
Schéma régional d'organisation médico- sociale

Construire des parcours de
santé sur les territoires de
proximité

La Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 prévoit en son article 118, l'élaboration du Plan Régional de santé (PRS) constitué en particulier du Programme Stratégique Régional de Santé (PSRS) et d'un Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Ce dernier doit être « établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région ».

Rappel de la méthode participative et du calendrier d'élaboration

Au cours du 1^{er} trimestre 2011, l'ARS de Martinique a engagé ses travaux d'élaboration du programme stratégique régional de santé en s'appuyant sur les 5 thématiques dont celle relative à « handicap et vieillissement ».

La direction déléguée de l'offre médico-sociale (DDOMS) s'est saisie du sujet afin de mettre à disposition des partenaires externes et des directions métiers de l'ARS un diagnostic de la situation du handicap et des politiques en faveur des personnes âgées. Pour ce faire, les éléments de diagnostic ont été présentés à un Comité de Pilotage (COPIL diagnostic) afin de valider les différentes orientations qui devaient être soumises à la validation de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

S'agissant du COPIL, la volonté fut de le ramasser autour de membres compétents et indiscutables : Le directeur de la politique médico-sociale du Conseil Général, la directrice de la MDPH, le référent du réseau gérontologique, le référent du réseau handicap, le président de la commission spécialisée médico-sociale, les directeurs métiers de l'ARS ainsi que le conseiller médical du DG.

Fort de la validation par la CRSA des 3 grandes priorités et des 7 objectifs généraux qui en étaient issus, l'élaboration du SROMS a pu s'engager à compter du 2eme trimestre 2011.

Un COPIL SROMS a été réuni afin d'installer 7 groupes thématiques, co-pilotés par des membres partenaires de l'ARS et/ou les cadres de la DDOMS. L'objectif de ce COPIL SROMS (COPIL diagnostic augmenté des co-pilotes thématiques) a permis de cadrer la méthode et lancer les 7 groupes de travail. Ces derniers, composés de personnalités du domaine invités par les co-pilotes, se sont alors réunis selon les mêmes modalités, soit trois réunions au cours du mois de juin 2011 :

- Une 1ere réunion consacrée au partage des éléments du diagnostic,
- Une seconde rencontre orientée sur la déclinaison des objectifs spécifiques (retenus par la CRSA) en objectifs opérationnels avec comme ambition de vérifier les évolutions pour améliorer et rendre plus efficaces les organisations actuelles,
- Enfin, la 3eme séquence focalisée sur la déclinaison de ces objectifs opérationnels afin d'en retenir les leviers d'action, les indicateurs et autant que faire se peut les éléments de coûts et les calendriers retenus.

Deux réunions du COPIL SROMS ont accompagné ces travaux, l'une afin de valider ou recadrer les travaux engagés par chacun des groupes, la dernière permettant de valider les déclinaisons des objectifs généraux, architecture de ce schéma.

Bref rappel du diagnostic et des priorités du PSRS

Lors de l'élaboration du diagnostic et de l'écriture du plan stratégique régional de santé (PSRS), 3 grandes tendances ont été mises en évidence pour la région Martinique.

Dans un premier temps, un vieillissement inéluctable et rapide de la population, qui fera de la Martinique le 2^{ème} département le plus âgé de France en 2040 (croissance de +12,4% des plus de 60 ans entre 1999 et 2006 contre +2,90% en métropole – part des plus de 75 ans atteint 7,5% de la population martiniquaise, pour une progression similaire à la population des plus de 60 ans).

Ce vieillissement doit être mis en relation avec la progression rapide du nombre de personnes très dépendantes ; avec une estimation de 7 500 personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Ainsi, sur les plus de 75 ans, près d'une personne sur 5 vivant à domicile et 3 personnes sur 4 vivant en institution sont atteintes par ces pathologies. Dans le même temps, le cas particulier du vieillissement de la population handicapée et de la famille aidante laisse entrevoir la nécessité et les besoins d'une prise en charge spécifique, notamment à domicile.

Deuxièmement, une part élevée de la population âgée dispose de revenus limités et se trouve en situation de précarité. Ainsi, le ratio de Martiniquais bénéficiaires de l'APA est de 289 ‰ contre 222 ‰ en moyenne nationale, dont 85,5% vivent à domicile (61% en métropole). 3% environ de cette population vivrait dans des habitations de fortune, et 29% des plus de 75 ans vivent seuls. Mais cette situation est partagée par les personnes en situation de handicap, avec notamment une croissance extrêmement rapide du nombre d'allocataires des minima sociaux dont l'AAH (36,7 pour 1000 personnes de 20 à 59 ans au 31/12/2009 contre 24,8 pour 1000 au 31/12/2005 : sources STATISS).

Enfin, le retard indéniable en taux d'équipement de la Martinique, tant sur le domaine Personnes Agées que sur le domaine Personnes Handicapées, doit être pris en considération dans le cadre du schéma. Néanmoins, au-delà du rattrapage du retard, dont les premiers effets du Plan de développement Médico-Social signé en 2008 peuvent être observés (création de 200 places d'hébergement pour PA et de 150 places d'hébergement pour PH annuellement durant la période 2009-2013), il sera nécessaire de s'appuyer sur les 4 territoires de proximité pour proposer à la population martiniquaise un parcours de santé cohérent et qui limite au maximum les points de rupture dans ces mêmes parcours.

Ces constats, partagés par les professionnels de santé du territoire et la Conférence régionale de Santé et de l'Autonomie, ont conduit ainsi à la définition des 3 priorités retenues :

1. Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique
2. Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge
3. Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

PRIORITE n°1 :

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 1 : Améliorer le maintien à domicile

Objectif spécifique 1 : Développer les structures et services permettant le maintien à domicile

Objectif spécifique 2 : Accompagner les aidants intervenant auprès des personnes âgées à domicile

Objectif spécifique 3 : Accompagner la réflexion pour une adaptation du cadre de vie (habitat)

Objectif général 2 : Développer les prises en charge spécifiques

Objectif spécifique 1 : Favoriser l'information et la prise en charge des malades d'Alzheimer par des dispositifs adaptés

Objectif spécifique 2 : Etendre la prise en charge en établissement de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

Objectif général 3 : Inciter et accompagner à la qualité de la prise en charge

Objectif spécifique 1 : Veiller au respect de la bientraitance dans la prise en charge des personnes âgées

Objectif spécifique 1 : Améliorer la connaissance des profils des publics accueillis dans les établissements

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 1 : Améliorer le maintien à domicile

Objectif spécifique 1 : Développer les structures et services permettant le maintien à domicile

Contexte et enjeux :

Le vieillissement progressif de la population française est un phénomène inéluctable, mais ses conséquences sont encore probablement sous-estimées en Martinique.

Le maintien à domicile est l'objectif prioritaire de la politique de la vieillesse.

Quelle place pour les personnes âgées, et notamment pour les plus fragiles, celles qui ont des difficultés de vie quotidienne et cumulent, bien souvent, santé dégradée, isolement social et faibles ressources?

Le vieillissement et la vieillesse, l'incapacité et le handicap, le domicile et le chez soi, l'aide professionnelle et le soutien familial, la coordination, l'évaluation, la formation sont les nouveaux axes de travail de tous les acteurs pour repenser une prise en charge adaptée.

Objectif opérationnel n°1 :

Mettre en cohérence avec les territoires de proximité une répartition géographique des SSIAD.

Leviers d'actions :

- Réactiver les travaux de coordination partenariale et multidisciplinaire relatifs aux SSIAD pour un meilleur maillage du territoire, notamment avec l'ordre des infirmiers.
- S'appuyer sur le schéma départemental de gérontologie.
- Mettre en œuvre une filière articulée avec l'Offre de soin sanitaire.
- Estimer le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans par territoire de proximité.

Indicateurs :

- Taux de couverture géographique effective par territoire de santé.
- Taux d'agrément révisé sur la totalité des SSIAD.
- Taux d'occupation des places de Service de Soins Infirmier à Domicile.

Coût estimé et financement :

- Pas de coût supplémentaire recensé à ce jour (enveloppe CNSA-PA attribuée)

Calendrier de réalisation

- Réactivation des travaux du groupe dès le 1^{er} semestre 2012.
- Fin des travaux au 1^{er} janvier 2014.
- Atteindre le taux national à la fin du schéma

Objectif opérationnel n°2 :

Créer des dispositifs temporaires et de répit complémentaires au maintien à domicile.

Leviers d'actions

- Mettre en œuvre des places d'accueil de jour pour les personnes âgées dépendantes (dépendance cognitive et physique).
- Expérimenter sur un territoire de proximité la mise en place du « baluchonnage » (présence jour et/ou nuit au domicile d'une personne âgée d'un intervenant en remplacement de l'aidant).
- Etudier l'opportunité de la mise en place des dispositifs de gardes de nuit.

