée.

**PUBLIC VISE**

Les structures accompagnant à domicile les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap.

**ACTEURS CONCERNES**

Agence Régionale de Santé et Caisse Générale de Sécurité Sociale

**NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

Les territoires concernés par cet objectif sont principalement ceux de la Région Guadeloupe.

**POINTS DE VIGILANCE**

Cet objectif doit être en lien avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en ce que ces contrôles porteront aussi sur les prises en charge en HAD dans chaque territoire.

Cet objectif doit être en lien avec le Schéma Régional de l'Offre Ambulatoire en ce que le contrôle et le développement des interventions des SSIAD dans chaque territoire doivent être en cohérence avec les zones d'implantation des infirmiers libéraux et leurs missions.

**LEVIERS**

Exploiter les quelques évaluations internes déjà réalisées



## INDICATEURS DE SUIVI

### A 02 ans :

- ✓ Réaliser le contrôle de 15 structures et établir les rapports corrélatifs ;
- ✓ Réaliser une étude sur les amplitudes horaires et journées d'ouverture des SESSAD, SAMSAH et SSIAD.

**A 05 ans** : Nombre d'établissements et services médico - sociaux ayant fait l'objet d'une évaluation externe. Cible : 20 dans le secteur des personnes âgées et 27 dans le secteur des personnes handicapées dont 05 ESAT.

## FINANCEMENT

Valorisation du temps de contrôle.

Evaluations externes : de 5 600 € à 9 200 € pour les établissements et services pour personnes handicapées / de 7400€ à 9400€ pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Le financement des évaluations externes doit être prioritairement assuré dans le cadre de l'autorisation budgétaire par le biais d'une prise en compte de la dépense au compte 671 « études et recherches ».



## OBJECTIF 6 Développer les structures d'accompagnement à domicile

Aujourd'hui le souhait des personnes est majoritairement de rester vivre à domicile. Depuis de nombreuses années, les textes accompagnent cette évolution.

Il s'agit aujourd'hui de privilégier le développement des structures de répit afin de répondre à cette demande.

### 6-1 L'installation de nouvelles structures

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Les structures médico sociales d'accompagnement à domicile autorisées doivent être installées soit en redéploiement, soit en complémentarité de l'offre existante.

La création d'équipes spécialisées Alzheimer au sein des SSIAD existants doit être envisagée.

Il convient aussi d'envisager l'évolution des modalités de réponse avec des projets en cours de réalisation ou existants, susceptibles d'adaptation afin d'intégrer des réponses à de nouveaux besoins (transformation).

#### PUBLIC VISE

Les personnes âgées dépendantes, y compris atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

#### ACTEURS CONCERNES

L'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général

#### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Accueil de jour et hébergement temporaire : Territoire de santé du Centre (Port-Louis, Sainte-Anne, Pointe-Noire, Ste-Rose, Saint-Louis de Marie Galante) ; du Sud Basse Terre (Bouillante, Saint-Claude, Vieux-Fort, Capesterre-Belle-Eau) ; des Iles du Nord. Les implantations nouvelles doivent être précisées sur la base d'études de besoins.

Equipe spécialisée Alzheimer au sein de SSIAD : 1 au niveau régional.

#### LEVIERS

Appel à projets

#### INDICATEURS DE SUIVI

**A 02 ans** : Nombre d'équipes spécialisées Alzheimer installées (cible : 1 création nouvelle).

**A 05 ans :**

- ✓ Installation des 86 places d'accueil de jour autorisées
- ✓ Installation des 88 lits d'hébergement temporaire autorisés
- ✓ Installation de nouvelles structures de répit si l'installation des structures autorisées s'avère insuffisante

**FINANCEMENT**

- ✓ Accueil de jour et Hébergement temporaire : sous réserve de délégation de crédits pour les nouvelles structures.
- ✓ SSIAD Alzheimer : 150 000 € par an pour une équipe (pour une file active d'environ 30 personnes) – sous réserve de délégation de crédits.

## 6-2 L'évolution de la composition de l'offre existante de services médico sociaux

**DECLINAISON OPERATIONNELLE**

Il convient d'envisager des modifications de zones de desserte. Par ailleurs, les modalités de réponse doivent évoluer au sein d'une institution en fonction des réalités de prise en charge auxquelles il faut faire face. Ainsi, en Guadeloupe, il n'existe aucun accueil temporaire pour les personnes handicapées, alors que les aidants familiaux peuvent souhaiter disposer d'une structure de répit.

Dès lors que le taux d'équipement régional le justifie, des transformations de places et particulièrement des transformations de places d'institutions (internat ou externat) en places de SESSAD sont envisageables.

**PUBLIC VISE**

Les personnes en situation de handicap

**ACTEURS CONCERNES**

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile pour troubles du caractère et du comportement (SESSAD « TCC ») et les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

**NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

La région Guadeloupe

**LEVIERS**

Réaliser des études préalables sur la répartition de l'offre

**INDICATEURS DE SUIVI**

**A 02 ans** : Nombre de SESSAD « TCC » (cible : 2 créations nouvelles à partir de transformation de places existantes).

**A 03 ans** :

- ✓ Etude sur l'offre territoriale de prise en charge en SESSAD rapportée aux orientations MDPH non suivies d'effet ;
- ✓ étude sur l'offre territoriale des SSIAD rapportée aux besoins identifiés par territoire ;
- ✓ étude sur l'offre territoriale de prise en charge en SAMSAH rapportée aux besoins identifiés par territoire et par type de handicap.

### **IMPACT FINANCIER**

Le coût des études reste à déterminer.

En fonction des résultats de ces dernières, des objectifs de transformation, d'évolution des zones de desserte, d'évolution des modalités de réponse existantes, par redéploiement des moyens existants notamment, seront valorisés.

Les modifications devraient permettre, à coût constant, de réorienter l'offre de façon à l'adapter fidèlement aux besoins.

A terme, le redéploiement des crédits en base devrait être envisagé.



