GUIDE RÉGIONAL DES RESSOURCES D'EXPERTISES ET DES COORDINATIONS

GRREC

Recensement des dispositifs mobiles
et de coordination sanitaires et médico-sociaux
accompagnés par l'ARS Hauts-de-France

Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

INTRODUCTION

D'ÉTIENNE CHAMPION,

Directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France.

L'ARS Hauts-de-France déploie de nombreux dispositifs permettant d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité quel que soit leur âge ou leur pathologie dans leur lieu de vie. Ces dispositifs répondent également aux objectifs nationaux de transformation du système de santé visant à créer des parcours sans rupture favorisant les prises en charge de proximité.

Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en particulier les médecins traitants, en première ligne face aux situations complexes de personnes qui cumulent plusieurs difficultés (polypathologie, difficultés sociales, isolement…), ne connaissent pas nécessairement l'ensemble des dispositifs existants : leur multiplicité ayant créé un manque de lisibilité.

Face à ce constat et dans le but d'optimiser les futurs dispositifs d'appui à la coordination créés par la loi Ma santé 2022, j'ai proposé le recensement de l'ensemble des dispositifs mobiles et/ou de coordination de notre région soutenus par l'ARS.

Ainsi, est né le guide régional des ressources, des expertises et des coordinations (le GRREC) : pour créer des liens, favoriser les coopérations, stimuler l'interconnaissance et optimiser le parcours de soins et de vie des patients.

Le GREEC vous propose onze thématiques, de la périnatalité aux aidants en passant notamment par la précarité, les addictions, les personnes en situation de handicap… Chaque dispositif y est présenté synthétiquement et une cartographie régionale accompagne la présentation. Il sera disponible en ligne et mis à jour annuellement selon l'évolution des dispositifs.
Je suis heureux de vous présenter cet outil et j'espère qu'il répondra à vos besoins.

Étienne Champion
Directeur général de l'ARS Hauts-de-France

SOMMAIRE
DU GUIDE RÉGIONAL DES RESSOURCES, D'EXPERTISES, ET DE COORDINATIONS

PRÉCARITÉ

- Équipe mobile psychiatrie précarité **(EMPP)**
- Réseau santé solidarité Lille-Métropole **(RSSLM)**
- Service soins infirmiers à domicile – Précarité **(SSIAD Précarité)**
- IntégraPsy

PÉRINATALITÉ

- **Oréhane** (Organisation régionale des Hauts-de-France autour de la périnatalité) - Réseau de santé en périnatalité des Hauts-de-France
- Réseau régional bronchiolite 59-62 et respicard : Cf. Maladies chroniques et infectieuses
- Équipe de soins palliatifs pédiatriques **(ESPP)** : Cf. Soins palliatifs

JEUNES 0-20 ANS

- Équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe
- Plateforme de coordination et d'orientation **(PCO)**
- Réseau régional NeurodeV
- Centre régional de diagnostic des troubles de l'apprentissage **(CRDTA)** ou Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages **(CRTLA)**
- Équipe de soins palliatifs pédiatriques **(ESPP)** : Cf. Soins palliatifs

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Dispositif de consultations dédiées
- Dispositif d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire **(DASMO)**
- Dispositif d'emploi accompagné
- Pôle de compétences et de prestations externalisées **(PCPE)**
- Réseau Handident
- Réseau régional Sourds et Santé
- Service d'accompagnement en milieu ouvert **(SAMO)**
- Unité d'accompagnement et de soutien **(UAS Psy)**
- Équipe diagnostic autisme de proximité **(EDAP)** ou Plateforme diagnostic autisme **(PDA)**
- Centre de ressources autisme **(CRA)**
- Centre de ressources sur le handicap psychique **(CREHPSY)**
- Équipe relais handicaps rares **(ERHR)**
- Équipe mobile soins de suite et réadaptation **(EMSSR)** : Cf. Maladies chroniques et infectieuses
- Réseau régional TC-AVC : Cf. Maladies chroniques et infectieuses
- Équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe : Cf. Jeunes 0-20 ans
- Plateforme de coordination et d'orientation **(PCO)** : Cf. Jeunes 0-20 ans
- Réseau NeurodeV : Cf. Jeunes 0-20 ans

ADDICTIONS

- Équipe de liaison et de soins en addictologie **(ELSA)**
- Visavies

MALADIES CHRONIQUES ET INFECTIEUSES

- Équipe mobile soins de suite et réadaptation **(EMSSR)**
- Réseau régional TC-AVC
- Réseau régional bronchiolite 59-62 et respicard
- Réseau diabète
- Plateforme d'accompagnement de ressources et de coordination pour la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson **(PARC SeP)**
- Réseau régional MEOTIS
- Conseiller médical en environnement intérieur **(CMEI)**
- Structure Douleur Chronique **(SDC)**
- Centre expert Parkinson **(CEP)**
- Centre de ressources et de compétences sclérose en plaques **(CRC SEP)**
- Centre mémoire de ressources et de recherche **(CM2R)**
- Centre de ressources en antibiologie et en infectiologie en Hauts-de-France **(CRAIHF)**
- Réseau régional de vigilances et d'appui **(RREVA)**
- Centre de références des maladies rares **(CRMR)**
- Équipe spécialisée en prévention et réadaptation à domicile **(ESPRAD)** : Cf. Personnes âgées

CANCER

- Espace ressources cancer **(ERC)**
- Réseau régional de cancérologie ONCOHDF

PERSONNES ÂGÉES

- Équipe mobile gériatrique à domicile **(EMGD)**
- Équipe mobile psychogériatrique en EHPAD **(EMPGE)**
- Équipe spécialisée Alzheimer à domicile **(ESA)**
- Équipe spécialisée en prévention et réadaptation à domicile **(ESPRAD)**
- Équipe spécialisée en prévention inter EHPAD **(ESPrévE)**
- MAIA
- Réseau gériatrique
- Centre mémoire de ressources et de recherche **(CM2R)** : Cf. Maladies chroniques et infectieuses
- Centre expert Parkinson **(CEP)** : Cf. Maladies chroniques et infectieuses
- Centre de ressources et de compétences sclérose en plaques **(CRC SEP)** : Cf. Maladies chroniques et infectieuses

SOINS PALLIATIFS

- Équipe mobile de soins palliatifs **(EMSP)**
- Équipe de soins palliatifs pédiatriques **(ESPP)**
- Réseau soins palliatifs

PSYCHIATRIE – SANTÉ MENTALE

- Groupe d'entraide mutuelle **(GEM)**
- Conseil local en santé mentale **(CLSM)**
- Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale **(F2RSM)**
- Équipe mobile psychiatrie précarité **(EMPP)** : Cf. Précarité
- Centre de ressources sur le handicap psychique **(CREHPSY)** : Cf. Personnes en situation de handicap

POUR LES AIDANTS

- Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants de personnes âgées ou souffrant de maladies neuro dégénératives **(PFR)**

PRÉCARITÉ

ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ

EMPP

Circulaire n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Public

Le dispositif s'adresse :

- aux personnes en situation de précarité et d'exclusion :
  - qui présentent des troubles psychiatriques ;
  - qui ne sont pas sectorisées, ni sectorisables (pas d'adresse) ;
  - qui le plus souvent n'ont pas de demande spontanée.
- aux professionnels de terrain de première ligne intervenant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion (sensibilisation, formation).

Objectifs

L'EMPP est chargée de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics.

Missions

Elle a pour mission :

- d'aller vers les personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologies mentales avérées ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité ;
- de former les professionnels de terrain.

Territoire couvert

Chaque EMPP est une unité intersectorielle intervenant sur son territoire de rattachement.

Composition de l'équipe

L'équipe pluridisciplinaire de l'EMPP est coordonnée par un psychiatre et se compose à minima d'un temps de :

- médecin ;
- cadre infirmier ;
- infirmier ;
- psychologue ;
- secrétariat.

Lieux d'intervention

L'EMPP répond en fonction des situations, dans la rue (maraudes), intervient dans les structures d'accueil des personnes en situation de précarité (CHRS, accueil de jour…).

Modalités de recours

L'EMPP agit en partenariat avec les structures de droit commun.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée, l'accompagnement dépend du relais sanitaire.

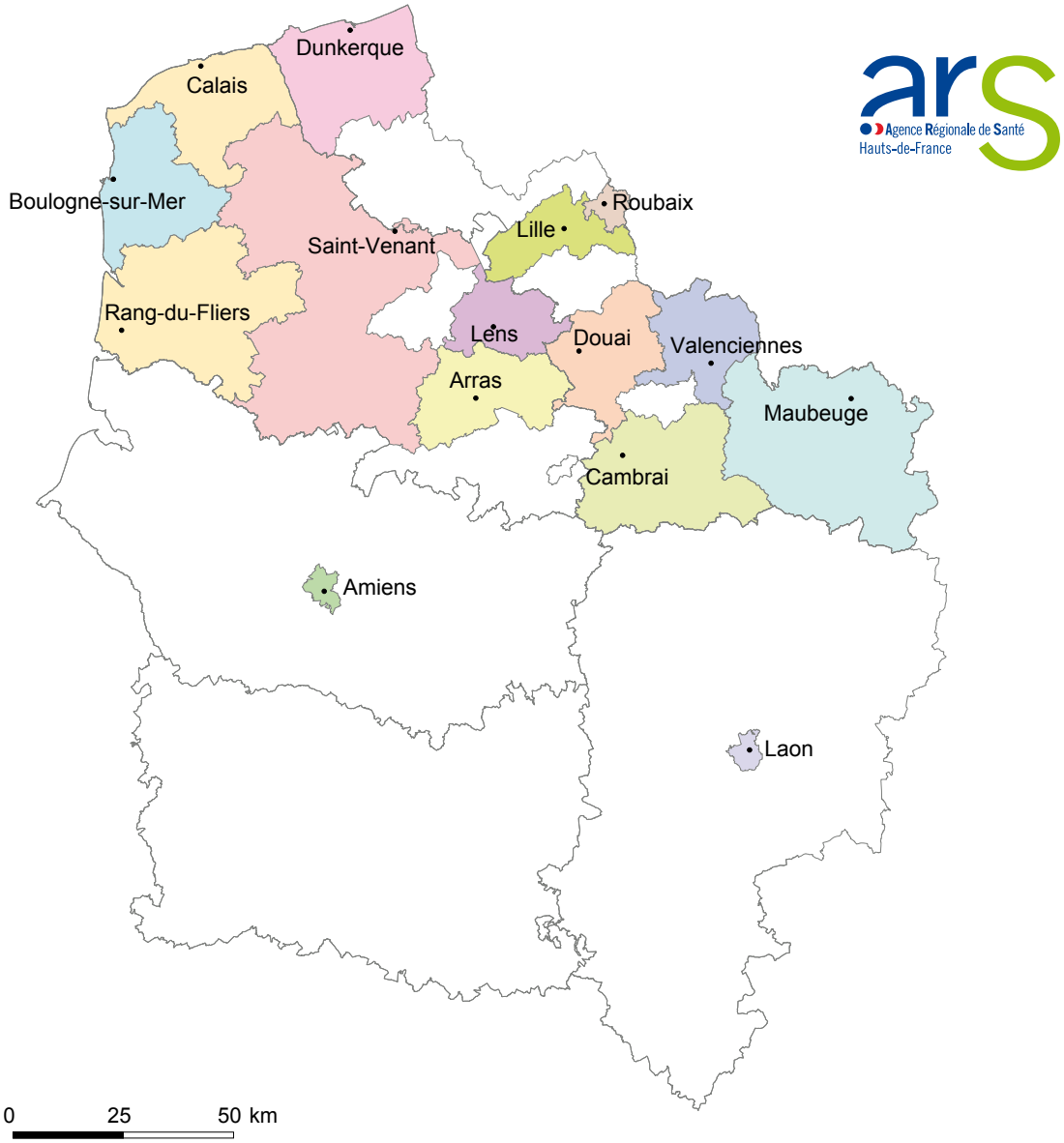
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Les actions de prévention, d'accueil, d'orientation et de soins de l'EMPP sont financées par l'assurance maladie au sein de l'ONDAM hospitalier (enveloppe DAF spécifique allouée à établissement porteur de l'EMPP).

Équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU SANTÉ SOLIDARITÉ LILLE MÉTROPOLE

RSSLM

Public

Le réseau santé solidarité Lille métropole s'adresse aux personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe ayant des difficultés de recours et de continuité de soins.

Objectifs

Les objectifs du RSSLM sont :

- en matière de santé :
  - favoriser l'accès aux soins et aux droits ;
  - assurer la continuité des soins ;
  - garantir et améliorer une prise en charge adaptée et un accompagnement global et cohérent.
- en matière de solidarité :
  - refuser que la précarité et l'exclusion soient un statut définitif ;
  - délivrer des soins sans discrimination ;
  - placer la personne au cœur des préoccupations de soins.

Missions

Fondé en 2005, le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole organise la prise en charge médio-psycho-sociale des personnes en situation de précarité. Pour ce faire, 9 membres fondateurs se sont unis autour de valeurs communes : l'**EPSM Lille Agglomération**, le **CHU de Lille**, le **GHICL**, **MSL** (Médecins Solidarité Lille), l'**ABEJ** (Association Baptiste, pour l'entraide et la jeunesse), **CMAO** (Coordination mobile accueil Orientation), **Diogène**, **Ville de Lille** et l'**URPS**.

Il a pour finalité de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes fréquentant une des structures du RSSLM et d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des populations précaires afin qu'elles puissent être orientées, dans la mesure du possible, dans les dispositifs de droit commun.

Pour les professionnels, il permet de consacrer du temps à la formation de ses acteurs et d'améliorer la qualité de travail.

Territoire couvert

La métropole lilloise.

Composition de l'équipe

L'équipe du RSSLM se compose à minima d'un temps de :

- coordinateur ;
- soignant dédié à la mission de coordination de parcours ;
- médecin dédié à la régulation des Lits Haltes Soins Santé.

Lieux d'intervention

Le RSSLM intervient à domicile (ou substitut) et reçoit également dans son local.

Modalités de recours

La porte d'entrée principale : les centres de santé de l'ABEJ et de MSL. L'hôpital peut être amené à contacter le réseau.

Durée de la prise en charge

La prise en charge au sein du RSSLM se termine lorsque l'état de santé de la personne est rétabli ou dans le cas de pathologies chroniques, lorsque les acteurs se sont mobilisés pour assurer la continuité du suivi médical.

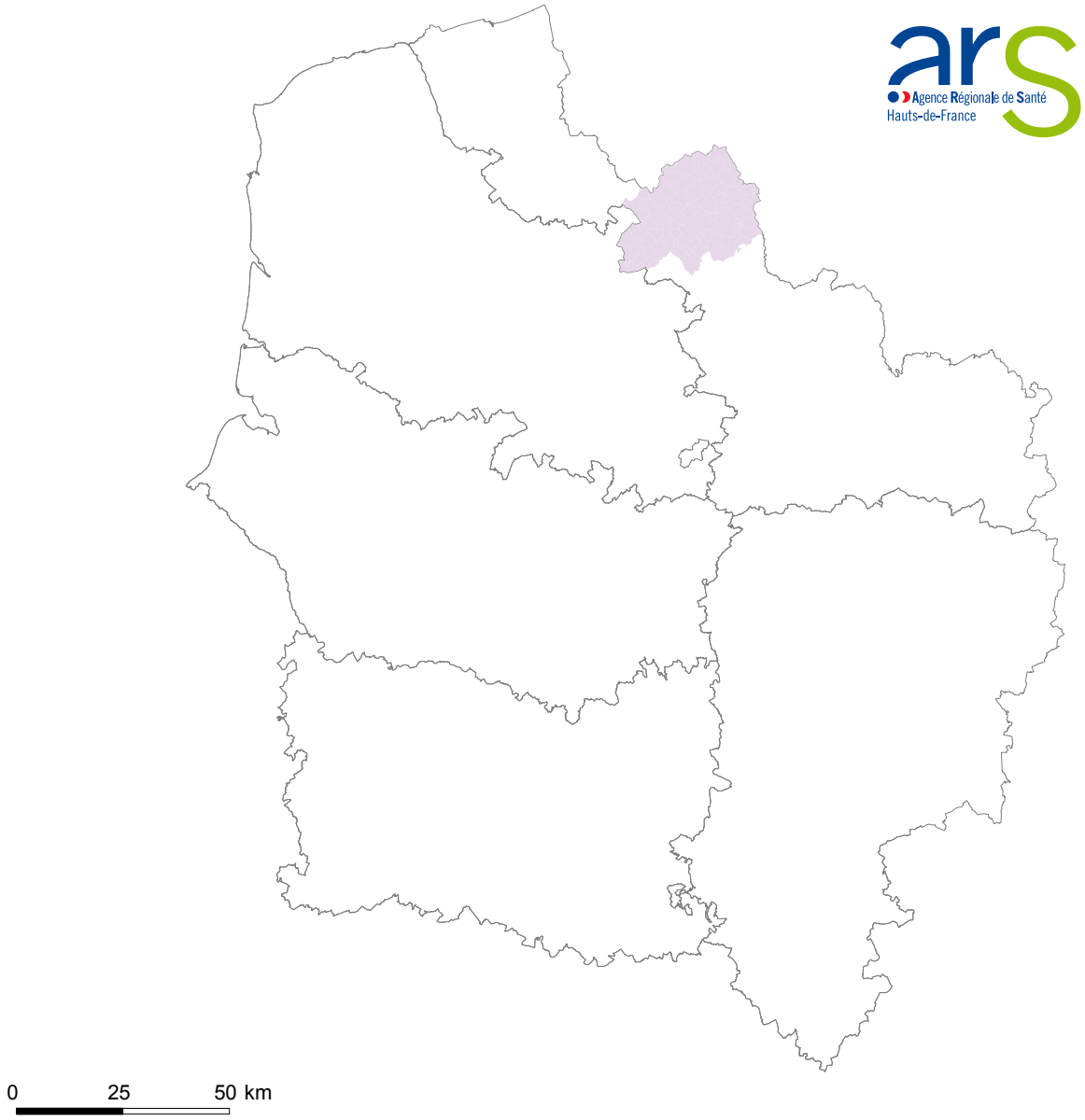
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le RSSLM est financé par l'ARS.

Réseau santé solidarité Lille-Métropole (RSSLM)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ

SSIAD précarité

Articles D312-1 à D 312-5-1 du CASF, 6°-I et 7°-I de l'article L312-1 du CASF.

Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de soins infirmiers à domicile.

Cahier des charges AAP création SSIAD précarité.

Public

Les personnes accueillies et hébergées au sein du dispositif « accueil hébergement insertion » :

- les structures d'hébergement d'urgence ;
- les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- les places de stabilisation ;
- les places de campagne hivernale ;
- les pensions de familles et résidences d'accueil ;
- les résidences sociales ;
- les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA).

Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, accueillies au sein des appartements de coordination thérapeutique (ACT)..

Objectifs

Les objectifs du SSIAD précarité sont de :

- faciliter et le l'accueil et le maintien de personnes confrontées à des problèmes de santé au sein des structures d'hébergement ;
- collaborer avec les équipes éducatives des structures d'hébergement à l'amélioration de l'état de santé des résidents et permettre un accès aux soins aux personnes accueillies.

Missions

Le SSIAD précarité contribue au soutien à domicile (ou substitut) des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital et en raccourcissant certains séjours hospitaliers.

Au-delà des soins de nursing et ou infirmiers, le SSIAD précarité porte des missions de :

- «médiation en santé», d'«aller vers» les publics très marginalisés, éloignés des questions de santé. La dimension relationnelle de l'intervention, de l'écoute et de l'accompagnement aux soins contribue à initier une démarche d'autonomisation en santé et d'intégration dans le droit commun ;
- de coordination du parcours de santé et d'appui des équipes dans l'accompagnement, le maintien en hébergement de personnes souffrant souvent de plusieurs pathologies chroniques mais aussi de troubles associés (poly-addiction, difficulté d'ordre psychique, troubles cognitifs…).

Territoire couvert

Zone de proximité médico-sociale.

Zone de concentration des structures d'hébergement et d'insertion lieu d'intervention du SSIAD.

Composition de l'équipe

L'équipe du SSIAD précarité se compose à minima d'un temps de :

- infirmier coordonnateur ;
- infirmier ;
- aide-soignant ;
- aide médico-psychologique (AMP) ou assistant éducatif et social (AES) ;
- pédicure, podologue (possibilité de recrutement par voie de convention).

Lieux d'intervention

Le SSIAD précarité intervient à domicile (ou substitut) et reçoit également dans son local.

Modalités de recours

Le SSIAD, dispositif médico-social, intervient au domicile ou substitut du domicile, sur prescription médicale.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

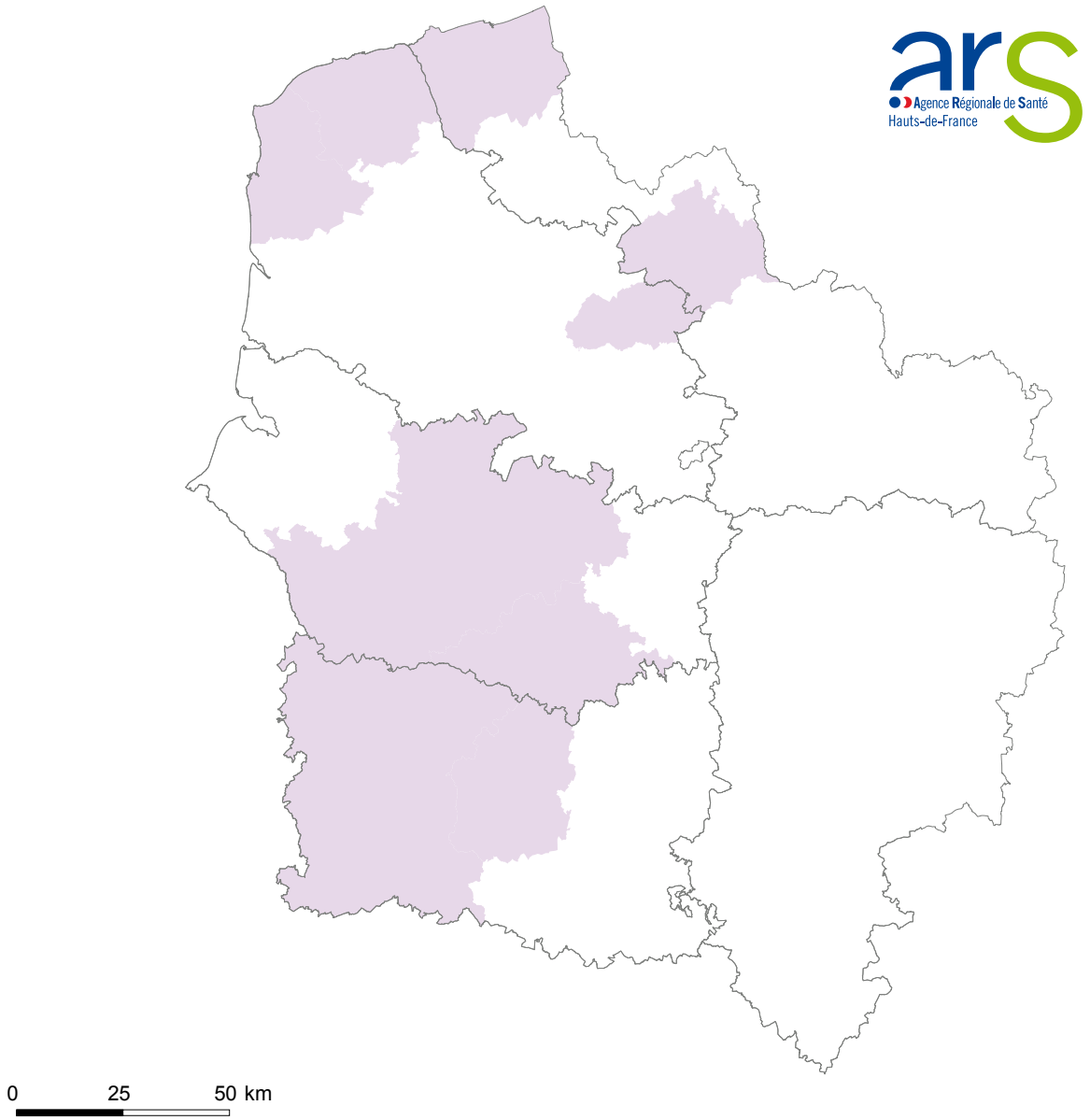
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le SSIAD précarité est financé par l'ARS.

