

ÉQUIPE DIAGNOSTIC AUTISME DE PROXIMITÉ EDAP ou PLATEFORME DIAGNOSTIC AUTISME PDA

Circulaire interministérielle N°DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 08 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).

La publication de l'état des connaissances sur l'autisme et autres TED, par la Haute Autorité en Santé (HAS 2005 - 2010).

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS/ANESM 2010, 2011, 2012).

3^{ème} plan national autisme 2013 – 2017.

Public

- Les enfants jusque 12, 16, parfois 18 ans selon les EDAP/PDA.
- Les familles des enfants concernés.

Objectifs

L'EDAP/PDA est un élément clé du triptyque repérage – diagnostic – prise en charge précoce, promu par le plan autisme.

L'EDAP/PDA a pour objectif de mailler la région d'équipes formées à la réalisation d'évaluation diagnostique de l'autisme et autres TED conformes aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles (HAS, 2005).

Missions

Leur mission est d'assurer les diagnostics et évaluations des enfants et/ou d'adolescents (pour certaines EDAP/PDA), relevant de leur territoire, adressés par les partenaires locaux.

Le CRA intervient à la demande des EDAP/PDA pour assurer l'appui sur les situations complexes.

Territoire couvert

Les EDAP sont déployées dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Les PDA sont déployées dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

Composition de l'équipe

L'EDAP/PDA est constituée au minimum d'un CAMSP ou/et CMPP et d'une équipe hospitalière (à priori secteur de psychiatrie infanto-juvénile ou/et service de pédiatrie). D'autres structures médico-sociales ou des professionnels libéraux peuvent être partenaires de l'EDAP/PDA.

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

- pédopsychiatre ou neuropédiatre ;
- psychologue ;
- psychomotriciens ;
- orthophonistes ;
- éducateurs ou IDE ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

L'EDAP/PDA accueille les enfants et leurs parents dans ses locaux.

Modalités de recours

Les premiers signes d'alerte sur des écarts de développement sont souvent détectés par les parents ou les acteurs de première ligne (médecin traitant, médecin scolaire ou PMI).

Ce sont ces derniers qui orientent alors les enfants vers les acteurs de la seconde ligne (CAMSP, CMP, CMPP). Si nécessaire, à l'issue des consultations ces

derniers les orientent vers l'EDAP/PDA pour une prise en charge diagnostic.

L'EDAP/PDA est accessible par le porteur de l'EDAP/PDA (CAMSP ou CMP).

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'EDAP/PDA est financée par les crédits médico-sociaux de l'ARS.

CENTRE RESSOURCES AUTISME CRA

L'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles stipule dans son 11^{ème} alinéa que :
"Les établissements ou services, dénommés selon les cas, centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services" constituent des établissements médico-sociaux.

Le décret n°2017-815 du 5 mai 2017, définit les missions et le fonctionnement des centres de ressources autisme.

Au terme du programme pluriannuel 2005-2007, chaque région est désormais dotée d'un centre ressources autisme.

Public

Le CRA s'adresse aux enfants, adolescents, adultes souffrant d'un trouble envahissant du développement (dont l'autisme) et à leurs familles.

Il s'adresse aussi aux professionnels et associations qui les accompagnent.

Objectifs

Le CRA a pour objectif :

- d'optimiser la coordination des professionnels ;
- de favoriser l'accompagnement des personnes souffrant de trouble envahissant du développement.

Le CRA n'assure pas directement les soins et les suivis, mais travaille en collaboration avec les différents dispositifs d'accueil et de soins de la région.

Missions

Les missions du CRA sont :

- l'accueil et l'information de la personne et de sa famille ;
- l'appui au diagnostic et l'évaluation de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED), à la demande des familles, en lien avec les équipes de proximité (CMP, CMPP, CAMSP) ;
- le conseil, l'aide à l'orientation, et l'accompagnement des familles et des professionnels ;
- la documentation ;
- la formation ;
- l'animation d'un réseau régional ;
- la recherche ;
- la participation au réseau national des CRA.

Territoire couvert

Le CRA est un dispositif régional.

Composition de l'équipe

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

- coordonnateur ;
- neurologue ;
- pédopsychiatre ;
- psychiatre ;
- médecin généraliste ;
- cadre de santé ;
- secrétaire ;
- documentaliste ;
- assistante sociale ;
- psychologue ;
- orthophoniste ;
- psychomotricien ;
- ergothérapeute ;
- enseignant spécialisé ;
- infirmier.

Lieux d'intervention

Des rencontres sont possibles dans les locaux du CRA, sur rendez-vous. L'équipe peut également se déplacer dans le lieu de vie de la personne.

Modalités de recours

Ouvert à tout public, sans condition d'accès, par contact téléphonique de la personne concernée, des proches ou des professionnels.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

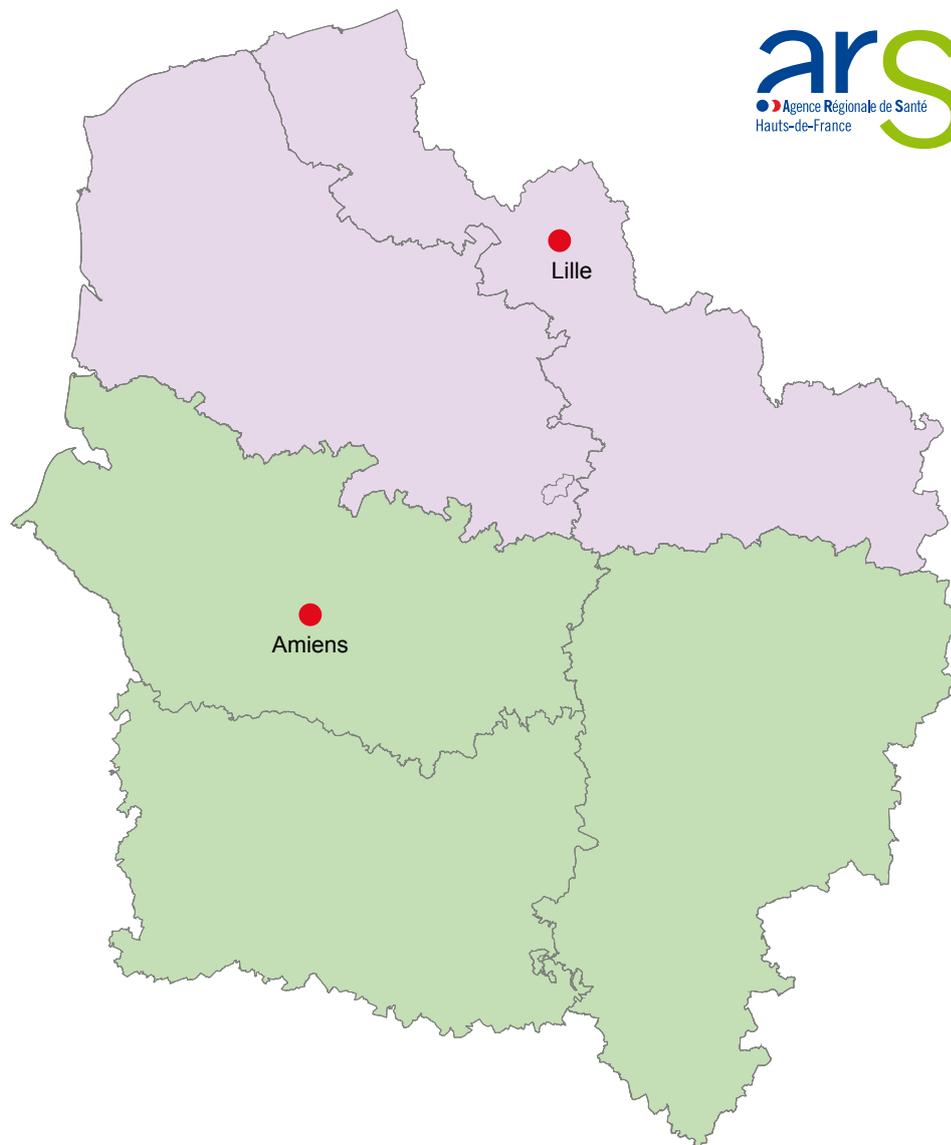
Financement

Le CRA est financé par l'ARS

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Centres de ressources autisme



0 25 50 km

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

CENTRE DE RESSOURCES SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE CREHPSY

Le centre de ressources est un service social et médico-social, au sens de l'article 15 de la loi du 2 Janvier 2002, Art. L. 312-1. - I.

La loi du 11 février 2005 reconnaît officiellement le handicap psychique.

Le groupement est constitué de 3 membres fondateurs : l'AFEJI, l'UNAFAM et La Vie Active.

Public

Les activités du CREHPSY s'adressent à tous sans limite d'âge et sans condition :

- les personnes en situation de handicap psychique reconnues ou non ;
- les familles et l'entourage ;
- les professionnels ;
- toute personne intéressée.

Objectifs

Les objectifs du CREHPSY sont de fluidifier les parcours et d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique.

Missions

Les missions du CREHPSY sont les suivantes :

- évaluer d'une part, les problématiques et les besoins des personnes et, d'autre part, la pertinence des réponses sociales et médicosociales ;
- développer et assurer les missions d'information, de sensibilisation et de formation sur le handicap psychique ;
- favoriser la recherche sur le handicap psychique ;
- assurer le rôle de « connecteur » entre les acteurs susceptibles de contribuer aux réponses pertinentes pour les personnes en situation de handicap psychique ;
- développer le conseil et l'expertise sur les questions liées au handicap psychique.

Territoire couvert

1 antenne à Lille couvre les départements Nord et Pas-de-Calais.

1 antenne à Amiens couvre les départements Aisne, Oise et Somme.