## Axe 3

### Améliorer l'offre d'accueil et la qualité de la prise en charge en établissement

Le secteur médico-social se caractérise, en Guadeloupe, par un taux d'équipement souvent déficitaire par rapport au taux national. Les délais d'installation, par rapport à la date des autorisations, sont souvent très longs, particulièrement dans le secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Afin d'améliorer le taux de couverture régionale, priorité sera donnée à l'installation des projets d'ores et déjà autorisés. Par ailleurs, au vue des études de besoins qui seront effectuées, il conviendra d'anticiper l'évolution de l'offre médico-sociale notamment, par la transformation de places existantes. Dans ce cadre, une étude sur les besoins en formation du secteur pour les cinq prochaines années sera conduite. En effet les transformations de places supposent un accompagnement des personnels notamment en ce qui concerne l'adaptation à de nouveaux métiers et à des publics différents.

Le Plan d'Aide à l'Investissement sera annexé au Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie après passage en Commission de Coordination Médico Sociale afin d'offrir plus de lisibilité sur les opérations réalisées.



## OBJECTIF 7 Installer les places d'hébergement autorisées

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Les établissements concernés sont les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, les Instituts Médico-Educatifs, les Maisons d'Accueil Spécialisée dont des places d'accueil de jour, des places en Centre de Réorientation Professionnelle.

### PUBLIC VISE

Les personnes âgées dépendantes (dont Alzheimer et maladies apparentées) ;

Les enfants et adultes handicapés (déficience intellectuelle, troubles du caractère et du comportement, autisme, polyhandicap, handicap moteur.)

### ACTEURS CONCERNES

Agence Régionale de Santé ; Conseil Général

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Secteur Personnes Agées Dépendantes : Port-Louis, Sainte-Anne, Sainte-Rose, Pointe-Noire, Bouillante, Saint-Claude, Vieux Fort, Capesterre-Belle-Eau, Saint-Louis de Marie Galante, Saint Barthélemy, Morne à l'eau, Basse-Terre.

Secteur des enfants handicapés: Baie-Mahault.

Secteur des adultes handicapés : Gourbeyre, Basse-Terre, Le Moule.

### POINTS DE VIGILANCE

Cet axe est commun aux préconisations du schéma départemental de l'autonomie arrêté par le Conseil Général de la Guadeloupe.

### LEVIERS

Autorisations existantes

### INDICATEURS DE SUIVI

**A 05 ans :**

- ✓ Nombre de places installées en EHPAD (cible : 673 places en hébergement permanent; 88 places en hébergement temporaire) ;
- ✓ Nombre de places installées en MAS (cible : 86 places) ;
- ✓ Nombre de places installées en IME (cible : 60 places)

### FINANCEMENT

ONDAM Médico-social –

## **OBJECTIF 8 Créer et adapter des structures médico-sociales d'hébergement pour répondre à l'évolution des besoins**

### **8-1 L'optimisation des organisations existantes**

#### **DECLINAISON OPERATIONNELLE**

Ce qui est visé ici, c'est l'évolution des modalités de réponse (transformation ou extension). Les projets en cours de réalisation ou les organisations existantes sont susceptibles d'adaptation afin d'intégrer des réponses à de nouveaux besoins (handicapés vieillissants ou prise en charge innovante à domicile ou en établissement).

Les établissements concernés sont encore à définir : Foyer d'Accueil Médicalisé adossé à un EHPAD ou petite unité d'hébergement au sein d'un établissement pour personnes handicapées pour les handicapés vieillissants ; Petite Unité de Vie (PUV) ; Institut Thérapeutique d'Education Pédagogique ; Institut Médico-Educatif ; SESSAD, accueils de jour et temporaire...

#### **PUBLIC VISE**

Les personnes handicapées vieillissantes, les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées, les personnes présentant des démences précoces de type maladie de Parkinson.

#### **ACTEURS CONCERNES**

Agence Régionale de Santé ; Conseil Général de la Guadeloupe

#### **NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

Les territoires concernés par cet objectif sont principalement ceux de la Région Guadeloupe

#### **POINTS DE VIGILANCE**

Cet axe est commun aux préconisations du schéma départemental de l'autonomie arrêté par le Conseil Général de la Guadeloupe.

#### **LEVIERS**

Enquêtes à réaliser pour déterminer au mieux les besoins y compris les besoins en formation dans le cadre de l'accompagnement des personnels vers de nouveaux types de prise en charge.

Appels à projets

Schéma départemental de l'autonomie arrêté par le Conseil Général.



## INDICATEURS DE SUIVI

### A 03 ans :

- ✓ Estimation des lits nécessaires pour la prise en charge des handicapés vieillissants ;
- ✓ Réalisation d'une enquête sur les handicapés vieillissants

## IMPACT FINANCIER

Ces opérations impliquent le financement d'études précises pour estimer la réalité des besoins et un redéploiement de moyens financiers internes.

## 8-2 La sécurisation des appels à projet

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Le développement de l'offre renvoie à l'obligation de sécuriser les appels à projets de façon à ne retenir que des projets viables économiquement et techniquement.

Sauf lorsque le promoteur a fait la preuve de ses compétences et expérience en matière de construction et de gestion, les opérations de création qui distinguent construction et gestion seront privilégiées.

Les établissements concernés sont les EHPAD, les Accueils de jour, les Hébergements temporaires, les établissements pour personnes handicapées.

### PUBLIC VISE

Les personnes handicapées

Les personnes en situation de dépendance liée au vieillissement.

### ACTEURS CONCERNES

Agence Régionale de Santé ; Conseil Général de la Guadeloupe ; porteurs de projets

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.



## 8-3 Le développement de l'offre

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Il s'agit de créer des structures pour lesquelles le taux d'équipement régional est inférieur à la moyenne nationale. Dans ce cadre, l'extension ou la transformation de services sera privilégiée. A cet égard, une enquête devra déterminer le nombre de patients en situation « d'impasse hospitalière » ou « inadéquats ».