Indicateurs :

- Nombre de places d'accueil de jour, par territoire de proximité.
- Nombre de place d'hébergement temporaire par territoire de proximité.
- Nombre de personnes ayant recours au dispositif de « baluchonnage » sur la période d'expérimentation

Coût estimé et financement

- En fonction des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire installées.
- Le coût de l'expérimentation sera évalué en fonction du projet élaboré (coût forfaitaire à la place : Hébergement Temporaire = 12 720 € et Accueil de Jour = 12 120 €)

Calendrier de réalisation

- Durée du schéma, dernier trimestre 2014.
- Réunion du groupe de projet durant l'année 2012.
- La mise en œuvre des travaux d'expérimentation se fera en 2013 pour une évaluation fin 2014, après qu'un groupe projet aura précisé le cahier des charges.

Objectif opérationnel n°3 :

Rendre accessible les lits SSR identifiés gériatriques dans les différents établissements sanitaires.

Leviers d'actions

- S'appuyer sur une équipe mobile gériatrique pour favoriser la filière de prise en charge.
- Favoriser l'articulation ville hôpital à travers les partenaires médico-sociaux, le Réseau Handicap et le Réseau Gérontologie.
- Favoriser la coordination entre le Réseau Gérontologie, le Réseau Handicap avec la participation du Conseil Général ainsi que les autres acteurs du secteur médico-social.

Indicateurs :

- Taux d'utilisation de lits SSR pour les personnes de plus de 75 ans en fonction du nombre de lits SSR identifiés.

Coût : EPRD

Calendrier de réalisation : Lié à la mise en place de l'unité mobile gériatrique.

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 1 : Améliorer le maintien à domicile

Objectif spécifique 2 : Accompagner les aidants intervenant auprès des personnes âgées à domicile.

Contexte et enjeux :

Dans l'entourage, les aidants sont généralement des filles ou petites-filles du ou des parent(s) aidé(s). Souvent, l'aidant occupe une place particulière dans l'organisation des soins et services à domicile. Il doit pouvoir faire face à des problèmes spécifiques comme par exemple concilier l'accompagnement d'un parent et l'exercice d'une profession. Il peut s'agir aussi des voisins ou amis mais ils sont généralement moins nombreux et leur aide est plus limitée.

Un membre de la famille ou de l'entourage est souvent plus présent que les autres auprès du parent âgé, il est souvent le premier à réaliser les démarches nécessaires pour son parent et à prendre en charge diverses tâches. De ce fait, cet enfant se désigne et/ou est désigné par tous comme étant l'aidant naturel. Cette « désignation » est souvent inscrite dans l'histoire de la famille. Elle apparaît dans un contexte particulier mêlé d'émotions, de valeurs, d'épisodes familiaux et d'ancrages spécifiques propres à la famille.

Pour aider les aidants familiaux à vivre ce temps si particulier, il convient de leur permettre de repérer ce qu'ils peuvent faire, comment ils peuvent le faire.

Objectif opérationnel n°1 :

Développer les formations adaptées aux aidants familiaux pour la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Leviers d'actions :

- Procéder à l'identification des aidants par le biais de l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées (sécurité sociale, conseil général, médecins libéraux, SSIAD service d'aide à domicile...).
- Procéder au recensement des formations existantes et des structures dispensant ces formations.
- Mettre en place un groupe de travail pour définir les modalités des formations et des informations.

Indicateurs :

- Pourcentage du nombre d'aidants repérés.
- Pourcentage du nombre de personnes formées par rapport au nombre d'aidants repérés.
- Nombre de personnes formées par rapport au nombre de demandeurs de formation.
- Taux de satisfaction mesuré par une enquête réalisée par l'intermédiaire des SSIAD

Coût estimé et financement :

- Financement de la section 4 de la CNSA (1 200 €/formation par groupe de 12 personnes).

Calendrier de réalisation :

- 1^{er} semestre 2012, constitution d'un groupe de travail (recensement de structures et des aidants).
- 2^{ème} semestre 2012 : appel à projet pour les formations et définition des modalités de communication.

Objectif opérationnel n°2 :

Favoriser les formations continues adaptées aux aidants professionnels pour la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Leviers d'actions

- Favoriser la formation continue aux aidants professionnels à domicile dans le secteur des services à la personne en lien avec la DIECCTE.
- S'appuyer sur un groupe de travail pour former les aidants familiaux et professionnels de gré à gré.
- Associer l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) à la réflexion sur le maintien à domicile.

Indicateurs :

- Taux de convention avec les services à la personne précisant l'aspect formation dans le cadre de l'agrément.
- Impact de la formation des professionnels sur la qualité du maintien à domicile (enquête)

Coût estimé et financement :

- Coût non estimé.

Calendrier de réalisation

- 1^{er} semestre 2012 recensement des formations aux aidants professionnels
- 2^{ème} semestre 2012, appel à projet pour les formations
- 2012-2014 évaluation de l'impact des formations (enquête de satisfaction auprès des PA).

Objectif opérationnel n°3 :

Soutenir les espaces de rencontre créés à l'initiative du monde associatif.

Leviers d'actions :

- Recenser les associations et structures qui proposent des espaces de rencontres (SSIAD, HAD, CLIC ainsi que la Caisse Générale de Sécurité Sociale).
- Créer un support de communication.
- Promouvoir la diffusion de supports d'information, par l'intermédiaire du conseil général, lors de l'attribution de l'APA

Indicateurs :

- Nombre de participants aux espaces de rencontre.
- Nombre de réunions par territoire de proximité en rapport à la population.

Coût estimé et financement:

- Financement à rechercher auprès des collectivités territoriales.
- Budget prévention de l'ARS

Calendrier de réalisation : Évaluation annuelle du dispositif

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 1: Améliorer le maintien à domicile

Objectif spécifique 3 : Accompagner la réflexion pour une adaptation du cadre de vie (habitat).

Contexte et enjeux :

Faire du lieu d'habitat (établissement ou domicile) un espace de vie fonctionnel et pratique est devenu un enjeu et un défi que nous devons relever.

De nombreux travaux d'adaptations doivent être mis en œuvre. Ces travaux ne sont pas forcément lourds, mais ils doivent surtout faire l'objet d'actions bien pensées et prévues à l'avance avec les professionnels.

Rappelons-le, ces adaptations doivent permettre l'accès et l'usage des logements aux personnes âgées, à mobilité réduite, aux personnes concernées par tous types de handicaps.

Si l'habitation peut être le lieu de tous les dangers : sols glissants, différents niveaux de seuils, étroitesse des accès portes et couloirs, plans de travail trop haut, mauvais éclairage, équipements inadaptés,... la conception des logements anciens, mais aussi récents, ne répond pas toujours aux normes relatives à la perte d'autonomie.

Objectif opérationnel :

Participer à la mise en place d'un comité de coordination autour de l'habitat.

Leviers d'actions :

- Accompagner les réseaux (géronologique et handicap) dans une démarche de coopération.
- S'appuyer sur les travaux de la CGSS sur l'adaptation de l'habitat pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

Indicateurs :

- Nombre de réunions communes entre les réseaux durant l'année 2012.
- Nombre de dossiers «habitat » partagés entre les réseaux gérontologique et handicap
- Nombre de dossiers traités par le comité « habitat » de la CGSS par rapport au nombre de demandes reçues par l'ensemble des partenaires.

Coût estimé et financement :

- Coût non estimé

Calendrier de réalisation :

- En lien avec le calendrier de la CGSS

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 2 : Développer les prises en charge spécifiques

Objectif spécifique 1 : Favoriser l'information et la prise en charge des malades d'Alzheimer par des dispositifs adaptés

Contexte et enjeux :

Une des particularités du secteur médico-social réside dans la multiplicité des acteurs intervenant auprès de la personne, chacun détenant une parcelle d'information. Or, un accompagnement personnalisé et de qualité ne peut se concevoir que par la prise en compte de la globalité de la situation de la personne.

La gestion du parcours de vie des malades atteints de la maladie d'Alzheimer requiert une coordination des intervenants professionnels et familiaux.

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.

Mais ce cloisonnement des dispositifs génère un manque de cohérence des différentes interventions auprès d'une même personne ce qui impacte la qualité de la prise en charge.

Il s'agit donc d'assurer une meilleure articulation des professionnels entre eux, et pour cela il faut :

- Qu'ils se connaissent
- Qu'ils se rencontrent et qu'ils partagent leurs informations et leurs pratiques
- Qu'ils travaillent ensemble.

Si la coordination des différentes interventions est le gage de la qualité de prise en charge globale de la personne âgée et de la cohérence de son parcours, la diversité des professionnels intervenant auprès d'une même personne exige la désignation d'un référent garant de cette coordination.

Il s'agit de mettre en place des outils au service de la lisibilité du système pour les professionnels afin qu'ils orientent le patient vers l'interlocuteur le plus pertinent.