SSIAD précarité



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

IntégraPsy

Expérimentation depuis le 1er avril 2019, pour une durée de trois ans.

Projet Interreg « AB Réfugiés-Social ».

Public

Les demandeurs d'asiles, réfugiés et des mineurs non accompagnés accueillis et hébergés au sein :

- de centres collectifs d'hébergement de migrants et de réfugiés ;
- des hébergements diffus ou logements des migrants et des réfugiés ;
- des campements de migrants non accompagnés.

Objectifs

Les objectifs du dispositif IntégraPsy sont de mettre la coopération européenne au service de l'accompagnement psychosocial et thérapeutique des personnes issues d'un parcours migratoire, en vue de favoriser leur intégration.

Missions

IntégraPsy a pour mission de répondre rapidement aux situations de souffrance psychosociale (mal-être, angoisses, dépressions assuétudes, stress post-traumatique…) des personnes en situation d'exil avec si besoin, l'aide d'un interprète. IntégraPsy propose :

- une permanence psychosociale ;
- une écoute et un suivi individuel ;
- l'orientation vers des ressources spécialisées ;
- l'organisation d'activités thérapeutiques collectives.

Territoire couvert

Le dispositif IntégraPsy, implanté à Croisilles, intervient dans toute la région.

Composition de l'équipe

L'équipe de IntégraPsy (versant Hauts-de-France) se compose à minima de temps de :

- psychologue ;
- ambassadeur d'intégration, médiateur pair et interprète ;
- interprète professionnel sollicité via centre de traduction et d'interprétariat en milieu social (SéTIS Wallon).

Lieux d'intervention

L'équipe d'IntégraPsy intervient aussi bien au sein des centres collectifs d'hébergements de migrants et de réfugiés dans les hébergements diffus ou les logements des migrants et des réfugiés, sous réserve que ces hébergements soient encadrés, des logements diffus ou encore des espaces d'accueil citoyens afin de créer une proximité et d'accompagner les personnes dans des lieux de confiance.

Modalités de recours

L'équipe d'IntégraPsy intervient à la demande des opérateurs des centres d'accueils, des hébergements des campements de migrants.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'expérimentation du dispositif IntégraPsy (versant français) est cofinancée par l'ARS et principalement par le Fonds européen de développement régional (FEDER).

IntégraPsy

Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

PÉRINATALITÉ

Oréhane
(ORGANISATION RÉGIONALE DES HAUTS-DE-FRANCE AUTOUR DE LA PÉRINATALITÉ)

RÉSEAU DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ DES HAUTS-DE-FRANCE

Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

Public

Oréhane est une structure de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale exerçant des missions dans le champ de la santé périnatale, en amont et en aval de la naissance, intégrant également les interruptions volontaires de grossesse.

En ce qui concerne les enfants vulnérables, il assure ces missions au-delà de la période périnatale, jusqu'à l'âge de 6 ans.

Oréhane s'adresse également aux professionnels de la périnatalité.

Objectifs

Les objectifs Oréhane sont :

- d'assurer une cohérence et une synergie renforcées des interventions dans le champ périnatal et de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge pour chaque femme et chaque nourrisson sur le territoire régional ;
- d'assurer la cohérence et la qualité du suivi spécifique des enfants vulnérables.

Missions

Les missions Oréhane sont :

- contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'Agence régionale de santé :
  - en organisant des parcours de soins adaptés aux spécificités de chaque femme ;
  - en participant à l'animation de la politique régionale en santé périnatale ;
  - en apportant son expertise à l'ARS et à la fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) ;
  - en participant à la mise en œuvre des actions inscrites dans la politique régionale.
- aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale :
  - en offrant un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire ;
  - en formant les professionnels de la santé périnatale ;
  - en diffusant les informations ascendantes et descendantes ;
  - en participant à l'évaluation de la politique régionale de la santé périnatale.
- favoriser les échanges avec les acteurs de l'offre médico-sociale.

Territoire couvert

Oréhane couvre toute la région des Hauts-de-France.

Composition de l'équipe

Oréhane se compose de :

- une équipe salariée composée de :
  - un directeur ;
  - une équipe projets ;
  - assistantes administratives.
- un conseil d'administration : directeurs d'établissements, professionnels désignés par les fédérations (Gynécologues médicaux Gynécologues obstétriciens, Anesthésistes réanimateurs, Pédiatres, Sages-femmes), les URPS (Médecins, Sages-femmes, Pharmaciens), les PMI, ainsi que des usagers ;
- un bureau : médecins, directeurs d'hôpital.

Lieux d'intervention

Oréhane est une structure régionale d'appui pour les établissements et les professionnels du champ de la périnatalité et de la petite enfance, ainsi que pour l'ARS. Son siège est situé à Lille.

Modalités de recours

Site internet consultable pour organiser et fluidifier le parcours de soins : http://orehane.com/

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'usager

Oréhane est reconnue organisme de formation continu inscrit à l'OGDPC.

Financement

Oréhane est financée par l'ARS, via le FIR.

JEUNES 0-20 ANS

ÉQUIPE MOBILE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION COMPLEXE

Rapport Piveteau « Zéro sans solution ».

Public

- Les enfants et adolescents de 3 à 20 ans dont les troubles du comportement mettent en difficultés les institutions sociales et médico-sociales par leurs passages à l'acte.
- Relevant du champ du handicap (avec une reconnaissance MDPH) et/ou du champ de la protection de l'enfance.

Objectifs

L'équipe mobile pour enfants et adolescents en situations complexes intervient pour prévenir et éviter les ruptures de parcours des jeunes et réduire les passages à l'acte.

Dans le Nord, des « équipes mobiles ASE » sont adossées à ce dispositif.

Missions

Les missions de l'équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe sont de :

- venir en appui et en soutien aux ESMS, équipes et professionnels rencontrant des difficultés dans l'accompagnement des jeunes en situation dite « complexe » ;
- permettre la poursuite de l'accompagnement d'un enfant ou d'un jeune en proposant de nouvelles réponses au regard de ses besoins, afin de préserver son parcours au sein de son lieu de vie ;
- favoriser la coopération et la coordination sur les territoires définis, des ESMS, du secteur sanitaire et de tous les établissements ou services rencontrant des jeunes en situation complexe ;
- être en capacité d'accompagner, si nécessaire et pour un temps donné, l'usager sur les places d'internat dédiées afin de permettre un temps de ressourcement, de prise en charge adaptée ou, de distanciation, tant du jeune suivi que des professionnels de la structure en charge de son suivi.

L'équipe mobile intervient en complément des modalités d'accompagnement proposées. La place de la famille et/ou du représentant légal est un des axes majeurs de l'accompagnement.

L'équipe mobile assure une permanence téléphonique les jours ouvrés. Elle accompagne les situations complexes 365 jours/an.

Territoire couvert

Il existe 6 équipes mobiles pour enfants et adolescents en situation complexe par territoire de démocratie sanitaire :

- dans l'Aisne, portée par l'APEI des 2 vallées ;
- dans le Nord, territoire « Lille-Métropole, Roubaix, Tourcoing », portée par la Sauvegarde ;
- dans le Nord, territoire de proximité de Montreuil, Boulogne, Calais, Saint Omer, Dunkerque, portée par l'AFEJI ;
- dans le Nord, territoire du Hainaut-Cambrésis, portée par l'APJH et l'AFEJI ;
- dans l'Oise, portée par la Nouvelle Forge ;
- dans le Pas-de-Calais, territoire d'Arras, Béthune, Lens, Douai, portée par La Vie Active.

Composition de l'équipe

L'équipe mobile situations complexes est composée à minima d'un temps de :

- directeur ;
- chef de service ;
- médecin psychiatre ;
- éducateur spécialisé ;
- psychologue ;
- infirmier.

Lieux d'intervention

L'équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe intervient :

- dans l'établissement et/ou sur l'extérieur ;
- pour un accompagnement en individuel ou dans le collectif ;
- pour la mise en réseau et le travail en partenariat.

Modalités de recours

L'équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe peut être interpellée :

- par l'établissement médico-social (IME ou ITEP) accompagnant l'enfant ou le jeune ;
- par la Direction du Pôle Enfance Famille quand le jeune ou l'enfant est accompagné et suivi par la Protection de l'Enfance (quand il relève de l'ASE).

Il n'y a pas besoin de notification de la CDAPH.

Durée de la prise en charge

La durée de l'intervention est de 3 mois, renouvelable 1 fois.

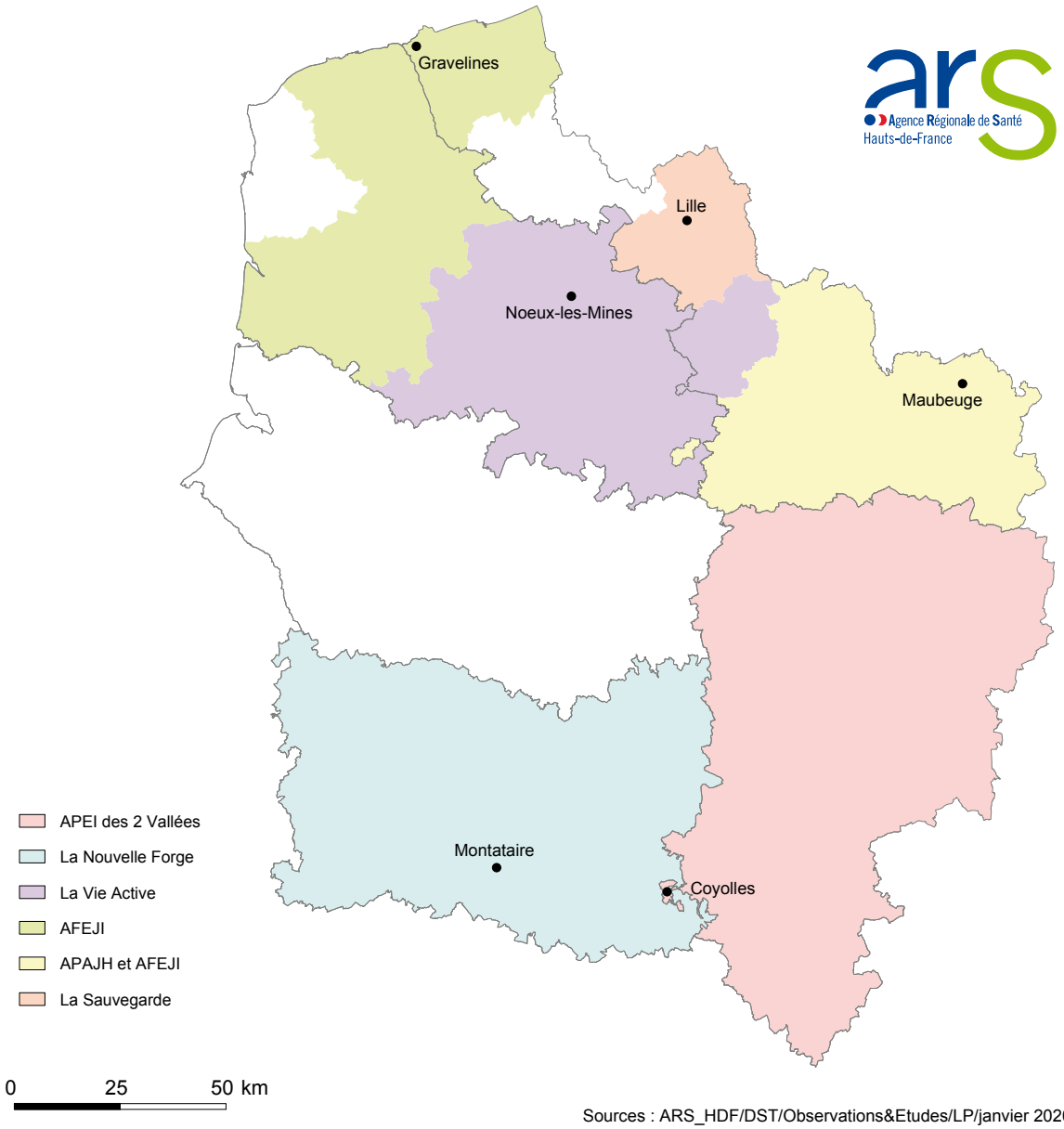
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe est financée par l'ARS et dans le Nord elles sont cofinancées par le département (pour les « équipes mobiles ASE »).