Composition de l'équipe

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

- directeur ;
- assistante de direction ;
- assistante sociale ;
- chargé d'animation et de formation ;
- conseiller en insertion professionnelle ;
- documentaliste ;
- psychiatre ;
- psychologue.

Lieux d'intervention

Le CREHPSY un centre de ressources, avec notamment un espace documentaire accessible à tous.

Modalités de recours

Les personnes sont orientées par des professionnels divers ou des particuliers, ou viennent par elles-mêmes solliciter le CREHPSY. Site internet : <https://www.crehpsy-hdf.fr/>

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

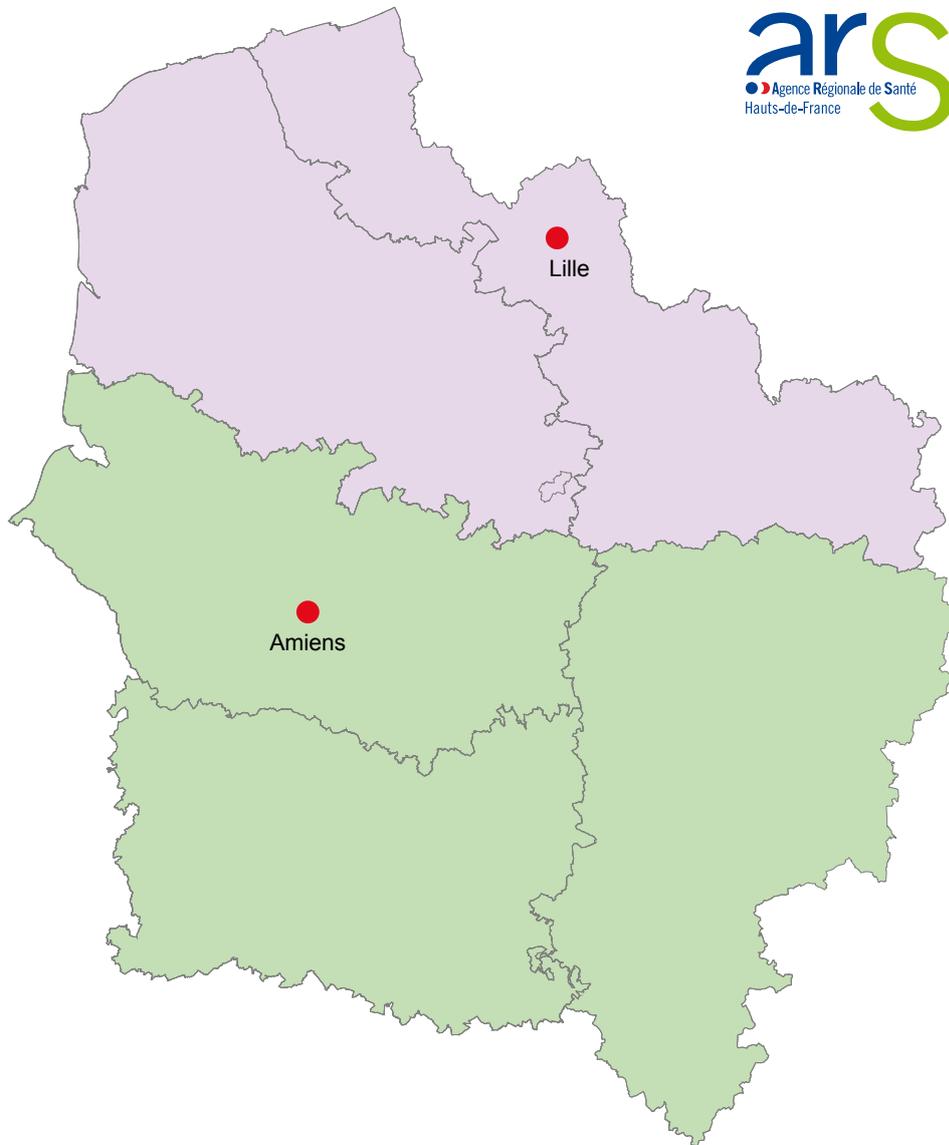
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CREHPSY est financé par l'ARS.

Centre de ressources sur le handicap psychique (CREHPSY)



0 25 50 km

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

ÉQUIPE RELAIS HANDICAPS RARES ERHR

Le déploiement des équipes relais est prévu dans le cadre du Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018.

Le pilotage national du dispositif est assuré par la CNSA

Public

L'ERHR s'adresse aux :

- personnes en situation de handicaps rares ;
- familles, entourage, aidants ;
- associations ;
- établissements sociaux et médico-sociaux ;
- établissements sanitaires, professionnels libéraux ;
- Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- acteurs du soin, de la solidarité et du social.

Objectifs

L'ERHR est en charge du diagnostic territorial, des relations avec les établissements et institutions de cette région et donc de l'animation territoriale ainsi que du développement du partenariat local.

Elle contribue à la réalisation d'un diagnostic des ressources et à l'organisation de l'offre de soins et de service du territoire. Elle anime des groupes de travail et organise et anime des concertations cliniques.

Elle peut également assurer un rôle de référente parcours, lorsque cela s'avère nécessaire.

Missions

L'ERHR permet ainsi aux personnes en situation de handicap rare, aux familles ou aux professionnels de :

- obtenir un soutien, un accompagnement, une évaluation ;
- bénéficier d'un conseil technique, d'une formation spécifique ;
- partager des connaissances, analyser des expériences ;
- faciliter la coordination des différentes prestations ;
- anticiper les transitions et éviter les ruptures de prise en charge ;

- proposer une expertise, contribuer au réseau, promouvoir une innovation.

L'ERHR, même si elle intervient à une échelle inter-régionale, se situe à l'interface entre des ressources nationales spécialisées et locales de proximité. Elle s'inscrit dans un dispositif dit « intégré », qui l'amène à collaborer étroitement au niveau national avec le Groupement National de Coopération Handicaps Rares (GNCHR) et, lorsque cela s'avère nécessaire, selon le principe de subsidiarité, avec les quatre Centres Nationaux de Ressources Handicaps Rares (CNRHR) qui ont chacun leur « spécialisation » dans le champ du handicap rare :

- CRESAM : sourds aveugles et sourds malvoyants ;
- Robert Laplane : déficience auditive avec troubles associés / Troubles complexes du langage avec déficiences associées ;
- La Pépinière : déficience visuelle avec déficiences associées ;
- FAHRES : épilepsie sévère avec déficiences associées.

Elle collabore également avec les filières de santé maladies rares.

Territoire couvert

L'ERHR Nord-Ouest est composée de deux référents parcours :

- l'un, intervenant en Hauts-de-France ;
- l'autre, intervenant en Normandie.

Composition de l'équipe

L'ERHR est composée de :

- un pilote ;
- un correspondant local ;
- deux référents de parcours ;
- un assistant.

Lieux d'intervention

Le dispositif peut intervenir :

- directement auprès de la personne en situation de HR : en particulier lorsqu'il n'y a pas d'acteurs professionnels accompagnant la personne ;
- au niveau des acteurs professionnels qui accompagnent la personne, assurant alors un rôle de support à l'accompagnement ;
- en tant qu'agent de liaison entre les différents acteurs qui accompagnent la personne.

Modalités de recours

L'ERHR peut être sollicitée par les usagers, les établissements, la MDPH.

Durée de la prise en charge

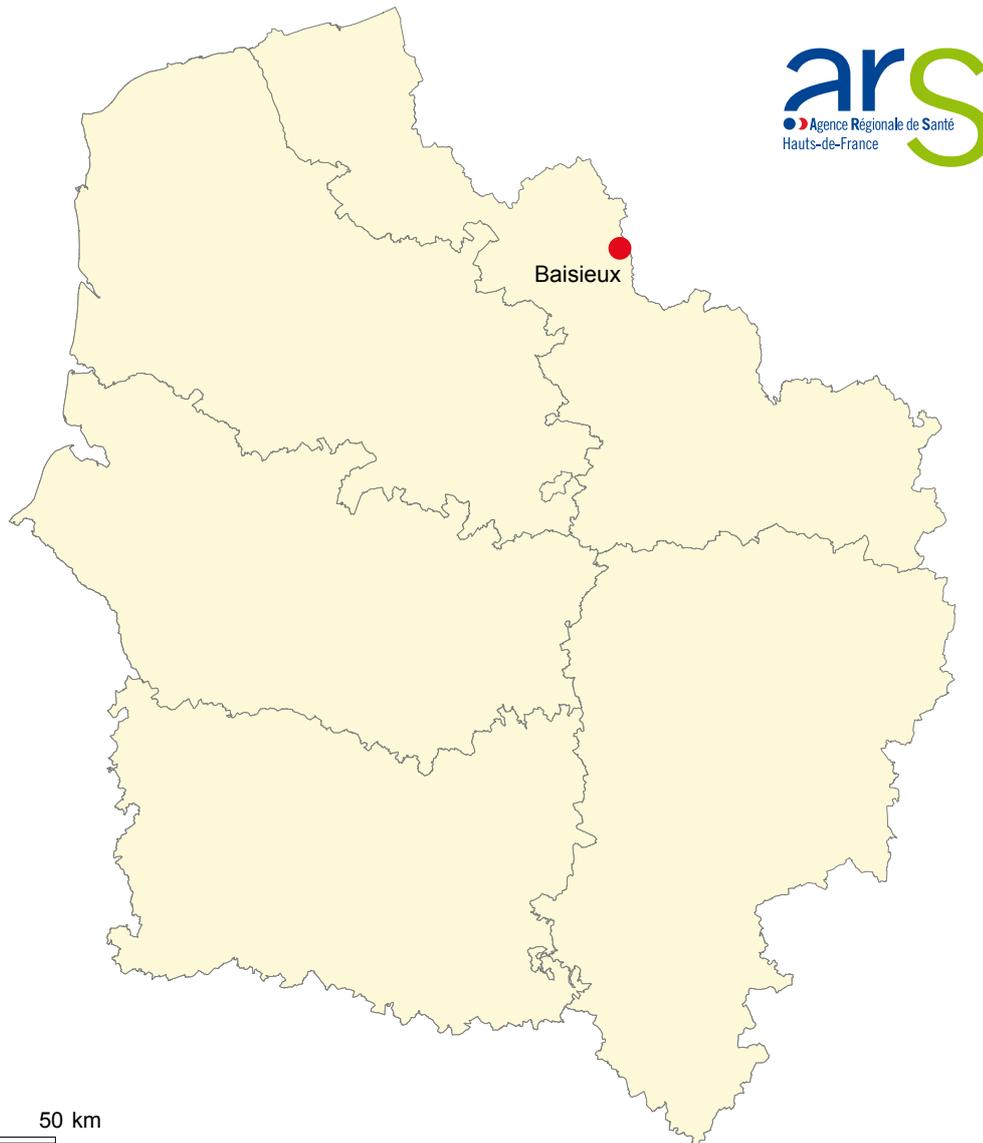
Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'ERHR est financée par l'ARS.

