

PLAN MALADIES NEURODEGENERATIVES 2014-2019

ETAT DES LIEUX

JUILLET 2016

SOMMAIRE

1. LES CARACTERISTIQUES POPULATIONNELLES	4
1.1. Données populationnelles départementales et régionales	4
1.1.1. Population 2011	4
1.1.2. Projection de la population entre 2015 et 2035	5
1.2. Caractéristiques populationnelles par pathologie	11
1.2.1. Sclérose en plaques	11
1.2.1.1. Données nationales	11
1.2.1.2. Données régionales et départementales	11
1.2.1.3. Taux de prévalence et taux d'incidence	11
1.2.1.4. Etat de santé : pathologies et traitement (+évolution), mortalité quelle que soit la cause	12
1.2.2. Maladie de Parkinson	12
1.2.2.1. Données nationales	13
1.2.2.2. Données régionales et départementales	13
1.2.2.3. Taux de prévalence et taux d'incidence	13
1.2.2.4. Etat de santé : pathologies et traitement (+évolution), mortalité quelle que soit la cause	14
1.2.3. Maladie d'Alzheimer	15
1.2.3.1. Données nationales	15
1.2.3.2. Données régionales et départementale	16
1.2.3.3. Taux de prévalence et taux d'incidence	16
1.2.3.4. Etat de santé : pathologies et traitement (+évolution), mortalité quelle que soit la cause	16
2. CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE	18
2.1. Centres experts par pathologie	18
2.1.2. Centre Expert Parkinson (CEP)	18
2.1.3. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR)	18
2.2. Prévention	19
2.3. Offre de soins et premier recours	20
2.3.1. Données démographiques relatives aux professionnels de santé en ville	20
2.3.2. Exercice regroupé	28
2.3.3. Services hospitaliers	32
2.3.3.1. Neurologie	32
2.3.3.2. Gériatrie	32
2.3.3.7. Consultations mémoire	38
2.3.3.8. Unités Cognitivo Comportementale (UCC) en SSR	39
2.3.3.9. Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) en USLD	39
3. AUTONOMIE	41
3.1. Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux pour personnes handicapés	41
3.1.1. ESMS pour adultes handicapés	41
3.1.2. Personnes handicapées vieillissantes	43

3.2. Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux pour personnes âgées	44
3.2.1. Description de l'offre médico-sociale	44
3.2.1.1. EHPAD	44
3.2.1.2. Hébergement permanent	44
3.2.1.3. Hébergement temporaire	47
3.2.1.4. Accueil de jour	50
3.2.1.5. SSIAD et SPASAD personnes âgées	51
3.2.1.6. Equipe mobile médico-sociale d'accompagnement et de soins en gérontologie	54
3.2.1.7. Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) Médico-Sociale	54
3.2.1.8. Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)	56
3.2.1.9. Plateforme d'accompagnement et de répit	56
3.2.1.10. Formation des aidants	58
3.2.1.11. Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) rattachées au SSIAD	59
4. DISPOSITIFS D'INTEGRATION ET DE COORDINATION	59
4.1. Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)	59
4.2. Les réseaux de santé	63
4.2.1. Les réseaux de santé de proximité	63
4.2.2. Les réseaux de santé régionaux	64
4.2.3. Le réseau de santé régional, spécialisé sur la SEP : réseau Neuro Centre	65
4.3. Le PAERPA	66
5. DEPENSES NATIONALES POUR L'ASSURANCE MALADIE	68
5.1. Maladie de Parkinson	68
5.2. Sclérose en plaques	68
5.3. Maladie d'Alzheimer	68
ANNEXES	69
ANNEXE 1 : ZONAGES	70
ANNEXE 2 : SEJOURS	90
ANNEXE 3 : EQUIPES SPECIALISEES ALZEIMER	95
ANNEXE 4 : PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPIT	102
ANNEXE 5 : UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES MEDICO-SOCIALES	110
ANNEXE 6 : POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES	117
GLOSSAIRE	123

1. LES CARACTERISTIQUES POPULATIONNELLES

1.1. Données populationnelles départementales et régionales

1.1.1. Population 2011

Statistiques départementales et régionales

Département	Population légale	Population 0-6 ans	Part des 0-6 ans	Population 60 ans et +	Part des 60 ans et +	Population 75 ans et +	Part des 75 ans et +	Population Femmes 16-59 ans	Part Femmes 16-59 ans
Cher	311 694	23 035	7,39	90 709	29,10	36 128	11,59	82 957	26,62
Eure-et-Loir	430 416	40 215	9,34	99 602	23,14	38 410	8,92	120 141	27,91
Indre	230 175	16 000	6,95	72 267	31,40	30 664	13,32	59 232	25,73
Indre-et-Loire	593 683	47 713	8,04	147 254	24,80	59 616	10,04	170 450	28,71
Loir-et-Cher	331 280	26 975	8,14	94 161	28,42	39 284	11,86	87 567	26,43
Loiret	659 587	60 659	9,20	154 060	23,36	59 584	9,03	185 984	28,20
Région	2 556 835	214 597	8,39	658 053	25,74	263 687	10,31	706 333	27,63

Source : INSEE (données population légale 2011)

Population de 60 ans et plus

Répartition de la population âgée par rapport à la population totale						
Département	Pop 60 ans ou plus		Pop 75 ans ou plus		Part des 75 ans ou plus par rapport aux 60 ans ou plus	Population totale
	en valeur	en %	en valeur	en %		
Cher	90 709	29,1	36 128	11,6	39,8	311 694
Eure-et-Loir	99 602	23,1	38 410	8,9	38,6	430 416
Indre	72 267	31,4	30 664	13,3	42,4	230 175
Indre-et-Loire	147 254	24,8	59 616	10,0	40,5	593 683
Loir-et-Cher	94 161	28,4	39 284	11,9	41,7	331 280
Loiret	154 060	23,4	59 584	9,0	38,7	659 587
Total	658 053	25,7	263 687	10,3	40,1	2 556 835

Source : INSEE – RP 2011

Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent le quart de la population totale dont 10% ont 75 ans ou plus. Globalement, par rapport aux 60 ans ou plus, la part des 75 ans ou plus représente 40 %.

Avec plus de 30 % de personnes âgées de 60 ans ou plus, l'Indre a la plus forte proportion de personnes âgées, suivi par le Cher et le Loir-et-Cher. L'Eure-et-Loir et le Loiret, plus proches de la région parisienne, ont quant à eux une part de population âgée inférieure à la moyenne régionale.

L'Indre-et-Loire et le Loiret totalisent près de la moitié de la population de la région Centre-Val de Loire mais la proportion de personnes âgées est moindre. La répartition des personnes âgées par département est sensiblement la même quelle que soit la tranche d'âge. Même si l'Indre a une proportion plus importante de personnes âgées, celle-ci représente la plus faible part de la région avec moitié moins de personnes âgées que dans l'Indre-et-Loire ou le Loiret.

1.1.2. Projection de la population entre 2015 et 2035

L'estimation de la population de la région Centre-Val de Loire, réalisée par l'INSEE à partir du recensement de la population de 2011, est de 2 612 576 habitants en 2015. Cette projection de population augmenterait de 3 % d'ici 2025 pour atteindre 2 774 640 habitants en 2035, soit une augmentation de 6 % par rapport à 2015.

Département	Projection 2015				Projection 2035			
	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	60 ans et plus	Total	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	60 ans et plus	Total
Cher	68 929	149 593	96 344	314 866	65 057	132 078	117 757	314 892
Eure-et-Loir	111 489	217 909	108 556	437 954	110 455	211 938	143 908	466 301
Indre	48 607	108 891	76 532	234 030	46 048	97 230	93 848	237 126
Indre-et-Loire	146 066	307 831	160 541	614 438	152 868	307 972	214 630	675 470
Loir-et-Cher	77 910	159 357	101 045	338 312	77 880	151 340	132 264	361 484
Loiret	168 718	337 396	166 862	672 976	169 776	329 872	219 719	719 367
Total	621 719	1 280 977	709 880	2 612 576	622 084	1 230 430	922 126	2 774 640

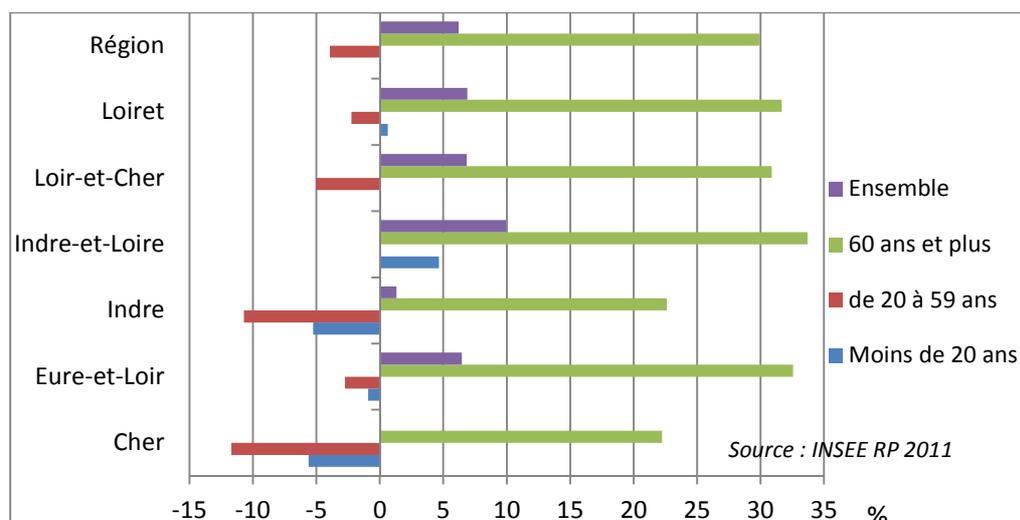
Source : INSEE Estimation population RP2011

Cette évolution fait ressortir des disparités très importantes selon les départements puisque la croissance est quasiment nulle dans le Cher et l'Indre alors qu'elle atteint 10 % en Indre-et-Loire, soit + 4 points par rapport à la moyenne régionale.