Équipes mobiles pour enfants et adolescents en situation complexe



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION
PCO

Circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement.

Public

- Tout enfant âgé de 0 à 6 ans inclus, repéré comme ayant un potentiel trouble du neuro-développement : trouble du spectre de l'autisme, trouble du développement intellectuel, déficit attentionnel, hyperactivité, DYS...
- Quel que soit son mode de garde et de prise en charge, son inclusion scolaire ou non, tout enfant doit pouvoir bénéficier d'un repérage par les professionnels de première ligne et d'une orientation de la plateforme.

Objectifs

La PCO a vocation à assurer la mise en place et le déroulement d'un parcours d'interventions précoces et de diagnostics des enfants repérés du fait d'une trajectoire développementale ou un comportement inhabituel qui alerte les parents et/ou un professionnel. Tout enfant repéré accède, par son intermédiaire, à des bilans, évaluations et interventions couverts par l'assurance maladie.

Missions

La PCO se charge d'organiser :

- l'appui aux professionnels de 1ère ligne ;
- l'accompagnement et les interventions pluridisciplinaires auprès des enfants et des familles dans le parcours diagnostic au travers notamment d'un conventionnement avec les structures de 2ème ligne du territoire ;
- la coordination des professionnels de santé libéraux ayant contractualisé avec elle et l'accompagnement de la famille dans le parcours mobilisant ces professionnels.

Territoire couvert

1 PCO dans la Somme à ce jour. 8 plateformes d'ici 2022 dans les Hauts-de-France.

Composition de l'équipe

La PCO est dotée d'un temps administratif, d'un temps médical et paramédical relatif à la coordination de l'ensemble du parcours.

Lieux d'intervention

Les interventions sont réalisées au plus près du lieu de vie de l'enfant, au sein des structures de 2ème ligne ou au sein du réseau de libéraux ayant contractualisé avec la plateforme.

Modalités de recours

L'orientation vers la plateforme ne peut intervenir qu'après une consultation auprès d'un médecin. Un professionnel en charge de la coordination échangera avec le médecin pour organiser l'accueil dans une des structures de 2ème ligne composant la plateforme ou saisir les professionnels de santé libéraux appropriés selon le profil de l'enfant.

Durée de la prise en charge

La durée totale de suivi entre le dépistage par le médecin et la fin du parcours diagnostic ne devra pas excéder 1an. Un délai de 6 mois supplémentaires pourra être accordé si besoin.

Coût financier pour l'usager

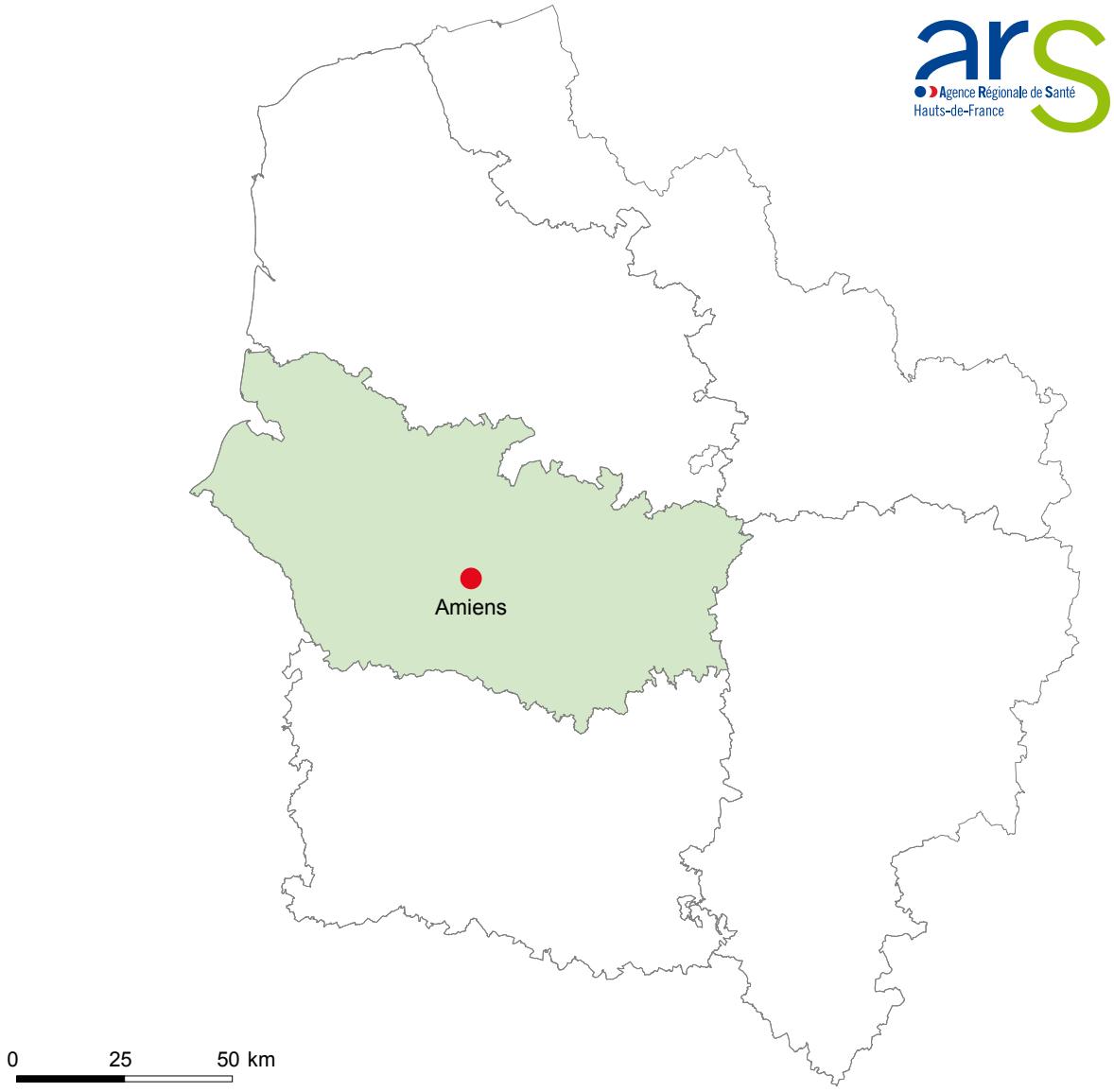
Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

La PCO par le biais de l'établissement porteur reçoit deux types de financement :

- une dotation pour couvrir son rôle d'information, coordination et orientation ;
- une dotation versée par les caisses (CPAM) destinée à couvrir le paiement du forfait précoce auprès des professionnels de santé (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue).

Plateforme de coordination et d'orientation (PCO)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU RÉGIONAL NeurodeV

Public

NeurodeV est sollicité pour des enfants, en situations complexes, présentant des troubles d'apprentissages :

- mise en lien des compétences pour les pathologies du neurodéveloppement ;
- troubles non évalués ou compensés ;
- situations sociales précaires ;
- absence des acteurs de soins en proximité ;
- familles épuisées ou désorientées.

Objectifs

NeurodeV a pour objectif d'optimiser la réponse de proximité aux besoins diagnostics, thérapeutiques, psychosociaux pour les enfants et adolescents avec TND.

NeurodeV, réseau de santé composé par des médecins hospitaliers ou libéraux, des intervenants du paramédical et de l'éducation, organise une meilleure cohérence du repérage, diagnostic et du suivi des troubles du neurodéveloppement.

Missions

NeurodeV réalise les missions suivantes :

- organisation de l'accès aux soins ;
- la création de liens entre les acteurs sanitaires, médicosociaux, libéraux, Éducation Nationale, MDPH, associatifs… ;
- la facilitation de l'accès à l'information et à l'écoute des familles ;
- la promotion d'actions de formations ;
- la diffusion de protocoles.

Territoire couvert

Historiquement, NeurodeV couvrait les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Aujourd'hui il est en cours de déploiement dans le sud de la région. Son siège est situé à Lille.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- coordinateur ;
- neuropédiatre ;
- neuropsychologue ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

NeurodeV s'appuie sur les correspondants associatifs locaux (CAL), des professionnels de proximité exerçant en CAMSP, missionnés pour coordonner le parcours de l'enfant.

Modalités de recours

Les familles et les professionnels prennent contact avec le réseau par téléphone ou par mail.

Site internet : http://www.neurodev.fr/

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'usager

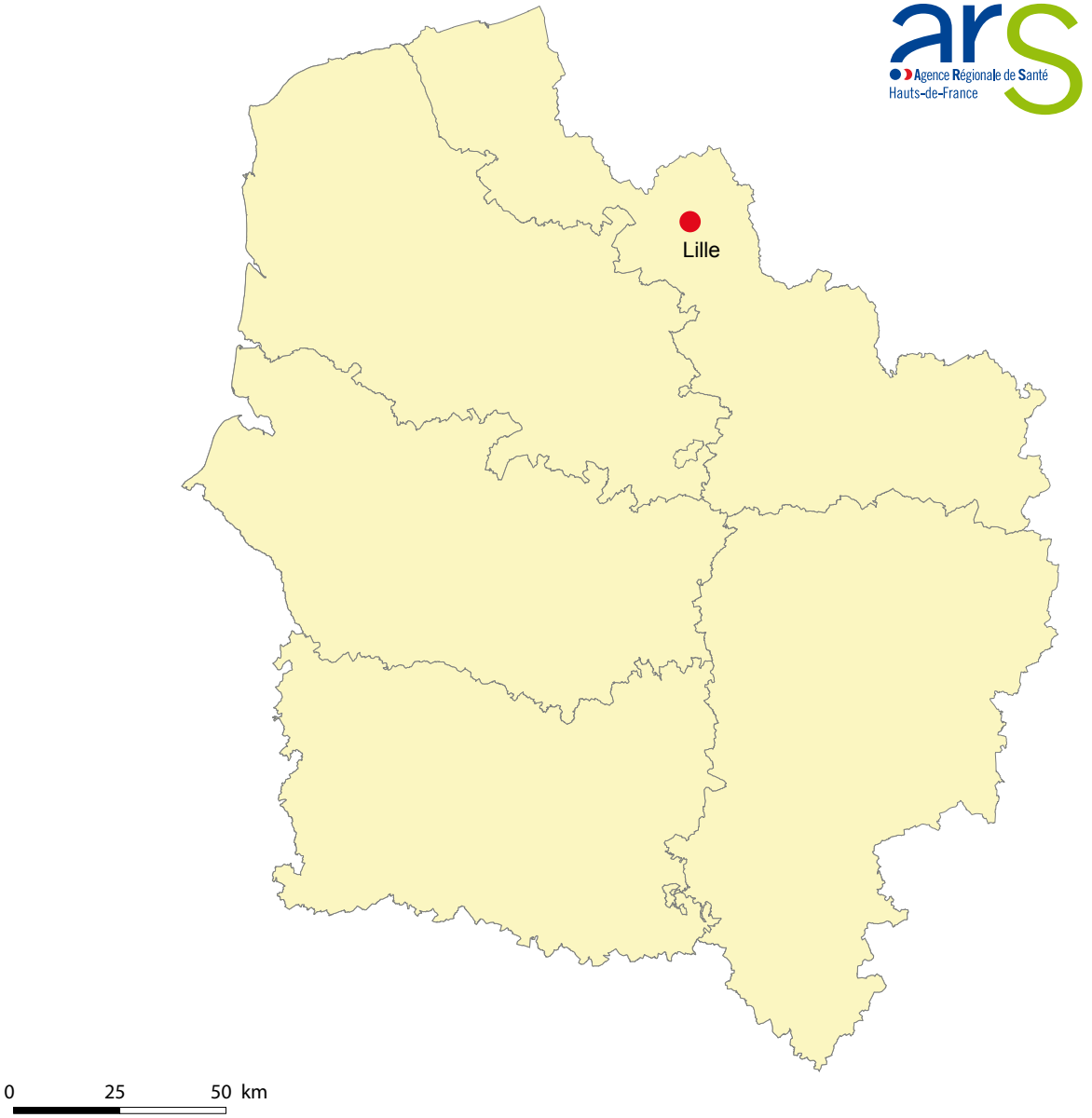
Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

De plus NeurodeV est un organisme de formation agréé Datadock et DPC.