Les établissements concernés sont les EHPAD (exemple : Iles du Nord, Moule, Gosier, Désirade, Saint-François, Petit Bourg), les ITEP, les MAS, les Instituts d'éducation motrice (IEM) et les ESAT.

### PUBLIC VISE

Les personnes âgées dépendantes

Les enfants ou adultes handicapés (troubles psychiques, polyhandicap, ...).

### ACTEURS CONCERNES

Agence Régionale de Santé ; Conseil Général de la Guadeloupe.

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Les Iles du Nord, Moule, Gosier, Abymes, Désirade, Saint-François, Petit-Bourg, Basse-Terre, Bouillante, Capesterre-Belle-Eau, Marie-Galante, Baillif, Goyave. Ces implantations sont à préciser sur la base d'études de besoins précises.

### POINTS DE VIGILANCE

Cet objectif devra être mis en cohérence avec les orientations du schéma départemental de l'autonomie notamment pour la création des EHPAD.

### LEVIERS

- ✓ Enquêtes préalables, notamment sur le nombre de patients en situation « d'impasse hospitalière » ou « inadéquats ».
- ✓ Appels à projets

### INDICATEURS DE SUIVI

A 05 ans :



- ✓ Le nombre d'EHPAD installés si la nécessité de ces installations est établie ;
- ✓ le nombre d'ITEP installés (cible : 1 création nouvelle) ;
- ✓ le nombre de MAS installées pour handicap psychique (cible : 01 création nouvelle) ;
- ✓ le nombre de MAS installées pour polyhandicap ou handicap moteur (cible : 1 création nouvelle) ;
- ✓ le nombre d'IEM installés (cible : 01 création nouvelle) ; le nombre de places supplémentaires d'ESAT installées



## OBJECTIF 9 Promouvoir la qualité et l'efficacité des prises en charge

Sont visées ici les actions d'optimisation des organisations, d'efficacité et de qualité.

### 9-1 La formation des personnels

#### DECLINAISON OPERATIONNELLE

L'efficacité des ressources humaines au sein des établissements médico-sociaux doit être garantie grâce à des plans de formation adaptés.

Dans le cadre de la contractualisation entre l'ARS et les associations gestionnaires, les plans de formation devront comporter des thématiques ciblées sur les problématiques de prise en charge des différents types de handicap (autisme, troubles du caractère et du comportement, déficiences sensorielles...) ou sur les problématiques liées au vieillissement et à la dépendance - dont la maladie d'Alzheimer.

Des actions de formation, communes aux différentes associations, doivent être privilégiées.

#### PUBLIC VISE

Les professionnels de santé exerçant dans les institutions médico-sociales.

#### ACTEURS CONCERNES

L'Institut régional d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Guadeloupe, l'Observatoire des Inadaptations et du Handicap pourront être sollicités pour repérer les besoins de formation spécifiques.

#### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

#### POINTS DE VIGILANCE

Cet objectif est commun à celui du schéma départemental de l'autonomie qui prévoit de favoriser des plans de formation communs entre les associations et la mise en place de formation pour les professionnels.

Cet axe est à partager avec les orientations du schéma régional de prévention qui prévoit de développer des axes de formation/ information dans ces secteurs.

#### INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Le nombre de formations identifiées dans les secteurs handicap et dépendance liée au vieillissement ;
- ✓ le nombre de formations programmées ; le nombre de professionnels formés.



## FINANCEMENT

Les actions de formation peuvent être financées dans le cadre des plans de formation des établissements, qui sont susceptibles d'être abondés en fonction des crédits disponibles, par l'Agence Régionale de Santé, en crédits non reconductibles : 6000 € par an.

## 9-2 La mutualisation des moyens

L'exigence d'une qualité accrue attendue par nombre d'usagers, ainsi que la disponibilité de ressources limitées imposent de retrouver des marges de manœuvre financières. La mutualisation de certaines prestations ou le regroupement de certains services constituent des pistes d'amélioration

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Des actions d'intégration des organisations institutionnelles, via la structuration des coûts de prise en charge, doivent permettre d'atteindre cet objectif de promotion de la qualité et d'efficience des prises en charge.

Des conventions de partenariat, par territoire, doivent permettre des mises à disposition de moyens, notamment dans le cadre du transport organisé des usagers, de la mise à disposition de locaux ou encore de la gestion de divers postes « support et logistique » mutualisables (blanchisserie, restauration, traitement des déchets). Le développement des achats groupés est à envisager.

### ACTEURS CONCERNES

Les établissements concernés sont les structures accueillant en internat ou externat des enfants et adultes handicapés (IME, ITEP, CAMSP, CMPP, MAS, FAM...). Les établissements sanitaires, situés dans le territoire d'implantation des structures médico-sociales, doivent s'intégrer dans cet objectif de partenariat.

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

### POINTS DE VIGILANCE

Le schéma départemental de l'autonomie énonce des recommandations en matière de transport des usagers.

Le schéma d'organisation sanitaire doit prévoir ces modalités de partenariat logistique entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

### INDICATEURS DE SUIVI

**A 5 ans :** Le nombre de coopérations inter établissements par territoire (groupement de coopération sociale et médico sociale ou convention de partenariat).

### IMPACT FINANCIER



A évaluer

## 9-3 La réduction des inégalités de ressources entre établissements

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

L'efficience des coûts passe par leur optimisation et notamment la réduction des inégalités de ressources entre les établissements médico-sociaux offrant des prestations comparables, dans la limite des coûts cible nationaux majorés (+20%) ou des tarifs plafond applicables dans le cadre de la convergence tarifaire.

Elle implique également un rapprochement entre les budgets tarifés par l'ARS et les décaissements de la Sécurité Sociale. Le suivi de l'activité des établissements et services médico-sociaux sous prix de journée va permettre d'ajuster les budgets en cours d'année budgétaire.

### PUBLIC VISE

Les personnes âgées dépendantes et personnes handicapées accueillies dans ces structures doivent pouvoir bénéficier d'une qualité de service comparable.

### ACTEURS CONCERNES

Les EHPAD, les IEM, IME, ITEP, MAS...

### NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

### INDICATEURS DE SUIVI

A 05 ans :

- ✓ Nombre d'établissements dépassant les cibles nationales majorées de 20% ;
- ✓ Nombre d'établissements respectant les cibles nationales majorées de 20% ;
- ✓ nombre d'établissements en dessous des cibles nationales majorées de 20%

### IMPACT FINANCIER

L'alignement des coûts doit se faire au sein d'une enveloppe régionale constante.

## 9-4 Les conventions de coopération



Les établissements médico-sociaux doivent intégrer dans leurs projets d'établissement des actions propres à garantir la fluidité des parcours et notamment à coordonner ceux des usagers.

### **DECLINAISON OPERATIONNELLE**

L'accès aux soins des usagers doit être facilité par la signature de conventions de coopérations entre structures médico-sociales et établissements de santé ou professionnels libéraux du même territoire de santé.

Des plages horaires spécifiques doivent être réservées aux publics présentant un handicap qui nécessite une prise en charge particulière (autisme, déficiences sensorielles, polyhandicap...) au sein des hôpitaux de référence.

De même, les installations sanitaires (ex : cabinet dentaire) internes aux établissements médico-sociaux doivent être mises à disposition des résidents des autres structures.

Des contrats entre EHPAD et professionnels de santé libéraux doivent être conclus.

### **PUBLIC VISE**

Les personnes âgées dépendantes

Les personnes en situation de handicap.

### **ACTEURS CONCERNES**

Les EHPAD, les IME, les MAS, le centre pour polyhandicapés.

### **NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

### **POINTS DE VIGILANCE**

Transversalité avec le schéma régional d'organisation des soins

### **INDICATEURS DE SUIVI**

**A 01 an :** Le nombre d'EHPAD ayant conclu des contrats avec des médecins libéraux (cible9).

### **A 05 ANS :**

- ✓ Le nombre de conventions par territoire entre structures médico sociales et établissements de santé
- ✓ Le nombre d'EHPAD ayant conclu des contrats avec les professionnels libéraux (cible : 20)



# Axe 4

## Développer les filières de prise en charge du handicap et du vieillissement

L'objectif prioritaire de l'organisation de l'offre médico-sociale étant le maintien à domicile, une structuration de la coordination des intervenants est essentielle.

Au-delà, les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, à domicile comme en institution, présentent souvent des poly pathologies ou des pathologies spécifiques complexes à prendre en charge et justifiant une coordination forte des acteurs.



## **OBJECTIF 10 Coordonner les acteurs et clarifier les filières de prise en charge**

L'objectif dans ce secteur est de mieux fédérer les interventions et de mettre en place la coopération des acteurs de santé.

### **10-1 La réalisation d'une coordination gériatrique et d'une coordination dans le secteur du handicap**

La coordination concerne à la fois les professionnels de la santé, du social et du médico-social qui interviennent dans le cadre de cette prise en charge globale.

#### **DECLINAISON OPERATIONNELLE**

L'organisation d'une plate-forme de coordination gériatrique pluridisciplinaire et l'activation de la mission de coordination du Pôle Handicap du Réseau Grandir sont indispensables. En effet, un accompagnement de qualité ne peut se concevoir qu'en prenant en compte la globalité de la personne.

La réalisation d'une coordination dans le secteur gériatrique ou du handicap passe par la création de lieux de rencontre et l'organisation de journées d'échange et de partage d'expériences et de pratiques dont le but serait de faire comprendre aux professionnels intervenant à domicile, la nécessité qu'il y a d'aboutir à une évaluation partagée de la situation de la personne.

L'installation de MAIA en territoire Centre et Sud Basse-Terre en complémentarité avec des structures comme les CLIC répondrait à cet objectif de coordination

Par ailleurs, une réflexion doit être enclenchée au niveau d'un bassin gériatrique test, sur la création d'outils de coordination interdisciplinaire entre professionnels intervenant à domicile.

#### **PUBLIC VISE**

Les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes, vivant à domicile comme en institution.

#### **ACTEURS CONCERNES**

Les professionnels des structures d'accueil, en internat, en externat, en accueil de jour, services de soins et d'accompagnement à domicile.

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux;

Institutionnels impliqués dans l'élaboration d'outils de traitement des situations et dans la prise de décision (MDPH, Education nationale, Conseil Général).



## NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

### LEVIERS

CLIC

Pôle Handicap du Réseau Grandir

### POINTS DE VIGILANCE

Cet objectif de coordination doit être prévu par le schéma régional de l'offre ambulatoire et le schéma régional de l'organisation sanitaire. Il doit être aussi défini en lien avec la plate-forme de coordination des services d'aide à domicile piloté par la Sécurité Sociale et le Conseil Général dont le schéma départemental de l'autonomie vise également l'organisation entre les intervenants à domicile.

### INDICATEURS DE SUIVI

**A 03 ans :**

- ✓ Réalisation d'outils de coordination des intervenants à domicile

(Cible: 1)

**A 05 ans :**

- ✓ Installation de MAIA (cible:2)
- ✓ Plateforme de coordination gériatologique pluridisciplinaire
- ✓ Coordination du secteur du handicap à partir du pôle handicap de GRANDIR

### FINANCEMENT

L'installation d'une MAIA est évaluée à 220 000€

Le temps de coordination gériatologique et le temps de coordination "handicap" sont à évaluer.

Les outils test de coordination des intervenants à domicile sont à évaluer

## 10-2 La clarification des filières de prise en charge

Clarifier les filières de prise en charge permettra de garantir la fluidité des parcours.

### DECLINAISON OPERATIONNELLE

Pour les handicaps, les filières de prise en charge (du dépistage précoce à l'âge adulte) doivent très urgemment être identifiées afin d'améliorer leur visibilité et leur champ d'action; les handicaps sensoriels sont les premiers concernés par cette action.

Une filière gériatrique complète doit voir le jour.



## **PUBLIC VISE**

Les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes, vivant à domicile comme en institution.

