



Schéma régional d'organisation médico-sociale d'Ile de France

**Conférence de Territoire
Département du Val-d'Oise
12 janvier 2012**

— Sommaire

- Les différents schémas
- Le calendrier
- Une concertation préalable à la publication du PRS
- Le recueil et la transmission des observations
- Les modalités de la concertation
- Rappel du diagnostic médico-social
- Quelques données chiffrées
- Les priorités du SROMS Ile-de-France
- Les objectifs stratégiques du SROMS
- Synthèse et grands arbitrages

— Les différents schémas

- Les schémas ont vocation à concrétiser les orientations du plan stratégique dans leur domaine par des propositions opérationnelles
- Les schémas se différencient sur plusieurs plans
 - L'opposabilité (seul le volet hospitalier est en tant que tel opposable) ;
 - Leur positionnement par rapport à d'autres schémas (les schémas départementaux pour le secteur médico-social) ;
 - La présence ou non de dimensions complémentaires comme les programmes ;
 - Leur contenu : organisationnel pour certains , plus vaste pour d'autres.
- La réalisation de schémas par domaine, population, catégorie d'offreurs etc... peut sembler antinomique à la recherche de transversalité

— Rappel du calendrier du SROMS

- Réunion de lancement de l'élaboration du schéma (13 décembre 2010)
- Animation de 13 groupes de travail au niveau régional (entre mars et juin 2011)
- Rédaction du schéma (2^{ème} et 3^{ème} trimestre 2011)
- Restitution des travaux aux COPIL (4 avril, 20 juin et 10 octobre 2011)
- Réunions départementales informelles avec les institutions et acteurs du secteur en octobre-novembre - décembre 2011
- Phase de concertation informelle (décembre-janvier 2011)



Une concertation préalable à la publication du PRS

- L'ensemble des schémas et programmes sera arrêté définitivement par le DG ARS en fin décembre 2012 après la concertation officielle (septembre-décembre 2012)
- La concertation informelle
- La concertation officielle :
 - Un délai de 2 mois prévu par les textes sera respecté pour recueillir les différents avis
 - Les conférences de territoire rendront alors un avis sur l'ensemble des schémas et programmes constitutifs du PRS

Le recueil et la transmission des informations

— Transmission des documents

Les documents (schémas) seront mis à dispositions des membres des instances sur un espace de partage virtuel

— Forme des contributions

Les observations se traduiront par une proposition de modification concrète du texte ou un amendement

— Modalités d'adoption des observations : pas d'obligation de vote

— Mode de transmission

Les observations de la conférence de territoire sont transmises à la DT de l'ARS jusqu'au 24 février 2012.



— Rappel du diagnostic/enjeux du secteur médico-social en Ile-de-France

- Une région qui reste **sous-équipée** dans le champ médico-social
 - Un taux d'équipement 20% inférieur à la moyenne nationale
 - 7.9% des dépenses d'Assurance Maladie consacrées au médico-social (moyenne nationale : 10,2%)
- De réels **déséquilibres** entre le centre et la périphérie
- Une coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires qui reste insuffisante pour optimiser le parcours de soins et de vie des personnes



— Les principales données démographiques « PA »

— VAL-D'OISE → **5 % de personnes âgées de 75 ans et plus** dans la population totale en 2008

Ile-de-France → 6 %

France → 9 %

Source : Insee, RP2008, exploitation principale

— Evolution des personnes âgées entre 2010 et 2020

Département	75 ans et plus	85 ans et plus
75	6%	20%
92	9%	38%
93	11%	49%
94	12%	44%
Ile-de-France	14%	41%
95	19%	53%
77	20%	43%
78	23%	55%
91	23%	59%

Source : Direction régionale de l'INSEE Ile-de-France, projections de population, mars 2011

— Les principales données démographiques « PA »

- Projections de la population potentiellement **dépendante** 75 ans et plus (estimation à prendre avec de fortes précautions)

Département	2007	2020	Evolution 2007/2020
75	25 700	28 900	12%
92	17 400	22 800	31%
93	12 900	17 000	31%
Ile-de-France	120 200	158 700	32%
94	14 000	18 700	34%
77	13 600	18 300	35%
95	10 700	15 200	42%
78	14 100	20 400	45%
91	11 700	17 300	47%