Département	Evolution entre 2015 et 2035 (en nb)				Evolution entre 2015 et 2035 (en %)			
	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	60 ans et plus	Ensemble	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	60 ans et plus	Ensemble
Cher	-3 872	-17 515	21 413	26	-5,6	-11,7	22,2	0,0
Eure-et-Loir	-1 034	-5 971	35 352	28 347	-0,9	-2,7	32,6	6,5
Indre	-2 559	-11 661	17 316	3 096	-5,3	-10,7	22,6	1,3
Indre-et-Loire	6 802	141	54 089	61 032	4,7	0,0	33,7	9,9
Loir-et-Cher	-30	-8 017	31 219	23 172	0,0	-5,0	30,9	6,8
Loiret	1 058	-7 524	52 857	46 391	0,6	-2,2	31,7	6,9
Région	365	-50 547	212 246	162 064	0,1	-3,9	29,9	6,2

Source : INSEE Estimation population RP2011

Evolution de la population entre 2015 et 2035 en %



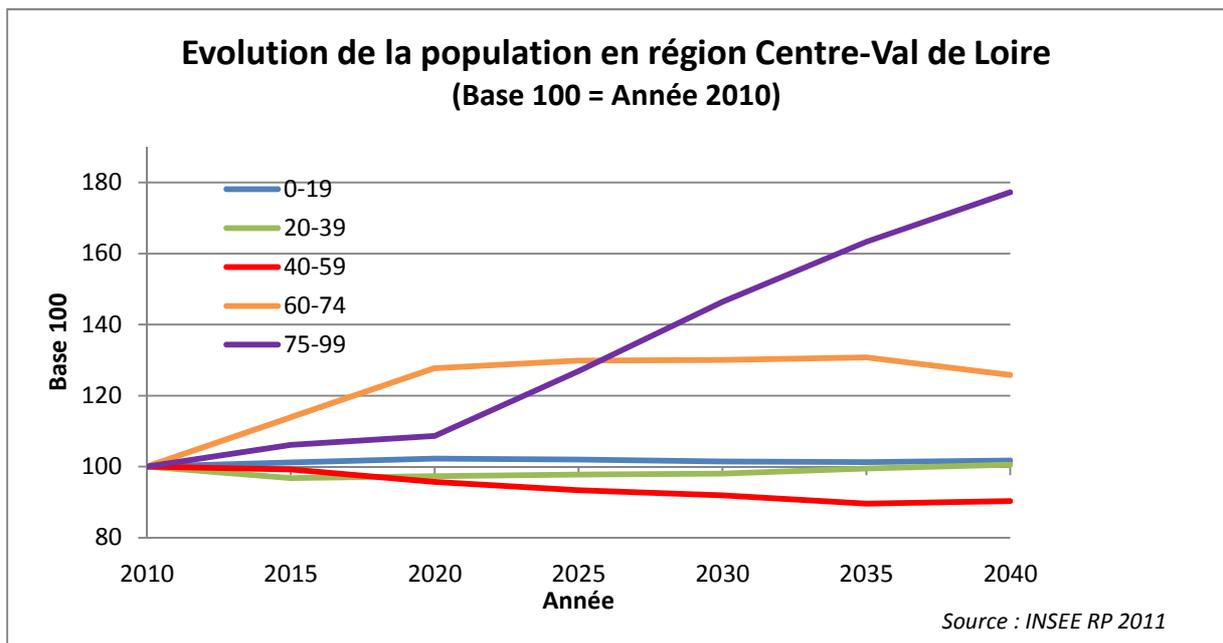
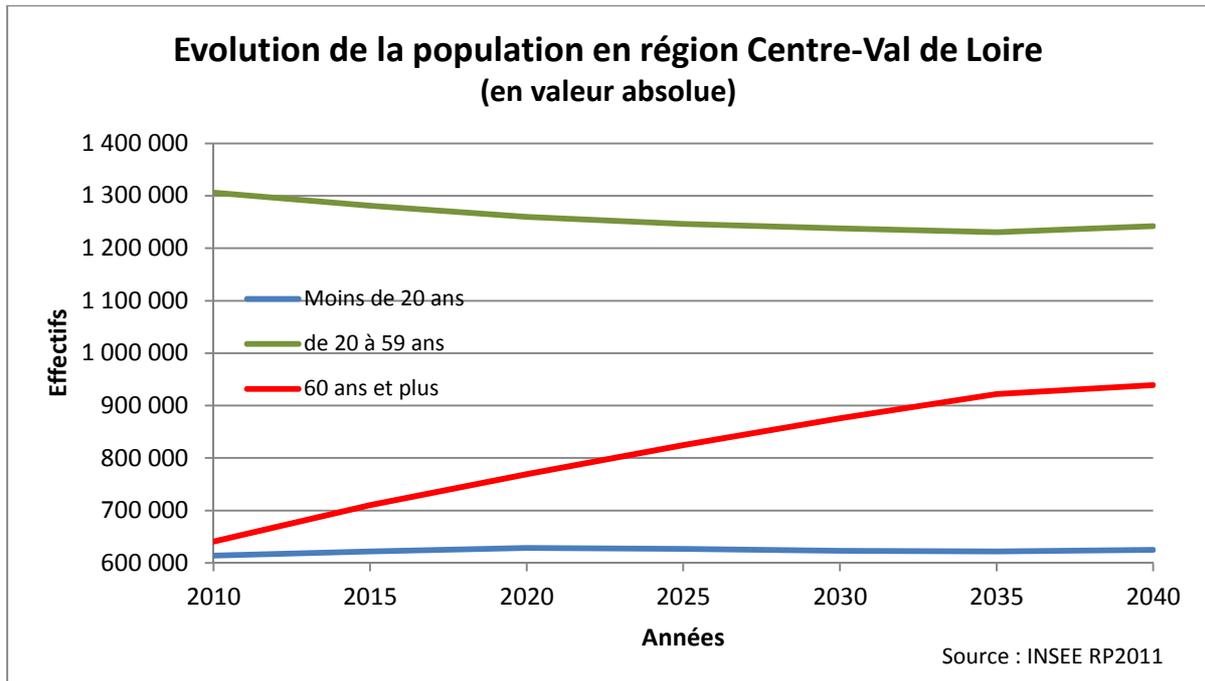
Le constat de cette projection est un vieillissement de la population sur l'ensemble des départements. Alors que les jeunes stagnent, ou régressent dans le Cher et l'Indre, les actifs diminuent de manière plus ou moins marquée selon les départements, sauf dans l'Indre-et-Loire. Ainsi, seules les personnes âgées de 60 ans ou plus augmentent de façon significative avec une évolution de + 30 % entre 2015 et 2035.

Département	Projection 2015 (en %)				Projection 2035 (en %)			
	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	60 ans et plus	Total	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	60 ans et plus	Total
Cher	21,9	47,5	30,6	100,0	20,7	41,9	37,4	100,0
Eure-et-Loir	25,5	49,8	24,8	100,0	23,7	45,5	30,9	100,0
Indre	20,8	46,5	32,7	100,0	19,4	41,0	39,6	100,0
Indre-et-Loire	23,8	50,1	26,1	100,0	22,6	45,6	31,8	100,0
Loir-et-Cher	23,0	47,1	29,9	100,0	21,5	41,9	36,6	100,0
Loiret	25,1	50,1	24,8	100,0	23,6	45,9	30,5	100,0
Total	23,8	49,0	27,2	100,0	22,4	44,3	33,2	100,0

Source : INSEE Estimation population RP 2011

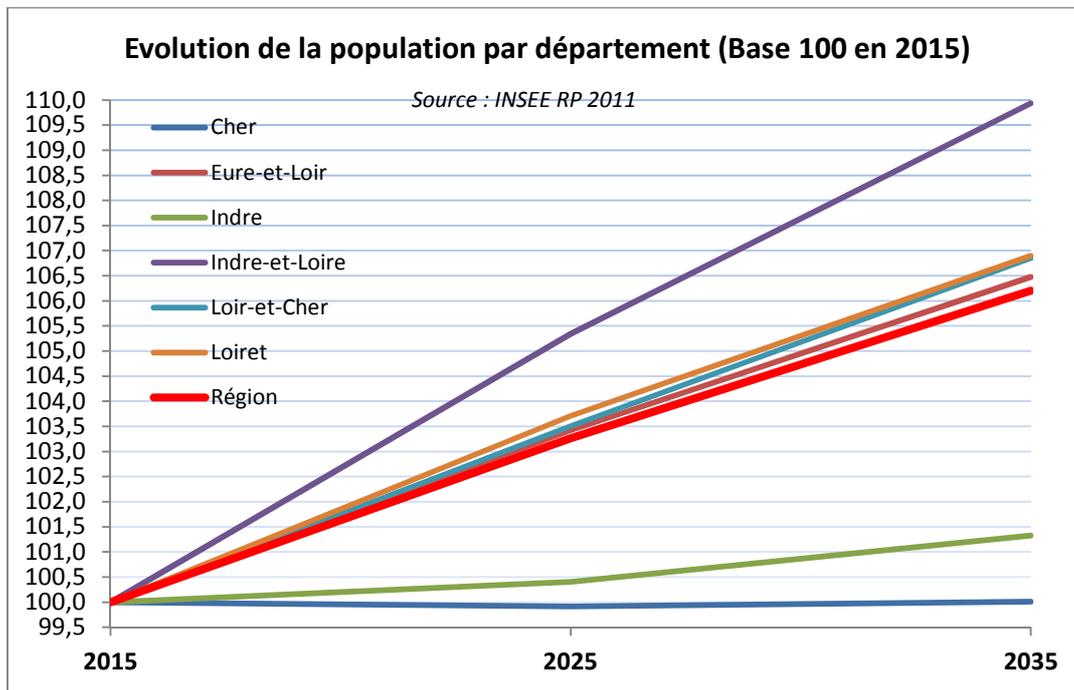
Le tableau ci-dessus démontre que la part des personnes âgées de 60 ans et plus passe de 27 % en 2015 pour atteindre 33 % en 2035. On note que, même si l'évolution n'est que de + 22 % dans le Cher ou l'Indre, la part de personnes âgées à l'intérieur de chacun de ces départements est supérieure à la moyenne régionale, et atteint ainsi près de 40 % dans l'Indre contre 33 % en région. Toutefois, l'Eure-et-Loir et le Loiret, en proximité de la région parisienne, restent les départements les plus jeunes avec une proportion de personnes âgées inférieure à celle de la région.

Evolution de la population régionale entre 2015 et 2035

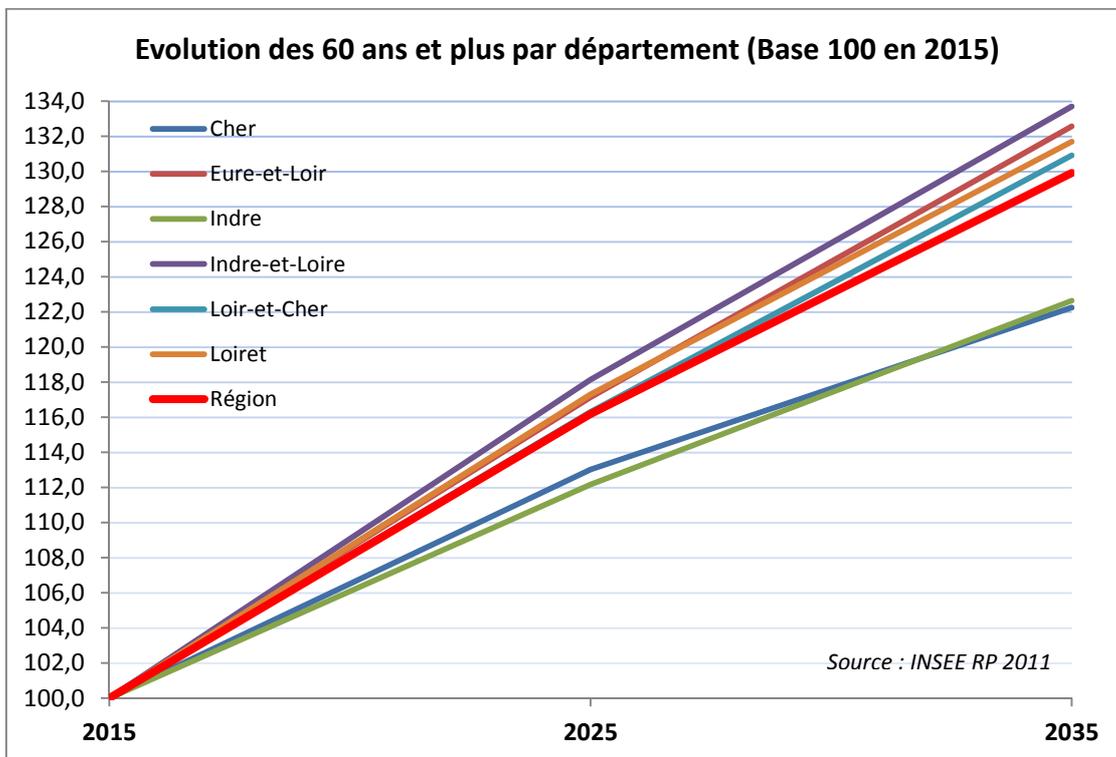


Ces graphiques marquent une évolution en 2 temps. On constate tout d'abord une évolution très rapide, à compter de 2020 des 75 ans et plus, qui conjugue un départ à la retraite pour la génération du baby-boom ainsi qu'une espérance de vie qui augmente. Dans le même temps, on constate une diminution de la population âgée de 20 à 59 ans. A partir de 2035, on peut noter une cassure liée à la fin du papy-boom et une légère augmentation de la population âgée de 20 à 59 ans.