Équipes relais handicaps rares (ERHR)

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

ADDICTIONS

ÉQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE ELSA

Circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Public

L'ELSA assure une prise en charge de personnes en situation de vulnérabilités sociales avec différentes problématiques de santé (notamment les addictions au produit alcool) :

- présentant des comportements addictifs ;
- présentant des complications somatiques liées à une conduite addictive ;
- hospitalisées au décours d'une intoxication aiguë ;
- souhaitant engager une démarche de sevrage.

Objectifs

L'ELSA est un vecteur de diffusion de la culture addictologique au sein des établissements de santé ; elle joue un rôle essentiel dans la sensibilisation des personnels de santé à ce type de pathologies et dans l'accès aux soins des personnes présentant des pathologies addictives.

Les objectifs de l'ELSA sont de :

- proposer un accès à un conseil voire à une consultation en addictologie à des personnes entrant à l'hôpital pour différentes pathologies en lien ou non avec des conduites addictives ;
- soutenir les soignants non spécialistes en addictologie ;
- favoriser le rapprochement à terme des équipes travaillant dans les domaines de l'alcoolologie, de la toxicomanie et de la tabacologie.

Missions

L'ELSA a pour mission :

- de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ;
- d'intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien de équipes soignantes ;

- de développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

Territoire couvert

Le territoire d'intervention de l'ELSA est celui délimité par les zones d'activités et de soins.

Composition de l'équipe

Pour réaliser ces missions, l'équipe est composée à minima d'un temps de :

- médecin ;
- infirmier ;
- psychologue ;
- assistant social ;
- diététicien.

Lieux d'intervention

L'ELSA intervient au sein de l'établissement de santé. Elle assure la liaison extrahospitalière en orientant les patients vers les dispositifs de soins les mieux adaptés.

Modalités de recours

Les modalités d'intervention de l'ELSA dans les unités de soins font l'objet d'une procédure définie au sein de l'établissement de santé.

Le service dans lequel est hospitalisé le patient assure la responsabilité de la prise en charge de ce dernier.

Une ELSA, organisée en propre ou par convention avec un autre établissement de santé, est en mesure d'intervenir au sein de tout établissement disposant d'une structure des urgences définie par le décret 2006-576 du 22 mai 2006.

Elle peut être appelée par toute personne : professionnel, famille ou usager, en demande d'information et d'orientation en ce qui concerne les addictions et les dispositifs de soins.

Durée de la prise en charge

La durée de l'accompagnement est variable en fonction des problématiques repérées.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'ELSA est financée par l'ARS via le FIR.

VISAVIES

Circulaire n° DGS/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

Circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie et de ses annexes.

Arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, de chirurgie d'obstétrique et d'odontologie ou ayant des activités d'hospitalisation à domicile.

Instruction n° DGOS/R4/R1/2016/350 du 24 novembre 2016 relative à l'hospitalisation de jour en addictologie.

Plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

Public

- Personne en situation de vulnérabilités sociales avec différentes problématiques de santé (notamment les addictions au produit alcool).

Objectifs

VISAVIES a pour objectif de permettre à des personnes en situation de précarité et rencontrant des problématiques liées à des consommations de produits psychotropes à s'engager dans une démarche de santé.

Missions

Les différentes missions de VISAVIES sont de :

- repérer le plus en amont possible les publics éloignés du soin ayant une problématique d'addiction ;
- développer « l'aller vers » via une équipe mobile ;
- accompagner et orienter vers et avec les dispositifs de droit commun ;
- garantir l'efficacité et favoriser les coopérations en matière d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives.

Territoire couvert

Zones de proximité de Lille et de Roubaix-Tourcoing.

Composition de l'équipe

Pour réaliser ces missions, l'équipe de VISAVIES est composée à minima d'un temps de :

- éducateurs spécialisés ;
- assistante sociale ;
- chef de service ;
- médecin psychiatre.

Lieux d'intervention

Les personnes sont rencontrées où elles le souhaitent (domicile ou bureau de VISAVIES).

Modalités de recours

VISAVIES peut être interpellé par les services sociaux (CCAS, UTPAS...), les bailleurs sociaux, les services judiciaires, les SAVS...

Durée de la prise en charge

La durée de l'accompagnement est variable en fonction des problématiques repérées.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

VISAVIES est cofinancée par l'ARS, le Conseil Départemental, MILDECA et la Ligue contre le cancer.

VISAVIES



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

MALADIES CHRONIQUES - INFECTIEUSES

ÉQUIPE MOBILE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION EMSSR

Arrêté du 23 juillet 2018 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.

Public

La population cible de l'EMSSR est la suivante :

- personnes en situation de handicap, dont l'état physique entraîne des difficultés fonctionnelles et requiert l'intervention de l'EM pour un retour ou un maintien dans le lieu de vie ;
- aidants non professionnels confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap ;
- professionnels confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap, ou à des difficultés de prise en charge quotidienne.

Objectifs

L'EMSSR est une structure transversale, rattachée au champ sanitaire.

Elle a pour objet, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap temporaire ou prolongée.

Missions

Ainsi, les missions de l'EMSSR sont :

- d'analyser les besoins d'adaptation de la personne dans son environnement pour l'orienter et/ou l'accompagner en vue d'un retour ou d'un maintien dans le lieu de vie, et améliorer ses conditions de vie dans son environnement socio-familial (rédaction d'un plan personnalisé d'accompagnement) ;
- de conseiller et d'accompagner la personne, les aidants et les professionnels, dans l'identification et le choix des prestations les plus adaptées pour favoriser le retour ou le maintien dans le lieu de vie ;
- d'aider le cas échéant, en lien avec les services sociaux de secteur, à la constitution des dossiers administratifs nécessaires pour obtenir les prestations nécessaires liées à la situation de handicap de la personne.

S'ajoute à cela une dimension de coordination des actions et du parcours de soins de la personne :

- de vérifier que les conditions nécessaires au retour ou maintien dans le lieu de vie sont réunies (informations, adaptations, prestations et soins) et apporter le cas échéant une aide à leur mise en œuvre ;
- de s'assurer de la bonne mise en route et de la coordination des interventions des différents acteurs du lieu de vie de la personne (médecin généraliste, professionnels paramédicaux, structures d'accompagnement et de vie sociale,...).

Territoire couvert

Le champ géographique d'intervention de l'EMSSR est défini par le cahier des charges dédié à ce dispositif et rédigé par l'ARS Hauts-de-France à l'occasion d'un appel à projet régional.

Composition de l'équipe

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

- rééducateur (kinésithérapeute ou ergothérapeute) ;
- coordonnateur rééducateur (médecin ou soignant) ;
- assistante sociale ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

L'EMSSR intervient principalement :

- sur les lieux de vie de la personne ;
- dans des établissements d'hébergement médico-sociaux ou sociaux, dans le but de diminuer les incidences d'hospitalisation, transmettre les bonnes pratiques auprès des équipes d'accompagnement voire faire du dépistage et de l'orientation.

Modalités de recours

La demande doit provenir de professionnels ou d'institutionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne.

Durée de la prise en charge

Son intervention est ponctuelle et s'inscrit dans un projet de vie et de prise en charge personnalisés centrés sur la qualité de vie attendue par la personne ou son entourage.