Source : Direction régionale de l'INSEE Ile-de-France, projections des populations dépendantes, septembre 2011

- il est prévu globalement une tendance à l'augmentation du maintien à domicile et une diminution du recours à l'accueil en EHPAD pour les PA dépendantes

— La situation de l'offre médico-sociale « personnes âgées »

Capacités autorisées et taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Département	Places EHPAD (hébergement complet)	Taux d'équipement EHPAD	Places Accueil de jour et hébergement temporaire	Taux d'équipement AJ / HT	Places SSIAD	Taux d'équipement SSIAD	Taux d'équipement global
75	6 909	41,77	395	2,39	4 913	29,70	73,86
93	4 466	54,63	217	2,65	1 633	19,97	77,25
94	5 255	57,11	363	3,95	1 841	20,01	81,06
Ile-de-France	58 596	76,73	2 534	3,32	15 917	20,84	100,89
92	9 506	82,60	433	3,76	2 089	18,15	104,52
78	8 791	94,62	143	1,54	1 419	15,27	111,44
95	6 358	96,55	209	3,17	1 150	17,46	117,19
91	7 548	98,67	335	4,38	1 347	17,61	120,66
77	9 763	131,65	439	5,92	1 525	20,56	158,13

Source : FINESS/BREX mai 2011 et projections de population de la direction régionale de l'INSEE

→ un taux en EHPAD largement supérieur à la moyenne régionale et à l'inverse, des taux en deçà pour les AJ / HT et à plus forte raison pour les SSIAD, structures concourant au maintien à domicile

— L'offre médico-sociale pour enfants handicapés dans le Val-d'Oise:

Taux d'équipement par déficiences hors CMPP et CAMSP
calculé sur la population des enfants de 0 à 19 ans de 336 283 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT 95	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	880	2,62	3,30
Autisme/TED/Déf communication	106	0,32	0,44
Troubles du caractère et comportement	374	1,11	0,72
Déficiences motrices	210	0,62	0,83
Polyhandicapés	229	0,68	0,63
Troubles spécifiques du langage		0,00	0,05
Déficiences visuelles	80	0,24	0,33
Déficiences auditives	235	0,70	0,63
Toutes déficiences*	83	0,25	0,10
TOTAL	2197	6,53	7,04

**Epilepsie, VIH, VHC*

Le Val d'Oise = 11,10% des 0-19 ans franciliens et 10,30 % de l'offre médico-sociale régionale enfants

— L'offre médico-sociale pour adultes handicapés dans le Val-d'Oise:

Taux d'équipement par déficiences hors foyers et services gérés par le Conseil Général
calculé sur la population des adultes de 20 à 59 ans de 648893 personnes

PUBLIC	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT 95	TAUX D'EQUIPEMENT IDF
Déficiences intellectuelles	80	0,12	0,19
Autisme	25	0,04	0,10
Déficiences psychiques	127	0,20	0,19
Déficiences motrices	35	0,05	0,16
Polyhandicapés	68	0,10	0,30
Déficiences sensorielles		0,00	0,08
Toutes déficiences	2335	3,60	3,04
Cérébro-lésés	90	0,14	0,06
PHV		0,00	0,01
TOTAL	2760	4,25	4,13

Le Val-d'Oise = 10,31 % des 20-59 ans franciliens et 10,31% de l'offre médico-sociale régionale adulte

— L'offre médico-sociale ENFANTS handicapés : vue régionale

DEPARTEMENT	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT	POPULATION DEPARTEMENT/ POPULATION IDF	OFFRE DEPARTEMENTALE/ OFFRE REGIONALE
75	2828	6,75	13,84%	13,26%
77	3182	8,61	12,20%	14,92%
78	2678	6,98	12,67%	12,56%
91	2648	7,96	10,98%	12,42%
92	2805	6,90	13,43%	13,15%
93	2607	5,94	14,50%	12,22%
94	2384	6,98	11,27%	11,18%
95	2197	6,53	11,10%	10,30%
IDF	21329	7,04	100%	100,00%