## **ACTEURS CONCERNES**

Les structures d'accueil, en internat, en externat, en accueil de jour, les établissements sanitaires, les services de soins et d'accompagnement à domicile.

## **NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE**

La région Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

## **POINTS DE VIGILANCE**

L'objectif de clarification des filières de prise doit trouver une résonance dans le schéma d'organisation sanitaire.

## **INDICATEURS DE SUIVI**

### **A 02 ans :**

- ✓ Identification de la filière de prise en charge complète du handicap sensoriel

### **A 05 ans :**

- ✓ Création d'une filière gériatrique complète



## CONSOLIDATION TERRITORIALISEE

Les implantations et les capacités ne sont qu'indicatives. Elles sont donc susceptibles de réévaluation sur la durée du SROMS; la détermination précise des besoins sera nécessaire sur la base d'un faisceau de données à expertiser. Par ailleurs le rattachement de la commune de Pointe-Noire au territoire de santé Sud Basse-Terre entraînera une réévaluation à la marge de la répartition territoriale des places.

### SECTEUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

#### Niveau régional

La mise en place d'une véritable filière gérontologique suppose les éléments suivants :

- ✚ Une plateforme de coordination gérontologique
- ✚ 2 MAIA : 1 dans le territoire Centre et 1 dans le Sud Basse Terre
- ✚ 1 équipe spécialisée Alzheimer (ESA) dans le cadre de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD); l'implantation est à définir.
- ✚ 2 Unités Cognito Comportementales (UCC) : elles ont pour mission d'orienter au mieux les malades atteints de syndromes psychiatriques - dans le territoire Centre et 1 dans le Sud Basse Terre
- ✚ Un établissement de santé support - Coordination médicale de la filière par un gériatre PU-PH:

→Compétence de Professeur Universitaire/ Praticien Hospitalier

→Un service d'urgences (obligatoire en intra ou par conventionnement) avec une unité d'accueil des urgences gériatriques dédiée à identifier

→Un service de court séjour gériatrique (25 places pour 1000 habitants de + de 75 ans) à identifier (obligatoire en intra).

→Un service de moyen séjour : SSR gériatrique (facultatif en intra ou par conventionnement).

→Une équipe mobile de gériatrie à créer (obligatoire en intra).

→Une consultation gériatrique - hospitalisation de jour gériatrique à créer (au moins 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de plus de 75 ans) / La Consultation Mémoire y est intégrée (obligatoire en intra).

#### Niveau départemental : Information et coordination

01 CLIC par bassin gérontologique

## Niveau territorial

La filière doit s'organiser avec les établissements du territoire, dont les hôpitaux de proximité, disposant de lits de médecine, de moyen séjour gériatrique et des lits de soins de longue durée. Ces établissements s'intègrent soit en amont, soit en aval de la filière. Les structures médico-sociales sont aussi associées à cette filière de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Des coopérations doivent aussi être déclinées entre ces dernières et, notamment :

→ Les pharmacies - à défaut de disposer d'une pharmacie à usage intérieur : la bonne gestion des médicaments passe par un travail avec un pharmacien référent. Ce qui permet d'éviter des accidents de prescription.

→ Les professionnels paramédicaux et particulièrement les kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes qui travaillent à l'amélioration des capacités fonctionnelles et intellectuelles d'une personne âgée en perte d'autonomie (à défaut de disposer de ces professionnels en interne).

→ Les établissements de santé du secteur en vue d'assurer le transfert du résident de l'EHPAD vers les établissements de santé du secteur soit pour une hospitalisation temporaire suite à la dégradation de son état de santé soit pour bénéficier d'une consultation spécialisée.

De même, les modalités d'admission et de retour des usagers au sein de la filière doivent être organisées de manière contractuelle ainsi que les modalités et outils de partage des informations médicales. Les partenaires doivent organiser les modalités d'accès des résidents au plateau technique de la filière (unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, consultation mémoire...).

## Territoire de Santé Centre

### **✚ Prise en charge de proximité à domicile**

→ Hospitalisation à domicile

→ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et structures de répit:

### **Implantation**

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Hébergement permanent	06	16
Hébergement temporaire	00	07
Accueil de jour	03	10

## Capacité

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	324	905
Hébergement temporaire	0	65
Accueil de jour	26	106

→ Services de Soins Infirmiers A Domicile

Implantation maximum : 11

Capacité maximum : 463

→ Alzheimer :

## Implantation

	Minimum	Maximum
PASA	0	4
UHR	0	1

## Capacité

	Minimum	Maximum
PASA	0	48/56
UHR	0	14

## Territoire de Santé Sud Basse-Terre

### Prise en charge de proximité à domicile

→ Hospitalisation à domicile

→ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et structures de répit :



## Implantation

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	03	07
Hébergement temporaire	00	05
Accueil de jour	02	05

## Capacité

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	159	410
Hébergement temporaire	0	52
Accueil de jour	22	74

→ Services de Soins Infirmiers A Domicile

Implantation maximum : 11

Capacité maximum : 152

Le besoin en SSIAD sur les Saintes est à expertiser.

→ Alzheimer :

## Implantation

	Minimum	Maximum
PASA	0	2
UHR	0	0

## Capacité

	Minimum	Maximum
PASA	0	24/28
UHR	0	0



## Territoire de Santé des Iles du Nord

### Prise en charge de proximité à domicile

→ Hospitalisation à domicile

→ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et structures de répit:

#### Implantation

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	01	02
Hébergement temporaire	00	01
Accueil de jour	00	01

#### Capacité

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	40	60/100*
Hébergement temporaire	00	10
Accueil de jour	00	12

\*Extension de la capacité d'accueil de l'EHPAD de Saint-Martin qui passerait de 40 lits à 80 lits et ouverture d'un EHPAD de 20 lits à Saint-Barthélemy.