Financement

Le réseau régional NeurodeV est financé par l'ARS, via le FIR.

Réseau régional NeurodeV



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

CENTRE RÉGIONAL DE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

CRDTA

CENTRE DE RÉFÉRENCE DES TROUBLES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES

CRTLA

Loi n°2013¬595 du 8 juillet 2013 d'Orientation et de Programmation pour la Refondation de l'Ecole de la République.

Loi n°2005¬102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Décret 2014¬1377 du 18 novembre 2014 relatif à l'accompagnement pédagogique des élèves.

Arrêté du 6 février 2015 formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D. 351¬5 du code de l'éducation.

Circulaire 2006¬126 du 17 août 2006, mise en œuvre du PPS.

Circulaire 2015¬016 du 22 janvier 2015, relatif au plan d'accompagnement personnalisé.

Circulaire académique du 24 août 2015 relatif au plan d'accompagnement personnalisé.

Public

- Enfants présentant des difficultés d'apprentissage.
- Parents, professionnels de santé, professionnels de l'éducation.

Objectifs

Le CRDTA/CRTLA a pour objectif de répondre à la demande croissante d'avis spécialisés dans le domaine des apprentissages par les différents acteurs : orthophonistes, psychologues, médecins scolaires, médecins généralistes…

En effet le CRDTA/CRTLA répond à ce problème de santé publique dans une démarche de synthèse pluridisciplinaire à visée diagnostique et de proposition de prise en charge des différents professionnels concernés.

Missions

Les missions du CRDTA/CRTLA sont les suivantes :

- évaluations diagnostiques pluridisciplinaires et propositions de prise en charge ;
- activité de recherche sur les troubles d'apprentissage ;
- création de protocoles à visée diagnostique et de prise en charge ;
- activité de formation ;
- permanence téléphonique pour les médecins de l'Éducation Nationale ;
- consultations neuropédiatrique et ergothérapique.

Le CRDTA travaille en partenariat avec :

- NeurodeV, réseau des troubles du neurodéveloppement de la région ;
- les médecins de l'Éducation Nationale ;
- le Centre Ressource Autisme ;
- le Centre Ressource des Maladies Rares et du Cervelet.

Territoire couvert

Le CRDTA à Lille et le CRTLA à Amiens couvrent la région des Hauts-de-France.

Composition de l'équipe

L'équipe du CRDTA – CRTLA est composée à minima d'un temps de :

- neuropédiatre ;
- psychologue ;
- orthophoniste ;
- ergothérapeute.

Lieux d'intervention

Les enfants sont accueillis dans les locaux du CRDTA - CRTLA.

Les professionnels peuvent :

- consulter le site du centre de Lille http://crdta.chru-lille.fr/
- envoyer un mail au centre d'Amiens : centrederefe-rencedulangage@chu¬amiens.fr

Modalités de recours

L'équipe du CRDTA – CRTLA peut être interpellée par un courrier de demande émanant d'un professionnel de santé (médecin référent de l'enfant, médecin scolaire, professionnel paramédical...).

Le dossier est examiné par le neuropédiatre :

- proposition de réorientation de la demande ;
- consultation pluridisciplinaire à prévoir au centre.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

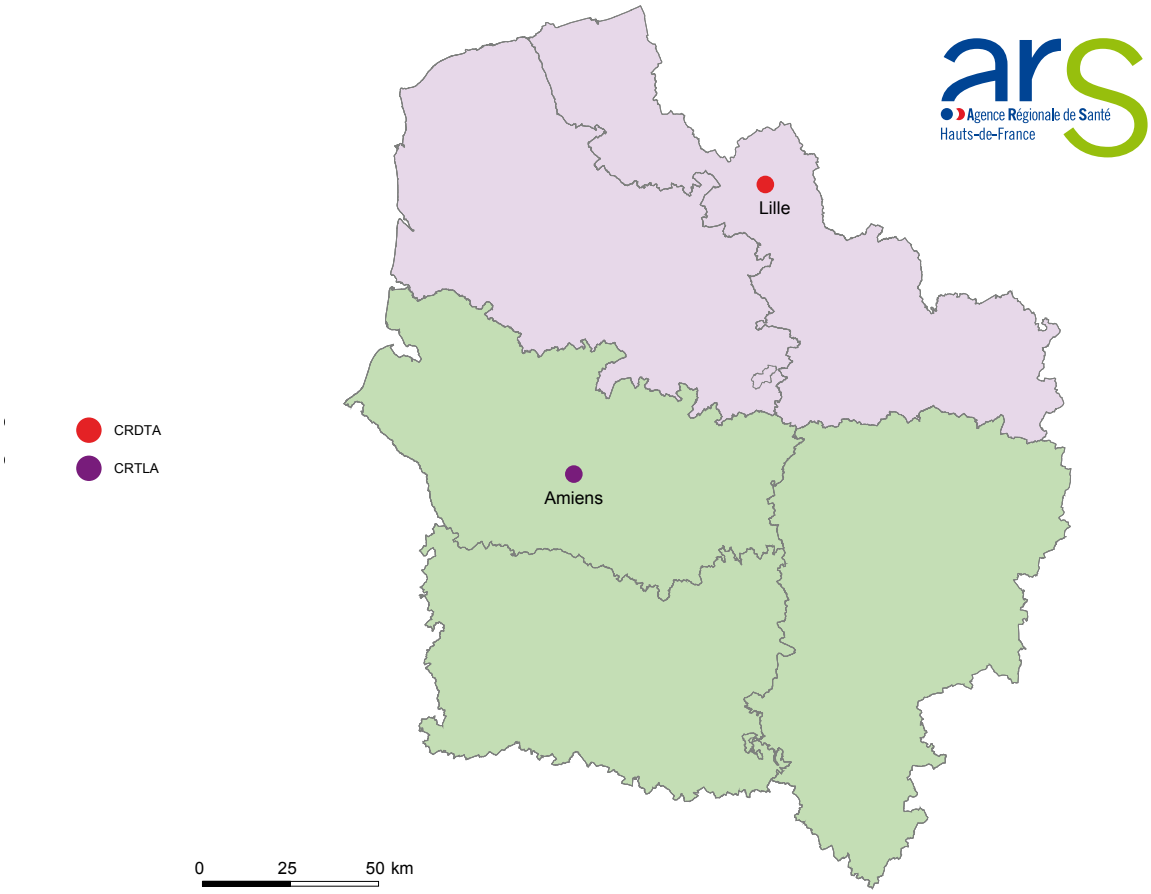
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CRDTA – CRTLA est financé par l'ARS, via le FIR.

Centre régional de diagnostic des troubles de l'apprentissage (CRDTA) ou
Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

Guide régional des ressources d'expertises et des coordinations – GRREC – Janvier 2020

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DISPOSITIF DE CONSULTATIONS DÉDIÉES

Instruction DGOS/R4/DGCS/3B/2015-313 du 20 octobre 2015 propose la mise en place de dispositifs de consultations dédiées en région au bénéfice des personnes en situation de handicap afin de « permettre de répondre aux besoins non couverts ou difficilement couverts pour des soins courants somatiques non liés à leur handicap ».

Public

Ce dispositif est accessible à tous les enfants et adultes en situation de handicap, résidant à domicile ou en établissement, se trouvant en échec de soins dans le système de droit commun et notamment aux personnes polyhandicapées, aux personnes en situation complexe, dyscommunicantes et/ou « non-coopérantes » aux soins.

Il concerne tous les types de handicap.

Objectifs

Le dispositif facilite et organise les parcours de soins du patient et lui donne accès à un ensemble de soins coordonnés personnalisés (diagnostics, curatifs et préventifs).

Missions

Le dispositif propose :

- une consultation permettant de :
  - dresser un bilan clinique complet ainsi qu'une évaluation du besoin en soins ;
  - délivrer en tant que de besoin les premiers soins nécessaires.
- un accès au cas par cas à des consultations dédiées de spécialistes (gynécologie, ophtalmologie, ORL, dermatologie, bucco-dentaires …).

Une attention est systématiquement portée à l'évaluation ainsi qu'à la prise en charge de la douleur.

Territoire couvert

Dans le Nord, le dispositif de consultation dédiée est porté par le GHICL, sur les sites de Saint-Vincent et Saint –Philibert (Lille) : « EMAH ».

Pour l'Aisne, l'Oise et la Somme, le dispositif de consultation dédiée est porté par le CHU d'Amiens : « Handiconsult ».

Dans le Pas-de-Calais, la consultation dédiée est portée par le GHT Côte d'Opale.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- secrétaire ;
- médecin ;
- coordonnateur ;
- infirmier.

Lieux d'intervention

Le dispositif est accessible sur le site géographique du porteur.

Modalités de recours

Le dispositif est libre d'accès.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

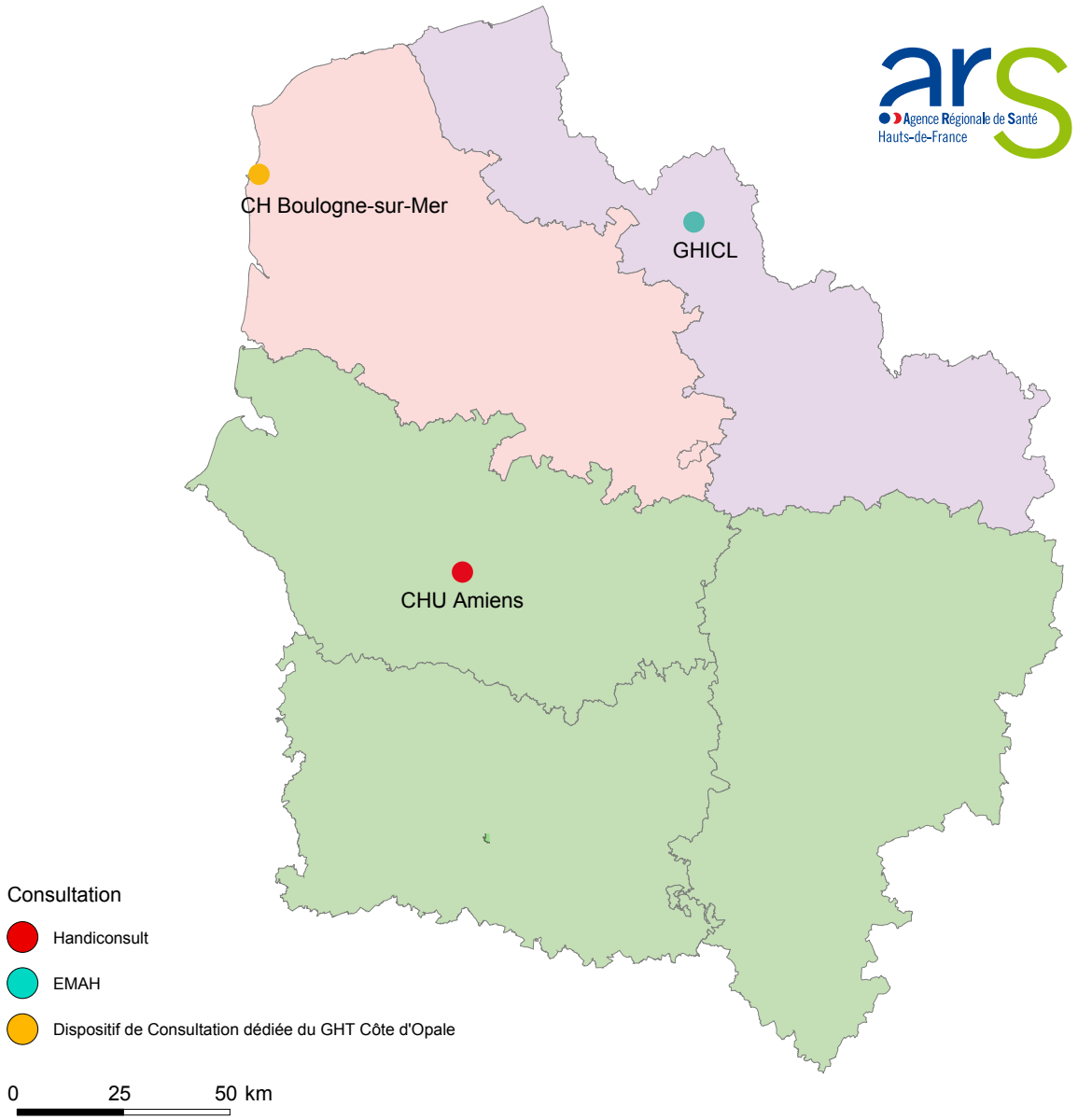
Coût financier pour l'usager

L'ensemble des soins dispensés sont pris en charge par l'assurance maladie.