— L'offre médico-sociale ADULTES handicapés : vue régionale

DEPARTEMENT	PLACES INSTALLEES AU 01/01/2011	TAUX D'EQUIPEMENT	POPULATION DEPARTEMENT/ POPULATION IDF	OFFRE DEPARTEMENTALE/ OFFRE REGIONALE
75	4328	3,36	19,84%	16,16%
77	3531	4,82	11,30%	13,19%
78	3391	4,45	11,75%	12,67%
91	3121	4,73	10,18%	11,66%
92	3050	3,52	13,38%	11,39%
93	3296	4,06	12,53%	12,31%
94	3297	4,62	11,01%	12,31%
95	2760	4,25	10,01%	10,31%
IDF	26774	4,13	100%	100%

— Les grandes tendances régionales en addictologie

- Un niveau de consommation d'alcool quotidien largement inférieur à la moyenne nationale mais des consommations d'alcool problématiques par certaines franges de la population (jeunes, périnatalité...).
- Une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack..).
- Un niveau de tabagisme élevé
- Des consommations à risque qui se développent parmi les jeunes populations (ivresses répétées, usage de cannabis et d'autres drogues illicites, âges des premières expérimentations en baisse).



— L'offre médico-sociale francilienne en addictologie

Dpt	Nombre de CSAPA	Nombre de CAARUD	Communauté Thérapeutique
75	19	9	
77	6	2	
78	3	1	
91	7	1	
92	7	1	
93	13	4	1
94	9	2	
95	6	1	
IdF	70	21	1

— L'offre médico-sociale francilienne en ACT/LHSS/LAM

Dpt	Nombre de ACT	Nombre de Places	LHSS	Nombre de Places	LAM	Nombre de Places
75	12	261	2	210	1	24
77	2	28	1	25		
78	2	28				
91	1	57				
92	5	91	1	50		
93	5	111	2	80		
94	2	60	1	20		
95	3	63				
IdF	32	699	7	385	1	24

* LAM : Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité

— Les priorités du SROMS d'Ile-de-France

- 2 objectifs stratégiques communs aux 3 populations concernées par le SROMS (PA, PH, PDS) qui tiennent compte du PSRS et des schémas départementaux
 - **Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité**
 - **Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes**

Chaque objectif stratégique est décliné en objectifs opérationnels et en propositions d'actions

Des propositions d'actions sont communes aux trois populations : appui aux aidants, bientraitance, formations, accessibilité.

- Des liens à établir entre le SROMS et les autres schémas
 - Volet ambulatoire du SROS
 - Volet hospitalier du SROS
 - Schéma régional de prévention



— I. Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité

- Restructurer l'offre pour réduire les inégalités territoriales et opérer des redéploiements de ressources
- Favoriser l'accompagnement et le soutien à domicile en développant les formules alternatives et les actions innovantes pour répondre au plus près des besoins des personnes et de leur entourage
- Prendre en compte de façon coordonnée les problématiques de la vie sociale : logement, habitat, déplacement, pour faciliter la vie quotidienne des personnes



— Illustration PA : Réduire les inégalités entre territoires pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux

- Diagnostic Une offre existante en EHPAD (700 établissements et 60 000 places dont 4 000 financées ces 3 dernières années) inégalement répartie
- Enjeux Garantir une accessibilité (géographique et économique) de proximité aux structures médico-sociales
- Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)
 - **Conforter** l'offre existante dans chaque département, grâce à des opérations de regroupement d'EHPAD, transfert d'autorisation, etc., permettant une rationalisation de l'offre et des redéploiements
 - **Créer** des places nouvelles dans les territoires manifestement sous dotés, en fonction des ressources nouvelles allouées par la CNSA ou pouvant être redéployées
 - **Renforcer** le rôle des SSIAD (zones et modalités d'intervention, lien avec le sanitaire)

— Illustration PH : Redéfinir les frontières du sanitaire et du médico-social pour la prise en charge de handicaps spécifiques

- Diagnostic Il est régulièrement observé, et des études le confirment, que des personnes handicapées, notamment psychiques, des personnes présentant des troubles graves (suites d'AVC, traumatisés crâniens...) sont prises en charge par le secteur sanitaire par manque de place dans le secteur médico-social
- Enjeux Etudier les possibilités de fongibilité asymétrique des enveloppes pour disposer de moyens financiers pour le développement de structures médico-sociales
- Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)
 - **Relever** dans tous les services concernés les prises en charge inadéquates
 - **Faire** un état des lieux spécifique dans le secteur psychiatrique
 - **Procéder** aux restructurations nécessaires