→ Services de Soins Infirmiers A Domicile

Implantation maximum : 01

Capacité maximum : 35

Le besoin en SSIAD à Saint-Barthélemy est à expertiser



→ Alzheimer :

### Implantation

	Minimum	Maximum
PASA	0	1
UHR	0	0
SSIAD spécialisé Alzheimer	0	1

### Capacité

	Minimum	Maximum
PASA	0	12/14
UHR	0	0
SSIAD spécialisé Alzheimer	0	1 seule équipe au niveau de ce territoire

## SECTEUR ENFANTS HANDICAPES

### Niveau régional

- Une plateforme de coordination du Handicap
- Un centre d'information et de conseil en aides techniques (CICAT)
- Un centre de ressources - « Observatoire des Inadaptations et des handicaps »
- Un Centre de Ressources Autisme (CRA) = accueille et oriente les personnes et leur famille. Il peut aider à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies. Ils participent à la formation et au conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés.

Il conviendra de clarifier les missions des deux centres de ressources et des modalités possibles de leur coopération. Le rôle des centres de ressources doit être précisé au regard des missions spécifiques de l'ORSAG.

- 1 centre de prise en charge des troubles visuels avec un pôle enfants de 24 places.

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	0	24

### Niveau départemental

**Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :** information ; accueil – écoute ; évaluation des besoins de compensation ; élaboration du plan de compensation ; attribution des prestations et orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle ; suivi des décisions ; médiation et conciliation.

### Niveau territorial

**S'agissant de la prise en charge précoce et de la post prise en charge précoce un certain nombre de préalables doivent être énoncés :**

- Expertiser la problématique des handicaps sensoriels
- Vérifier que toutes les tranches d'âge sont couvertes
- Adapter la capacité des CAMSP, CMPP, SESSAD sous réserve de la détermination des besoins ;
- Clarifier les modalités de prise en charge des enfants de la Désirade
- Création de SESSAD « Troubles du caractère et du comportement » à Sainte Rose et Baie-Mahault : 0 à 40 places
- Pour l'autisme et les troubles neuro moteurs notamment, une prise en charge ambulatoire soutenue et précoce doit être encouragée ainsi qu'un début d'accompagnement en milieu scolaire afin de limiter l'aggravation des handicaps. Elle pourrait se faire à titre expérimental par le développement d'actions innovantes en ambulatoire rattachées aux CAMSP : 0 à 10 places.
- Développer la prise en charge des 0-6 ans dans tous les SESSAD.
- Ces créations se feront soit par délégation de mesures nouvelles, soit par redéploiement des moyens internes aux structures existantes.

**Par ailleurs, au niveau des territoires de santé, les coopérations doivent être renforcées avec:**

- Avec les professionnels de santé et les structures de soins:  
Afin de garantir l'accès aux soins de leurs usagers, les établissements et services médico-sociaux doivent développer des partenariats avec les structures de soins et professionnels de santé de leur territoire d'implantation : Services hospitaliers de réanimation ; néonatalogie ; réanimation néonatale ; chirurgie pédiatrique ; médecine physique et de

réadaptation ; génétique ; pédiatrie ; psychiatrie infanto juvénile ; Ophthalmologues ; dentistes ; stomatologues ; pédiatres ; professionnels paramédicaux (psychologues ; psychomotriciens ; kinésithérapeutes ; orthophonistes ; audioprothésistes)

-Avec les partenaires institutionnels :

Protection Maternelle et Infantile ; Education nationale ou chefs d'établissements scolaires

## Territoire de Santé Centre

### Diagnostic précoce : tous types de handicaps

Les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) ont pour missions le dépistage et le traitement précoces des enfants handicapés de 0 à 6 ans.

	Minimum	Maximum
Implantation	2	2
Capacité	190	219

### Prise en charge précoce

#### Implantation

	Minimum	Maximum
CAMSP	2	2
CMPP	2	2
SESSAD/SAIS /SSEFIS	9	9

#### Capacité

	Minimum	Maximum
CAMSP	190	219
CMPP	FA	FA
SESSAD/SAIS	361	376

Dans le cadre de la prise en charge de l'autisme, l'implantation d'un post CAMPS d'une capacité de 10 places maximum est à envisager. Cette prise en charge innovante en ambulatoire à proximité d'un CAMSP participerait de l'intégration scolaire des 4-8 ans.

#### **🚦 Post prise en charge précoce**

-Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Implantation	1	1
Capacité	20	20

-Les Instituts Médico Educatifs

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Implantation	3	4
Capacité	244	289

-Les Instituts d'Education Motrice

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Implantation	1	1
Capacité	26	30

-Les SESSAD /SAIS

### **Territoire de Santé Sud Basse-Terre**

#### **🚦 Diagnostic précoce : tous types de handicaps**

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Implantation	1	1
Capacité	50	80

### Prise en charge précoce

#### Implantation

	Minimum	Maximum
CAMSP	1	1
CMPP	1	1
SESSAD/SAIS	5	5

#### Capacité

	Minimum	Maximum
CAMSP	50	80
CMPP	FA	FA
SESSAD/SAIS	285	285

### Post prise en charge précoce

-Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques

	Minimum	Maximum
Implantation	0	1
Capacité	0	20

-Les Instituts Médico Educatifs

	Minimum	Maximum
Implantation	3	3
Capacité	245	245

-Les SESSAD /SAIS : cf. ci-dessus



## -Les Instituts d'Education Motrice

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Implantation	0	1
Capacité	26	40

## - Handicaps sensoriels (auditif et visuel)

**Implantation**

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
IME	1	1
SSEFIS	1	1
Centre Basse Vision	1	1

**Capacité**

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
IME	25	25
SESSFIS	24	37
Centre Basse Vision	0	24



## Territoire de Santé Iles du Nord

### Diagnostic précoce : CAMSP

	Minimum	Maximum
Implantation	0	1 antenne
Capacité	0	05 places (à préciser par étude de besoins)

### Prise en charge précoce

#### Implantation

	Minimum	Maximum
CAMSP	0	1 antenne
CMPP	0	1 antenne
SESSAD/SAIS/SSEFIS	1	1

#### Capacité

	Minimum	Maximum
CAMSP	0	25
CMPP	0	37
SESSAD	47	47

### Post prise en charge précoce

Aucune structure de post prise en charge des handicaps n'existe dans les Iles du Nord. Les besoins et priorités doivent être estimés de manière précise avec la collaboration de l'Education Nationale. L'installation d'une structure innovante « pluri - handicaps » doit être envisagée de manière prioritaire. Par

ailleurs, des places dans les ITEP de Guadeloupe pourraient être réservées aux enfants des Iles du Nord dans le cadre de séjours de rupture.