Objectif opérationnel 1 :

Accompagner la création de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

Leviers d'actions :

- organiser une campagne d'information en direction du grand public et des professionnels de santé pour valoriser et imposer la place de ce nouveau dispositif.
- favoriser la création d'un observatoire du vieillissement lieu d'échanges entre le public, les experts et les décideurs publics.
- s'appuyer sur la collaboration du Conseil Général de la Martinique, du Réseau Gérontologique de la Martinique.

Indicateurs :

- Nombre de personnes accueillies par le dispositif MAIA (typologie des patients)
- Répartition géographique des personnes accueillies par MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer)
- Nombre de conventions signées par la MAIA avec ses partenaires

Coût estimé et financement :

160 000 € en 2011

180 000 € à minima à partir de 2012

Calendrier de réalisation :

Finalisation de la campagne de communication : fin 1^{er} semestre 2012

Création de l'observatoire du vieillissement : fin schéma / second semestre 2014

Objectif opérationnel 2 :

Favoriser la création d'une unité cognitivo-comportementale

Levier d'action :

Soutenir le Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France dans cette opération

Indicateurs :

- Nombre de lits installés au Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France (Centre Emma Ventura)
- Nombre de séjours,
- âge moyen,
- Typologie des syndromes démentiels

Coût estimé et financement :

DHOS

Calendrier de réalisation :

1^{er} semestre 2012

Objectif opérationnel 3 :

S'appuyer sur les hôpitaux de proximité pour le développement des consultations mémoire

Leviers d'actions :

- Soutenir les établissements hospitaliers pour la création des consultations mémoire (Trinité/ St-Esprit/Marin et St-Pierre)
- Accompagner le développement des consultations existantes

Indicateur :

- Taux de fréquentation par rapport à la population de plus de 75ans par territoire de proximité.

Coût :

DHOS

Calendrier de réalisation :

1^{er} semestre 2013

Objectif opérationnel 4 :

Développer des plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1B du plan Alzheimer)

Leviers d'action :

- S'appuyer sur la MAIA et l'accueil de jour actuel
- Développer des accueils de jour

Indicateurs de suivi :

- Nombre de malade d'Alzheimer et aidants ayant consulté la plate forme dans l'année
- Nombre de malade d'Alzheimer et aidants ayant recours à une prestation de la plateforme autre que l'accueil de jour

Coût estimé et financement :

CNSA

100 000 € par plateforme

Coût supplémentaire lié à la création d'accueil de jour

Calendrier de réalisation :

1^{ère} plateforme : 1^{er} semestre 2012

Plateforme complémentaire en fonction des crédits

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 2 : Développer les prises en charge spécifiques

Objectif spécifique 2 : Etendre la prise en charge en établissements de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

Contexte et enjeux :

Le vieillissement accéléré de la population martiniquaise s'accompagne d'une augmentation rapide des pathologies liées au vieillissement et notamment de la maladie d'Alzheimer. Il n'existe aucun traitement curatif disponible et l'état de la recherche ne laisse espérer aucune amélioration avant plusieurs années. La prise en charge des malades sera essentiellement non médicamenteuse et fera appel aux services à la personne et aux structures. L'enquête ALZEMA estime la prévalence des déments en Martinique en 2009 à 7500 malades.

Eu égard au vieillissement accéléré de la population et à la montée corrélative des pathologies qui y sont liées un des enjeux majeurs consiste dans le développement de prise en charge spécifiques notamment pour les malades d'Alzheimer, à domicile certes, mais également en établissement.

En établissements d'hébergement le plan Alzheimer a pour ambition, dans sa déclinaison locale, d'adapter les établissements à la spécificité des malades. L'amélioration de la qualité de vie des malades repose sur un personnel formé à l'accompagnement de la maladie et mobilise des compétences pluridisciplinaires.

Objectif opérationnel 1 :

Installer les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)

Leviers d'actions :

Poursuivre la politique visant à accompagner les établissements existants susceptibles d'être éligibles
Inciter les nouveaux établissements à s'inscrire dans cette démarche

Indicateurs :

- Nombre de PASA/UHR créées/installés en EHPAD et en USLD
- Nombre de places installées
- Nombre de places Alzheimer /nombre de places créées dans le cadre du PDMS (plan de développement du médico-social)
- File active
- Nombre d'assistants de soins en gérontologie formés

Coût estimé et financement :

CNSA

PASA : 4557 € par place financement Caisse Nationale de Solidarité et à l'Autonomie

UHR : coût forfaitaire

Calendrier de réalisation :

Calendrier CPOM : PASA : 4 à fin 2011
12 à fin 2012, soit 100%
UHR : 1 à fin 2011
2 à fin 2012, soit 100%

Objectif opérationnel 2 :**Créer des places d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes dédiées****Leviers d'actions**

- Inciter les EHPAD et les promoteurs des nouvelles structures à transformer et à créer des Places dédiées aux malades d'Alzheimer complémentaires aux Unités d'hébergement Renforcé et aux PASA.
- Favoriser la professionnalisation des personnels intervenant dans les structures.

Indicateurs :

- Nombre de places Alzheimer installées/nombre de places créées dans le cadre du plan de développement médico social
- Nombre d'assistants de soins en gérontologie formés par rapport aux besoins

Coût estimé et financement :

coût en fonction des coupes Pathos

Calendrier de réalisation :

Evaluation des besoins d'assistants de soins en gérontologie : 2ème semestre 2012.

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 3 : Inciter et accompagner à la qualité de la prise en charge

Objectif spécifique 1 : Veiller au respect de la bientraitance dans la prise en charge des personnes âgées

Contexte et enjeux :

Dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée en établissement, l'identification des bonnes pratiques permettant plus d'humanité et de dignité pour les résidents doit en être le fil rouge.

Les professionnels ont compris leur rôle et souhaitent avec les familles et les résidents placer ces derniers au cœur de l'amélioration continue de la prise en charge et pour une meilleure satisfaction des besoins. L'ensemble des professionnels doivent accepter le fait que la personne âgée puisse pouvoir formuler ses choix et y participer.

La qualité de vie doit être un objectif prioritaire pour les structures d'accueil. A ce titre, une grande partie de la culture acquise par les professionnels doit être partagée.

D'autre part l'entrée en établissement de la personne âgée doit être préparée, son accompagnement personnalisé et les structures ouvertes sur l'extérieur.

La philosophie de la loi du 02 janvier 2002 incite les établissements à passer d'une logique où l'utilisateur s'adapte aux contraintes institutionnelles, à une logique où l'accueil et l'accompagnement sont adaptés à l'utilisateur.

Le plan de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 a étendu la notion de bientraitance née dans le secteur de l'enfance, aux secteurs des personnes âgées.

Objectif opérationnel 1 :

Eviter les dérives dans la prise en charge des personnes âgées par une présence ciblée dans les établissements

Leviers d'actions :

- Favoriser la mise en place d'un dispositif permettant la gestion des listes d'attentes et places
- Favoriser l'installation de groupes thématiques d'information sur les gestes de bonnes pratiques
- Inciter les établissements à s'ouvrir aux associations de troisième âge et aux bénévoles
- Accompagner l'adaptation des lieux de vie et les plans de rénovation des établissements pour P.A.

Indicateurs :

Taux d'évolution du nombre de journées de formation
Nombre de signalements de maltraitance

Coût estimé et financement :

Coût non estimé à ce jour.

Calendrier de réalisation :

Durée du schéma et évaluation annuelle

Objectif opérationnel 2 :

Répondre sans délai aux plaintes transmises

Leviers d'actions

- Ouvrir le Conseil de la Vie Sociale à l'ensemble des familles
- Vérifier l'existence de l'expression réelle des familles au sein des ESMS
- Soutenir le développement de fiches d'incidents et de signalements communes aux établissements

Indicateurs :

- Nombre de réunions de CVS par an et par Etablissement
- Nombre de comptes-rendus CVS Questionnaire de satisfaction
- Taux de réponse aux recommandations des rapports d'inspection dans les délais imposés.

Coût estimé et financement

Pas d'estimation de coût.

Calendrier de réalisation

- Evaluation annuelle de l'ouverture des CVS aux familles.
- Nombre de fiches d'incidents et de signalements communes effectives en fin de schéma.

Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique

Objectif général 3 : Inciter et accompagner à la qualité de la prise en charge

Objectif spécifique 2 : Améliorer la connaissance des profils des publics accueillis dans les établissements

Contexte et enjeux :

Les publics accueillis en établissement sont diversifiés.

Les niveaux de dépendance sont différents et les pathologies multiples et variés. Le profil socio-économique et **culturel** est souvent très spécifique. Chacun doit prendre possession de l'espace et pouvoir cohabiter avec les autres résidents. L'admission n'est donc pas une simple procédure administrative.

Les établissements doivent mettre en corrélation une demande de prise en charge par rapport aux moyens à mettre en œuvre pour y répondre. Les professionnels doivent disposer des éléments de connaissance suffisant permettant de limiter les difficultés d'adaptation de la personne âgée.