— Illustration PDS : Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives

- Diagnostic Des problématiques associant des comorbidités en augmentation et des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes
Une inégale répartition des structures de prise en charge.
- Enjeux Garantir une accessibilité géographique de proximité aux structures médico-sociales
- Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)
 - **Organiser et répartir** l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours aux dispositifs (CAARUD, CSAPA ambulatoire et résidentiel, CT)
 - **Positionner** le CSAPA au centre du dispositif de prise en charge en addictologie
 - **Développer** la formalisation des partenariats et coopérations entre les acteurs concernés des secteurs (social, médico-social, ambulatoire, hospitalier)

II. Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes.

- Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie
- Favoriser les coopérations et les partenariats entre tous les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social)
- Renforcer une logique d'efficience
 - Efficience de la dépense
 - Efficience dans le positionnement des services et des établissements dans le dispositif d'accompagnement et de prise en charge
- Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)
- Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics
- Développer une démarche de bientraitance
- Valoriser les métiers du médico-social

— Illustration PA Favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées

— Diagnostic L'hospitalisation est propice à révéler les défaillances de coordination dans la prise en charge d'une personne âgée

La continuité de la prise en charge (entrée à l'hôpital, sortie et retour à domicile ou en établissement) est déterminante

— Enjeux Améliorer la coordination à tous les niveaux du dispositif
Donner une meilleure lisibilité aux usagers

— Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)

- **Décloisonner et coordonner** les acteurs sanitaires, médico-sociaux, notamment lors des entrées et sorties d'hospitalisation et du retour à domicile ou en établissement, avec les filières gériatriques et le recours aux dispositifs favorisant la fluidité (équipes mobiles gériatriques, réseaux, MAIA, SSIAD « renforcés »...)

— Illustration PH Développer la formalisation des partenariats et des coopérations entre les différents acteurs

— Diagnostic la collaboration entre les différents acteurs du monde la santé (sanitaire, ambulatoire et médico-social) est insuffisante. Cette insuffisante coopération a notamment pour conséquence des ruptures de prise en charge dans la parcours de l'utilisateur. Par ailleurs les liens entre les acteurs « institutionnels » (ARS, Education Nationale, DRJSCS, DRIHL...) sont insuffisamment développés.

— Enjeux Profiter de la transversalité de l'ARS pour favoriser les coopérations pour atténuer l'isolement de certaines structures et/ou professionnels, améliorer la qualité des prestations et favoriser la continuité de la prise en charge.

Développer les liens entre les acteurs institutionnels afin de mettre en place des politiques communes et coordonnées

— Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)

- **Inciter** à une plus grande collaboration entre le médico-social, le sanitaire et l'ambulatoire par la formalisation de partenariat, d'outils communs, de journées d'échanges...
- **Favoriser le rapprochement des acteurs institutionnels** en signant des conventions cadres: Education Nationale /ARS, DRIHL/ ARS, DRJSCS /ARS...

— Illustration PA-PH Améliorer le soutien aux aidants.

— Diagnostic Le rôle indispensable et primordial dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie n'est pas suffisamment pris en compte. Aujourd'hui de nombreux aidants familiaux sont vieillissants et ne sont plus en mesure d'accompagner leurs proches. Parallèlement, on observe de plus en plus un sentiment d'épuisement chez les aidants professionnels

— Enjeux Améliorer la santé des aidants
Améliorer la qualité de l'aide proposée aux personnes fragiles.

— Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)

- **Sensibiliser** les professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes / handicapées sur la nécessité de faire le lien avec les aidants familiaux pour une approche continue et globale
- **Soutenir et accompagner** les aidants au moyen notamment des plateformes de répit, des accueil de jour et de nuit, des centres d'accueil pour les vacances, etc.