Evolution de la population départementale entre 2015 et 2035

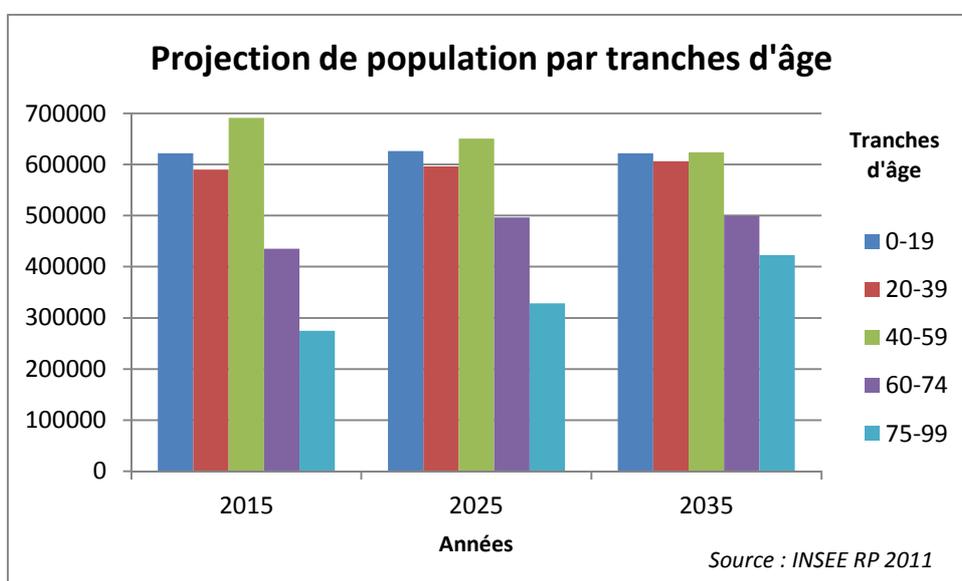
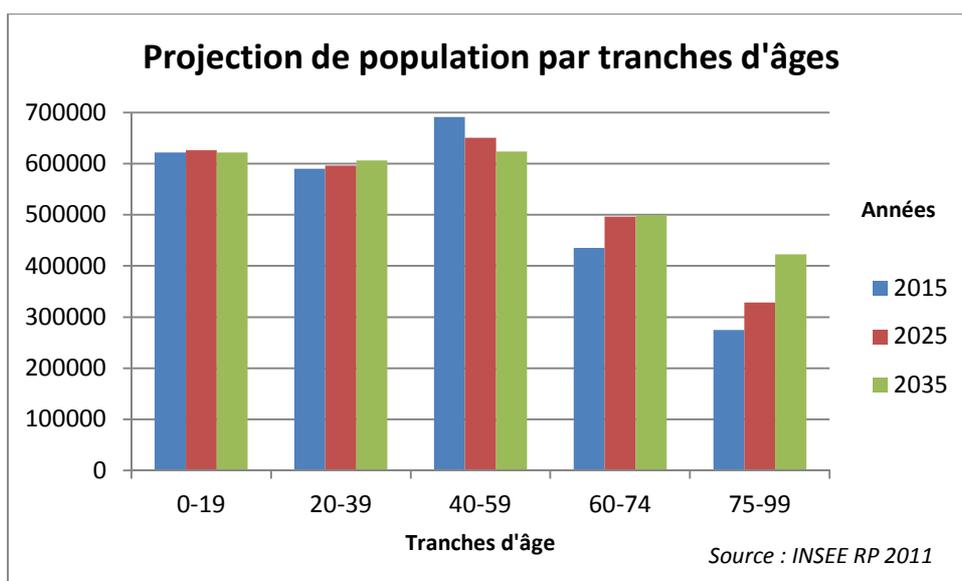


Lecture du graphique : La population du département d'Indre-et-Loire augmenterait de 10 % entre 2015 et 2035



Lecture du graphique : La population âgée de 60 ans et plus augmenterait de 30 % d'ici 2035

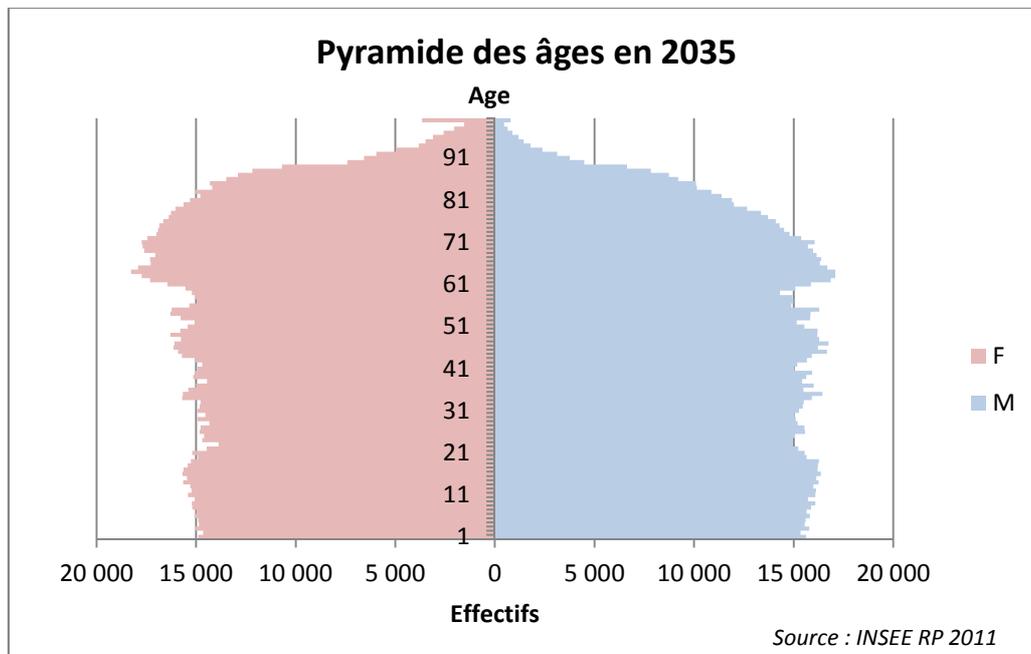
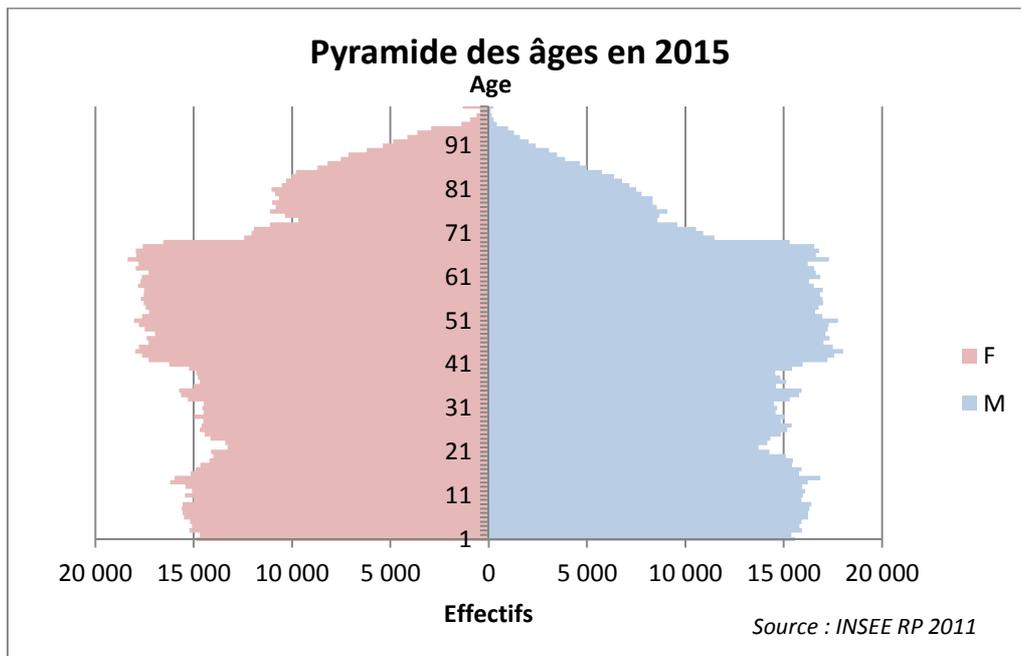
Les 2 graphiques ci-dessus illustrent bien les caractéristiques de certains départements. L'Indre-et-Loire se démarque des autres départements dans la mesure où l'ensemble de la population de ce département augmente plus que celle de la région alors que celle des 60 ans et plus suit sensiblement la même évolution. Ce constat s'inverse dans le Cher et l'Indre puisque la population globale n'évolue pratiquement pas en 20 ans alors que celle des 60 ans et plus explose ; en effet, même si elle augmente moins fortement que la population régionale, la proportion de personnes âgées par rapport à l'évolution de l'ensemble de la population de ces départements devient critique.



Ces 2 autres graphiques font ressortir que la population jeune (moins de 40 ans) stagne, les moins de 60 ans diminuent et les 60 ans et plus augmentent et de manière assez significative au-delà de 75 ans.

Si l'on compare les 2 pyramides des âges estimées en 2015 et 2035, on constate que le baby-boom d'après-guerre qui s'étend de 1945 à 1975 fait ressortir un pic de la population âgée de 40 à 70 ans en 2015. Cette tranche d'âge devra être suivie d'ici 2035 en raison des risques connus liés au vieillissement.

On peut noter également une certaine homogénéité entre les hommes et les femmes en 2035 alors qu'en 2015 la population âgée masculine est nettement moins importante.



1.2. Caractéristiques populationnelles par pathologie¹

1.2.1. Sclérose en plaques

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie inflammatoire du système nerveux central (cerveau et moelle épinière), dont la cause n'est pas encore précisément connue. Elle évolue dans le temps avec des fluctuations et se manifeste de manière très diverse chez les personnes atteintes. Les principaux symptômes sont par exemple, une névrite optique, des troubles sensitifs (comme des sensations de brûlures, décharges électriques), une perte de la perception sensitive, des troubles de la motricité et de l'équilibre, de la fatigue intense.

Les progrès thérapeutiques accomplis ces dernières années ne permettent pas encore de guérir de la sclérose en plaques. Néanmoins, les traitements peuvent ralentir l'évolution et réduire les symptômes de la maladie.

1.2.1.1. Données nationales

La SEP affecte près de 85 000 personnes, dont 73% de femmes. Les âges moyen et médian sont respectivement de 50 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 5% dont 78% sont des femmes.

Dans l'ensemble, 87 % des personnes sont prises en charge pour ALD (ALD 25) en rapport avec la SEP.

1.2.1.2. Données régionales et départementales

En 2013, on dénombre 3 700 personnes prises en charge pour une SEP et 3 327 sont admis au titre de l'ALD 25.