Financement

Le dispositif de consultations dédiées est financé par l'ARS, dans le cadre du FIR.

Dispositifs de consultations dédiées



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS EN MILIEU ORDINAIRE POUR ADULTES LOURDEMENT HANDICAPÉS, NOTAMMENT POLYHANDICAPÉS, VIVANT AU DOMICILE

DASMO

Volet Polyhandicap de la Stratégie Nationale d'évolution de l'offre médico-sociale.

Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

Public

Le DASMO s'adresse à des personnes :

- majeures ;
- reconnues par la MDPH et bénéficiant d'une orientation par la CDAPH vers ce dispositif ou vers une MAS ;
- dont le projet est de vivre à domicile et dont la lourdeur des déficiences et incapacités nécessite un accompagnement individualisé.

Objectifs

Le DASMO répond aux besoins des personnes adultes lourdement handicapées et/ou en situation de polyhandicap, vivant à domicile. Il vise à offrir au quotidien un accompagnement spécialisé permettant d'éviter le choix binaire entre le tout domicile et le tout établissement et de renforcer la liberté de choix des personnes en adaptant l'offre d'accompagnement à la diversité et à la singularité des situations individuelles. Il propose :

- un accompagnement social et médico-social en milieu ordinaire ainsi qu'un apprentissage ou un soutien à l'autonomie ;
- une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ;
- un accompagnement médical et paramédical soutenu ainsi que des soins réguliers et coordonnés.

Missions

Le DASMO est un dispositif qui a pour mission de soutenir la vie à domicile de personnes lourdement handicapées notamment polyhandicapées, ou en situation de handicaps complexes ainsi que leurs aidants. Il propose un accompagnement socio-éducatif, médical et paramédical, thérapeutique et rééducatif.

Territoire couvert

1 DASMO par territoire de démocratie sanitaire : Aisne, Hainaut, Métropole Flandre, Oise, Pas de Calais, Somme.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- coordinateur ;
- personnel éducatif ;
- infirmier ;
- médecin ;
- ergothérapeute.

Lieux d'intervention

Les interventions sont réalisées à domicile ou à l'extérieur en fonction des activités programmées.

Modalités de recours

L'accès au DASMO se fait par le biais de la notification de la CDAPH.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le DASMO est financé par les crédits médico-sociaux de l'ARS.

DISPOSITIF D'EMPLOI ACCOMPAGNÉ

Article 52 de la loi n°2016-1088 du 08 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Code du travail notamment les articles L.5214-3-1, L 4312-1, D 5213-88 à D.5213-93 du code du travail.

Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment les articles L.146-9, L.243-1 et L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Convention Nationale de cadrage du dispositif d'Emploi Accompagné du 21 mars 2017 signée entre l'Etat, l'AGEFIPH et le FIPHFP.

Circulaire interministérielle N° DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié.

Stratégie Nationale autisme au sein des troubles du neuro développement.

Public

Le dispositif d'emploi accompagné comprend un soutien et un accompagnement de salarié, ainsi que de l'employeur qu'il soit public ou privé.

Les services du dispositif d'emploi accompagné bénéficient à l'employeur et, dès l'âge de 16 ans, aux travailleurs handicapés, bénéficiant d'une orientation de la CDAPH :

- les travailleurs handicapés bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les travailleurs handicapés accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

Par ailleurs, dans le prolongement de la logique de promotion d'un parcours global coordonné et choisi de la personne avec handicap psychique (Conférence Nationale du Handicap du 19 mai 2016) ainsi que de la prévention des ruptures de parcours (démarche « une réponse accompagnée pour tous »), le dispositif d'emploi accompagné apporte une attention particulière aux catégories de publics suivants :

- les personnes ayant un handicap psychique ;
- les jeunes adultes handicapés en provenance d'établissements et de services pour enfants (IMpro, SessadPro, ULIS spécialisées) et potentiellement en situation de rupture de parcours professionnel.

En lien avec la stratégie nationale autisme au sein des TND le dispositif d'emploi accompagné apporte une attention particulière aux personnes atteintes de trouble du spectre autistique (TSA) avec prise en charge de ce public et nécessaire adaptation de l'accompagnement.

Objectifs

Les objectifs dévolus au dispositif d'emploi accompagné sont :

- l'accès à l'emploi incluant une période de remise en confiance en soi ;
- l'intégration dans l'emploi et d'apprentissage sur le lieu de travail, de formation au poste ;
- l'accompagnement dans l'emploi dans le but de pérenniser l'emploi et soutenir l'orientation et l'évolution professionnelle.

Missions

Les missions du dispositif d'emploi accompagné sont :

- évaluer la situation du travailleur handicapé en tenant compte de son projet professionnel, ses capacités, ses besoins et le cas échéant les besoins de l'employeur ;
- déterminer le projet professionnel et aider à sa réalisation, en vue de l'insertion dans l'emploi en milieu ordinaire de travail ;
- assister le bénéficiaire dans sa recherche d'emploi en lien avec les entreprises susceptibles de le recruter ;
- accompagner dans l'emploi le travailleur handicapé afin de sécuriser son parcours professionnel, en facilitant l'accès à la formation et aux bilans de compétences, incluant si nécessaire une intermédiation entre la personne handicapée et l'employeur ;
- accompagner l'employeur pour prévenir ou pallier des difficultés rencontrées.

Territoire couvert

Le dispositif d'emploi accompagné est présent sur l'ensemble des zones de proximité de l'ARS, en effet pour chaque territoire de démocratie sanitaire il y a un porteur.

Composition de l'équipe

L'équipe du dispositif d'emploi accompagné est composée à minima d'un temps de :

- chargé d'insertion professionnelle ;
- « job coaching » ;
- professionnel médico-social spécialisé ;
- professionnel aguerri dans les missions d'adaptation du poste de travail.

Lieux d'intervention

L'équipe du dispositif d'emploi accompagné se déplace à domicile, sur le lieu de travail protégé, en milieu ordinaire… Elle peut également recevoir les personnes dans ses locaux.

Modalités de recours

L'admission de personne en situation de handicap dans le dispositif Emploi accompagné repose sur une décision de la CDAPH, pouvant être prise en urgence au titre du 5° de l'article R. 241-28 du CASF et dont la mise en œuvre suppose l'accord du bénéficiaire.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le dispositif d'emploi accompagné est cofinancé par l'ARS, le FIPHFP et l'AGEFIPH.

PÔLE DE COMPÉTENCES ET DE PRESTATIONS EXTERNALISÉES

PCPE

Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.

Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Circulaire du n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes.

Public

Le PCPE accompagne les enfants et les adultes en situation de handicap, ainsi que leur famille ou leurs aidants, dans une visée résolument inclusive, quel que soit l'âge et le type de handicap.

Population cible :

- les enfants, les jeunes et les adultes en situation de handicap :
  - vivant à domicile, au sein d'une structure ou d'une famille d'accueil relevant de l'aide sociale à l'enfance ;
  - vivant des périodes en transition vers un établissement ou un service et nécessitant un appui à la continuité des interventions du pôle déjà engagées au domicile ou dans le milieu de vie ordinaire.
- les familles et les aidants des personnes en situation de handicap.

Une attention particulière devra être portée aux situations suivantes : les troubles du spectre autistique, le handicap psychique, le polyhandicap, les troubles de la conduite et du comportement, les situations complexes.

Objectifs

Il répond à l'objectif de déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous (RAPT) en consacrant une réponse innovante en termes de modularité et de coopération pour les personnes à domicile.

Les prestations du PCPE visent à :

- soutenir à domicile dans un objectif d'inclusion, par l'apport d'une réponse renforcée aux besoins de la personne qui s'appuie sur une palette de prestations à domicile d'intensité adaptable, spécifiques et modulaires ;
- accompagner à domicile dans l'attente d'une réponse dans un établissement adapté aux besoins de la personne, orientation cible de la personne ;
- anticiper et éviter les ruptures dans le parcours ;
- répondre à une prescription de la CDAPH d'une prestation de coordination et de suivi notamment dans le cadre d'un plan d'accompagnement global ;
- accompagner les enfants dans une scolarisation effective ;
- accompagner les enfants et les adultes vers l'autonomie et la participation sociales ;
- accompagner, soutenir, guider les familles ;
- mettre en place un accompagnement par des pairs.

Missions

Les PCPE ont pour mission de délivrer des interventions directes.

Les prestations sont mises en œuvre notamment dans le cadre du plan personnalisé de compensation du handicap (PPC), du plan personnalisé de scolarisation (PPS) et le cas échéant d'un plan d'accompagnement global (PAG).

En priorité les professionnels (salariés et libéraux) du pôle assurent des prestations directes auprès des usagers et des familles.

Des prestations auprès des familles et des aidants doivent également être assurées.

Les prestations peuvent en outre comporter des prestations indirectes au service de l'élaboration du projet individualisé des personnes handicapées.

Territoire couvert

L'ensemble de la région est couvert par 11 PCPE.

Composition de l'équipe

Équipe pluridisciplinaire mobilisant des compétences médicale, psychologique, paramédicale et éducative ainsi qu'un appui administratif mutualisé avec l'ESMS support pour la gestion des rendez-vous uniquement.

L'ensemble des professionnels qui interviennent dans le cadre des PCPE sont formés aux recommandations de bonnes pratiques produites par l'ANESM et la HAS notamment concernant l'autisme et celles concernant les aidants non professionnels.

Lieux d'intervention

Les interventions ont lieu à domicile, incluant tous les lieux de vie, y compris les familles d'accueil.

Modalités de recours

L'accès au pôle de compétences et de prestations externalisées se fait par le biais d'une notification de la CDAPH, notamment parce que l'évaluation des besoins en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est essentielle pour apprécier la réponse à apporter à la personne.

L'accès au PCPE peut se faire à la demande des usagers, des familles d'accueil, des établissements, par anticipation de la décision d'orientation de la CDAPH.

Durée de la prise en charge

Les interventions doivent être transitoires et limitées dans le temps : un an renouvelable un an, en fonction des besoins de la personne et/ou dans l'attente de la mise en place d'une solution plus adaptée.