— Illustration PDS : Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes

— Diagnostic 385 places en LHSS et 699 places d'ACT inégalement réparties et 24 places en LAM

Sortie des dispositifs souvent freinée par le manque de coordination

— Enjeux Améliorer les sorties du dispositif médico-social en faveur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté

— Actions préconisées par l'ARS (non exhaustif)

- **Expérimenter** l'intégration des ACT/LHSS et LAM dans les dispositifs SIAO (Service intégré de l'accueil et de l'orientation)

— SYNTHESE GENERALE ET GRANDS ARBITRAGES

- Tenir compte de l'évolution des déficiences pour redéployer l'offre (secteur PH par priorité, ex: déficiences sensorielles et intellectuelles);
- Mettre en œuvre la fongibilité asymétrique pour réduire les inadéquations de prises en charge (secteur PH et post AVC notamment);
- Donner une impulsion forte en termes de rééquilibrage de l'offre (ex: allouer les créations de places en fonction d'indicateurs d'offre et de la densité des professionnels de libéraux);
- Fluidifier la filière entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale en privilégiant la prise en charge au domicile (SSIAD) tout en permettant des retours dans le secteur du moyen séjour ou de l'HAD;
- Consolider l'existant en termes de médicalisation des EHPAD en permettant une présence/intervention infirmière la nuit;
- Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours à l'ensemble des dispositifs.

- **La déclinaison du schéma dans le département du Val d'Oise**



Val d'Oise

Secteur Personnes Âgées



— Illustration Val-d'Oise : développer les structures concourant au maintien à domicile des Personnes Agées

- Diagnostic : Un taux d'équipement en Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) inférieur à la moyenne régionale et des disparités entre les territoires infra-départementaux.
- Enjeux : Un accroissement de la proportion et du nombre de personnes âgées dans les années à venir plus fort dans le Val-d'Oise que dans le reste de l'Ile-de-France.
- Actions préconisées par l'ARS
 - **Conforter** l'offre de SSIAD existant dans le département
 - **Créer** des places nouvelles dans les territoires sous-dotés (Vallée de Montmorency , Sud de la Plaine de France,...) en tenant des contraintes du PRIAC

— Illustration Val-d'Oise : Favoriser la coopération et les partenariats entre tous les acteurs locaux concernés par les PA

— Diagnostic :

Des secteurs ambulatoires, médico-sociaux et sanitaires encore cloisonnés, plusieurs acteurs œuvrant pour la coordination.

— Enjeux :

Développer la coordination auprès des personnes âgées en améliorant la coordination institutionnelle

Eviter de stratifier différentes coordinations

— Actions préconisées par l'ARS

Créer un noyau dur des différentes institutions concernées au niveau départemental qui se donneront pour objectif de :

- Conforter le rôle prépondérant des acteurs locaux existants
- Aider les acteurs locaux à dépasser les clivages institutionnels et à organiser des complémentarités (CLIC, Réseaux, MAIA, ...)

Val d'Oise

Secteur Personnes Handicapées



— Illustration Val d'Oise : Accompagner la restructuration des établissements et services pour Enfants Handicapés pour répondre aux besoins identifiés

- Analyser les résultats de l'enquête réalisée par le CREAL, et la CDAPH du Val d'Oise qui identifie 232 enfants dits « sans solution adéquate » vivant à domicile.
- Consolider l'offre existante en établissements et poursuivre la création de places nouvelles d'IME et de SESSAD (faible taux d'équipement du Val d'Oise).
- Optimiser l'utilisation des capacités existantes en établissements. Pour ce faire :
 - Améliorer la gestion (finances, RH..) et favoriser les coopérations et regroupements entre structures.
 - Examiner la question du transport des enfants handicapés.
 - Restructurer certains IME par l'aménagement de petites unités dédiées à certains types de handicaps.
 - dresser un bilan de la capacité départementale d'accueil en internat, étudier la possibilité de la mutualiser entre plusieurs établissements et de l'adapter pour permettre des périodes de mise en observation des enfants ou de répit pour leurs familles
 - Ouvrir les établissements vers l'extérieur, pour qu'ils travaillent en complémentarité avec les autres acteurs (du soin, du domicile, de l'éducation nationale, de la formation professionnelle)
- Poursuivre la mise en place de solutions de répit, notamment d'accueil temporaire.

— Illustration Val d'Oise : Diversifier les solutions de prise en charge des adultes handicapés pour répondre aux besoins identifiés.

— Mieux prendre en charge les personnes souffrant d'un handicap psychique.