## SECTEUR ADULTES HANDICAPES

### Niveau régional

- Une plateforme de coordination du Handicap
- Un centre d'information et de conseil en aides techniques (CICAT)
- Un centre de ressources - « Observatoire des Inadaptations et des handicaps »
- Un Centre de Ressources Autisme (CRA) = accueille et oriente les personnes et leur famille. Il peut aider à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies. Ils participent à la formation et au conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés.

Il conviendra de clarifier les missions des deux centres de ressources et des modalités possibles de leur coopération. Le rôle des centres de ressources doit être précisé au regard des missions spécifiques de l'ORSAG.

- 1 centre de prise en charge des troubles visuels avec un pôle adultes de 11 places.

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Implantation	1	1
Capacité	0	11

- 1 Unité Expérimentale d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) : ce centre de ressources pour les lésés cérébraux et pour les grands traumatisés crâniens a pour objectif d'évaluer les capacités des personnes et de leur proposer un accompagnement personnalisé.

- 1 Centre de Rééducation Professionnelle : sa mission consiste à dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur



insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé.

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	30	69

### Niveau départemental

**Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :** information ; accueil – écoute ; évaluation des besoins de compensation ; élaboration du plan de compensation ; attribution des prestations et orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle ; suivi des décisions ; médiation et conciliation.

### Niveau territorial

Au niveau des territoires de santé, **la coopération** doit se faire avec les professionnels de santé et les structures sanitaires et sociales.

Ainsi, dans le cadre du **maintien à domicile**, des conventions peuvent être passées par les services (SAMSAH/SSIAD) avec des personnes, physiques ou morales, intervenant dans les secteurs social, médico-social et sanitaire proches du domicile de la personnes adultes handicapée (pôle psychosocial hospitalier ; service de psychiatrie ; milieu professionnel ordinaire et protégé ; milieu scolaire et universitaire ; professionnels de santé (médicaux, généralistes et spécialistes ; paramédicaux) ; services sociaux .....).

**Les établissements** doivent passer des conventions avec les structures de soins hospitalières (urgences, psychiatrie, réanimation, spécialités médicales, moyen séjour...) et les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) de façon à garantir l'accès aux soins de leurs résidents.

Enfin, à défaut de disposer d'une pharmacie à usage intérieur : la bonne gestion des médicaments passe par un travail avec un pharmacien référent. Ce qui permet d'éviter des accidents de prescription ou des oublis de prise de médicaments...



## Territoire de Santé Centre

### Maintien à domicile

-Les SSIAD

	Minimum	Maximum
Implantation	11	11
Capacité	27	37

-Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)

Il conviendrait d'envisager la création d'un tel service dont la capacité serait à déterminer à partir d'une étude des besoins en lien avec le Conseil Général.

-Les SAMSAH

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	28	28

-Les Groupes d'Entraide Mutuelle

	Minimum	Maximum
Implantation	2	2
Capacité	File Active	File Active

-Accueil de jour : Accueil sur une ou plusieurs journées par semaine, de personnes handicapées vivant à domicile, afin de soutenir les aidants naturels. Ces structures doivent être adossées à des hébergements existant.

	Minimum	Maximum
Implantation	0	1
Capacité	0	05

### Placement en institution

-FAM :

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	15	35

-MAS

	Minimum	Maximum
Implantation	3	5
Capacité	94	137

-ESAT

	Minimum	Maximum
Implantation	9	10
Capacité	434	464

## Territoire de Santé Sud Basse-Terre

### Maintien à domicile

-Les SSIAD

	Minimum	Maximum
Implantation	03	03
Capacité	13	23

## -Les SPASAD

Il conviendrait d'envisager la création d'un tel service dont la capacité serait à déterminer à partir d'une étude des besoins en lien avec le Conseil Général.

## -Les SAMSAH

	Minimum	Maximum
Implantation	02	02
Capacité	58	58

## -Les groupes d'entraide mutuelle

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	File Active	File Active

-

Accueil de jour : Accueil sur une ou plusieurs journées par semaine, de personnes handicapées vivant à domicile, afin de soutenir les aidants naturels. Ces structures doivent être adossées à des hébergements existant.

	Minimum	Maximum
Implantation	0	1
Capacité	0	05

### **Placement en institution**

## -FAM :

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	25	25

-MAS

	Minimum	Maximum
Implantation	3	4
Capacité	66	129

-ESAT

	Minimum	Maximum
Implantation	2	3
Capacité	117	157

## Territoire de Santé Iles du Nord

### Maintien à domicile

-SSIAD

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	5	5

-SPASAD

01 structure de ce type pourrait être implantée après étude des besoins en vue de déterminer sa capacité.

-SAMSAH et GEM

Aucune création n'est envisagée.

### Placement en institution

L'accueil en institution des personnes handicapées n'est pas assuré sur ce territoire. Les besoins et priorités doivent être évalués de manière précise.

L'installation d'une structure innovante pluri handicaps est à investiguer. L'orientation pourrait être de créer 01 structure unique qui accueillerait des usagers relevant du FAM et de la MAS (cible possible : 12 places).