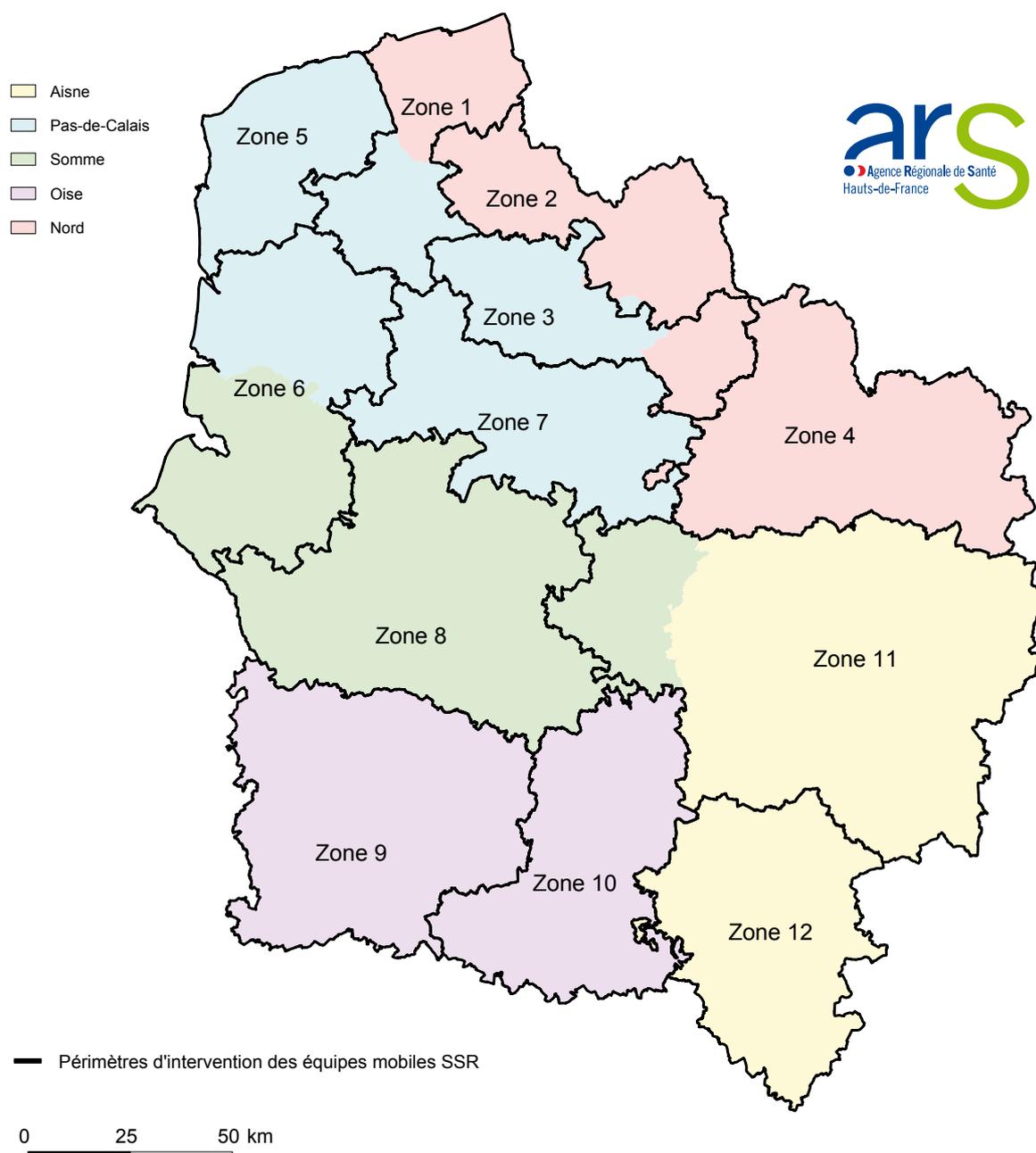
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'EMSSR est financée par l'ARS.

Équipes mobiles SSR (EMSSR)



Source : ARS_HDF/DST/Observation&Etudes/CL/LP/janvier 2020

RÉSEAU DES CÉRÉBROLÉSÉS TC-AVC

Articles L.6321-1 et L.6321-2, D.6321-1 à D.6321-7 du Code de la Santé Publique.

Articles L.162-45, L.162-46, L.221-1 à L.221-7, R.162-59 à R.162-68 du Code de la Sécurité Sociale.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2010-1027 du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et au financement des réseaux.

Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé.

Code de l'action sociale et des familles, dans son article L.312-7, au 3°.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans son article 94.

Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006, relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Loi hôpital patient santé territoire n° 2009- 879 du 21 juillet 2009 (création ARS).

Ordonnance 2010-177 du 23 Février 2010 (alignement juridique des GCSMS sur le régime des GCS).

Public

- Des patients porteurs d'une cérébrolésion acquise, enfants et adultes, et de leur entourage.
- Le réseau est ouvert aux professionnels de santé, personnes morales ou physiques, de droit public ou privé, à orientation sanitaire, médico-sociale ou libérale, participant à la prise en charge des patients cérébrolésés au sein du réseau, à quelque étape que ce soit, et partageant les objectifs du réseau,
- Il est également ouvert aux associations de patients ou de familles de patients et aux associations de professionnels et de bénévoles intervenant dans le champ considéré et partageant les objectifs du réseau.
- Sont donc exclues du champ d'activité du réseau les conséquences de maladies évolutives comme les maladies inflammatoires (sclérose en plaques) ou dégénératives (maladie de Parkinson, démences).

Objectifs

Le réseau TC-AVC a pour objectif d'améliorer, structurer et harmoniser la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes (enfants et adultes) ayant subi une cérébrolésion acquise et de leurs proches, de l'accident à la meilleure réinsertion sociale et professionnelle possible, dans le cadre d'une action multidisciplinaire et dans l'ensemble de la région.

Missions

Deux principaux axes d'intervention :

- auprès de personnes cérébrolésées et de leurs proches :
 - appui à la coordination du parcours des personnes en situation complexe ;
 - information ;
 - formation (journées « grand public »).
- avec et pour les professionnels :
 - amélioration et harmonisation des pratiques (groupes de travail) ;
 - information (annuaire, lettre du réseau, Site Internet, plaquettes, livrets. ;
 - formation et programmes DPC .

Territoire couvert

Le réseau couvre la région.

Composition de l'équipe

L'équipe du réseau TC AVC est composée à minima par un temps de :

- coordinateur ;
- secrétaire-comptable ;

- coordonnateur d'appui ;
- ergothérapeute ;
- neuropsychologue ;
- assistante sociale ;
- médecin.

Lieux d'intervention

L'équipe du réseau reçoit dans ses locaux et se déplace sur les lieux de vie.

Modalités de recours

Les consultations de suivi pluridisciplinaire sont le point de départ de la coordination du suivi dans le cadre du réseau. Elles s'organisent :

- en filière directe au sortir du sanitaire ou sur demande externe (médecin traitant, médecin spécialisé, tout professionnel, personne cérébro-lésée et famille...) ;
- en structure sanitaire, proche du lieu de vie.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

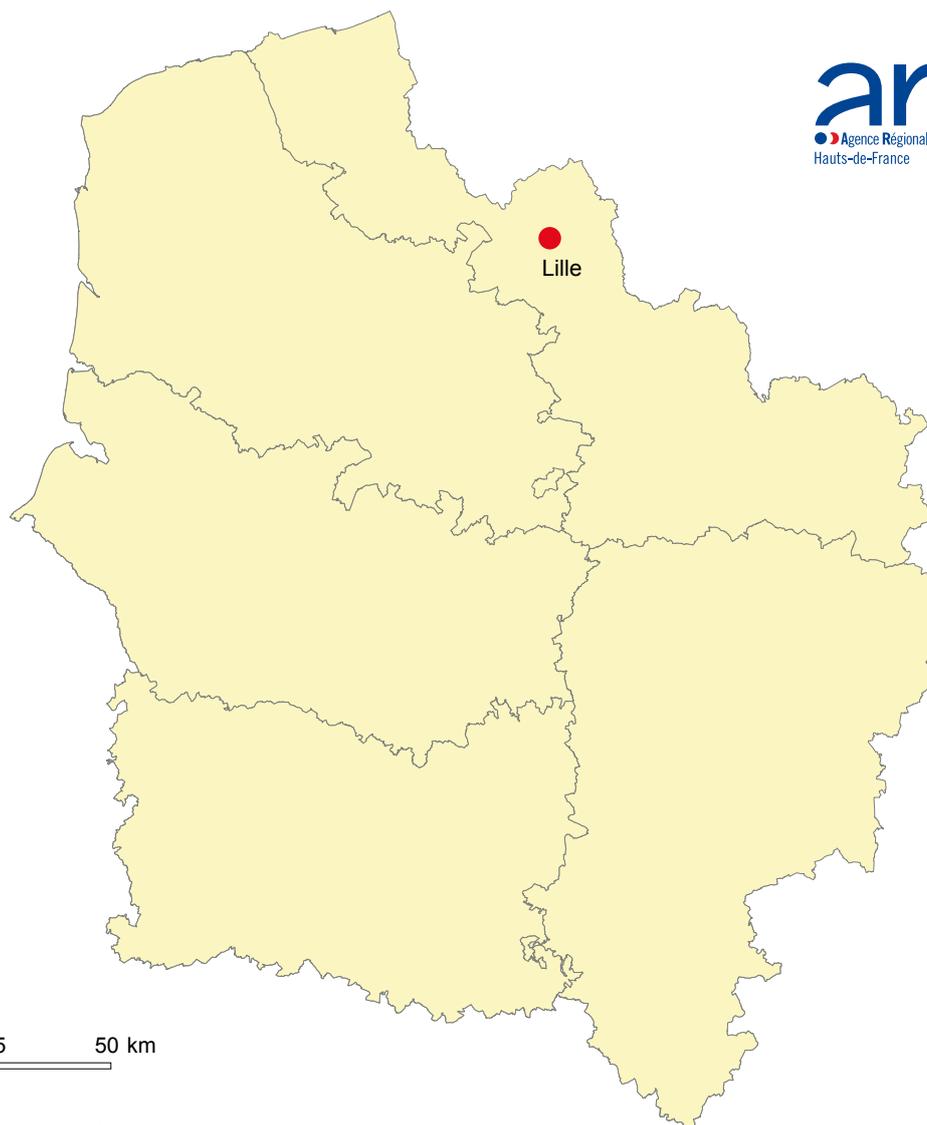
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le réseau TC-AVC est financé par l'ARS, dans le cadre du FIR.

Réseau régional TC/AVC



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

RÉSEAU BRONCHIOLITE 59-62 ET RESPICARD RBP

Conférence de consensus « Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson » 21 septembre 2000.

Recommandations de la HAS « Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus », mars 2009.

Code de la santé publique : articles L.6321-1.

Code de la sécurité sociale : articles L.162-45.

Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Public

- Familles des nourrissons et nourrissons eux-mêmes.
- Adultes souffrant de maladies respiratoires chroniques (mucoviscidose, BPCO, asthme, les allergies respiratoires ; les pneumopathies professionnelles ; l'hypertension artérielle pulmonaire).
- Kinésithérapeutes et médecins prescripteurs : en leur permettant de se reposer sur le système de garde en toute sécurité pour les patients.