- Mobiliser et coordonner l'ensemble des acteurs autour du repérage, de l'orientation et de la coordination des réponses pour les personnes handicapées en situation de handicap psychique. Pour ce faire :
 - Partir d'un bilan de l'existant et repérer les savoirs faire des secteurs de psychiatrie.
 - Créer des liens entre secteurs de psychiatrie et médecins généralistes, pour que ces derniers puissent assurer un repérage de premier niveau et certaines prises en charge.
- Participer activement à une expérience concrète de travail en réseau, impulsée par l'UNAFAM sur le territoire de la ville de Cergy-Pontoise, pour une population d'adultes handicapés psychiques. Dans le cas d'un résultat positif sur la prise en charge de personnes handicapées psychiques, modéliser puis reproduire l'expérience sur d'autres territoires infra départementaux.
- Poursuivre la création de Groupes d'Entraide Mutuelle.

— Développer des solutions adaptées pour les Personnes handicapées vieillissantes



— Illustration Val d'Oise : Pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des enfants handicapés

— Créer une animation départementale en structurant des rencontres régulières des principaux acteurs de niveau départemental en particulier,

- Améliorer la transversalité entre les secteurs sanitaire, médico-social, ambulatoire et le Conseil Général pour de meilleures évaluations et un meilleur suivi.
- Renforcer la collaboration avec l'Education Nationale, pour favoriser l'inclusion scolaire et une meilleure prise en compte de nouveaux besoins tels que
 - entrée tardive en IME d'enfants sortant du système scolaire,
 - externalisation de la formation professionnelle de certains jeunes suivis en IME

— Décliner ces rencontres au niveau infra départemental, pour mieux informer les acteurs de terrain et développer des complémentarités locales.

- Objectifs recherchés :
 - Développer le dépistage précoce et la prise en charge des jeunes enfants
 - Proposer des solutions multi partenariales, face aux cas complexes.
 - Rendre lisible le fonctionnement de la scolarisation des enfants handicapés pour tous les professionnels de l'enfance.
 - Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap.

— Décloisonner prise en charge en établissement et à domicile pour diversifier les parcours de vie.



- **Illustration Val d 'Oise : pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des adultes handicapés.**
- Au sein du secteur médico-social, organiser des complémentarités entre établissements et services, pour pouvoir construire des projets de vie adaptés aux souhaits des personnes handicapées.
- Favoriser les coopérations et les partenariats sanitaire/médico-social. La signature de conventions pourrait permettre de mieux adapter les prises en charges et de fluidifier les parcours des personnes handicapées.
- A partir d'une capacité d'accueil en ESAT satisfaisante, poursuivre la diversification des prestations (travail hors les murs, ateliers relai pour les handicapés psychiques et développement du temps partiel)