## SYNTHESE

<b>AXE 1</b>	<b>Améliorer la connaissance des besoins dans le secteur médico social</b>
<b>Objectif opérationnel 1</b>	Définition d'un outil d'information partagé dans un délai de 02 ans et mise en œuvre dans un délai de 05 ans
<b>Objectif opérationnel 2</b>	Mise à disposition des usagers d'informations lisibles sur les filières de prise en charge et l'offre de santé existantes
<b>Synthèse</b>	Le manque de données statistiques (notamment données d'analyse fines sur les handicaps, déficiences) a été souligné par l'ensemble des acteurs; à savoir des données à destination des décideurs et professionnels mais aussi à destination des usagers qui ne disposent pas d'une visibilité claire des filières de prise en charge. Il est admis qu'un outil régional, type Observatoire, soit constitué. La définition de l'outil devra associer l'ensemble des partenaires concernés (OIH, ORSAG, IREPS, MDPH, ARS...) : un cahier des charges et un calendrier de mise en œuvre devront être définis.

<b>AXE 2</b>	<b>Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap</b>
<b>Objectif opérationnel 3</b>	Prendre en compte la place de l'aidant naturel en l'accompagnant.
<b>Synthèse</b>	Le soutien de l'aidant naturel (famille, amis, voisinage) est essentiel au maintien à domicile. Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'éviter ou retarder l'entrée en établissement.
<b>Objectif opérationnel 4</b>	Favoriser la qualité de la prise en charge à domicile par la formation des professionnels intervenant à domicile
<b>Synthèse</b>	Il s'agit de conforter le choix du maintien à domicile en l'organisant au mieux. Cela passe par des professionnels de santé (des services sociaux et médico sociaux mais aussi des libéraux) formés aux spécificités des handicaps et des dépendances liées au vieillissement de façon à ce que les prises en charge soient adaptées et organisées.
<b>Objectif opérationnel 5</b>	Garantir une prise en charge coordonnée et efficiente à domicile
<b>Synthèse</b>	Il s'agit de conforter le choix du maintien à domicile en veillant à la qualité de la prise en charge qui doit être adaptée au profil de chaque usager et dispensée au meilleur coût. Ainsi les malades devant être pris en charge selon leurs stricts besoins de santé, les services de soins et professionnels libéraux intervenant à domicile doivent intervenir conformément aux textes fixant les compétences respectives de chacun, De même les structures médico-sociales intervenant à domicile doivent évaluer leurs pratiques de manière à améliorer leur prise en charge (évaluation interne / externe)

<b>Objectif opérationnel 6</b>	Développer les structures d'accompagnement à domicile
<b>Synthèse</b>	Le maintien à domicile nécessite de pouvoir accompagner les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée au vieillissement grâce aux interventions de services médico-sociaux pour tous les types de handicaps et perte d'autonomie. A ce jour si certains types de déficiences sont couverts par les interventions à domicile, certains ne le sont pas encore ou très insuffisamment. C'est le cas des polyhandicapés et handicap moteur, des autistes, des SESSAD "Pro" dits SAIS, des SSIAD ou SAMSAH pour PH, des TCC pour le secteur du handicap et de la prise en charge des Alzheimer pour les PAD (SSIAD Spécialisé)

<b>AXE 3</b>	<b>Développer l'offre d'accueil et améliorer la qualité de la prise en charge en établissement</b>
<b>Objectif opérationnel 7</b>	Installer les places d'hébergement autorisées
<b>Synthèse</b>	Le secteur médico-social se caractérise par un taux d'équipement souvent déficitaire par rapport au taux national. Les délais d'installation par rapport à la date des autorisations sont souvent très longs, particulièrement dans le secteur des EHPAD. Afin d'améliorer le taux de couverture régional il s'agit de favoriser en priorité l'installation des projets d'ores et déjà autorisés mais aussi, au vue des études de besoins qui seront effectués, de prévoir des évolutions de l'offre médico-sociale par exemple par transformation (du médico-social vers le médico-social ou du sanitaire vers le médico-social).
<b>Objectif opérationnel 8</b>	Créer et adapter des structures médico-sociales d'hébergement pour répondre à l'évolution des besoins
<b>Synthèse</b>	Au-delà de l'installation des structures déjà autorisées, il importera d'analyser les besoins afin d'adapter au mieux l'offre à planifier : soit grâce à des mesures nouvelles soit par redéploiement de l'existant. Néanmoins, au regard du taux d'équipement, par type de déficience, la problématique des enfants souffrant de TCC, des autistes, des polyhandicapés, des handicapés vieillissants, et celle des PAD ont été d'ores et déjà été mises en exergue, que ce soit en structures d'accompagnement à domicile qu'en institution. Afin toutefois de limiter les délais entre les autorisations et installations il est nécessaire de cadrer de manière particulièrement stricte les appels à projets. Enfin dans une dynamique de filière de prise en charge, la problématique de l'insertion en milieu professionnel des personnes handicapées, en milieu ordinaire comme en milieu spécialisé doit être prise en compte.

<b>Objectif opérationnel 9</b>	Promouvoir la qualité et l'efficacité des prises en charge
<b>Synthèse</b>	La prise en charge en établissement doit répondre à des normes de qualité et doit être rendue au meilleur coût. Les structures rendant un service comparable doivent être financées de manière comparable également. Cette comparaison peut être obtenue sur la base des indicateurs médico-sociaux. Par ailleurs des objectifs de convergence tarifaire sont assignés au secteur médico-social tandis qu'une réforme de la tarification se prépare. Les crédits issus de l'ajustement des bases budgétaires des ESMS pourront dès lors être redéployés en faveur de la création de structures ou du renforcement de structures existantes. Par ailleurs, à l'occasion du passage de la procédure d'allocation budgétaire en système "AE/CP" (autorisation d'engagement/crédit de paiement), l'objectif est de faire coïncider au mieux les montants tarifés par l'ARS et les décaissements de l'AM.

<b>AXE 4</b>	<b>Coordonner les acteurs et clarifier les filières de prise en charge</b>
<b>Objectif opérationnel 10</b>	Créer une coordination gérontologique et une coordination dans le secteur du handicap
<b>Synthèse</b>	L'objectif prioritaire de l'organisation de l'offre médico-sociale étant le maintien à domicile, une structuration de la coordination des intervenants est essentielle. Au-delà, les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, à domicile comme en institution, présentent souvent des poly pathologies ou des pathologies spécifiques complexes à prendre en charge et justifiant une coordination forte des acteurs.