Objectifs

- Faciliter l'accès aux soins pour les familles de nourrissons atteints d'encombrement bronchique. Il permet notamment aux parents d'obtenir les coordonnées d'un kinésithérapeute spécialisé en kinésithérapie respiratoire, mais également de connaître toutes les informations nécessaires à la prise en charge de leur enfant.

Missions

- Proposer une offre de soins en kinésithérapie respiratoire pédiatrique et adulte structurée.
- Organiser la permanence des soins par la mise en place d'un système de garde des kinésithérapeutes de ville pendant les week-ends et les jours fériés, d'octobre à avril.
- Participer au suivi épidémiologique de la bronchiolite, en partenariat avec la Cellule d'intervention en région Hauts de France - Santé publique France.
- Garantir la qualité des prises en charge en formant les prescripteurs et professionnels de santé à une meilleure connaissance et utilisation des critères de gravité et d'hospitalisation, aux recommandations de prescription ainsi qu'à des techniques de soins consensuellement validées.

- Repérer précocement les enfants ayant un profil asthmatique.
- Mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la santé, en lien avec les secteurs hospitaliers, de la petite enfance, de l'éducation et du médico-social.
- Valoriser l'évolution des pratiques professionnelles par le biais de projets de recherche à échelle régionale.

Territoire couvert

Les réseaux couvrent la région des Hauts-de-France, sous réserve de l'adhésion des kinésithérapeutes.

Composition de l'équipe

L'équipe du réseau est composée à minima par un temps de :

- kinésithérapeute coordinateur ;
- infirmier coordinateur ;
- coordinateur administratif ;
- secrétaire.

Le réseau est également constitué de kinésithérapeutes adhérents du réseau.

Lieux d'intervention

Le réseau met à disposition des informations sur son site internet :

- Pour la Somme, l'Aisne et l'Oise : <http://respicard.fr/>.
- Pour le Nord et le Pas-de-Calais : <http://www.reseau-bronchiolite-npdc.fr/>

Le kinésithérapeute intervient à domicile ou reçoit dans son cabinet.

Modalités de recours

Suite à la prescription médicale de kinésithérapie respiratoire, les usagers comme les professionnels peuvent consulter la liste des kinés disponibles pour réaliser cette prescription.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le réseau bronchiolite 59-62 et respicard sont financés par l'ARS.

RÉSEAU DIABÈTE RESOLADI

Code de la santé publique : articles L.6321-1.

Code de la sécurité sociale : articles L.162-45.

Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Public

- Les usagers souffrant de diabète ainsi que leurs proches.
- Les professionnels accompagnant des diabétiques.

Objectifs

Le réseau régional diabète a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, des patients diabétiques.

Missions

Le réseau réalise des missions :

- de prévention (bilan bucco-dentaire, podologique, dépistage de la rétinopathie diabétique...);
- d'éducation (diététique, remise à l'activité physique, suivi infirmier, observance thérapeutique chez le pharmacien, participation aux ateliers de groupes...);
- soins (suivi psychologique, soins podologiques en fonction des ressources...);
- d'orientation vers les partenaires sociaux et médico-sociaux.

Territoire couvert

Le réseau est situé à Laon (Aisne Nord et Aisne centre).

Composition de l'équipe

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

- infirmier coordinateur ;
- coordinateur ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

L'équipe du réseau accueille les usagers dans son local.

Modalités de recours

Le réseau est joignable via le site internet <http://www.resoladi.fr/> et le secrétariat, par tous.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le réseau diabète est financé par l'ARS via le FIR.

Réseau diabète



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

PLATEFORME D'ACCOMPAGNEMENT DE RESSOURCES ET DE COORDINATION POUR LA SCLÉROSE EN PLAQUES ET LA MALADIE DE PARKINSON

PARC SeP

Code de la santé publique : articles L.6321-1.

Code de la sécurité sociale : articles L.162-45.

Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Public

PARC SeP s'adresse :

- à des personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP) ou de la maladie de Parkinson ;
- à l'entourage des personnes malades ;
- aux professionnels accompagnants les porteurs de SEP ou de maladie de Parkinson.

Objectifs

L'objectif poursuivi par PARC SeP est d'améliorer et de coordonner les professionnels de la prise en charge médicale, paramédicale, psychologique et sociale intervenant auprès de patients atteints de la sclérose en plaques et de la maladie de Parkinson dans leurs lieux de vie.

Missions

Les missions confiées à PARC SeP sont :

- la coordination et l'expertise ;
- la prise en charge sociale ;
- l'éducation à la santé.

Territoire couvert

Située à Lille, PARC SeP couvre la région des Hauts de France.

Composition de l'équipe

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

- coordinateur ;
- infirmier coordinateur ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

Les infirmiers coordinateurs se déplacent dans les lieux de vie des usagers atteints de SEP ou de maladie de Parkinson.

L'équipe réalise des actions de formations, sensibilisations à travers la région dans différents lieux.

Modalités de recours

PARC SeP est sollicitée par les neurologues, les médecins traitants, les plateformes d'accompagnement et de répit, les travailleurs sociaux ou les usagers eux-mêmes.

L'intervention est toujours conditionnée par l'accord préalable de l'utilisateur et de son médecin traitant.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

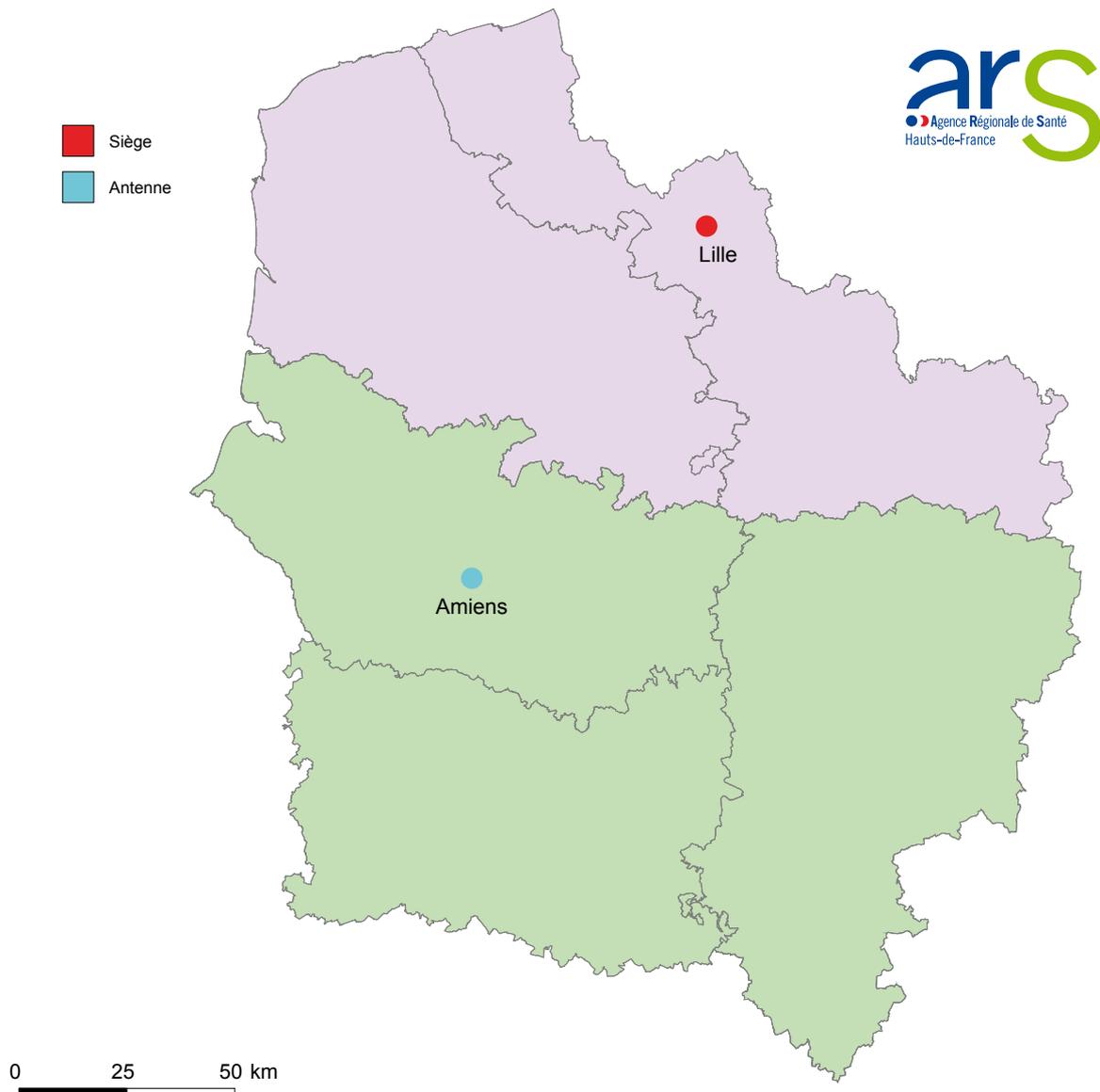
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

PARC SeP est financée par l'ARS.

Plateforme d'accompagnement de ressources et de coordination pour la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson (PARC SeP)



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

RÉSEAU RÉGIONAL MEOTIS

Code de la santé publique : articles L.6321-1.

Code de la sécurité sociale : articles L.162-45.

Circulaire N°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Public

- Des patients atteints de maladies Alzheimer ou apparentées (MAMA).
- Leurs proches.
- Les professionnels prenant en charge ces patients.