Effectifs ALD 25 de 2011 à 2013	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Total région
ALD 25 2011	370	584	282	624	379	850	3 089
ALD 25 2012	390	605	309	643	401	916	3 264
ALD 25 2013	392	609	321	677	414	914	3 327

Source : SNIIRAM/Régime Général + Sections Locales Mutualistes

1.2.1.3. Taux de prévalence et taux d'incidence

	Nb de cas de SEP	Taux de prévalence brute (pour 100 000 hab)	Taux de prévalence standardisée (pour 100 000 hab)
Cher	519	167,2	162,8
Eure-et-Loir	832	191,4	191,3
Indre	430	187,8	179,2
Indre-et-Loire	902	150,6	151,3
Loir-et-Cher	511	152,8	150,9
Loiret	1 191	178,9	181

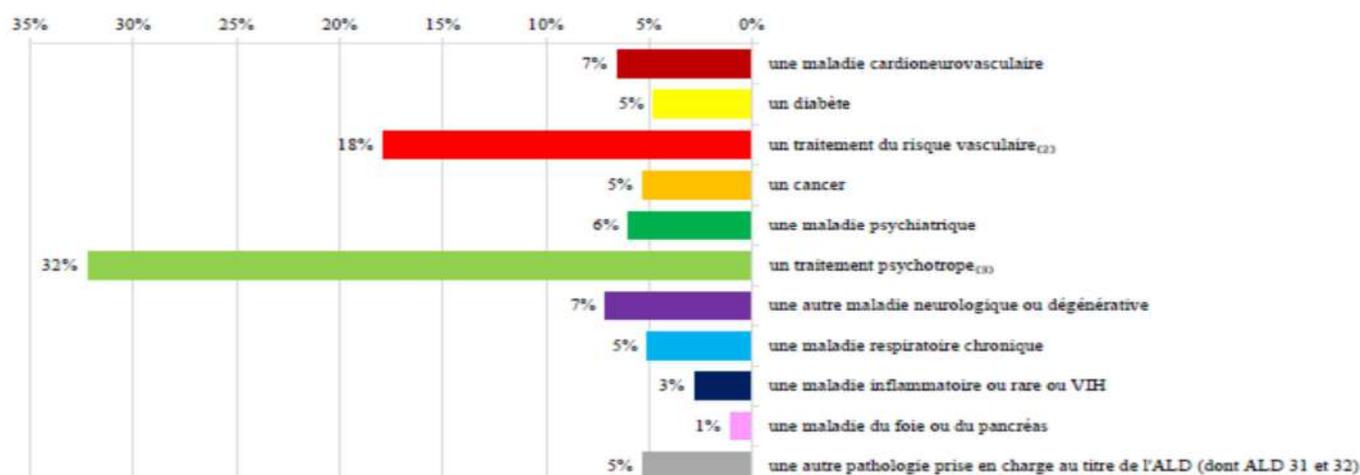
Source : SNIIRAM au 31/12/2012

¹ Circulaire n° SG/DGOS/R4/DGS/MC3/DGCS/3A/CNSA/2015/281 du 07/09/2015 relative à la mise en œuvre du plan maladies neurodégénératives à l'exception taux de prévalence et taux d'incidence

L'Eure-et-Loir est le département ayant un taux de prévalence le plus élevé. L'estimation en 2012 est d'environ 4 385 patients dans la région.

1.2.1.4. Etat de santé : pathologies et traitement (+évolution), mortalité quelle que soit la cause

Graphique : parmi les personnes prises en charge pour une SEP, pourcentage de personnes avec au moins...



Source : SNIRAM / Régime Général + Sections Locales Mutualistes

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽¹²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronarienne ou accident vasculaire cérébral - ni algues ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète

⁽¹³⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

Tableau des effectifs et taux bruts des personnes prises en charge décédées par classe d'âge en 2013

	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Effectif décédé	<100	<100	200	200	200	200	800
Effectif total	100	11 400	36 500	15 800	7 600	3 500	74 700
Taux brut	-	-	0,44%	1,38%	2,62%	6,94%	1,11%

Source : SNIRAM/Régime général (hors section locales mutualistes)

Les âges moyen et médian au décès des personnes prises en charge pour une SEP sont respectivement de 66 et de 65 ans.

1.2.2. Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une affection chronique, lentement évolutive, d'origine le plus souvent inconnue. Elle touche une structure anatomique de quelques millimètres située à la base du cerveau composée de neurones qui disparaissent progressivement. Ces cellules fabriquent et libèrent la Dopamine, neurotransmetteur indispensable au contrôle des mouvements. La maladie de Parkinson impacte la qualité de vie, en raison de ses symptômes moteurs (troubles de la marche, instabilité posturale), de ses troubles végétatifs (digestifs, urinaires, cardio-vasculaires...) et psychiques (anxiété, dépression...). Les facultés intellectuelles restent intactes sauf quelques fois au grand âge. Les besoins d'accompagnement portent notamment sur la perte d'autonomie, les soins et l'intégration sociale et professionnelle des malades les plus jeunes.

1.2.2.1. Données nationales

Très rare avant 45 ans, la maladie de Parkinson atteint les sujets plus âgés : 1% de la population est concernée après 65 ans et le pic de fréquence se situe autour de 70 ans. On compte plus de 150 000 personnes en France touchées par cette maladie.

En 2013, on dénombre 195 200 personnes prises en charge pour la maladie de Parkinson, dont 53% de femmes. Les âges moyen et médian sont respectivement de 76 et 78 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 63 % dont 56% sont des femmes.

Dans l'ensemble, 53 % des personnes sont prises en charges pour ALD (ALD 16) en rapport avec la maladie de Parkinson.

1.2.2.2. Données régionales et départementales

En 2013, on dénombre 8 200 personnes prises en charge pour la maladie de Parkinson et 4 438 sont admises au titre de l'ALD 16.

Effectifs ALD 16 de 2011 à 2013	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Total région
ALD 16 2011	557	603	502	922	464	981	4 029
ALD 16 2012	604	623	526	978	512	1 004	4 247
ALD 16 2013	630	652	559	1 033	552	1 012	4 438

Source : SNIIRAM / Régime Général + Sections Locales Mutualistes

1.2.2.3. Taux de prévalence et taux d'incidence

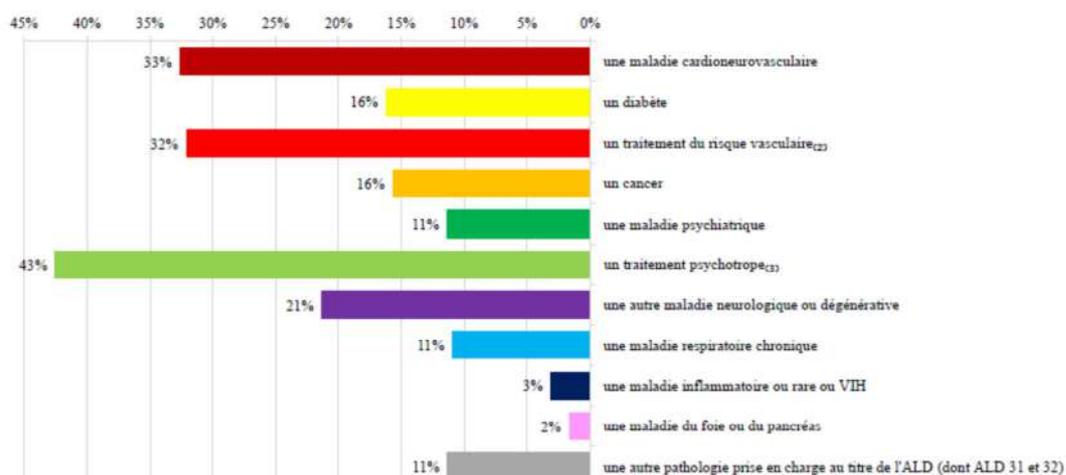
	>= 40 ans		40-59 ans		60 ans et +	
	prévalence	incidence	prévalence	incidence	prévalence	incidence
Cher	4,75	0,78	0,93	0,24	9,06	1,38
Eure-et-Loir	4,28	0,61	0,64	0,11	8,39	1,17
Indre	6,09	1,07	0,79	0,18	12,07	2,06
Indre-et-Loire	4,09	0,59	0,60	0,21	8,04	1,02
Loir-et-Cher	4,38	0,70	0,76	0,17	8,46	1,27
Loiret	4,30	0,64	0,61	0,12	8,46	1,22
Région	4,51	0,70	0,69	0,17	8,82	1,29

Taux standardisés sur l'âge et le sexe tous régimes pour l'année 2012, à partir des données du SNIIRAM

Dans la tranche d'âge des 60 ans et plus, les départements les plus touchés par cette maladie sont l'Indre et le Cher (départements ruraux de la région).

1.2.2.4. Etat de santé : pathologies et traitement (+évolution), mortalité quelle que soit la cause

Graphique : Parmi les personnes prises en charge pour maladie de Parkinson, pourcentage de personnes avec au moins...



Source : SNIRAM / Régime Général – Sections Locales Mutualistes

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽²²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronarienne ou accident vasculaire cérébral - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète

⁽²³⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

Tableau des effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour maladie de Parkinson décédées par classe d'âge en 2013

	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Effectif décédé	< 100	< 100	< 100	300	1 200	12 000	13 600
Effectif total	100	600	7 100	16 700	35 600	105 700	165 900
Taux brut	-	-	0.55%	1.70%	3.46%	11.40%	8.20%

Les âges moyen et médian au décès des personnes prises en charge pour maladie de Parkinson sont de 84 ans.

Syndrome parkinsonien en EHPAD – Données région Centre-Val de Loire

Constats à partir des validations PATHOS en EHPAD de 2011 à 2014

L'état pathologique « syndrome parkinsonien » regroupe la maladie de Parkinson à tous les stades de son évolution, et tout syndrome parkinsonien, y compris iatrogène. Par extension, les pathologies chroniques neurologiques dégénératives sont codées ici (SLA, SEP,...)².

Entre 2011 et 2014, 252 EHPAD ont fait l'objet en région Centre-Val de Loire d'une validation PATHOS soit un effectif de 21 611 personnes (*parmi les 252 EHPAD, certains ont pu faire l'objet de plusieurs validations*).

	Syndrome Parkinsonien				
	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Part de personnes présentant l'état pathologique dans la population analysée	8.03%	5.93%	7.88%	7.31%	7.29%

Dans la population analysée sur la période 2011-2014, 7.29 % des personnes présentent un syndrome parkinsonien (8,5% en 2014 au niveau de la base nationale PATHOS).

La part du syndrome parkinsonien dans l'ensemble des états pathologiques sur la période 2011-2014 représente 0.96 % (50 états pathologiques, une personne présentant le plus souvent plusieurs états pathologiques – nombre moyen d'états pathologiques par patient : 7.62).

Sur la période 2011-2014, la rééducation fonctionnelle ou allégée représente 38.5 % de l'ensemble des profils de soins de l'état pathologique syndrome parkinsonien. Il s'agit du niveau de soins requis de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, de l'ordre de 20 à 30 minutes par jour requises, réalisées par un rééducateur, Ces soins peuvent être discontinus et allégés chez un patient ne pouvant pas supporter une rééducation intensive.

1.2.3. Maladie d'Alzheimer

Dans la maladie d'Alzheimer les neurones, unité anatomique permettant de programmer un certain nombre d'actions meurent ou dégénèrent entraînant de ce fait une altération des facultés cognitives. Le trouble de la mémoire est le plus constant et le plus perceptible des symptômes associés. Les troubles des fonctions exécutives (par exemple ne plus savoir comment se servir de son téléphone) ainsi que les problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace sont également révélateurs. Classiquement la maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles progressifs du langage (aphasie), du mouvement (apraxie), de la reconnaissance (agnosie), de l'écriture (dysorthographe) associés à des troubles du comportement et de l'humeur (irritabilité, dépression, anxiété..).

1.2.3.1. Données nationales

La fréquence de la maladie d'Alzheimer est fortement liée à l'âge, touchant 2 à 4% de la population générale des plus de 65 ans et 15% des plus de 80 ans mais elle peut se manifester chez les personnes plus jeunes : il y a en France 32 000 personnes malades âgées de moins de 65 ans et entre 15 000 et 25 000 personnes malades âgées de moins de 60 ans. Le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer est estimé à plus de 850 000. Plus de 3 millions de personnes sont directement concernées par la maladie d'Alzheimer dans la mesure où l'accompagnement constant nécessaire est assuré par les aidants proches.