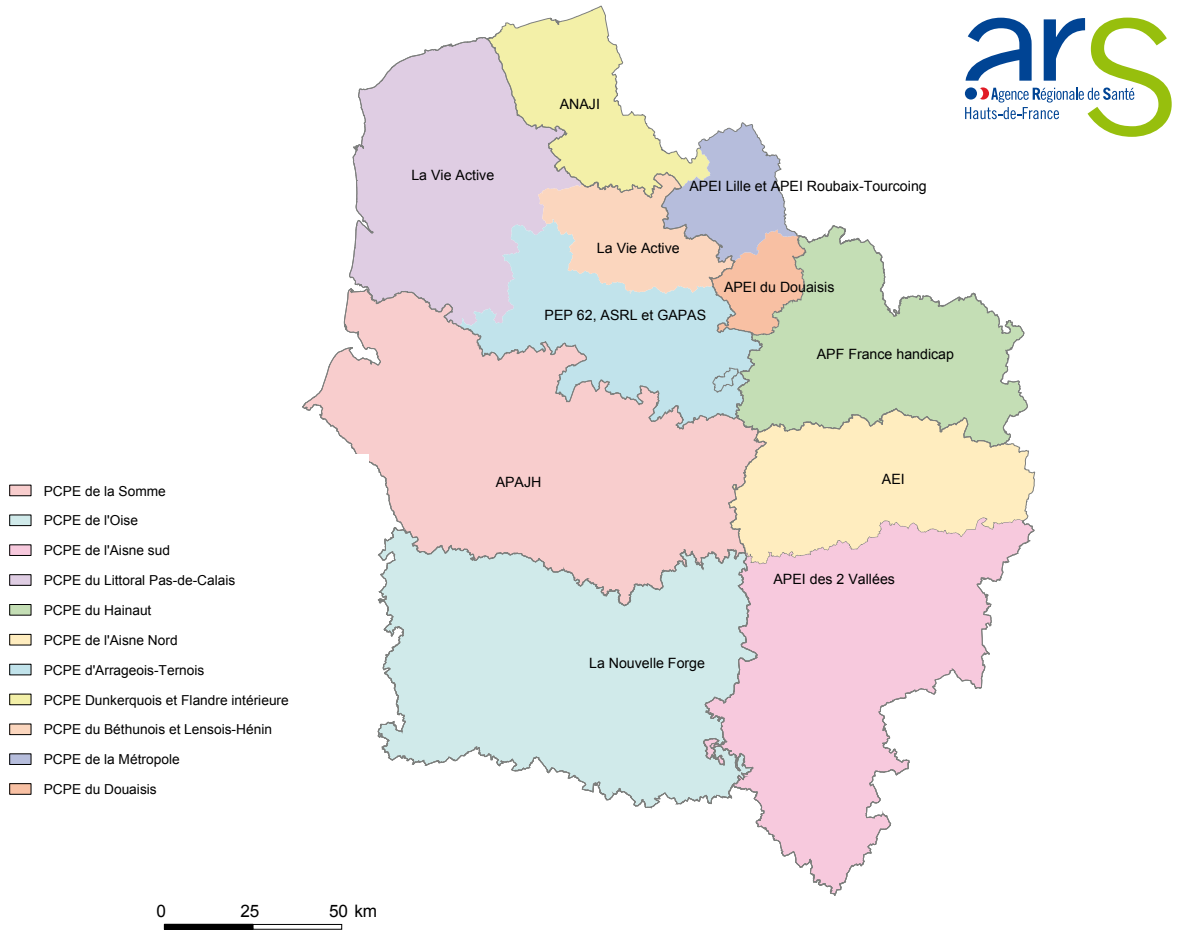
Coût financier pour l'usager

L'ensemble des missions assurées par le PCPE est pris en charge par l'assurance maladie.

Financement

Les PCPE sont financés principalement par des crédits alloués au titre de la prévention des départs en Belgique et par les crédits dédiés à la transformation de l'offre médico-sociale. L'activité des PCPE est retracée dans un budget annexe.

Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU HANDIDENT

Public

Le réseau Handident s'adresse :

- aux personnes en situation de handicap de tous les âges et toutes déficiences et leurs aidants professionnels et naturels ;
- aux établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- aux professionnels de santé.

Objectifs

Le réseau Handident a pour objectif de :

- faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires ;
- développer la prévention ;
- offrir une meilleure réponse de soins aux personnes en situation de handicap.

Missions

Les missions du réseau Handident sont :

- d'organiser et de favoriser la coordination des soins, le partage d'expériences et la confrontation des pratiques ;
- de mettre en place les actions de sensibilisation, de prévention et de formation auprès de tous les acteurs du réseau et des partenaires ;
- de mobiliser tous les moyens de communication pour informer mettre en relation les personnes en situation de handicap, les acteurs du réseau et le grand public ;
- de s'inscrire dans une dynamique partenariale visant à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la personne en situation de handicap, dans une perspective d'accès aux soins pour tous.

Territoire couvert

Le réseau HANDIDENT couvre la région des Hauts-de-France.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- coordinateur régional ;
- coordinateur Aisne, Oise, Somme ;
- assistante de coordination ;
- assistante dentaire.

Lieux d'intervention

Le soin

Les soins en cabinet libéral constituent le premier recours.

En second recours, lorsqu'il est impossible de procéder aux soins en ville, la coordination du réseau HANDIDENT oriente la personne en besoin vers l'unité de santé orale spécifique (USOS) où elle pourra bénéficier de temps supplémentaire, d'une approche ou d'une technique particulière (approche cognitive ou MEOPA par exemple).

Lorsque les patients ont besoin de soins sous anesthésie générale, ils sont orientés vers des établissements hospitaliers privés ou publics au sein du réseau.

La prévention

Les actions de prévention (dépistages / ateliers éducationnels…) et de sensibilisation ont lieu au sein des structures sanitaires ou médico-sociales ou sur des lieux dédiés à la prévention lors d'événements.

La formation du personnel médicosocial

La formation a lieu dans la structure qui a initié la demande. Il est possible de procéder à des regroupements lorsque les établissements ont de petits effectifs.

La formation des chirurgiens-dentistes

La formation est réalisée sur un lieu réservé pour la circonstance. Elle peut regrouper des libéraux et des hospitaliers. Le réseau peut le cas échéant faire appel à des prestataires experts dans les domaines touchant le handicap (CRA par exemple).

Modalités de recours

Toutes personnes en situation de handicap et leurs aidants, ainsi que les professionnels de santé peuvent contacter le réseau HANDIDENT. L'équipe est disponible pour évaluer le besoin dans le cadre d'une situation personnelle et proposer une orientation et une prise en charge adaptées aux besoins. Un comité scientifique et médical constitué de chirurgiens-dentistes experts permet une aide à la décision et à l'orientation des personnes pour les professionnels de santé en fonction des besoins spécifiques de leurs patients.

Le site internet du réseau propose également un annuaire des chirurgiens-dentistes du réseau. https://www.handident.com/

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

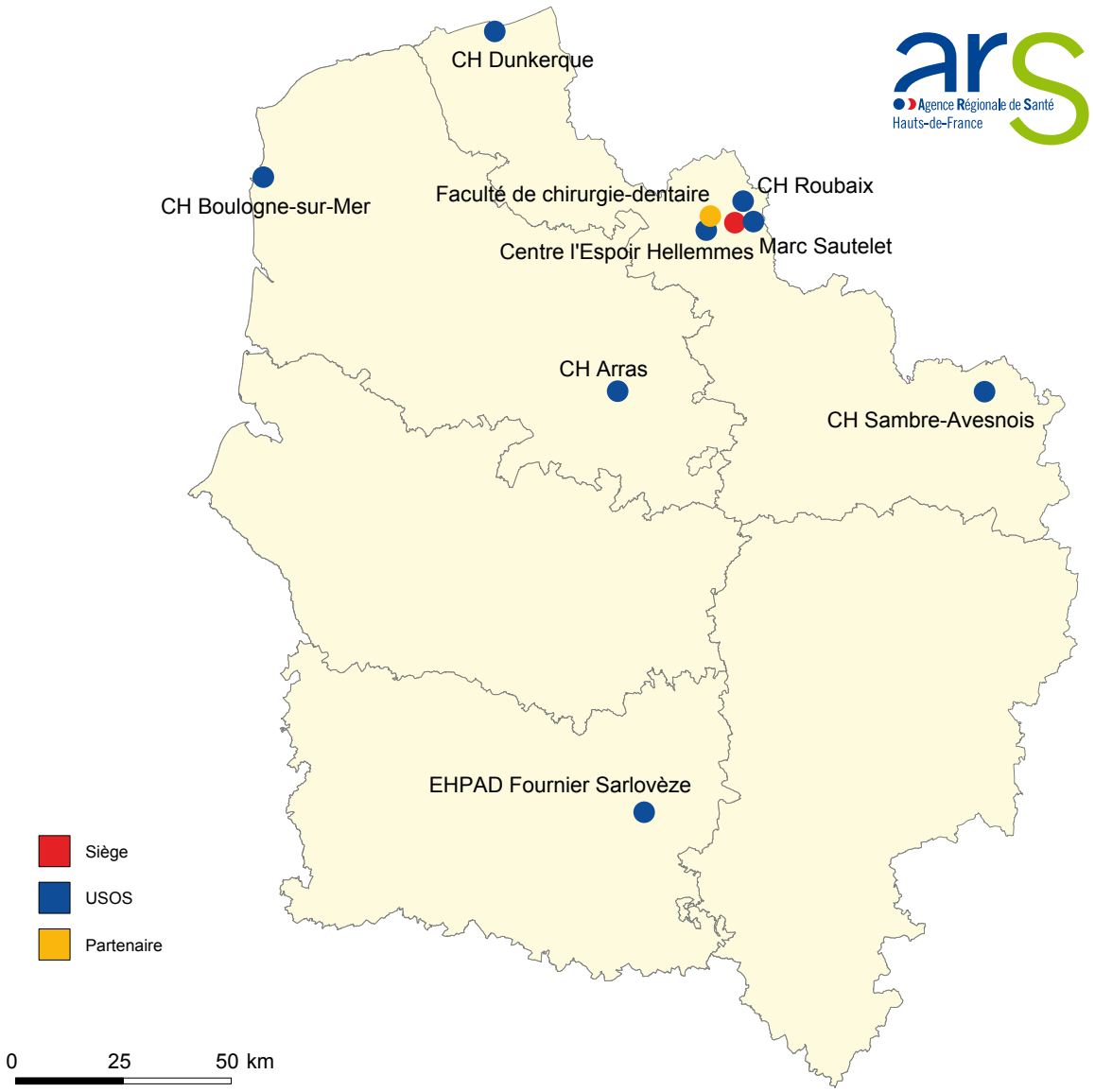
Coût financier pour l'usager

L'ensemble des soins dispensés sont pris en charge par l'assurance maladie.

Financement

Le réseau Handident est financé par l'ARS.

Réseau Handident



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU RÉGIONAL SOURDS ET SANTÉ

Public

- Personnes présentant une déficience auditive, sourdes.

Le réseau Sourds et Santé est composé :

- d'une unité d'accueil et de soins en langue des signes française sur les sites lillois du GHICL ;
- d'antennes de cette unité sur les sites du CH Valenciennes, CH Arras, CH Dunkerque ;
- d'une unité d'accueil et de soins en langue des signes française sur le site de la Clinique Victor Pauchet à Amiens.

Objectifs

Le GHICL est porteur du réseau « Sourds et Santé », il vise à permettre l'accès aux soins de santé en LSF, dans toute la région.

Les objectifs sont de permettre et d'améliorer l'autonomie et une meilleure prise en charge médicale des personnes sourdes et malentendantes pour :

- des prises de rendez-vous médicaux ;
- la mise en relation patients sourds/services médicaux/interprètes en Langue des Signes ;
- la prévention à la santé (vidéos en LSF) ;
- la médiation ;
- la sensibilisation.

Missions

Les missions du réseau sont les suivantes :

- consultations en LSF pour personnes sourdes par un médecin généraliste qui pratique la LSF (explications, remises à niveau des connaissances,…) ;
- un accompagnement par un interprète Français – LSF lors d'une consultation avec un médecin spécialistes libéral ou d'une autre structure hospitalière ;
- accueil et actions d'éducation à la santé en LSF, par du personnel spécifiquement formé ;
- recherche clinique.