Objectifs

Le réseau MEOTIS a pour objectif de faciliter la coordination entre les acteurs hospitaliers, libéraux, associatifs et institutionnels de la région pour promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Missions

Les missions du réseau régional MEOTIS, sont :

- l'accompagnement au diagnostic des patients atteints de maladies Alzheimer ou apparentées (MAMA) par des neuropsychologues auprès des neurologues libéraux pour permettre :
 - un diagnostic précoce ;
 - une organisation plus rationnelle des soins ;
 - un suivi des patients de la région dans les dimensions médicales, psychologiques et sociales ;
 - le soutien et l'orientation des aidants en situation de crise.
- la coordination d'actions régionales dans le champ des MAMA en lien avec les CM2R et/ou l'ARS :
 - participation à la dynamique régionale des 2 CM2R ;
 - La formation et l'information des usagers du réseau qu'ils soient professionnels, patients, accompagnants, institutionnels...
- participation avec l'ARS à la mise en œuvre du PMND :
 - élaboration et déploiement du guide de ressources ;
 - élaboration et déploiement d'outils à destination des familles et/ou des professionnels.

Territoire couvert

Le réseau MEOTIS couvre la région Hauts-de-France. Le siège du réseau est à Lille, il existe une antenne à Amiens.

Composition de l'équipe

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

- neuropsychologue ;
- coordinateur administratif.

Lieux d'intervention

L'équipe du réseau MEOTIS reçoit les patients dans ses locaux à Lille et à Amiens.

Modalités de recours

L'équipe du réseau MEOTIS peut être interpellée par les usagers, les proches, les professionnels. Les interventions auprès du patient ne se réaliseront qu'avec l'accord préalable de son médecin traitant.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

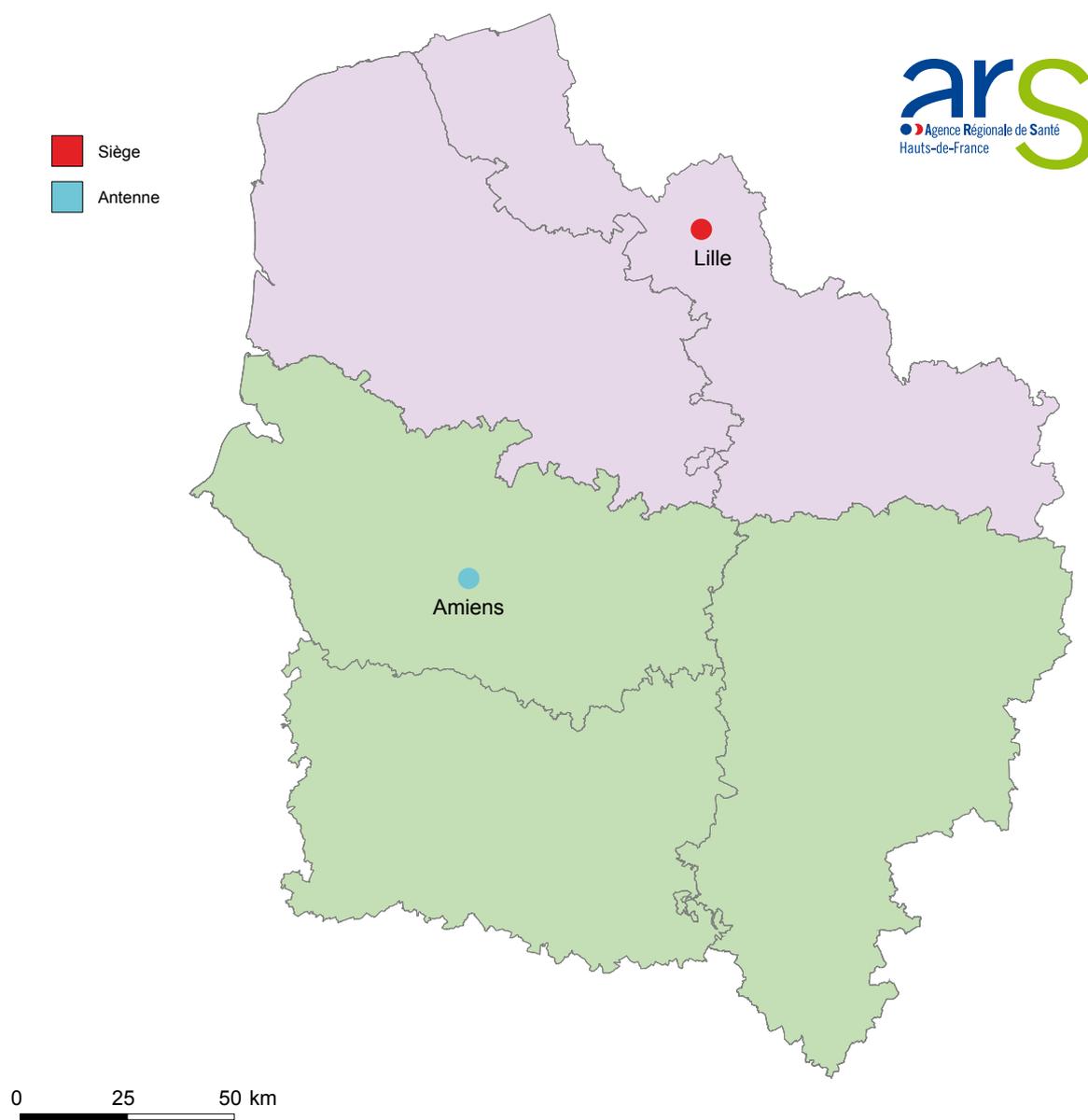
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

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

Réseau régional MEOTIS



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

CONSEILLER MÉDICAL EN ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR CMEI

Plan d'action Qualité de l'air intérieur (octobre 2013).

Plan Régional Santé Environnement 3 (PRSE3).

Public

Patients mineurs et majeurs souffrants de pathologies allergiques ou respiratoires.

Objectifs

Le conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) réalise des visites au domicile des patients, sur prescription, en cas de suspicion de corrélation entre le logement et leur pathologie allergique et/ou respiratoires.

Missions

Le CMEI réalise une visite au logement des personnes afin d'effectuer un diagnostic des risques liés à leur environnement. Son rôle est de :

- recueillir les données de l'habitat (température, humidité, ventilation, chauffage...);
- rechercher les polluants biologiques et chimiques de l'environnement intérieur, avec prélèvements et analyses si nécessaire ;
- recueillir les informations sur les habitudes comportementales des occupants ;
- conseiller le patient et sa famille sur les pratiques permettant d'améliorer la qualité de l'air intérieur ;
- rechercher les moyens permettant d'obtenir une éviction optimale des allergènes et polluants.

Territoire couvert

Le dispositif est composé de plusieurs CMEI qui se répartissent la région selon un découpage par territoire.

Composition de l'équipe

Le CMEI est un salarié d'une de ces trois entités : APPA, La maison de l'environnement de Dunkerque et ATMO.

Lieux d'intervention

Le CMEI intervient au domicile du patient.

Modalités de recours

L'accès à un CMEI se fait via la plateforme gérée par APPA : <https://www.cmei-hdf.fr/>.

Le professionnel remplit un formulaire de demande et la plateforme gère l'organisation de la visite.

Le CMEI intervient exclusivement à la demande d'un médecin, suite à un diagnostic de pathologie (asthme, rhinite, eczéma, toux...) pouvant être lié à l'habitat du patient.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée. La visite du logement dure 2 heures maximum.