Ce sont autant d'éléments concourant à une meilleure intégration mais aussi à l'élaboration du projet personnalisé.

Objectif opérationnel 1 :

Evaluer les effectifs nécessaires à une prise en charge de qualité appuyée sur les coupes Pathos et les grilles AGGIR

Leviers d'actions

- Réaliser les coupes Pathos
- Disposer des grilles AGGIR
- Disposer de médecins coordonateurs formés dans tous les EHPAD

Indicateurs :

- Ecart entre effectifs nécessaires et effectifs réels/autorisés
- Taux d'évolution des contentieux lors des validations de coupe Pathos
- Nombre d'EHPAD non dotés de médecins coordonateurs

Coût estimé et financement

CNSA

Coût de formation des médecins coordonateurs.

Calendrier de réalisation

Réalisation de toutes les coupes Pathos à fin 2012 puis validation biannuelle.

Objectif opérationnel 2 :**Tendre vers l'adaptation des moyens budgétaires aux besoins identifiés****Leviers d'actions**

- Réfléchir à un effectif « soins » type par typologie de places d'accueil (PAD/Alzheimer/AJ...)
- Favoriser la mutualisation des nouveaux métiers

Indicateurs

- Evolution du PMP régional
- Nombre de postes à temps mutualisé

Coût estimé et financement

Coût non estimé

Calendrier de réalisation

- Constitution du groupe de travail 1^{er} semestre 2012
- Production du rapport sur les effectifs 1^{er} semestre 2013

PRIORITE n°2 :

Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge

Objectif général 1 : Améliorer l'intégration des personnes en situation de handicap

Objectif spécifique 1 : Favoriser une dynamique d'insertion en milieu ordinaire

Objectif spécifique 2 : Favorise les conditions permettant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Objectif général 2 : Adapter l'organisation des établissements et services aux réalités spécifiques des handicaps

Objectif spécifique 1 : Veiller à une diversification de l'offre adaptée et équilibrée

Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge

Objectif général n°1 : Améliorer l'intégration des personnes en situation de handicap

Objectif spécifique n°1 : Favoriser une dynamique d'insertion en milieu ordinaire

Contexte et enjeux :

L'identification du nombre de personnes handicapées est par nature difficile. D'une part elle dépend de la capacité de la personne et de sa famille à identifier une situation de handicap, ce qui est particulièrement complexe dans le cas des déficiences de nature psychique. D'autre part, elle est étroitement liée aux démarches qui ont pu être entreprises, permettant un recensement des situations

Pour l'intégration des personnes en situation de handicap, l'enjeu principal est de limiter leur précarisation.

S'agissant des enfants handicapés on parle plus d'inclusion scolaire, ce changement marque la volonté du ministère de faire de la scolarité un droit inaliénable pour tous les citoyens.

L'état des lieux met en évidence quatre priorités:

- le manque de structures d'accompagnement et d'accueil. De ce fait, de nombreux enfants handicapés (handicap moteurs, troubles associés) ne sont pas suivis. Des décisions de la CDAPH ne peuvent être mises en œuvre. Il s'ensuit alors une inégalité d'accès aux soins et à la prise en charge éducative et scolaire. Les files d'attente sont importantes au niveau des SESSAD.
- la compensation du handicap
- l'accessibilité de la société au handicap
- la spécificité des problématiques liées à la santé mentale des jeunes.

Par ailleurs, l'accès aux soins pour les populations les plus fragiles en milieu hospitalier ; personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques invalidantes, ou de handicap psychique participe de l'insertion en milieu ordinaire.

Objectif opérationnel n° 1 :

Identifier la population en situation de handicap

Leviers d'actions :

- En lien avec les partenaires institutionnels (CG, MDPH, EN, associations, INSEE, observatoire de la santé ...), mettre en place un groupe de travail pour harmoniser le recueil des données.
- Initier et/ou disposer une enquête afin de recenser les enfants et adultes en situation de handicap

Indicateurs :

- Réalisation d'une enquête
- Nombre d'enfants et d'adultes handicapés recensés par catégories de handicap et par tranche d'âge.

Coût estimé et financement :

- Sources de financement : CNSA, DGCS

Calendrier de réalisation :

- 2^{ème} semestre 2012 : lancement du groupe de travail et recueil des données

Objectif opérationnel n°2 :**Privilégier dans l'offre la prise en charge en milieu ordinaire****Leviers d'actions :**

- Améliorer les moyens de fonctionnement des structures existantes et création de nouvelles structures pour une meilleure répartition géographique
- Lancer des appels à projets ciblés sur les services

Indicateurs :

- Part des services dans les appels à projet

Coût estimé et financement :

Sources de financement : CNSA - DGCS

Calendrier de réalisation :

- 4^{ème} trimestre 2011 : actualisation du PRIAC
- 2^{ème} trimestre 2012 : lancement des premiers appels à projet

Objectif opérationnel n°3 :**Faciliter l'accès aux soins****Leviers d'actions :**

- Travailler avec le secteur sanitaire et hospitalier sur les dispositifs pouvant être mis en place à destination des publics fragiles
- Préparer les sorties d'hospitalisation : un vide à combler en matière d'information
- Accompagner la création d'un pôle d'excellence de prise en charge des filières de soins handicap au CHU

Indicateurs :

- Dispositifs et organisations spécifiques mis en place pour les publics fragiles, dans les établissements de soins

Coût estimé et financement :

- Sources de financement : DGOS, DGCS

Calendrier de réalisation :

- 2^{ème} semestre 2012 : participer aux travaux sur la santé mentale et sur l'organisation territorialisée des soins
- 2013 : définir et prioriser les actions permettant de faciliter l'accès aux soins

Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge

Objectif général n°1 : Améliorer l'intégration des personnes en situation de handicap

Objectif spécifique n°2 : Favoriser les conditions permettant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Contexte et enjeux :

Il existe peu de leviers dans le cadre de l'insertion professionnelle.

Les difficultés rencontrées portent sur :

- l'insertion du fait des problèmes d'ordre économique
- d'environnement social variable en permanence
- de moyens restreints.

Les secteurs d'intervention des ESAT sont limités à des activités "classiques" (jardinage, repassage, travail du bois). Il n'y a pas de véritable intégration au secteur marchand porteur.

Par ailleurs l'intégration dans le milieu ordinaire est peu développée du fait de la conjoncture, du manque d'information des employeurs et des handicapés psychiques notamment qui, ne se reconnaissant pas comme malade, ont des difficultés à accepter la maladie et le handicap.

Objectif opérationnel n°1 :

Structurer l'offre de formation pour permettre l'acquisition de compétences professionnelles

Leviers d'actions :

- Etudier la possibilité de mettre en place des référents dès la formation et dans les entreprises pouvant servir d'interface entre l'ESAT et l'entreprise
- Soutenir les actions d'information à destination des employeurs sur les modalités d'emploi des personnes en situation de handicap.

Indicateurs :

- Nombre de PH ayant bénéficié d'une formation qualifiante adaptée au marché de l'emploi
- Nombre d'emplois proposés par les employeurs

Coût estimé et financement :

- Source de financement : DGCS

Calendrier de réalisation :

- 2^{ème} semestre 2012

Objectif opérationnel n°2 :

Adapter l'offre de travail en ESAT au marché de l'emploi

Leviers d'actions :

- Faire un état des lieux des métiers niches d'emploi pour réorienter les ESAT.
- Développer les activités sur des secteurs nouveaux : développement durable, par exemple.
- Réfléchir à un ESAT pour les personnes qui ont un niveau bac

Indicateurs :

- Evolution du taux d'employabilité des personnes handicapées de 16 à 20 ans
- Nombre de places d'ESAT créées
- File active des personnes entrées en ESAT
- Taux de sortie des ESAT vers le milieu ordinaire
- Taux d'intégration dans le milieu ordinaire

Coût estimé et financement :

- Source de financement : DGCS

Calendrier de réalisation :

- 4^{ème} trimestre 2011 : réunir les ESAT autour d'une réflexion sur leur avenir et les formations offertes aux travailleurs handicapés
- 2^{ème} trimestre 2012 : organiser avec les ESAT leur réorientation

Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge

Objectif général 2 : Adapter l'organisation des établissements et services aux réalités spécifiques des handicaps

Objectif spécifique : Veiller à une diversification de l'offre adaptée et équilibrée

Contexte et enjeux :

Les établissements et services médico sociaux pour personnes handicapées doivent faire face à des évolutions fortes mais sont confrontés à un certain nombre de problématiques dont :

- Le problème de visibilité et de lisibilité de l'offre de prestation
- Le problème de visibilité et de lisibilité des besoins
- La méconnaissance des établissements existants.

La Martinique possède le meilleur taux d'équipement en **termes** de maisons d'accueil spécialisée (MAS) et de foyers d'accueil médicalisés (FAM) des départements Français d'Amérique.

Citons à titre d'illustration de création récentes, la MAS de Saint-Pierre, les 20 places de FAM pour traumatisés crâniens, les 60 places du FAM de Surcouf et le FAM du Morne Vert.