² Le modèle « PATHOS ». Guide d'utilisation 2012.

En 2013 on dénombre 507 100 personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) dont 70% de femmes. Les âges moyen et médian sont respectivement de 83 ans et 85 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 88% dont 72% sont des femmes.

Dans l'ensemble, 59 % des personnes sont prises en charges pour ALD (ALD 15) en rapport avec les démences (dont maladie d'Alzheimer).

1.2.3.2. Données régionales et départementale

En 2013, on dénombre 19 400 personnes prises en charge pour démence (dont maladie d'Alzheimer) et 11 760 sont admises au titre de l'ALD 15.

Effectifs ALD 15 de 2011 à 2013	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Total région
ALD 15 2011	1 481	1 692	1 068	2 508	1 490	2 559	10 798
ALD 15 2012	1 553	1 806	1 165	2 643	1 574	2 736	11477
ALD 15 2013	1 588	1 739	1 145	2 769	1 603	2 916	11 760

Source : SNIIRAM Régime Général + Sections Locales Mutualistes (environ 85 % de la population)

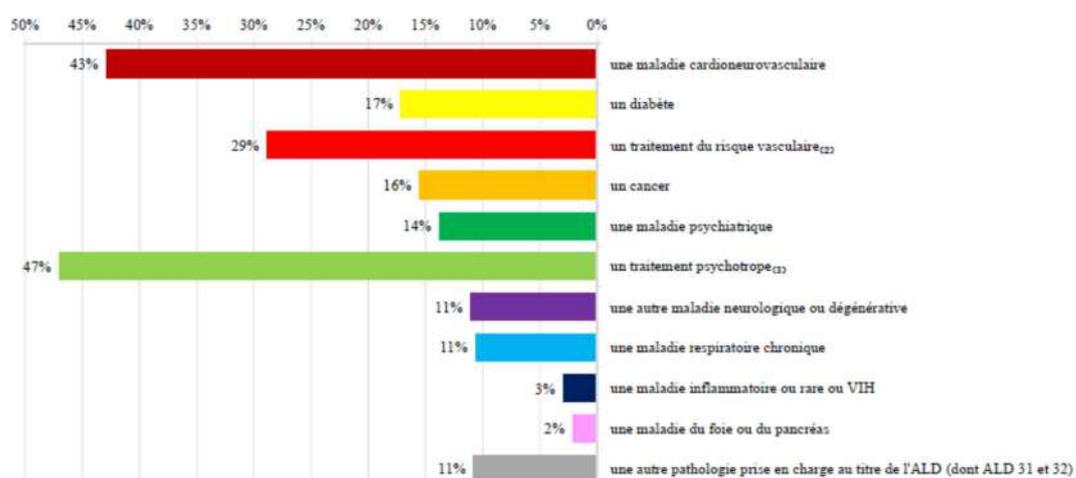
1.2.3.3. Taux de prévalence et taux d'incidence

Les données actuellement disponibles ne font pas l'objet d'un consensus.

1.2.3.4. Etat de santé : pathologies et traitement (+évolution), mortalité quelle que soit la cause

Polypathologie et traitement - Données nationales

Graphique : Parmi les personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer), pourcentage de personnes avec au moins...



Source : SNIIRAM / Régime Général - Sections Locales Mutualistes

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽¹²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronarienne ou accident vasculaire cérébral - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète

⁽¹³⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

Mortalité quelle que soit la cause – Données nationales

Tableau des effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) décédées par classe d'âge en 2013

	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Effectif décédé	< 100	< 100	200	700	2 900	62 300	66 200
Effectif total	100	800	4 400	11 300	38 500	383 500	438 600
Taux brut	-	-	4.20%	6.63%	7.52%	16.26%	15.09%

Les âges moyen et médian au décès des personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) sont de 87 ans.

Syndrome démentiel en EHPAD – Données région Centre Val de Loire

Constats à partir des validations PATHOS en EHPAD de 2011 à 2014

L'état pathologique « syndrome démentiel » regroupe les syndromes démentiels de toute étiologie : Alzheimer, démence vasculaire, frontale, mixte... et toute pathologie pouvant générer des pseudo-démences³.

Entre 2011 et 2014, 252 EHPAD ont fait l'objet en région Centre-Val de Loire d'une validation PATHOS soit un effectif de 21 611 personnes (*parmi les 252 EHPAD, certains ont pu faire l'objet de plusieurs validations*).

	Syndrome Démentiel				
	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Part de personnes présentant l'état pathologique dans la population analysée	54.60%	52.06%	56.93%	61.84%	57.21%

Dans la population analysée, il est observé que plus de la moitié des personnes présentent un syndrome démentiel (58 % en 2014 au niveau de la base PATHOS nationale).

Le syndrome démentiel étant un des états pathologiques avec la plus forte prévalence, juste derrière l'hypertension artérielle. Cela peut s'expliquer notamment au regard de l'âge moyen des résidents (86.42). 83.94 % des personnes avaient 80 ans et plus.

La part du syndrome démentiel dans l'ensemble des états pathologiques sur la période 2011-2014 s'élève à 7.51 % (50 états pathologiques, une personne présentant le plus souvent plusieurs états pathologiques – nombre moyen d'états pathologiques par patient : 7.62).

Sur la période 2011-2014, la prise en charge psychiatrique de soutien représente 21.2 % de l'ensemble des profils de soins de l'état pathologique « syndrome démentiel ».

Il s'agit du niveau de soins psychiatriques et psychothérapeutiques, requis pour prendre en charge, surveiller et traiter des troubles neuropsychiatriques diagnostiqués et contrôlés mobilisant surtout les paramédicaux.

³ Le modèle « PATHOS ». Guide d'utilisation 2012.

2. CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

2.1. Centres experts par pathologie

2.1.1. Centre de ressources et de compétences SEP

Il n'existe pas de centre expert SEP identifié en région Centre-Val de Loire à ce jour, dans l'attente de la parution du cahier des charges national. Néanmoins l'expertise relative à cette pathologie est aujourd'hui assurée par le réseau régional Neuro Centre (cf point 4.2.3).

2.1.2. Centre Expert Parkinson (CEP)

Il s'agit d'une offre de recours **en complément de l'offre de soins de proximité, ville ou hospitalière** :

- pluri professionnelle associant médecins, professionnels paramédicaux (notamment en matière de rééducation) et psychologues,
- en appui aux professionnels de santé du territoire notamment pour les situations complexes.

Dans ce cadre, le CEP participe à la fluidité des parcours de soins personnalisés des patients en favorisant l'accès au diagnostic précoce :

- il propose une offre de soins diversifiée en coopération avec l'offre libérale et hospitalière de proximité,
- il contribue à améliorer les connaissances auprès des professionnels et des malades, les coopérations et à rendre plus lisible l'offre de soins,
- il favorise l'accès à des programmes et des actions d'éducation thérapeutique.

En région Centre-Val de Loire le Centre Expert Parkinson est porté par le CHRU de Tours.

2.1.3. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR)

Implanté dans un CHU et disposant de places en hospitalisation de jour de médecine, le CMRR a pour principales missions :

- être un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les diagnostics complexes, atypiques qui requièrent une expertise ;
- assurer les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique ;
- développer des travaux de recherche au niveau national et international ;
- assurer des formations universitaires ;
- donner un avis à l'ARS sur la labellisation des structures impliquées dans le diagnostic et le suivi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ;
- exporter les données du CMRR vers la BNA ;
- assurer un contrôle qualité des données des consultations mémoire exportées vers la BNA ;
- assurer la formation, l'actualisation régulière des connaissances sur la maladie d'Alzheimer auprès des professionnels impliqués dans le diagnostic, le suivi et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- disposer d'un référent identifié pour les malades Alzheimer jeunes ;
- organiser, dynamiser et coordonner la recherche clinique au niveau régional ;
- aborder et traiter les questions à caractère éthique en lien étroit avec l'espace national de réflexion éthique de la maladie d'Alzheimer (EREMA) ;
- dans le cadre de la coopération avec la médecine de ville, faciliter l'accès des patients des consultations mémoire libérales.

Le CMRR de la région Centre-Val de Loire est porté par le CHRU de Tours.

2.1.4. Centre de ressource et de compétence dédié à la sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Ce centre implanté au CHRU de Tours est pluridisciplinaire et fonctionne en réseau : neurologue, diététicienne, pneumologue, physiothérapeute, ergothérapeute participent à la prise en charge du patient. Quand la maladie progresse, l'équipe de soins palliatifs est aussi sollicitée.

L'équipe hospitalo-universitaire reste en contact avec les praticiens et soignants de ville et avec les membres du réseau Neuro Centre qui assurent la continuité et la coordination des soins quand le patient retourne à son domicile.

2.2. Prévention

A ce jour, un seul programme d'éducation thérapeutique du patient, autorisé par l'ARS concerne une des pathologies du plan maladies neurodégénératives. Il s'agit du programme porté par le réseau Neuro Centre : « *Education thérapeutique dans la SEP et la SLA* », autorisé le 5 janvier 2011, qui a fait l'objet d'un renouvellement le 18 décembre 2014 (pour 4 ans).

Ce programme d'ETP en ambulatoire, a une visée régionale, puisque le réseau intervient sur les 6 départements de la région.

Données d'activités 2014

Titre du programme : Education thérapeutique du patient dans la SEP et la SLA		
File active des patients	Nombre total de patients différents ayant bénéficié d'au moins un diagnostic éducatif avec fixation d'objectifs personnalisés écrits. Il peut s'agir d'un diagnostic initial (proposé à un patient qui n'a jamais bénéficié d'un programme ETP au cours de sa maladie), de suivi régulier (en complément du DE initial, 1 à 2 fois par an, par exemple), de suivi approfondi (reprise en cas de difficulté à acquérir une compétence)	355
Nombre de séances individuelles réalisées	Une séance individuelle est une séance réalisée pour un patient seul ou accompagné d'au moins un aidant naturel	1 044
Nombre de diagnostics éducatifs initiaux	Diagnostic initial réalisé pour un patient qui n'a jamais bénéficié d'un programme ETP au cours de sa maladie (nombre de patients nouveaux)	137
Nombre de bilans de synthèse d'ETP transmis aux médecins traitants	Un tel bilan correspond à l'évaluation individuelle des acquisitions et/ou suivi éducatif envisagé après l'offre d'ETP prévue dans le programme individualisé. Plusieurs bilans individuels peuvent être réalisés pour une même personne au cours d'une année civile.	876

2.3. Offre de soins et premier recours

2.3.1. Données démographiques relatives aux professionnels de santé en ville

2.3.1.1. Les médecins généralistes (MG)

Le médecin généraliste, (qualifié en médecine générale)⁴, constitue l'une des portes d'entrée pour accéder au système de soins (diagnostic, prise en charge, suivi des maladies chroniques) et a une place prépondérante en matière de prévention et de santé publique (dépistage, éducation thérapeutique).

Densité médicale de la région et par département

Département	Population légale	Nb de MG y compris MEP	Densité pour 100 000 habitants
Cher	311 694	223	71,54
Eure-et-Loir	430 416	286	66,45
Indre	230 175	169	73,42
Indre-et-Loire	593 683	590	99,38
Loir-et-Cher	331 280	271	81,80
Loiret	659 587	485	73,53
Région	2 556 835	2 010	78,61

Source : INSEE/RPPS mis à jour le 27/05/2016

MEP : médecin à exercice particulier

Avec une densité moyenne de 78,61 médecins généralistes pour 100 000 habitants en mai 2016, la région Centre-Val de Loire se situe à la dernière place des régions de France métropolitaine en termes de démographie médicale.

A titre de comparaison, la densité médicale pour la France métropolitaine en mai 2016 est de 93,49 médecins généralistes (MG) pour 100 000 habitants.