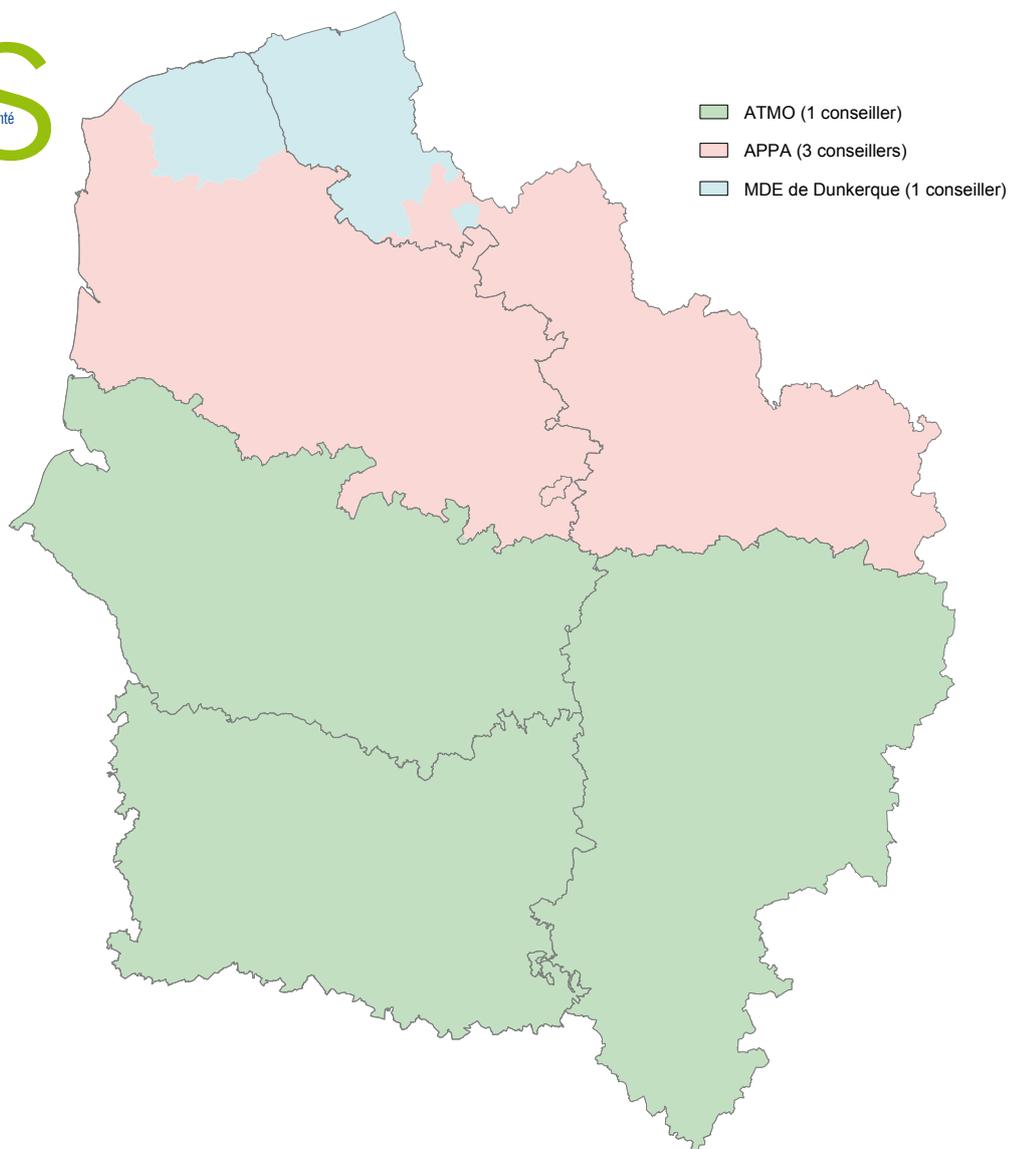
Coût financier pour l'utilisateur

Le coût de la visite est pris en charge dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement 3 (PRSE3).

Financement

La plateforme ainsi que les visites CMEI sont financées par l'ARS via le FIR. Un co-financement est attribué par le Conseil Régional.

Conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI)



0 25 50 km

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

STRUCTURE DOULEUR CHRONIQUE SDC

DE TYPE « CONSULTATION » OU DE TYPE « CENTRE »

Instruction n° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017 et au relevé de leur activité 2016.

Instruction n° DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur.

Public

La SDC est un dispositif qui s'adresse à des patients douloureux ayant l'un de ces signes :

- une douleur persistante ou récidivante depuis plus de 3 mois ;
- un retentissement fonctionnel depuis plus de 3 mois ;
- un retentissement socio-familial, scolaire ou professionnel depuis plus de 3 mois ;
- un retentissement sur l'équilibre psychique ;
- une résistance à un traitement bien conduit et bien suivi ;
- une composante anxieuse ou dépressive ;
- une interprétation et des croyances du patient différentes de celles du médecin ;
- une absence de diagnostic étiologique ;
- un parcours complexe ;
- des facteurs de vulnérabilité (personne âgée, enfant, en situation de handicap) ;
- un sevrage de traitement difficile ;
- une demande d'action thérapeutique spécifique.

Objectifs

Les patients douloureux chroniques sont orientés vers une SDC pour bénéficier :

- d'un avis diagnostique complémentaire ;
- d'un avis thérapeutique complémentaire ;
- d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Missions

La SDC de type « consultation » ou de type « centre » assure une prise en charge pluri-professionnelle de proximité. Ses missions sont les suivantes :

- organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure ;
- réaliser une évaluation bio-psycho-sociale du syndrome douloureux chronique ;
- définir un projet thérapeutique personnalisé ;
- mettre en œuvre en son sein une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée après réunion de synthèse, si la situation du patient le nécessite ;
- établir des liens avec l'environnement socioprofessionnel, associatif et médical du patient (dont son médecin traitant) pour assurer un parcours de soins de qualité ;
- informer les autres professionnels de santé, informer les usagers ;
- participer aux consultations internes de son établissement d'appartenance et y améliorer la prise en charge de tous les patients douloureux ;
- être en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation.

La SDC de type « centre d'étude et de traitement de la douleur » devra en plus des critères spécifiés ci-dessus répondre aux conditions cumulatives a et b suivantes :

- a) réaliser au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par mois (3 médecins de spécialités différentes pour examiner les situations les plus complexes y compris les cas adressés par des SDC tierces)
- b) et au moins une des deux suivantes :
 - coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié « douleur » (DU, DIU, capacité DESC) ;
 - réaliser une activité de recherche, formalisée par des publications référencées dans PubMed. Un minimum de 3 publications sur les 5 dernières années est requis.

Territoire couvert

23 SDC labellisées de type consultation ou centre :

- 15 consultations polyvalentes ;
- 6 centres polyvalents ;
- 1 centre spécialisé en pédiatrie ;
- 1 centre spécialisé en cancérologie.

Composition de l'équipe

Équipe pluriprofessionnelle composée à minima d'un temps de :

- médecin algologue ;
- infirmier formé à la douleur ;
- psychologue et/ou un psychiatre ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

Les interventions sont prioritairement réalisées au sein de la SDC.

Modalités de recours

L'accès à la SDC se fait par le biais du médecin traitant. Celui-ci doit transmettre différents éléments pour permettre la meilleure prise en charge :

- les informations médicales et personnelles du patient ;
- le motif de recours à la SDC ;
- les examens complémentaires déjà réalisés ;
- le bilan de l'évaluation douleur réalisée ;
- les traitements antérieurs pris dans le cadre de la douleur .

Durée de la prise en charge

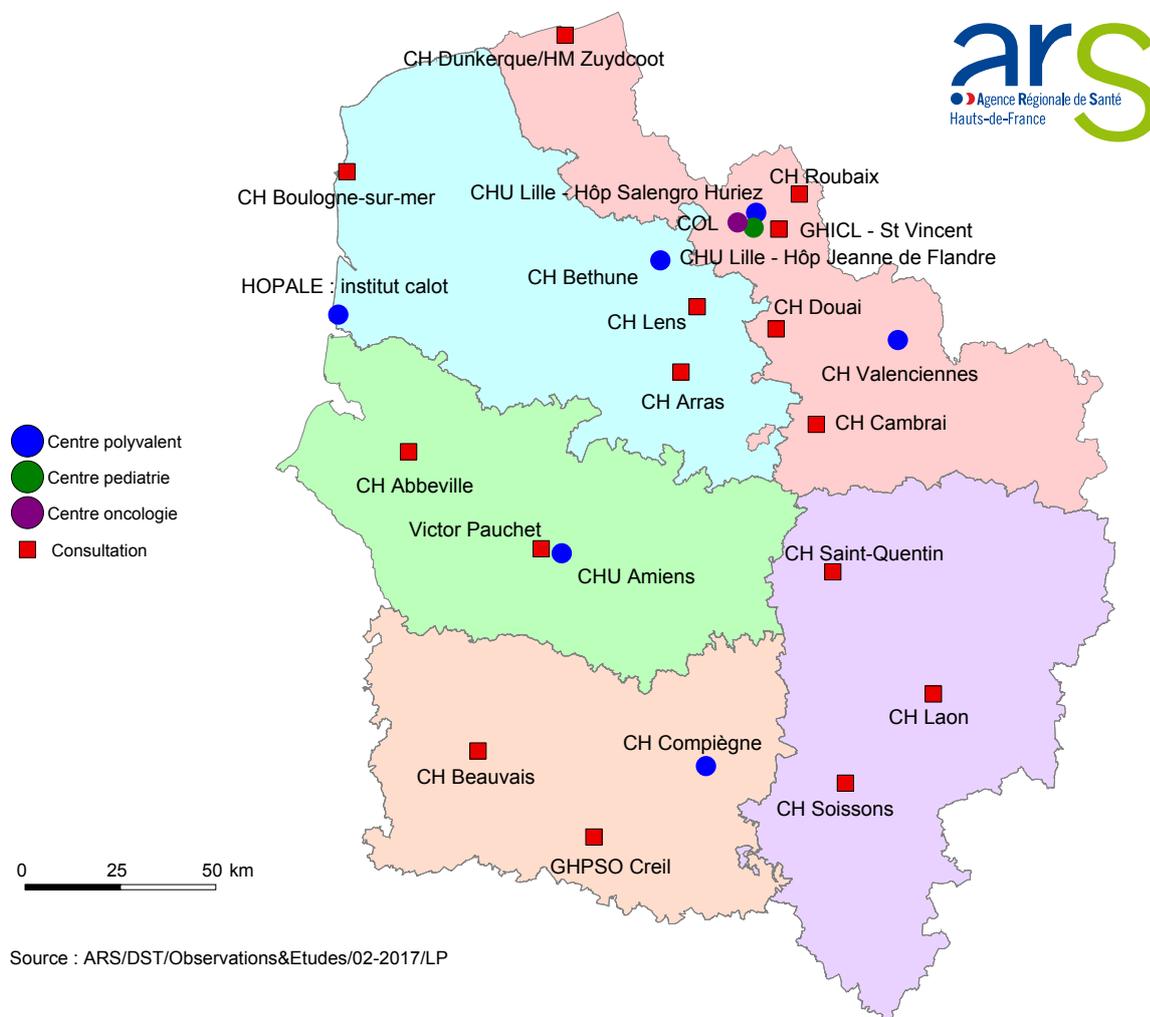
Pas de limite de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Le prix de la consultation médicale externe est pris en charge par l'assurance maladie.

Financement

Les SDC sont financées via une dotation MIG (Mission d'Intérêt Général). Cette MIG finance les activités non prises en charge par l'assurance maladie.

Structures de la douleur chronique (SDC)

CENTRE EXPERT PARKINSON CEP

Instruction DGOS/R4/2017/243 du 3 août 2017 relative aux missions des centres experts à vocation régionale pour la prise en charge de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens.

Public

- Personnes souffrant de la maladie de Parkinson.
- Professionnels de santé prenant en charge des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Objectifs

Il assure auprès des professionnels de santé son rôle de centre recours, notamment pour les consultations, le suivi et les consultations de deuxième avis pour les dossiers difficiles.