Territoire couvert

Le réseau Sourds et Santé couvre la région.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- médecin ;
- coordinateur administratif ;
- secrétaire ;
- animateur ;
- interprète ;
- psychologue.

Il existe également un partenariat avec :

- l'URPS ;
- l'association Sourdmédia ;
- le service d'interprètes VIA ;
- la Fédération Nationale des Sourds de France.

Lieux d'intervention

L'équipe du dispositif intervient au sein de la structure hospitalière (GHICL, antennes et unité d'accueil). Elle accompagne également les patients lors de consultations avec des médecins libéraux ou au sein d'autres structures sanitaires.

Modalités de recours

Le dispositif est libre d'accès.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

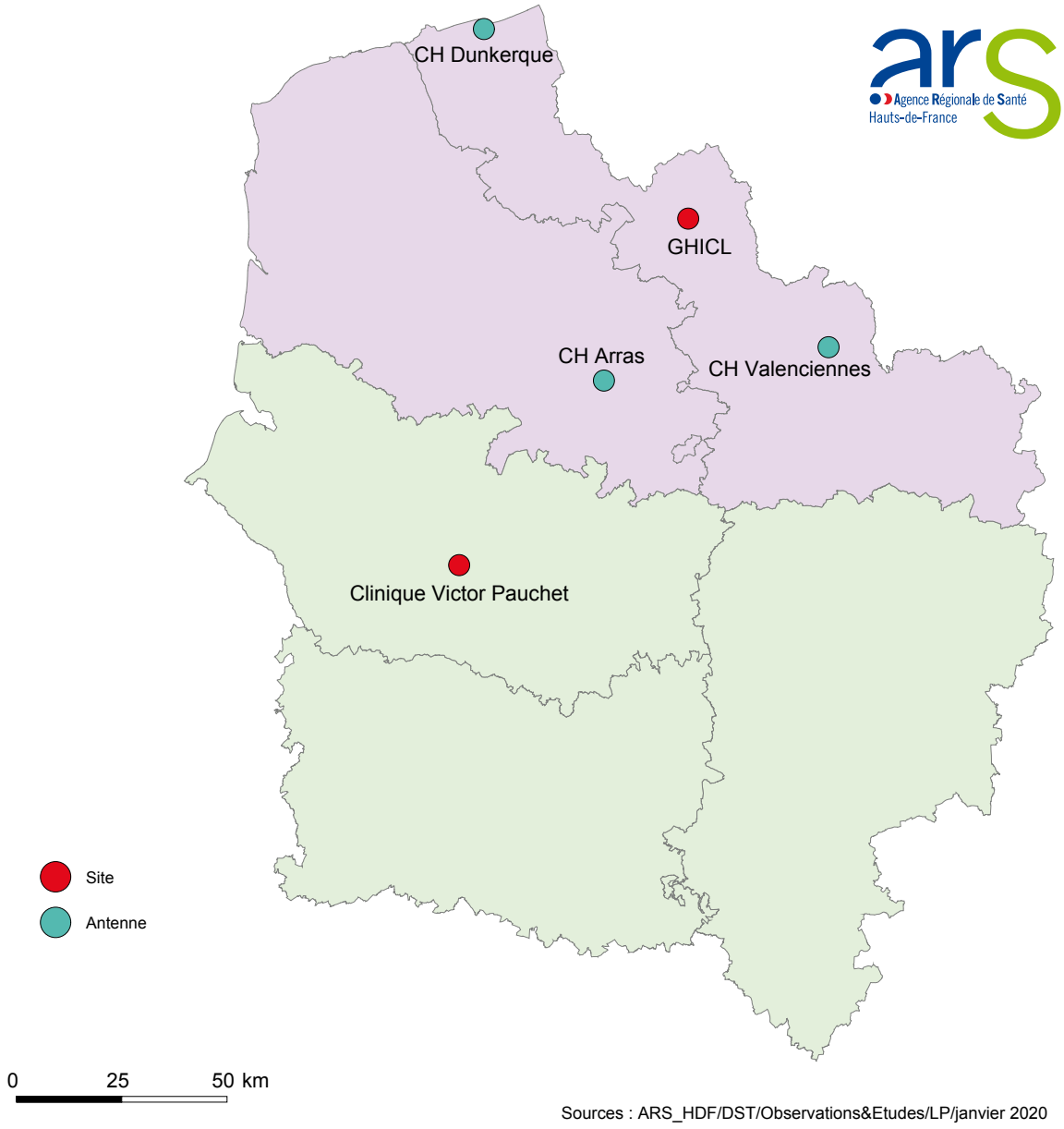
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le réseau régional Sourds et Santé est financé par l'ARS, dans le cadre du FIR.

Réseau régional Sourds et Santé



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU OUVERT
SAMO

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Public

Le SAMO est mobilisable pour des personnes :

- de 20 ans ou plus ;
- en situation de handicap moteur avec ou sans troubles associés ;
- souhaitant être accompagnées dans le maintien et/ou le développement de l'autonomie à domicile.

Objectifs

Le SAMO a pour objectif de mettre en œuvre un processus d'autonomisation progressive de l'usager, à lui proposer si nécessaire une coordination et un accompagnement dans son parcours médical, et à favoriser son inclusion dans la vie sociale.

Le SAMO assure ainsi un accompagnement qui garantit la continuité du parcours de la personne dans tous les domaines.

Missions

Le SAMO peut intervenir :

- en articulation avec des professionnels d'autres structures sur des thématiques identifiées ou auprès d'usagers accompagnés par l'établissement ;
- au bénéfice d'usagers à domicile pour :
  - le conseil dans l'aménagement du domicile ;
  - l'acquisition d'aide technique ;
  - l'orientation vers un spécialiste pour une reprise du parcours de soin ;
  - l'aide aux démarches administratives ;
  - favoriser l'accès aux loisirs.

Territoire couvert

Il existe des SAMO dans le département du Pas-de-Calais et dans le Nord.

Composition de l'équipe

L'équipe du SAMO est composée à minima d'un temps de :

- directeur ;
- chef de service ;
- technicien administratif ;
- assistante de service social ;
- éducateur spécialisé ;
- ergothérapeute ;
- psychologue ;
- médecin de médecine physique et de réadaptation ;
- infirmier.

Lieux d'intervention

L'équipe du SAMO intervient à domicile ou en établissement.

Modalités de recours

Il est nécessaire d'obtenir une décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Pour cela il faut préalablement déposer une demande à la MDPH dont dépend l'usager.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le SAMO est financé par l'ARS et les Conseils Départementaux du Pas-de-Calais et du Nord.

UNITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN POUR ADULTES AVEC HANDICAP PSYCHIQUE ADOSSÉE À UNE MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE

UAS Psy

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) portant sur les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques publiées en mai 2016 précisent que « la réhabilitation psychosociale est un terme utilisé pour définir des pratiques qui ont pour objectif - de restaurer, maintenir, améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible.

Public

L'UAS Psy s'adresse à des personnes :

- majeures avec handicap psychique ;
- reconnues par la MDPH et bénéficiant d'une orientation par la CDAPH vers ce dispositif ou vers une MAS ;
- dont le projet est de vivre à domicile et dont la lourdeur des déficiences et incapacités nécessite un accompagnement individualisé.

Objectifs

Les objectifs de l'UAS Psy visent à :

- préserver au maximum l'équilibre psychique et somatique des personnes ;
- accompagner les personnes vers l'autonomisation et l'insertion sociale au sens du concept de réhabilitation psychosociale ;
- ainsi qu'un apprentissage ou un soutien à l'autonomie.

Missions

Au sein de l'UAS Psy, les missions sont d'accompagner le retour ou le maintien dans le milieu de vie ordinaire des usagers nonobstant la lourdeur de leur handicap et en respectant leurs projets de vie.

Territoire couvert

1 UAS Psy par territoire de démocratie sanitaire.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- coordinateur ;
- personnel éducatif ;
- infirmier et d'aide-soignant.

Lieux d'intervention

Les interventions sont réalisées à domicile.

Modalités de recours

L'accès à l'UAS Psy se fait par le biais de la MDPH ayant délivré une notification pour une orientation en MAS.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

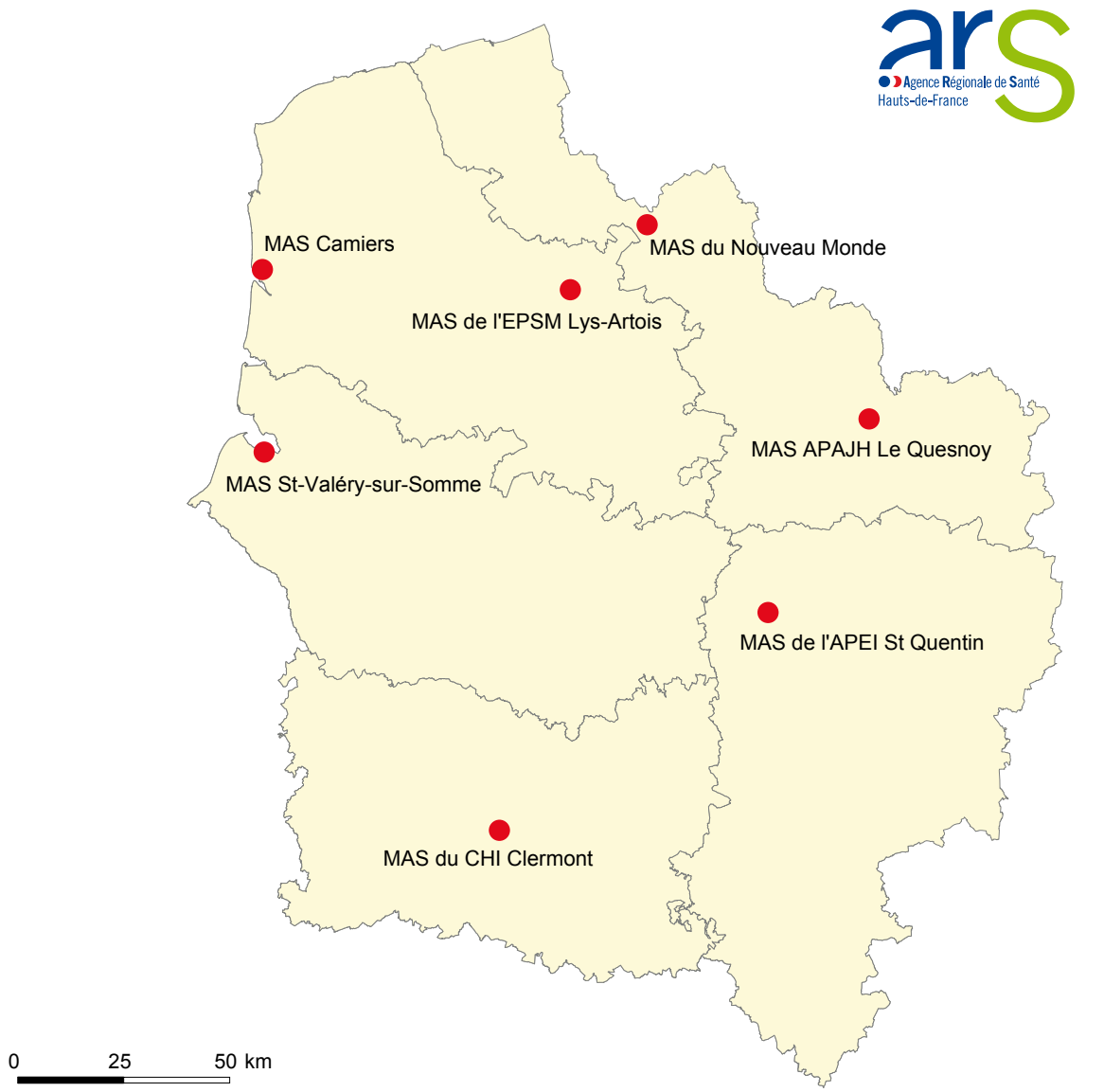
Coût financier pour l'usager

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'UAS Psy est financée par les crédits médico-sociaux de l'ARS

Unités d'accompagnement et de soutien (UAS Psy)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

Source