Val d'Oise

**Secteur Personnes confrontées
à des Difficultés Spécifiques**



— L'Offre Médico-Sociale PDS dans le Val d'Oise

— **ADDICTOLOGIE**

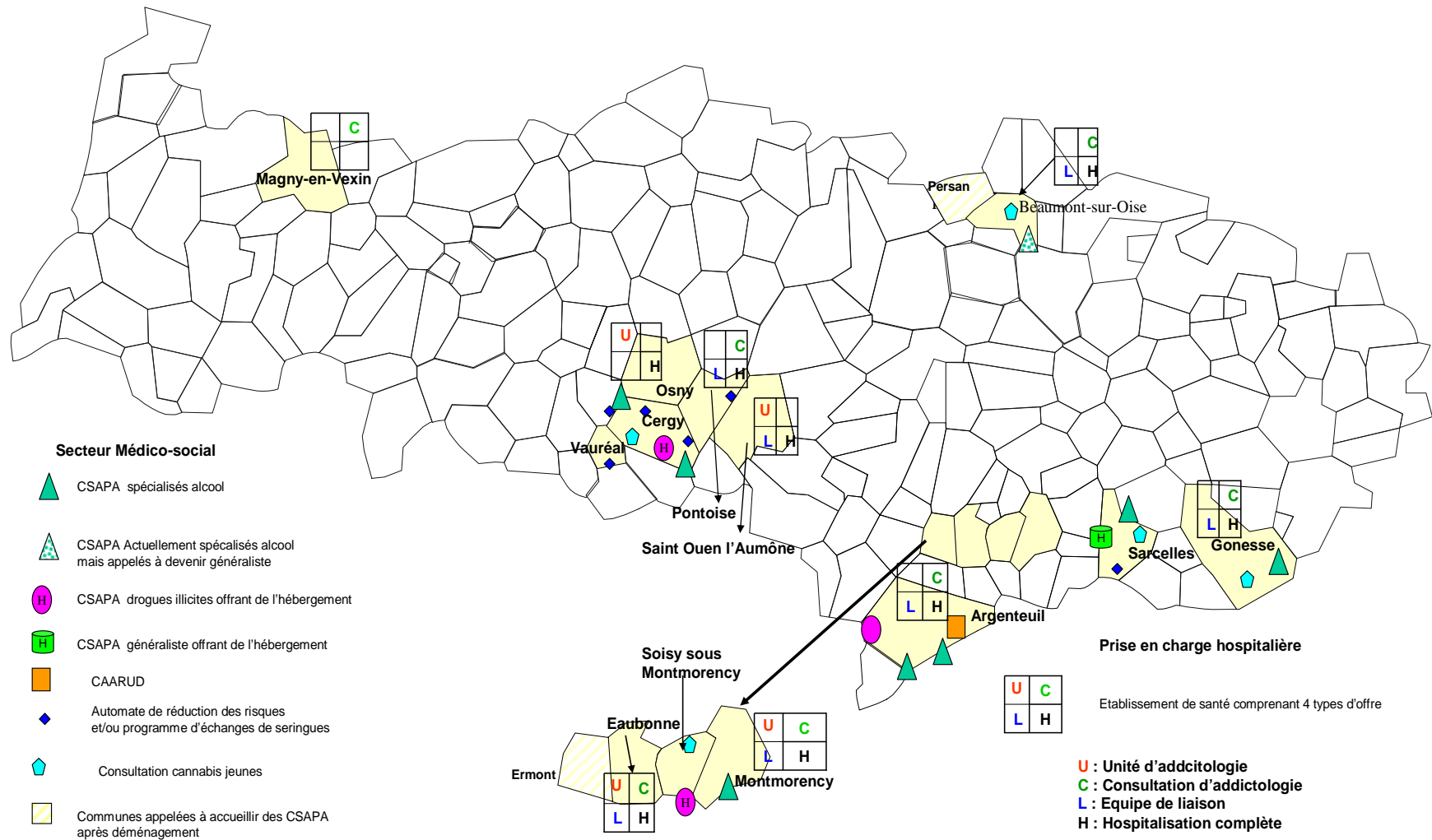
- 6 CSAPA dont :
 - 2 spécialisés drogues illicites, 2 généralistes et 2 alcool,
 - 2 CSAPA à gestion hospitalière
 - 3 CSAPA avec antennes (ANPAA : 1 site principal et 3 antennes; Réseau Pass 95 : 1 site principal et 2 antennes; Imagine 1 site principal et 1 antenne)
- 1 CAARUD

— **ACT/LHSS/LAM**

- Pas de lits halte soins santé ni de lits d'accueil médicalisé.
- 3 ACT pour 63 places