En revanche, il existe encore près de 200 personnes en placement inadéquat en psychiatrie pris en charge par le centre hospitalier de Colson.

De plus, on observe une insuffisance de places destinées à la prise en charge du handicap moteur.

Dans le même temps, le vieillissement touche de nombreuses personnes handicapées et se posera le problème du placement compte tenu du vieillissement concomitant des aidants familiaux assurant leur prise en charge. Enfin, il est constaté un déficit théorique de 115 places en ESAT par rapport à la moyenne nationale.

Il convient de réfléchir sur les changements nécessaires sur les 5 prochaines années pour améliorer la vie des populations en situation de handicap dans toutes leurs diversités et réduire les inégalités.

Des articulations doivent être recherchées entre les politiques de prévention et de soins, ainsi que les autres politiques publiques pour assurer à tous un parcours de vie et de soins sans rupture.

Objectif opérationnel n°1 :

Actualiser la connaissance des typologies de handicap

Leviers d'actions :

- Formaliser un tableau de bord actualisé des orientations non satisfaites pour les handicaps spécifiques
- Recenser les déficients intellectuels moyens avec troubles associés (dont troubles du comportement)
- Mener des actions de communication et de sensibilisation au handicap et à la spécificité de certains types de handicap

- Mieux informer les personnes handicapées et les familles et les associer systématiquement au parcours des PH

Indicateurs :

- Tableau de bord des orientations actualisé
- Suivi des décisions prises en CDAPH

Coût estimé et financement :

- Absence de coût estimé

Calendrier de réalisation

- Fin 2012 : tableau de bord de suivi des orientations non satisfaites pour les handicaps spécifiques élaboré puis actualisé au fil de l'eau
- Durant l'année 2012 : Recensement des déficients intellectuels moyens avec troubles associés (dont troubles du comportement)
- Mener des actions de communication et de sensibilisation au handicap et à la spécificité de certains types de handicap (annuel)

Objectif opérationnel n°2 :

**Rendre plus efficiente l'offre de prestation au vu des réponses attendues -
Identifier les activités développées par les différents établissements**

Leviers d'actions

- Identifier les agréments des institutions médico-sociales
- Mettre en adéquation les orientations et les agréments actuels pour répondre à des besoins exprimés
- Mettre à jour l'annuaire social
- Rendre visible la cartographie de l'offre
- Diffuser le bilan annuel du taux d'évolution du nombre d'orientations insatisfaites couvertes par des places adaptées prévues en appel à projet, du nombre de structures créées, du nombre de places créées.
- Organiser un congrès annuel du médico social pour les professionnels
- Mettre en œuvre un forum d'échanges entre les professionnels sur des problématiques communes

Indicateurs :

- Actualisation des agréments
- Taux d'évolution du nombre d'orientations par la CDAPH insatisfaites
- Taux de révision d'agrément / autorisations à réviser
- Elaboration d'un système d'information cartographique de l'offre

Coût estimé et financement

- Non estimé

Calendrier de réalisation

- Mise à jour de l'annuaire social en 2012, puis au fil de l'eau
- 2013 : congrès du médico-social et forum
- 2014 : élaboration du système d'information cartographique

Objectif opérationnel n°3 :

Améliorer la transition entre prise en charge par les institutions et l'accompagnement en milieu ordinaire

Leviers d'action

- Favoriser la mise en place d'un accompagnement pour un jeune sortant d'un établissement spécialisé et le développement du tutorat
- Structurer la mutualisation entre la prise en charge par l'Education Nationale et la prise en charge en milieu spécialisé
- S'appuyer sur une doctrine définissant la prise en charge d'un enfant handicapé en milieu ordinaire et en milieu spécialisé
- Accompagner les mesures et les actions favorisant l'accessibilité à la citoyenneté, à la culture et au sport

Indicateurs :

- Evolution du taux de scolarisation en milieu ordinaire

Coût :

- Coût non estimé

Calendrier de réalisation :

- Bilan annuel du taux de scolarisation en milieu ordinaire
- 2^{ème} semestre 2013 : élaboration d'une doctrine

PRIORITE n°3 :

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximités

Objectif général 1 : Poursuivre la mise en œuvre du plan de développement médico-social arrêté par l'ARS

Objectif spécifique 1 : Créer les places prévues au PDMS

Objectif spécifique 2 : Articuler le PDMS au projet de réorganisation hospitalière

Objectif spécifique 3 : Participer à la restructuration de la santé mentale

Objectif général 2 : Renforcer les partenariats avec les collectivités et les autres acteurs autour d'un parcours de santé

Objectif spécifique 1 : S'approprier les instances créées par la Loi HPST pour asseoir les dispositifs partenariaux réglementaires

Objectif spécifique 2 : Accompagner la mise en œuvre des évaluations interne et externes des ESMS

Objectif spécifique 3 : Inscrire le parcours de santé dans une logique de territoire

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

Objectif général n° 1: Poursuivre la mise en œuvre du plan de développement médico-social arrêté par l'ARS.

Objectif spécifique 1 : Créer les places prévues au PDMS

Contexte et enjeux :

Le diagnostic de la situation du secteur médico social a permis de mettre en exergue les points de blocage du développement du secteur :

1. Indisponibilité du foncier, réserve foncière limitée
2. Financement des investissements et difficultés des collectivités territoriales : situation financière parfois précaire des collectivités (départements et municipalités)
3. Absence de plateforme support aux opérateurs susceptibles de répondre à un appel à projet de façon efficiente
4. Insuffisance des ressources humaines qualifiées et des formations professionnelles
5. Faiblesse des petites associations porteuses de projets prioritaires

Acté par la signature d'une charte le 08 décembre 2008 (engagement de l'État avec ses partenaires), le plan de développement médico-social prévoit, notamment, la création sur 5 ans de 750 places pour personnes handicapées et de 1 000 places pour personnes âgées, afin de contribuer à la résorption du déficit d'équipement de la région.

C'est ainsi que dans le cadre du PRS et du SROMS, une évaluation des besoins est effectuée ce qui permet :

- 1°) de procéder à un examen des structures existantes en vue de possibles reconversions partielles
- 2°) d'affiner et d'ajuster les données en lien avec la rénovation des structures en capacité de prendre en charge ces publics.

Objectif opérationnel 1 :

Mobiliser les moyens financiers nécessaires pour le fonctionnement

Leviers d'actions :

- Programmer de la façon la plus fine possible les ouvertures des structures, en lien avec les différents partenaires et financeurs (CNSA, conseil général, DGCS ...)
- Optimiser l'utilisation des outils de gestion et de suivi des autorisations : SELIA, FINISS, HAPI.

Indicateurs :

- Ecart entre moyens sollicités et moyens attribués
- Taux d'évolution des places créées en fonction des places prévisionnelles

Coût estimé et financement :

- Financement CNSA -DGCS

Calendrier de réalisation :

Décembre 2014

Objectif opérationnel 2 :

Créer et rendre opérationnelle une plateforme d'ingénierie, d'observation et de coordination.

Leviers d'actions :

- Réaliser une étude interne à l'ARS dans le cadre d'un mémoire universitaire pour rendre opérationnelle une plate-forme d'ingénierie au second semestre 2011.
- Installer la plate forme : formalisation du budget, locaux, recrutement du personnel, démarche auprès des établissements et des promoteurs potentiels

Indicateurs :

- Nombre de dossiers traités par la plateforme
- Taux de réponses favorables aux demandes de subvention par ESMS (PAI, CPER)

Coût estimé et financement :

- Le coût de départ du projet est estimé à hauteur de 250 000 €. En fonction de la position retenue quant à la participation des bénéficiaires, une aide de la CNSA sera sollicitée.
Une estimation des besoins réels devra être réalisée dans les 2 ans.

Calendrier de réalisation :

- Fin du 1^{er} semestre 2012 : réalisation de l'étude et finalisation du projet
- 2^{ème} semestre 2012 : mise en œuvre effective de la plate forme

Objectif opérationnel 3 :

Réaliser une étude sur le nombre de personnes handicapées vieillissantes hors handicap psychique

Leviers d'actions :

- Stabiliser la définition de la personne handicapée vieillissante
- En lien avec le réseau handicap, la MDPH, le conseil général et les associations mettre en place un groupe de travail afin de repérer et de recenser le nombre de personnes handicapées vieillissantes à domicile ou en établissement et si possible le type de handicap

Indicateurs :

- Existence d'une étude qui permettra d'évaluer l'exhaustivité des besoins
- Nombre de personnes handicapées vieillissantes recensées
- Types de handicap répertoriés

Coût estimé et financement :

- Coût non estimé.

Calendrier de réalisation :

- 1^{er} semestre 2012

Objectif opérationnel 4 :

Définir les modes de prises en charge à domicile ou en institution

Leviers d'actions :

- A partir des données recueillies lors de l'étude ci-dessus, déterminer les modes de prises en charge adéquats.
- Répertorier et faire le lien avec d'autres régions ayant expérimenté des solutions innovantes.
- Aménager les réponses existantes en institution ou à domicile.