Au 1^{er} janvier 2016 le Conseil national de l'ordre des médecins⁵ recense, tout exercice confondu, 2825 médecins qualifiés en médecine générale en région Centre-Val de Loire, soit une densité de 107 médecins pour 100000 habitants (131,3 densité métropole) dont 34,9% ont un exercice salarié.

Données globales sur les médecins généralistes

Département	Nb de MG y compris MEP	Densité MG y compris MEP	Nb de MG sans savoir-faire complémentaire	Nb de MG avec savoir-faire complémentaire	Nb de MG acuponcteur/homéopathe
Cher	223	71,54	163	60	10
Eure-et-Loir	286	66,45	228	58	15
Indre	169	73,42	136	33	7
Indre-et-Loire	590	99,38	447	143	29
Loir-et-Cher	271	81,80	206	65	18
Loiret	485	73,53	405	80	11
Région	2 010	78,61	1 579	431	90

Source : RPPS/INSEE (mise à jour 27/05/16)

⁴ Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016 (CNOM)

⁵ Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016 (CNOM)

Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale

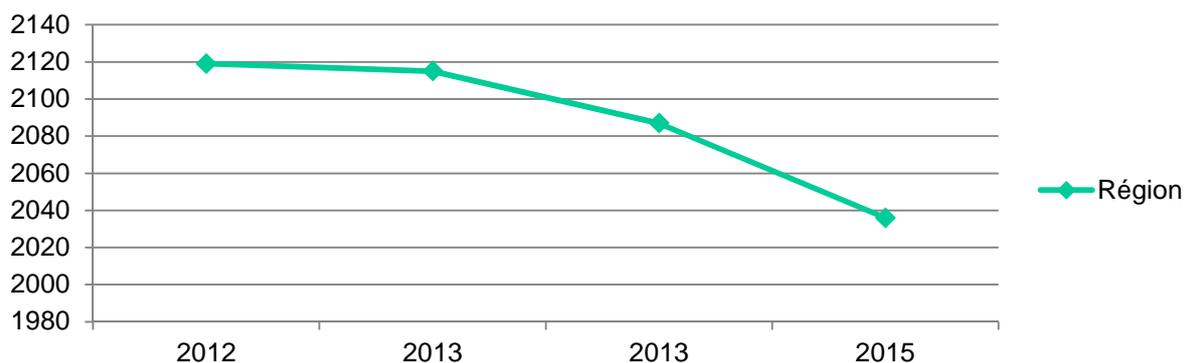
Département	Moyenne d'âge	>= 60 ans	< 40 ans	Proportion d'exercice individuel
Cher	54,3	27,1%	9,4%	49,3%
Eure-et-Loir	54,6	27,9%	7,5%	53,6%
Indre	54,6	32,7%	10,3%	71,5%
Indre-et-Loire	52	20,2%	14,2%	33,0%
Loir-et-Cher	53,7	30,0%	12,9%	54,2%
Loiret	54,7	31,3%	10,1%	48,1%

Source : la démographie médicale en région Centre-situation en 2015-CNOM

32% des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus et 11% sont âgés de moins de 40 ans.

Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 65% des effectifs.

Evolution des effectifs de MG entre 2012 et 2015 (source RPPS)



La densité médicale est passée de 83 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 79 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015.

La plus forte diminution des effectifs concerne l'Eure-et-Loir (-26 médecins généralistes) et le Loiret (-22).

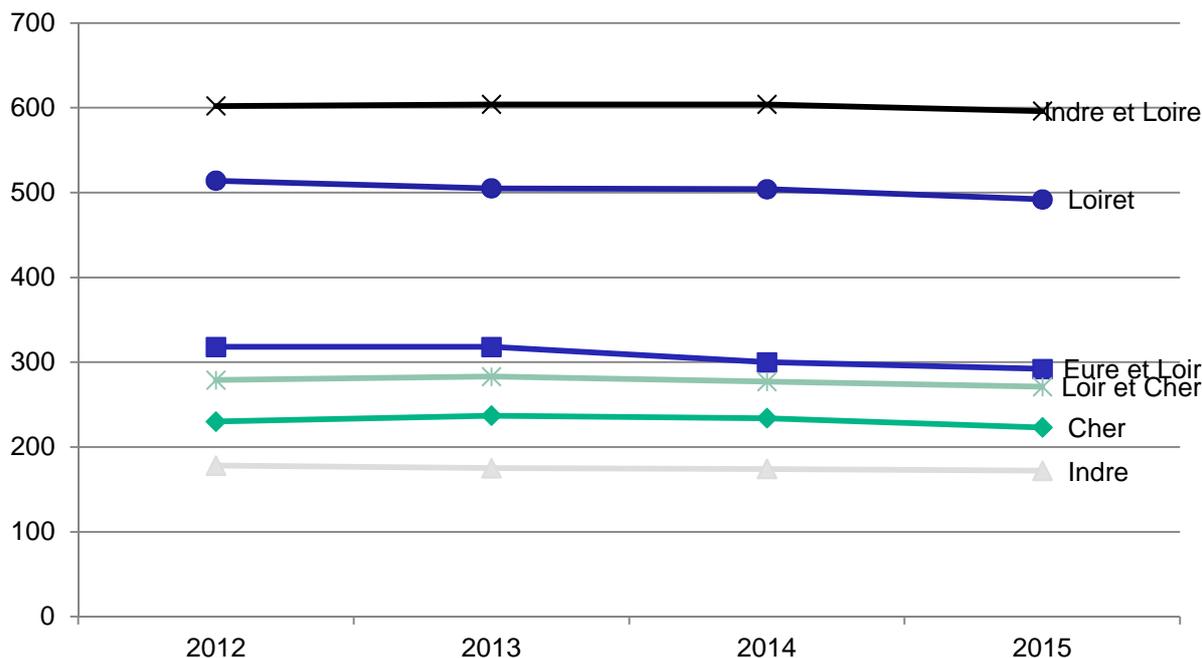
Actuellement, le département le plus impacté par la désertification médicale est l'Eure-et-Loir puisque la densité médicale est passée de 75 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 68 en 2015 (-7 points).

Les autres départements ont une densité médicale qui a diminué environ de 2 points (Cher, Indre, Indre-et-Loire) à 3-4 points (Loir-et-Cher, Loiret).

Seul le département d'Indre-et-Loire connaît depuis les 5 dernières années une densité médicale supérieure à 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Cela s'explique par la présence de la faculté de médecine dans ce département.

A noter que cette disparité de répartition des professionnels de santé ne concerne pas que les médecins généralistes : les orthophonistes libéraux connaissent également une très forte inégalité de répartition selon les départements de la région.

Evolution de la démographie médicale par département (source : RPPS)



En fonction de la densité en médecins généralistes libéraux installés sur chacun des bassins de vie de la région, l'ARS Centre-Val de Loire a élaboré **deux zonages** qui permettent d'identifier :

- les zones fragiles SROS – 1^{er} recours (cf. Annexe 1 - Zones fragiles): ce zonage a été établi par arrêté du 27 octobre 2014, dans le cadre du zonage conventionnel, caractérisé par une problématique importante de désertification médicale en tenant compte de la démographie médicale, de l'âge des médecins généralistes et de leur activité.

En région Centre-Val de Loire, on dénombre 36 bassins de vie fragiles, représentant près de 15 % de la population.

- les zones prioritaires (cf. Annexe 1 – Zones prioritaires) : ce zonage se caractérise par une densité médicale en médecins généralistes inférieure à la moyenne régionale : en région Centre-Val de Loire.

Les zones prioritaires représentent environ 2/3 du territoire régional et plus de 40 % de la population

2.3.1.2. Les médecins spécialistes

Certains médecins spécialistes sont intégrés à l'offre de premier recours car ils peuvent être directement consultés sans passer par le médecin traitant (convention médicale du 12 janvier 2005) : les psychiatres en font partie.

Les psychiatres

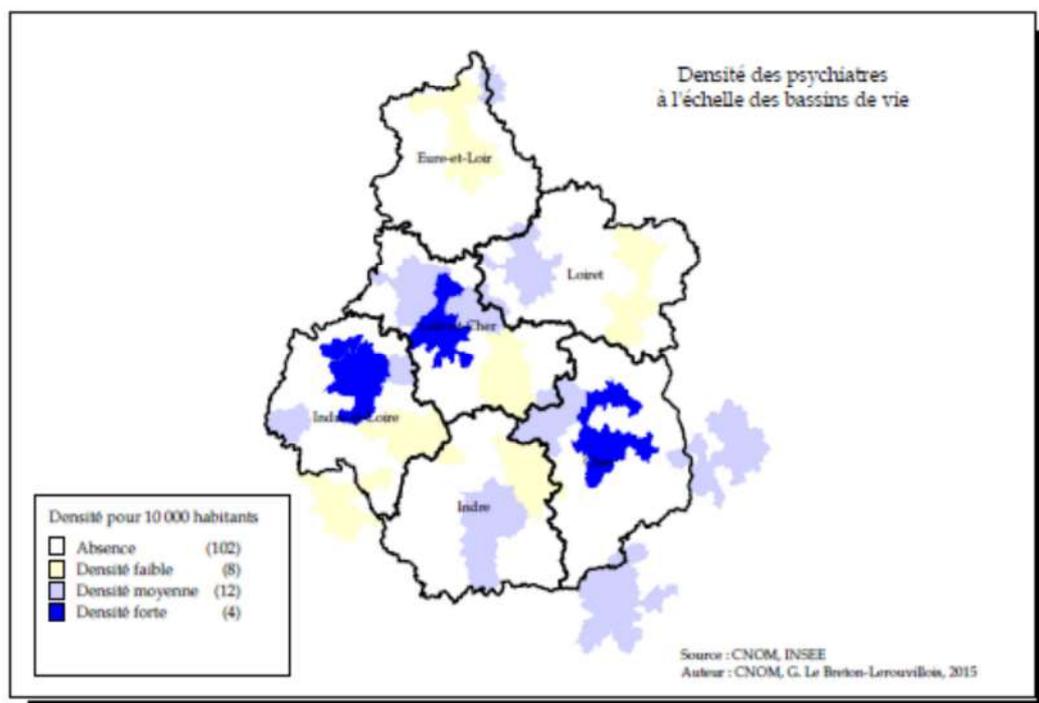
Un médecin psychiatre est qualifié en psychiatrie. Il diagnostique, traite et tente de prévenir la souffrance psychique et les maladies mentales. Le médecin psychiatre a une formation médicale polyvalente. Comme tout médecin, il doit prendre en charge le patient dans sa globalité et tenir compte de son état de santé général.

Département	Nb de psychiatres	Nb de psychiatres de -55 ans
Cher	18	7
Eure-et-Loir	11	1
Indre	11	3
Indre-et-Loire	67	31
Loir-et-Cher	32	8
Loiret	32	8
Région	171	58

Source : RPPS (mise à jour 27/05/16)

Au 1^{er} janvier 2016 le Conseil national de l'ordre des médecins recense, tout exercice confondu, 341 médecins qualifiés en psychiatrie en région Centre-Val de Loire, soit une densité de 12,9 (18,8 en métropole) dont 60,4 % ont un exercice salarié.

Densité et variation des effectifs des médecins spécialistes en psychiatrie à l'échelle des bassins de vie



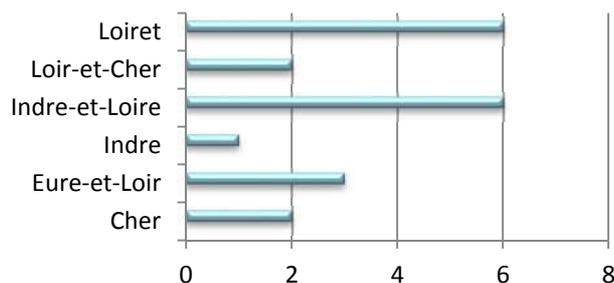
Les neurologues

Un médecin neurologue est qualifié en neurologie. Il traite les maladies du système nerveux central et périphérique.