Missions

Les cinq missions du CEP sont :

- le recours ;
- l'expertise ;
- la coordination ;
- l'enseignement ;
- la formation ;
- la recherche.

Territoire couvert

Le CEP est présent sur deux sites : au CHU d'Amiens-Picardie et au CHU de Lille.

Composition de l'équipe

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

- neurologue ;
- infirmier spécialisé dans la maladie de Parkinson.

Lieux d'intervention

Les patients sont reçus au CHU d'Amiens-Picardie ou au CHU de Lille.

Modalités de recours

Les personnes souffrant de la maladie de Parkinson peuvent bénéficier d'une consultation au CEP sur orientation du médecin traitant ou neurologue ou autre spécialiste.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

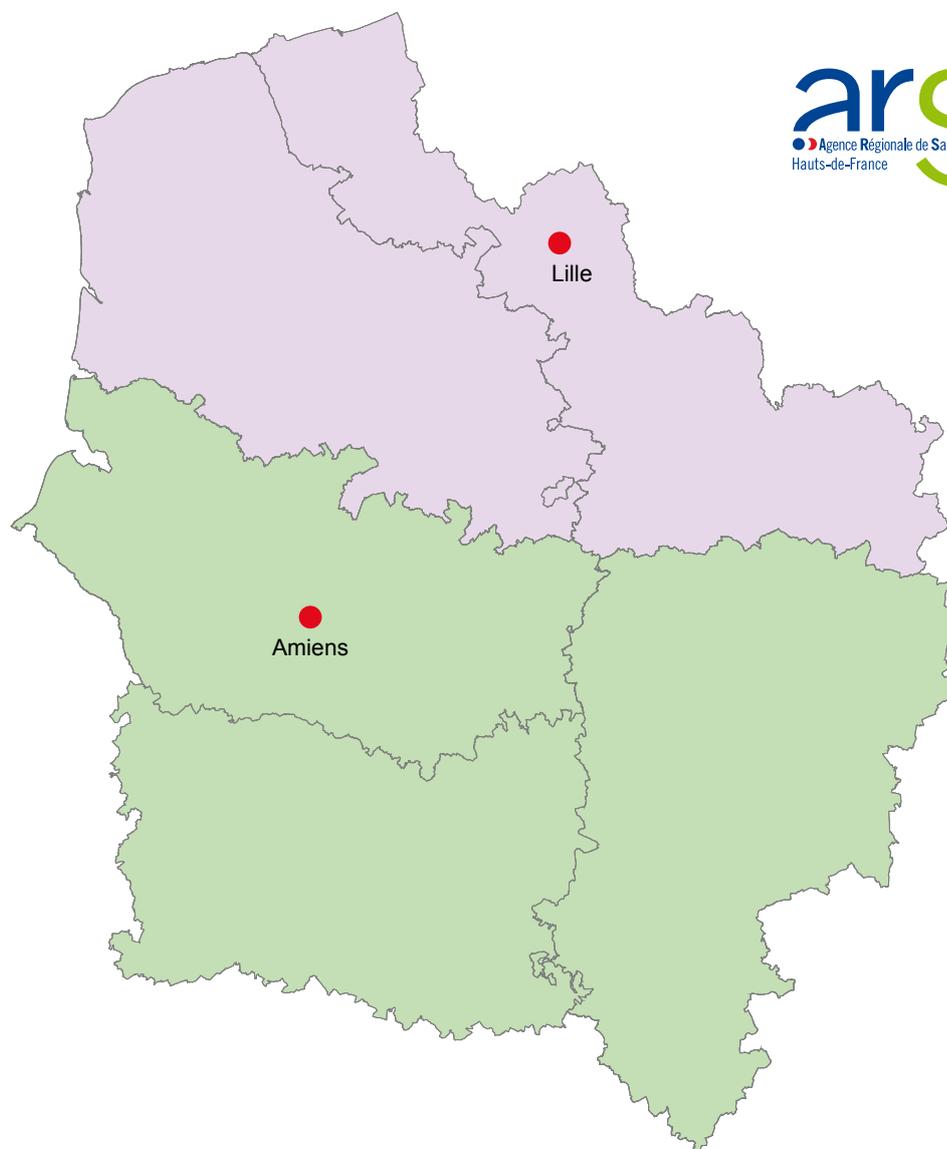
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CEP est financé par l'ARS, via la MIG.

Centres experts Parkinson (CEP)



0 25 50 km

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

CENTRE DE RESSOURCES ET DE COMPÉTENCES SCLÉROSE EN PLAQUES CRC SEP

Instruction DGOS/R4/2016/176 du 27 mai 2016 relative aux modalités de labellisation des centres de ressources et de compétences SEP.

Public

- Personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP).
- Professionnels de santé accompagnant des personnes atteintes de SEP.

Objectifs

Le CRC SEP constitue un recours régional qui offre une prise en charge experte pluriprofessionnelle associant neurologues et professionnels paramédicaux spécialisés dans la prise en charge de la SEP.

Missions

Les missions du CRC SEP pour améliorer la prise en charge de la SEP sont les suivantes :

- renforcer la cohérence de la coordination ville/hôpital dans un souci d'intégration et de transversalité ;
- favoriser un diagnostic de qualité et une prise en charge pluri-professionnelle et personnalisée sur l'ensemble du territoire ;
- promouvoir l'harmonisation des pratiques ;
- améliorer l'information et la formation du patient et de ses proches d'une part et des professionnels d'autre part ;
- renforcer la recherche clinique et l'innovation thérapeutique.

Territoire couvert

Le CRC SEP est présent sur deux sites : au CHU d'Amiens-Picardie et au CHU de Lille.

Composition de l'équipe

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

- neurologue ;
- infirmier spécialisé dans la SEP.

Lieux d'intervention

Les patients sont reçus au CHU d'Amiens-Picardie ou au CHU de Lille.

Modalités de recours

Les personnes souffrant de la maladie de Parkinson peuvent bénéficier d'une consultation au CRC SEP sur orientation du médecin traitant, neurologue ou autre spécialiste.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

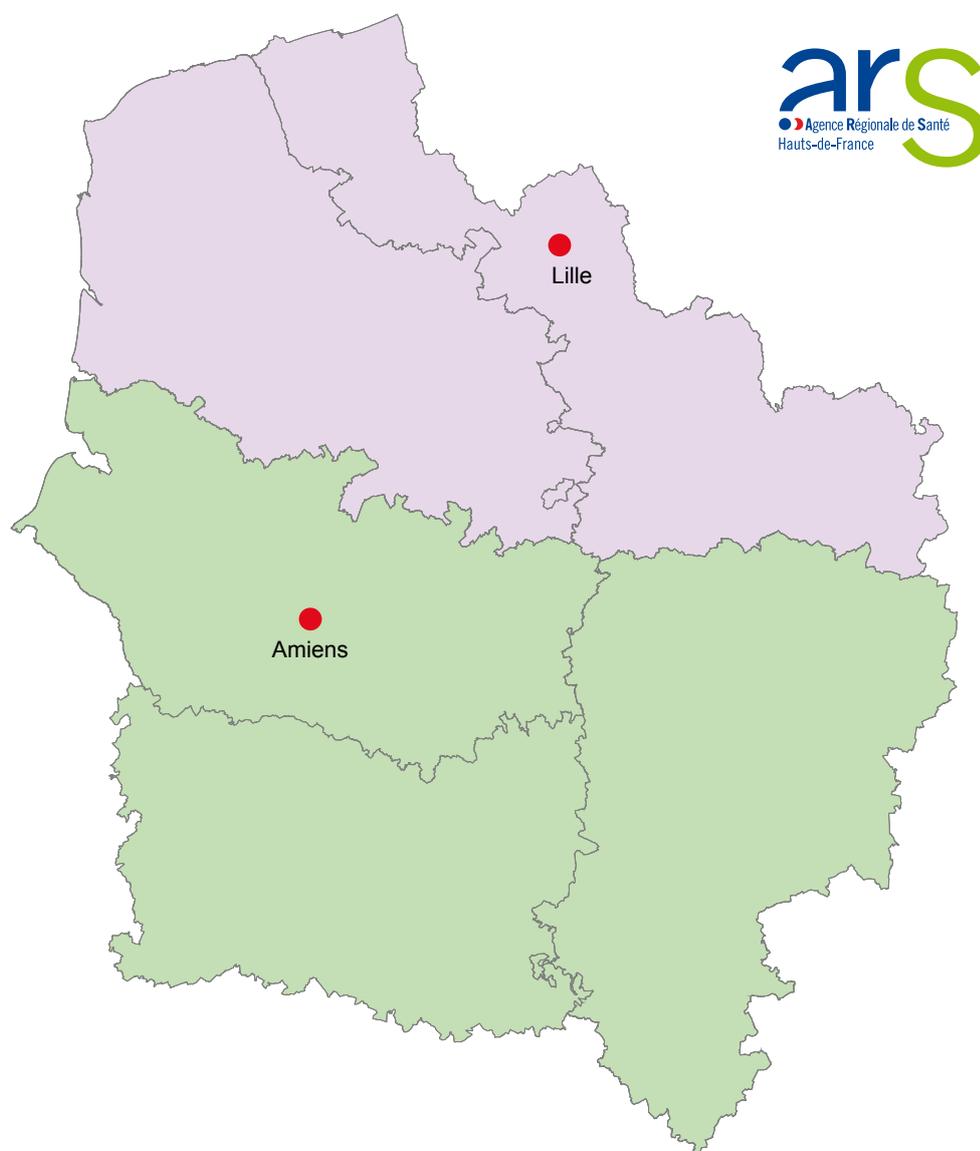
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CRC SEP est financé par l'ARS, via la MIG.

Centres de ressources et de compétences sclérose en plaques (CRC SeP)



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