Indicateurs :

- Typologie des modes de prise en charge détectée

Coût estimé et financement :

- Coût non estimé

Calendrier de réalisation :

- 2^{ème} semestre 2012

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

Objectif général n° 1: Poursuivre la mise en œuvre du plan de développement médico-social arrêté par l'ARS.

Objectif spécifique 2 : Articuler le PDMS au projet de réorganisation hospitalière

Contexte et enjeux :

Le renforcement du taux d'encadrement et de la formation du personnel soignant sont deux axes majeurs d'intervention en matière de ressources humaines dans le champ médico social.

La restructuration du système hospitalier en cours est une opportunité pour favoriser le redéploiement des personnels vers le médico-social. Le total des besoins estimés sur le secteur personnes âgées pour 1000 places d'hébergement sur 5 ans est de 285 agents ventilés en 71 IDE et 214 AS.

Sur le secteur handicap, les besoins sont estimés pour 1132 places (toutes structures confondues) à 804 agents ventilés à 96 administratifs, 391 éducatifs, 282 para médicaux et 35 autres.

Des travaux sont actuellement engagés par les ARS des Antilles et de la Guyane, en lien avec les partenaires concernés (Rectorats, les services des Préfectures, l'Université Antilles Guyane, les Conseils Régionaux, les Conseils Généraux) afin de permettre la création d'un institut de formations aux métiers de la santé. Le projet vise notamment la nécessaire création de formations nouvelles et tenant compte de l'évolution des besoins du champ du médico-social.

Ces travaux se sont engagés dans le cadre du Plan Santé Outre-mer et suite aux Etats Généraux de l'Outre-mer, actés lors du Comité Interministériel de l'Outre Mer présidé par le Président de la République le 6 novembre 2009.

Objectif opérationnel 1 :

Soutenir la création des places par un accompagnement en ressources humaines.

Leviers d'actions :

- Déterminer l'effectif nécessaire à chaque catégorie de structures
- Repérer les besoins lors des créations de places
- Veiller à la mise en place de formations qualifiantes dans les établissements

Indicateurs :

- Taux d'actifs issus des restructurations sanitaires par rapport aux nouveaux recrutés
- Nombre de personnes aptes et volontaires pour s'inscrire dans des formations qualifiantes complémentaires
- Nature des catégories socio professionnelles ciblées
- Nombre de création de postes par rapport aux besoins exprimés par les établissements

Coût estimé et financement :

- Financement CNSA, notamment la section IV

Calendrier de réalisation :

- Décembre 2014

Objectif opérationnel 2 :**Identifier avec les établissements médico sociaux les besoins en termes de compétences****Leviers d'actions :**

- Repérer les besoins dans le cadre des dialogues de gestion et de l'analyse des résultats.
- Accompagner les établissements dans la mise en œuvre des réponses apportées : plan de formation, mutualisation pour contractualisation avec l'institut de formation.
- Faire remonter les besoins à l'institut de formation.

Indicateurs :

- Nombre et nature des formations spécifiques à réaliser

Coût estimé et financement :

- Financement CNSA - DGCS

Calendrier de réalisation :

- 1^{er} semestre 2012 : Recensement effectué

Objectif opérationnel 3 :**Inciter au recrutement de directeurs réellement qualifiés et non simplement conformes aux exigences des conventions collectives et accroître la formation qualifiante des directeurs et des cadres****Leviers d'actions :**

- Recenser les qualifications des personnels de direction en place
- Dans le cadre des dialogues de gestion veiller à la formalisation de plan de formation
- Dans le cadre des dialogues de gestion inciter les directeurs et cadres à entreprendre des actions de perfectionnement ciblées et/ou de formation professionnelle continue.
- Lors des nominations veiller à ce que les employeurs respectent l'adéquation profil/poste.

Indicateurs :

- Nombre de formations spécifiques mises en œuvre
- Nombre de directeurs qualifiés /qualifications requises

Coût estimé et financement :

- Financement CNSA

Calendrier de réalisation :

- Dialogues de gestion : 4^{ème} trimestre 2011, 1^{er} semestre 2012
- Formations : 2^{ème} semestre 2012

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

Objectif général n° 1: Poursuivre la mise en œuvre du plan de développement médico-social arrêté par l'ARS.

Objectif spécifique 3 : Participer à la restructuration de la santé mentale

Contexte et enjeux :

L'état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en Martinique se caractérise par :

- un seul établissement public de santé mentale en position de quasi monopole
- des hospitalisations en psychiatrie concentrées sur un seul site de 300 lits
- inadaptation dudit site de Colson à la conception actuelle de la prise en charge psychiatrique
- une sur-occupation chronique des lits rendant difficile les admissions d'urgence et ayant pour conséquence un recours anormalement fréquent aux hospitalisations sous contrainte.
- de nombreux patients hospitalisés en service de psychiatrie « active » alors qu'ils relèvent d'une prise en charge médico-sociale. Ce sont les « hospitalisations inadéquates », qui s'élèvent à environ 50% des hospitalisations à Colson, d'après la dernière coupe faite lors de la mission MNASM de février 2011.
- un programme d'inspection élaboré dans le cadre du PRICE, en lien avec le Conseil Général, sur les structures d'hébergement « sauvages » non autorisées.

Il convient donc d'apporter une réponse appropriée pour la prise en charge des personnes indûment hospitalisées en psychiatrie.

Objectif opérationnel 1 :

Impulser la mise en place des dispositifs innovants et diversifiés en matière de prise en charge de personnes souffrant de déficience psychique (personnes handicapées psychiques vieillissantes, ...)

Leviers d'actions :

- Accompagner le centre hospitalier de Colson dans sa démarche d'identification d'un pôle médico social.
- Repérer les expérimentations déjà menées dans les autres régions.
- Inciter les autres établissements à s'impliquer dans la recherche de solutions territorialisées.
- Travailler en lien avec le schéma de santé mentale et le secteur sanitaire.

Indicateurs :

- Types d'accueils différenciés définis
- Taux d'évolution du nombre de places créées

Coût estimé et financement :

- Financement CNSA et conseil général

Calendrier de réalisation :

- 2^{ème} semestre 2012

Objectif opérationnel 2 :

Développer les places d'accueil complémentaires à l'hospitalisation complète.

Leviers d'actions :

- En lien avec le secteur sanitaire et les autres partenaires, définir le type de structures adaptées à ce public
- Utiliser l'appel à projet pour créer les places nécessaires dans les zones déficitaires.

Indicateurs :

- Nombre de places créées (accueil de jour, hébergement temporaire, GEM, Samsah...)

Coût estimé et financement :

- Financement CNSA et conseil général

Calendrier de réalisation :

- 2ème semestre 2012

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

Objectif général 2 : Renforcer les partenariats avec les collectivités et les autres acteurs autour d'un parcours de santé

Objectif spécifique 1 : S'approprier les instances créées par la loi HPST pour asseoir les dispositifs partenariaux réglementaires

Contexte et enjeux :

L'article 118 de la loi HPST du 21/07/2009 précise les missions des ARS qui sont chargées de mettre en œuvre au niveau régionale la politique de Santé Publique. Les agences sont dotées pour le fonctionnement d'un Conseil de Surveillance. Les agences s'appuient sur :

- La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie qui est un organisme consultatif
- Deux Commissions de coordination qui assurent la cohérence et la complémentarité des actions.
- Le projet régional de santé dans lequel s'inscrit le SROMS et qui fait l'objet d'un avis de la CRSA.

Cette nouvelle organisation modifie les pratiques en particulier dans le secteur médico social qui voit apparaître des procédures d'appel à projet pour la création ou l'extension des établissements médico sociaux.

Par ailleurs, les différents plans nationaux qui prévoient des instances de concertation laissent les ARS s'organiser localement pour leur mise en œuvre.

Objectif opérationnel 1

S'appuyer sur la Commission de Coordination pour organiser la politique du secteur médico social

Leviers d'actions :

- Contribuer à la définition et à la priorisation des politiques publiques dans le cadre du SROMS par la Commission de Coordination dans les domaines des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux.
- Participer à l'élaboration du cahier des charges des appels à projets et des procédures.

Indicateurs :

- Nombre de propositions d'orientation politique de la commission
- Ecart entre le nombre de propositions effectuées et le nombre de propositions retenues concrètement dans la mise en œuvre des politiques.

Coût estimé et financement : Coût non estimé

Calendrier de réalisation : Calendrier des réunions de la commission de coordination.

Objectif opérationnel 2

Structurer l'offre au moyen des appels à projet en partenariat avec les collectivités

Leviers d'actions :

- Analyser l'adéquation entre les dispositifs existant et les besoins en tenant compte des territoires.
- Elaborer les appels à projets en tenant compte de l'accessibilité sur le territoire.
- Appuyer toutes les démarches visant à la mutualisation coordonnée dans un objectif de qualité et d'efficience.