Effectifs des neurologues :

Département	Nb de neurologues
Cher	6 (dont 2 libéraux)
Eure-et-Loir	12 (dont 3 libéraux)
Indre	3 (dont 1 libéral)
Indre-et-Loire	18 (dont 6 libéraux)
Loir-et-Cher	5 (dont 2 libéraux)
Loiret	13 (dont 6 libéraux)
Région	57 (dont 20 libéraux)

Source : atlas de la démographie médicale en France du CNOM (situation au 1/01/15)



Les départements les moins bien dotés en neurologues libéraux sont le Cher, l'Indre et le Loir-et-Cher.

Au 1^{er} janvier 2016 le Conseil national de l'ordre des médecins recense, tout exercice confondu, 57 médecins qualifiés en neurologie en région Centre-Val de Loire, soit une densité de 2,2 médecins (densité métropole : 3,6) dont 61,4% ont un exercice salarié.

Les médecins de médecine physique et réadaptation (MPR)

Ces médecins sont qualifiés en médecine physique et réadaptation et assurent les soins de rééducation et de réadaptation après une maladie ou une intervention chirurgicale.

Cet exercice s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire qui associe médecins et personnel paramédical spécialisé tels que kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et fait souvent appel à d'autres spécialistes en fonction de la pathologie. Il s'adresse à des malades aigus ou chroniques les plus divers qu'ils soient atteints de déficits physiques ou neurologiques centraux.

Nombre total de MPR :

Département	Nb de MPR	Dont nb de MPR libéraux
Cher	6	-
Eure-et-Loir	6	-
Indre	7	1
Indre-et-Loire	17	4
Loir-et-Cher	8	1
Loiret	12	1
Région	56	7

Source : RPPS (mise à jour 27/05/16)

Au 1^{er} janvier 2016 le Conseil national de l'ordre des médecins recense, tout exercice confondu, 49 médecins qualifiés en médecine physique et réadaptation en région Centre-Val de Loire, soit une densité de 1,9 médecins (Densité métropole : 2,9) dont 81,6% ont un exercice salarié.

Les gériatres

Les médecins gériatres, qualifiés en gériatrie, exercent la spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des malades âgés, en particulier lors de soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie.

La médecine gériatrique peut répondre à l'ensemble des problèmes liés à la personne âgée par le caractère transversal et global de son approche médicale, en dépassant ainsi la médecine d'organe. Elle offre également des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés, d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

Au 1^{er} janvier 2016 le Conseil national de l'ordre des médecins recense, tout exercice confondu, 62 médecins qualifiés en gériatrie en région Centre-Val de Loire, soit une densité de 22,4 médecins (27,6 densité métropole) dont 98,4% ont un exercice salarié.

Effectifs des gériatres (y compris les praticiens hospitaliers) :

Département	Nb de gériatres Hommes	Nb de gériatres Femmes	Nb total de gériatres	Moyenne d'âge
Cher	9	1	10	50
Eure-et-Loir	4	4	8	49
Indre	2	0	2	NR
Indre-et-Loire	6	8	14	49
Loir-et-Cher	6	2	8	49
Loiret	9	11	20	49
Région	36	25	62	50

Source : atlas de la démographie médicale en France du CNOM (situation au 1/01/16)

2.3.1.3. Les professionnels de santé (PS) paramédicaux

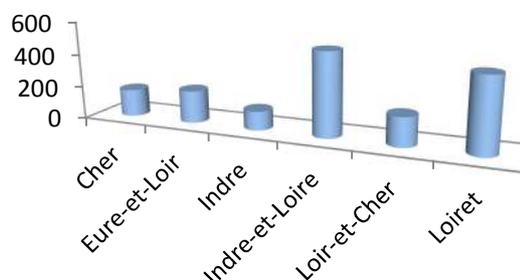
Les masseurs kinésithérapeutes (MK)

Comme les autres professionnels de santé du premier recours, en tant qu'acteurs de santé publique, les masseurs-kinésithérapeutes ont un champ d'action qui s'étend de la naissance à la fin de vie, sur l'ensemble des pathologies aiguës et chroniques, au cabinet du praticien comme au domicile du patient.

Département	Nb de MK	Nb de MK de -50 ans	Part des - 50 ans dans les MK	Densité MK pour 100 000 hab	Densité MK pour 100 hab de 75 ans et plus
Cher	174	113	64,94	55,82	481,61
Eure-et-Loir	198	121	61,11	46,00	515,49
Indre	112	71	63,39	48,66	365,25
Indre-et-Loire	509	376	73,87	85,74	853,80
Loir-et-Cher	171	98	57,31	51,62	435,29
Loiret	444	312	70,27	67,31	745,16
Région	1 608	1 091	67,85	62,89	609,81

Source ADELI / INSEE (mise à jour 27/05/16)

Répartition des MK



Un zonage spécifique aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux a été réalisé par l'ARS en 2012, sur la base de données 2010 (cf. Annexe 1 – Zonage MK libéraux), il conviendra donc de s'y référer avec réserves.

Les orthophonistes

Les orthophonistes contribuent également à l'offre de proximité, à différents niveaux, parmi lesquels :

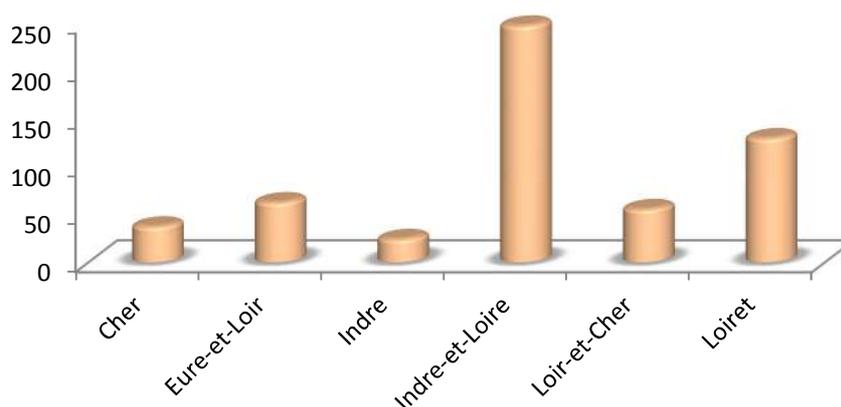
- l'intervention auprès des enfants porteurs de troubles du langage, dès leur plus jeune âge et ultérieurement dans le cadre du handicap ou non, incluant la notion de guidance parentale ;
- la continuité des soins de rééducation à la sortie d'hospitalisation, notamment pour les affections neurologiques (AVC, tumeurs, traumatismes crâniens,...) et ORL (cancérologie, dysphagie,...) ;
- la contribution au diagnostic des maladies dégénératives, suivi de la prise en charge du patient pour le maintien de la communication et d'une aide aux aidants pour une meilleure compréhension des troubles conduisant à un accompagnement approprié.

Données relatives aux orthophonistes libéraux :

Département	Nb d'orthophonistes	Nb d'orthophonistes de -50 ans	Part des – 50 ans dans les orthophonistes	Densité orthophonistes pour 100 000 hab
Cher	38	26	68,42	12,19
Eure-et-Loir	63	44	69,84	14,64
Indre	25	13	52,00	10,86
Indre-et-Loire	248	189	76,21	41,77
Loir-et-Cher	55	37	67,27	16,60
Loiret	131	84	64,12	19,86
Région	560	393	70,18	21,90

Source ADELI / INSEE (mise à jour 27/05/16)

Répartition des orthophonistes



A l'instar des masseurs-kinésithérapeutes, un zonage spécifique pour les orthophonistes libéraux datant de 2012 (élaboré sur la base de données 2010) est toujours en vigueur (cf. Annexe 1 – Zonage orthophonistes libéraux).

Données 2014 relatives aux orthophonistes (tous statuts confondus) :

Département	Libéral ou mixte	Salarié hospitalier	Autres salariés	Total	Densité
Cher	32	8	18	58	19
Eure-et-Loir	65	7	15	87	20
Indre	25	3	11	39	17
Indre-et-Loire	236	22	41	299	50
Loir-et-Cher	54	9	10	73	22
Loiret	130	12	31	173	26
Région	542	61	126	729	28

Source : DRESS / ADELI (mise à jour 01/01/14)

Les infirmiers

Les infirmiers (de par leur présence 7 jours sur 7), sont, comme les autres professionnels du premier recours, des acteurs de santé publique.

Dans le contexte de la démographie médicale déclinante nécessitant l'optimisation du temps médical, leur implantation sur le territoire, et leur insertion dans la vie médico-sociale, leur implication dans la prise en charge globale, l'observance et le suivi des malades chroniques est fondamentale (cf. Annexe 1 – Zonage infirmiers libéraux). La fréquence de leur passage à domicile (une à plusieurs fois par jour) et leur expertise professionnelle sont des atouts majeurs pour éduquer, coordonner, déceler, repérer ou prévenir une dégradation de l'état du patient.

Département	Nb d'infirmiers	Nb d'infirmiers de -50 ans	Part des - 50 ans dans les infirmiers	Densité infirmiers pour 100 000 hab	Densité infirmiers pour 100.000 hab. de 75 ans et +
Cher	304	213	70,07	97,53	841,44
Eure-et-Loir	301	200	66,45	69,93	783,65
Indre	285	186	65,26	123,82	929,42
Indre-et-Loire	524	339	64,69	88,26	878,96
Loir-et-Cher	303	192	63,37	91,46	771,30
Loiret	503	362	71,97	76,26	844,18
Région	2 220	1 492	67,21	86,83	841,91

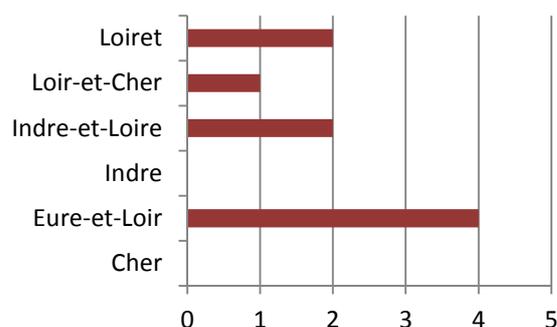
Source ADELI / INSEE (mise à jour 27/05/16)

Les ergothérapeutes

Les ergothérapeutes sont des professionnels de santé qui évaluent et traitent les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social.

Département	Nb d'ergothérapeutes (libéral ou mixte)	Part des femmes
Cher	0	0
Eure-et-Loir	4	50
Indre	0	0
Indre-et-Loire	2	50
Loir-et-Cher	1	100
Loiret	2	100
Région	9	66,7

Source : DREES / ADELI (mise à jour 01/01/14)

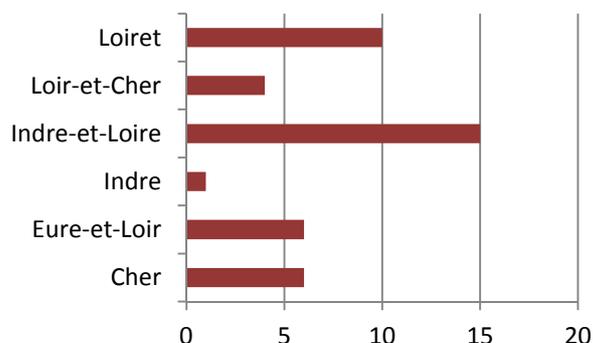


Les psychomotriciens

Les psychomotriciens sont des spécialistes des troubles moteurs et ont plusieurs champs d'action : l'éducation, la thérapie et la rééducation. Ils s'adressent donc à un large public.