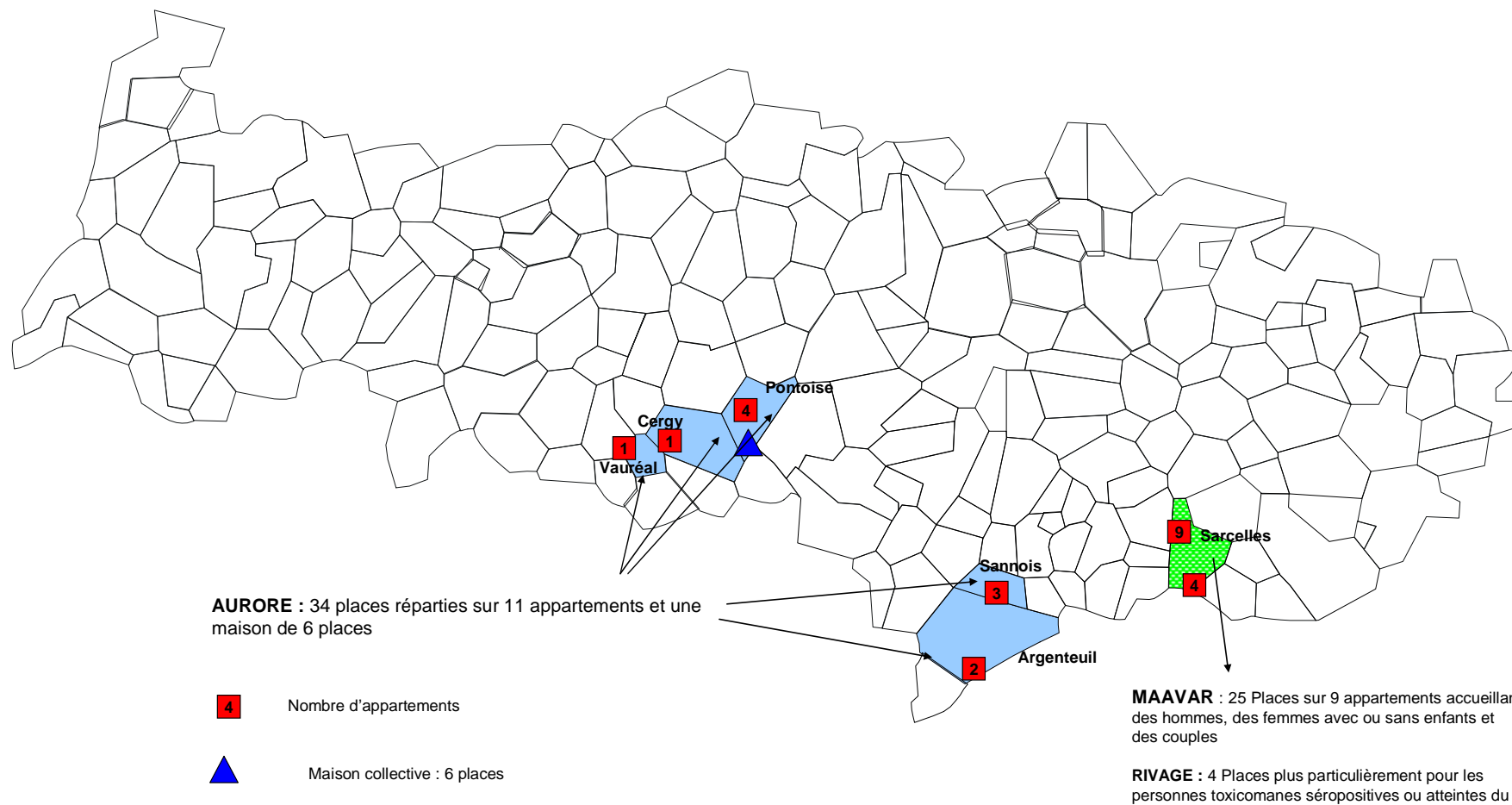
Personnes en Difficultés Spécifiques

Prise en charge des addictions



Personnes en Difficultés Spécifiques

Appartements de coordination thérapeutique



- **Assurer une prise en charge adaptée, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives dans le Val d'Oise**
- **Aménager l'existant par une amélioration de l'accessibilité** : déménagement de certains CSAPA sur des communes mieux desservies ou dans des locaux plus accessibles (visibilité – desserte)
- **Renforcer les équipes de certaines structures pour améliorer la prise en charge notamment les CSAPA généralistes**
- **Assurer une prise en charge de proximité** sur le secteur isolé du Vexin en créant une offre généraliste sur la commune de Magny en Vexin, par apport de professionnels supplémentaires de Dune (drogues illicites) et ANPAA (alcool)
- **Garantir un partenariat de proximité** par la structuration des filières hospitalières d'addictologie et par le développement du travail en réseau
- **Assurer une bonne réduction des risques** par l'amélioration du fonctionnement du CAARUD d'Argenteuil (évaluation et renforcement) et la pérennité du financement des dispositifs de prévention
- **Améliorer l'articulation** entre les professionnels de la psychiatrie et les CSAPA

— Améliorer la qualité des prestations pour garantir la fluidité des parcours dans le Val d'Oise

- Création de lits Halte Soins Santé dans le département du Val d'Oise qui en est dépourvu (demande de plus en plus croissante des structures hospitalières et du secteur social)
- Évaluation de l'activité des ACT pour la détermination éventuelle de besoins nouveaux en places d'ACT, l'existant ne permettant actuellement que la prise en charge en priorité de malades VIH, et ne pouvant s'ouvrir à d'autres pathologies chroniques.