Indicateurs :

- Nombre de personnes du territoire de proximité accueillies dans chaque établissement
- Nombre d'établissement ayant passé convention de mutualisation.

Coût estimé et financement

Calendrier de réalisation : Evolution sur cinq ans avec vérification tous les deux ans de la mise en action de l'objectif.

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

Objectif général 2 : Renforcer les partenariats avec les collectivités et les autres acteurs autour d'un parcours de santé

Objectif spécifique 2 : Accompagner la mise en œuvre des évaluations internes et externes des ESMS

Contexte et enjeux :

LA loi HPST instaure la signature de contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et les établissements et services relevant de la compétence tarifaire exclusive du DGARS ou du préfet de Région, contrats qui comportent notamment des objectifs de qualité à atteindre.

Les établissements rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée dans leur établissement et sont tenus de procéder au moins à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

Objectif opérationnel 1:

Vérifier l'application des dispositifs législatifs et réglementaires issus de la loi 2002 dans les Etablissements et Services Médico-sociaux

Leviers d'actions :

- Renforcer les dialogues de gestion.
- Intégrer dans les missions d'inspection la vérification systématique de la mise en œuvre et de l'application des dispositifs législatifs issus de la loi de 2002.

Indicateurs : nombre d'établissement ayant mis en place les textes législatifs et réglementaires.

Coût estimé et financement :

coût non estimé

Calendrier de réalisation : Apprécier annuellement l'évolution sur la durée du plan jusqu'à aboutir à un taux de 100% à échéance 2014.

Objectif opérationnel 2 :

Inscrire la démarche des évaluations dans le fonctionnement des Etablissements et Services Médico-sociaux.

Leviers d'actions

- Identifier un référent institutionnel.
- Mise en place d'un Comité Technique de suivi d'évaluation composé, du référent et des représentants désignés par la commission spécialisée des politiques médico sociales (CRSA) et la commission de coordination dans les domaines des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux , associé au Conseil Général.

Indicateurs :

- Nombre de réunion du comité technique de suivi (minimum 2 réunions/an)
- Nombre de plaintes institutionnelles de maltraitance dans les structures

Coût estimé et financement :

Absence de coût (financement intégré dans le budget des structures).

Calendrier de réalisation

31 décembre 2012 : 100% des évaluations internes

31 décembre 2014 : 100% des évaluations externes

Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité

Objectif général 2 : Renforcer les partenariats avec les collectivités et les autres acteurs autour d'un parcours de santé

Objectif spécifique 3 : Inscrire le parcours de santé dans une logique de territoire

Contexte et enjeux :

L'organisation des acteurs de la santé sur un territoire a pour objectif d'assurer à chaque personne une réponse adaptée à ses besoins au bon moment. Cela nécessite de dépasser les cloisonnements entre ces acteurs, quels que soient leur statut et leur secteur.

Jusqu'ici les parcours s'adaptaient aux structures. Ce sont désormais les structures qui doivent s'adapter aux parcours des personnes.

La prise en charge des personnes âgées illustre parfaitement les difficultés liées à l'organisation de ces parcours. Elle sollicite le recours coordonné à de nombreux intervenants de structures différentes du secteur médico-social. Or l'absence de coordination a un coût : coût financier mais surtout coût humain car la prise en charge de la personne n'est pas optimale

Objectif opérationnel 1 :

S'assurer de l'opérationnalité des parcours de santé coordonnés.

Leviers d'actions :

- Identifier des référents « sentinelles » par territoire de santé et proximité issus des réseaux handicaps et gérontologie pour une couverture régionale.
- Repérer par les réseaux des points de rupture des prises en charge dans les parcours de santé.
- Mettre en œuvre de protocoles de réponses.

Indicateurs

- taux de vacance des référents sentinelles par territoire.
- Nombre de points de rupture recensés.
- Indice de satisfaction des usagers

Coût estimé et financement

Coût évalué à 30 000 €

Calendrier de réalisation

2012 : identification/recensement des points de rupture

2012-2014 : Mise en œuvre des protocoles de réponse

Fin 2014: 1^{ère} enquête de satisfaction

Objectif opérationnel 2 :

Favoriser l'accès aux soins médicaux courants pour toutes personnes handicapées.

Leviers d'actions :

- Recenser par les réseaux des points de ruptures au sein de chaque territoire dans l'accès aux soins des personnes handicapées.
- Proposer des actions s'appuyant sur les territoires de proximité dans un contexte régional.
- Adapter les messages de prévention aux publics spécialisés.

Indicateurs :

- Nombre de consultations accessibles aux personnes handicapées
- Taux de pénétration des messages de prévention dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées psychiques.

Coût estimé et financement :

Coût non estimé

Calendrier de réalisation : 2 premières années consacrées au recensement (état des lieux des besoins), puis début de la mise en œuvre.

SYNTHESE DU SROMS

Lors de l'élaboration du plan stratégique régional de santé (PSRS), il est clairement apparu que le champ médico-social dépassait largement le seul domaine du vieillissement et du handicap. Le médicosocial est également contributeur pour les maladies chroniques, souvent génératrices de handicap, pour la périnatalité et la petite enfance avec le dépistage et la prise en charge précoces du handicap, et pour la santé mentale, avec la reconnaissance du handicap psychique et des besoins de prise en charge qui en découlent.

Dans le nouveau schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), il était donc logique d'inclure ces transversalités et liens avec les autres domaines stratégiques dans les objectifs opérationnels et ce quel que soit le thème traité.

D'autre part, dans un souci d'améliorer la qualité de vie pour les personnes concernées et, au-delà, pour le corps social tout entier, l'ensemble des participants à l'élaboration du SROMS ont également sélectionné certains objectifs opérationnels permettant une utilisation plus rationnelle des services, y compris des services de soins et les actions de prévention.

Le SROMS de la Martinique est ainsi porteur d'objectifs opérationnels de réorganisation et de coordination pour répondre aux enjeux économiques nécessitant le développement d'une efficience qui, comme au niveau national, fait encore trop souvent défaut dans ce secteur. Les 40 objectifs opérationnels sont en cohérence totale avec les priorités et objectifs généraux du PSRS tout en prenant en compte les mutations liées aux transversalités entre les différents schémas et les défis économiques.

Ces 40 objectifs opérationnels sont donc présentés dans cette synthèse par problématiques issues des axes de transversalités avec les autres schémas afin d'apporter une vision intégrée du SROMS au sein du projet régional de santé (PRS).

Pour des raisons pratiques, le SROMS est présenté comme une déclinaison détaillée des priorités et objectifs généraux du PSRS. Dans cette synthèse, ces mêmes objectifs opérationnels sont présentés sous formes de trois axes forts qui sont brièvement développés :

1. Assurer la coordination des transversalités avec les deux autres schémas et la coopération avec les partenaires externes à l'ARS.
 - Faciliter l'accès à la prévention et au diagnostic des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.
 - Faciliter l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers de ces personnes. Ainsi que les problématiques liées à une approche par parcours de vie, permettant d'identifier des moments clés porteurs de rupture et susceptibles de questionner fortement les organisations
 - Fluidifier le parcours de soins et de santé
 - Coopérer avec les partenaires extérieurs
2. Créer et développer les structures et services tout en privilégiant l'optimisation et l'efficience de l'existant
3. Promouvoir certaines études, la recherche et l'innovation

1°/ Assurer la coordination des transversalités avec les deux autres schémas et favoriser la coopération avec les partenaires externes à l'ARS

Dans cet axe, on peut distinguer 4 groupes d'actions qui visent à :

A/ Faciliter l'accès à la prévention et au diagnostic des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Les actions visant à promouvoir l'accès à la prévention et au diagnostic doivent concerner les personnes handicapées et en perte d'autonomie au même titre que l'ensemble de la population. L'atteinte de cet objectif sera notamment recherchée par l'adaptation des messages de prévention aux publics en situation de handicap et de perte d'autonomie (Priorité 3/objectif général 2/objectif spécifique 3).

Le choix du COPIL SROMS a été de ne pas décliner ces actions qui relèvent de la politique de prévention. C'est à titre indicatif que ces actions prioritaires communes aux schémas de prévention et d'organisation médicosociale sont exposées ici. Elles feront l'objet d'un protocole d'accord avec la direction de prévention pour organiser leur mise en œuvre. Ces actions permettraient de répondre notamment à certaines préoccupations qui comme au niveau national ont une place prépondérante en Martinique. Ces actions couvrent un champ large allant de la promotion et l'éducation pour la santé jusqu'aux actions de prévention spécifiques à décliner d'une manière adaptée aux personnes suivies au domicile ou dans les établissements médicosociaux. Parmi ces interrogations on peut distinguer :

Celles qui concernent la promotion éducation pour la santé

- ✓ Comment promouvoir une éducation pour la santé adaptée aux publics en situation de handicap ou de perte d'autonomie ?
- ✓ Quelles actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques chez les personnes âgées et handicapées ?
- ✓ Quelles actions de prévention de la santé en matière de sexualité ?
- ✓ Quelles modalités de prévention des risques liés aux addictions ?

Celles qui concernent la prévention des risques et de certaines maladies, affections ou évènements indésirables

- ✓ Quelles modalités de lutte contre les risques liés à la nutrition ?
- ✓ Comment prévenir efficacement les maladies infectieuses ?
- ✓ Comment prévenir efficacement les maladies cardiovasculaires ?
- ✓ Quelles actions de prévention des maladies neurologiques et des risques qui y sont rattachés ?
- ✓ Quelles actions de prévention des chutes à domicile et en établissements pour les personnes âgées ?

Celles qui concernent l'égalité d'accès aux programmes de dépistage

- ✓ Comment améliorer le dépistage du cancer auprès des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ? Comment faciliter sa prise en charge précoce ?

B/ Garantir l'accès aux soins

Plusieurs objectifs opérationnels visent à garantir l'accès et réduire les inégalités :

- Mettre en cohérence avec les territoires de proximité une répartition géographique des SSIAD (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique1)
- Faciliter l'accès aux soins (Priorité 2/objectif général1/objectif spécifique1)
- Favoriser l'accès aux soins médicaux courants pour toutes personnes handicapées (Priorité 3/objectif général2/objectif spécifique3)

C/ Favoriser la fluidité du parcours de soins et de santé

Les objectifs opérationnels qui ciblent cette problématique sont :

- Rendre accessible les lits SSR identifiés gériatriques dans les différents établissements sanitaires (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique1)
- Structurer l'offre au moyen des appels à projet en partenariat avec les collectivités (Priorité3/objectif général 2/objectif spécifique1)
- S'assurer de l'opérationnalité des parcours de santé coordonnés (Priorité 3/objectif général2/objectif spécifique3)
- S'appuyer sur les hôpitaux de proximité pour le développement des consultations mémoire (Priorité 1/objectif général2/objectif spécifique1)
- Améliorer la transition entre prise en charge par les institutions et l'accompagnement en milieu ordinaire (Priorité2/objectif général 2/objectif spécifique)

D/ Coopérer avec les Partenaires externes à l'ARS

Dans le contexte de forte précarité en Martinique, il est important de

- Participer à la mise en place d'un comité de coordination autour de l'habitat (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique3)
- S'appuyer sur la Commission de Coordination pour organiser la politique du secteur médico- social (Priorité3/objectif général 2/objectif spécifique1)

2°/ Créer et développer les structures et services tout en privilégiant l'optimisation et l'efficience de l'existant

A/ Les actions de Création et de développement

C'est sans doute l'axe le plus important en termes d'investissement et de réalisation dans la durée. Il s'agit de la mise en œuvre du plan de rattrapage des équipements et de l'adaptation de l'offre en la diversifiant et en améliorant le service par des créations spécifiques à certaines pathologies ou affections :

- Créer des places d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Priorité 1/objectif général2/objectif spécifique2)
- Créer des places de répit complémentaires au maintien à domicile (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique1)
- Développer des plateformes d'accompagnement et de répit (mesure 1B du plan Alzheimer) (Priorité 1/objectif général2/objectif spécifique1)
- Accompagner la création de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) (Priorité 1/objectif général2/objectif spécifique1)

- Favoriser la création d'une unité cognitivo-comportementale (Priorité 1/objectif général2/objectif spécifique1)
- Installer les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) (Priorité 1/objectif général2/objectif spécifique2)
- Développer les places d'accueil complémentaires à l'hospitalisation complète. (Priorité 3/objectif général1/objectif spécifique3)
- Adapter l'offre de travail en ESAT au marché de l'emploi. (Priorité2/objectif général 1/objectif spécifique2)

B/ L'optimisation et l'efficience

Ces créations tout comme les adaptations de l'offre existante doivent s'appuyer sur une optimisation des moyens afin de rendre plus efficaces et performantes les prises en charge. Ces objectifs ciblent aussi bien les moyens humains, et financiers que les organisations.

Pour les moyens humains

- Évaluer les effectifs nécessaires à une prise en charge de qualité appuyée sur les coupes Pathos et les grilles AGGIR (Priorité 1/objectif général3/objectif spécifique2)
- Soutenir la création des places par un accompagnement en ressources humaines (Priorité 3/objectif général1/objectif spécifique2)
- Développer les formations adaptées aux aidants familiaux pour la prise en charge des personnes âgées à domicile. (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique2)
- Favoriser les formations continues adaptées aux aidants professionnels pour la prise en charge des personnes âgées à domicile (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique2)
- Soutenir les espaces de rencontre créés à l'initiative du monde associatif (Priorité 1/objectif général 1/objectif spécifique2)
- Structurer l'offre de formation pour permettre l'acquisition de compétences professionnelles (Priorité 2/objectif général1/objectif spécifique1)
- Identifier avec les établissements médico sociaux les besoins en termes de compétences (Priorité 3/objectif général1/objectif spécifique2)
- Inciter au recrutement de directeurs réellement qualifiés et non simplement conformes aux exigences générales des conventions collectives et accroître la formation qualifiante des directeurs et des cadres (Priorité 3/objectif général1/objectif spécifique2)

Pour les moyens financiers

- Tendre vers l'adaptation des moyens budgétaires aux besoins identifiés (Priorité 1/objectif général3/objectif spécifique2)
- Mobiliser les moyens financiers nécessaires pour le fonctionnement (Priorité3/objectif général 1/objectif spécifique1)

Pour l'Organisation, qualité et sécurité

- Vérifier l'application des dispositifs législatifs et réglementaires issus de la loi 2002 dans les Établissements et Services Médico-sociaux (Priorité3/objectif général 2/objectif spécifique2)
- Éviter les dérives dans la prise en charge des personnes âgées par une présence ciblée dans les établissements (Priorité 1/objectif général3/objectif spécifique1)

- Répondre sans délai aux plaintes transmises (Priorité 1/objectif général3/objectif spécifique1)
- Privilégier dans l'offre la prise en charge en milieu ordinaire (Priorité 2/objectif général1/objectif spécifique1)

Pour l'évaluation et performance

- Rendre plus efficiente l'offre de prestation au vu des réponses attendues - Identifier les activités développées par les différents établissements (Priorité2/objectif général 2/objectif spécifique)
- Définir les modes de prises en charge à domicile ou en institution (Priorité3/objectif général 1/objectif spécifique1)
- Inscrire la démarche des évaluations dans le fonctionnement des Établissements et Services Médico-sociaux (Priorité3/objectif général 2/objectif spécifique2)

3°/ Promouvoir certaines études, la recherche et l'innovation

Il s'agit de mieux connaître pour mieux agir :

- Impulser la mise en place des dispositifs innovants et diversifiés en matière de prise en charge de personnes souffrant de déficience psychique (personnes handicapées psychiques vieillissantes, ...) (Priorité 3/objectif général1/objectif spécifique3)
- Identifier la population en situation de handicap (Priorité 2/objectif général1/objectif spécifique1)
- Actualiser la connaissance des typologies de handicap (Priorité2/objectif général 2/objectif spécifique)
- Créer et rendre opérationnelle une plateforme d'ingénierie et d'observation (Priorité3/objectif général 1/objectif spécifique1)
- Réaliser une étude sur le nombre de personnes handicapées vieillissantes hors handicap psychique (Priorité3/objectif général 1/objectif spécifique1)

Un schéma et après ?

Le schéma d'organisation présenté a été conçu comme une ossature de la politique médico-sociale que souhaite poursuivre l'ARS durant les cinq prochaines années. Il n'a pas l'ambition d'avoir traité l'ensemble de la problématique des politiques en faveur des personnes âgées et/ou en situation de handicap, mais poursuit la volonté de poser les jalons qui permettront de transformer en profondeur la prise en charge de ces publics.

Aussi, pour se faire, il est proposé que le COPIL SROMS, qui a permis de définir les axes et les orientations du schéma régional de l'organisation médico-social, soit le garant de sa mise en œuvre et de son suivi. Pour se faire, les membres du COPIL seront réunis, au cours des mois de mai et de novembre sur la durée du schéma afin de vérifier, sur la base du tableau de bord proposé, l'avancée des objectifs exposés.

Dans le même temps, en lien avec la commission de coordination des politiques et la commission spécialisée, des clauses de revoyure doivent s'inscrire dans la mise en œuvre du schéma. En effet, ce document reste un squelette qui doit permettre de favoriser la réflexion sur les diverses thématiques exposées. Notre pensée devra alors être prolongée avec comme objectif la saisine de problématiques particulières, spécifiques, relatives à des publics finement identifiés, afin de définir des axes de prises en charge globaux, territoriaux, et inscrits dans des parcours de santé coordonnés.