Département	Nb de psychomotriciens (libéral ou mixte)	Part des femmes
Cher	6	83,3
Eure-et-Loir	6	83,3
Indre	1	100
Indre-et-Loire	15	80
Loir-et-Cher	4	100
Loiret	10	100
Région	42	88,1

Source : DREES (mise à jour 1/01/14)



Bilan global de l'offre de soins en 1^{er} recours

La démographie des professionnels de santé actuelle (quels que soient leur statut, leur catégorie) est inquiétante en région Centre-Val de Loire.

Dans certaines zones déficitaires de la région, la moitié des médecins a une activité supérieure de 50 % à la moyenne nationale - soit plus de 7 800 actes par an.

Relativement vaste et peu dense, la région Centre-Val de Loire présente un caractère à majorité rural, et se caractérise également par de très fortes disparités en matière de répartition des professionnels de santé dans les territoires infra régionaux ; seul le département d'Indre-et-Loire bénéficie de l'attractivité de la faculté de médecine et présente des densités de professionnels conformes à la densité métropolitaine. Certains secteurs de ce département connaissent de sérieuses difficultés en matière d'offre de soins de premier recours, comme le Cher, l'Indre et l'Eure-et-Loir.

2.3.2. Exercice regroupé

Sont considérées comme structures d'exercice regroupé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé et les centres de santé.

Type d'exercice pour les médecins généralistes y compris MEP

Département	Nb de MG y compris MEP	Nb de PS ayant un cabinet individuel	Nb de PS en exercice regroupé	Nb de PS exerçant en établissement/autre
Cher	223	113	106	18
Eure-et-Loir	286	148	136	5
Indre	169	124	45	31
Indre-et-Loire	590	199	393	22
Loir-et-Cher	271	161	114	1
Loiret	485	245	235	18
Région	2 010	988	1 025	94

Source : RPPS (mise à jour 27/05/16)

Près de 51 % des médecins généralistes de la région sont installés en exercice regroupé.

2.3.2.1. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Inscrites dans la loi HPST comme l'une des priorités (art.39) et souvent présentées comme le pivot de l'organisation de la médecine générale de demain, les MSP suscitent un vif intérêt.

La maison de santé apporte une sécurité, par le regroupement en un seul lieu et ce critère est fondamental, tant pour les étudiants en médecine, que pour les élèves se destinant aux professions de santé.

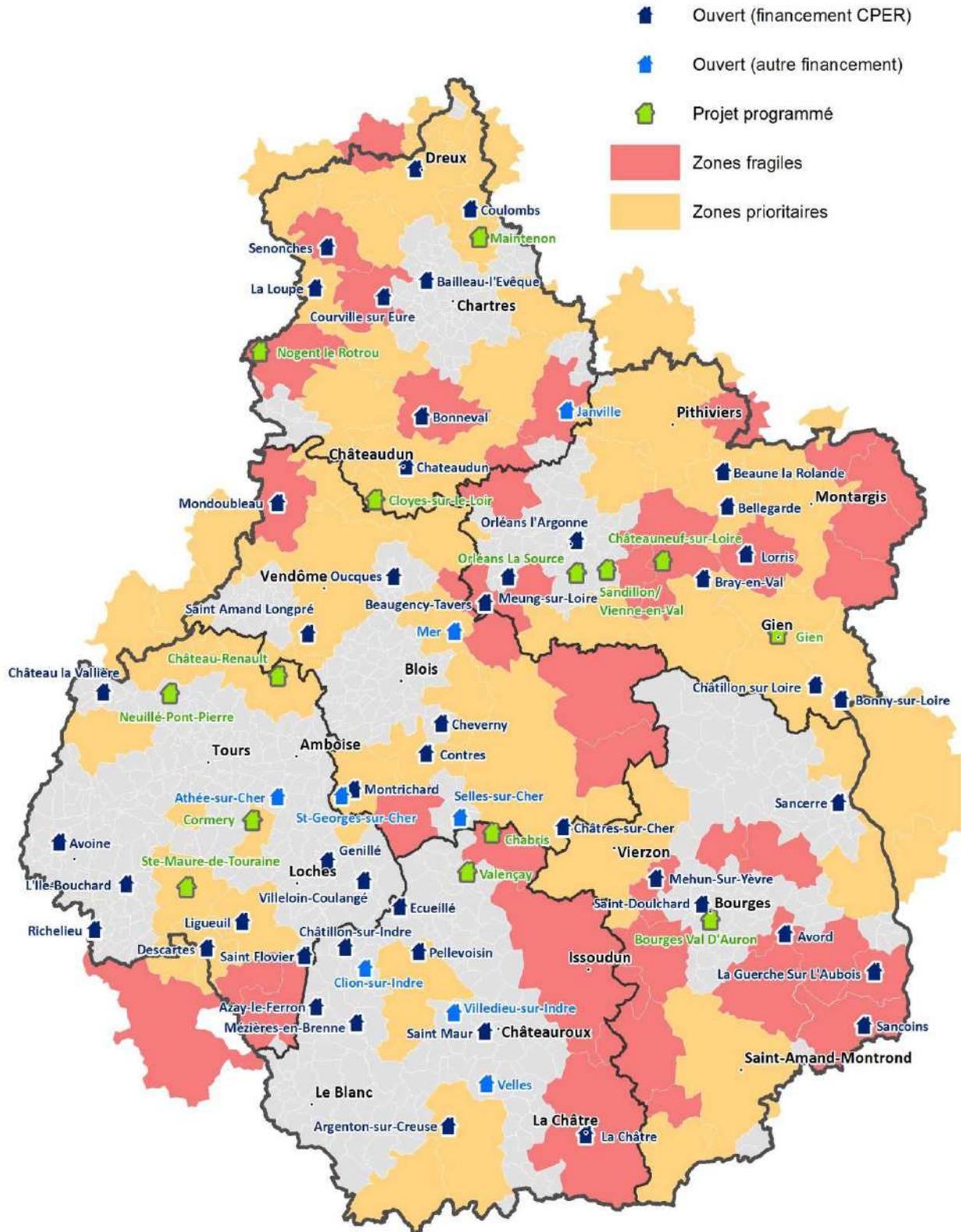
Les MSP constituent un cadre facilitateur pour une nouvelle façon d'exercer fondée sur la pluridisciplinarité, la coordination, l'échange de pratiques, la coopération pour une prise en charge globale de la santé en offrant une articulation entre prévention et soins.

Elles permettent de maintenir, voire de développer l'offre de soins, en facilitant la succession des professionnels cessant ou en voie de cesser leur activité, tout en offrant un cadre sécurisé d'exercice via le regroupement.

A ce jour, 55 MSP sont en fonctionnement, réparties de la manière suivante :

CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET
6	9	10	11	10	9

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires - Avril 2016



0 20 km

Réalisation: ARS Centre-Val de Loire - Avril 2016 Source: ARS du Centre - IGN ©



2.3.2.2. Les pôles de santé

La maison de santé est un mode d'organisation du premier recours attractif, elle n'est cependant pas la seule réponse possible dans tous les territoires fragiles en offre de soins si les professionnels de santé n'adhèrent pas à ce type de démarche.

Les pôles de santé pluridisciplinaires (PSP) ont été créés par la loi du 21 juillet 2009 (article L.6323-4 du CSP).

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des établissements de santé et des services médico-sociaux, des GCS et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

En région Centre-Val de Loire, 3 pôles de santé sont en fonctionnement :

- pôle de santé secondaire de Lye (36) rattaché au pôle principal de Valençay ;
- pôle de santé du sud Lochois (37) ;
- pôle de santé de Mur de Sologne (41).

2.3.2.3. Les centres de santé

Il existe également des structures sanitaires de proximité beaucoup plus anciennes, dispensant principalement des soins de premier recours : les centres de santé (article L.6323-1 du code de la santé publique et décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé).

Un centre de santé peut être constitué en association loi 1901, intégré à des services municipaux ou relevant d'une mutuelle, d'un organisme de sécurité sociale, d'une congrégation, d'un établissement de santé.

Il existe plusieurs catégories de centres de santé :

Les centres de santé infirmiers (CSI)

CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET
1	2	-	7	-	-

Source : FINESS

Les centres de santé dentaires (CSD)

CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET
3	5	4	6	7	5

Source : FINESS

Les centres de santé communaux/municipaux/polyvalent

CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET
-	1	-	-	1	-

Source : FINESS

2.3.3. Services hospitaliers

2.3.3.1. Neurologie

La neurologie est la spécialité médicale centrée sur les maladies organiques du système nerveux central et périphérique.

Le service de neurologie accueille des patients présentant des symptômes liés à la SEP, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Ce service doit disposer par ailleurs d'un plateau technique complet pour les explorations radiologiques, cardiologiques et neurophysiologiques correspondant à ces maladies.

Liste des établissements dotés d'un service de neurologie

Cher	CH de Bourges
Eure-et-Loir	CH de Dreux
	CH de Chartres
Indre	CH de Châteauroux
Indre-et-Loire	CHRU de Tours
Loir-et-Cher	CH de Blois
Loiret	CHR d'Orléans

Liste des établissements dotés d'une unité neurovasculaire (UNV) :

- CH de Bourges
- CH de Dreux
- CH de Chartres
- CHRU de Tours
- CHR d'Orléans

2.3.3.2. Gériatrie

Filières gériatriques

L'offre de soins gériatriques en région Centre-Val de Loire est organisée à partir d'un ensemble de dispositifs au sein des territoires et repose sur une prise en charge graduée et diversifiée adaptée aux particularités de chacun des six territoires de la région.

La filière gériatrique est un des acteurs structurant l'offre sanitaire.

Les préconisations du projet régional de santé favorisent, dans ses schémas régionaux d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, une approche transversale à type de parcours de soins coordonnés intégrant l'ensemble des composantes de la filière gériatrique⁶.

⁶ Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Les différents dispositifs « gériatriques » de la filière sont portés par un établissement sanitaire :

- consultation gériatrique (consultation médico-psycho-sociale),
- court séjour gériatrique,
- pôle d'évaluation s'appuyant sur l'hôpital de jour,
- consultation mémoire labellisée ou non,
- équipes mobiles intra hospitalières,
- soins de suite et de réadaptation (SSR) autorisés avec la mention affection de la personne âgée polyopathologique,
- unité de soins de longue durée (USLD) dite redéfinie.

Organisation des filières gériatriques en région Centre-Val de Loire

- La filière de soins gériatriques a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours de soins possibles du patient âgé.
- La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité, mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.
- L'établissement « support » de la filière gériatrique de référence comporte : une structure d'urgence, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation gériatrique de jour, un SSR Gériatrique, une USLD. Des filières gériatriques dites de « proximité » complètent l'offre en coordination avec la filière de référence.
- La filière gériatrique implique de solides partenariats avec d'autres structures (hôpitaux locaux, SSR, HAD, Equipe d'appui départementales de soins palliatifs, CLIC, SSIAD...) dont les modalités sont formalisées par conventions. Celles-ci sont inscrites dans les CPOM. Elle doit s'inscrire dans la démarche d'intégration portée par les dispositifs MAIA.
- Outre ces missions, la filière gériatrique assure un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville, les secteurs médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels intervenant auprès des personnes âgées.
- La mise en place des dispositifs cités ci-dessus a permis d'identifier une ou plusieurs filières gériatriques sur chaque territoire⁷ : trois dans le Cher dont deux labellisées (CH de Bourges et CH de Vierzon), deux en Eure et Loir (CH de Chartres et CH de Dreux), une dans l'Indre (CH de Châteauroux), une labellisée en Indre et Loire (CHU de Tours), deux labellisées dans le Loir et Cher (CH de Blois et CH de Vendôme) et deux dans le Loiret dont une labellisée (CHR d'Orléans).

⁷ Schéma régional d'organisation des soins 2012-2016

Objectifs et actions spécifiques en cours de réalisation dans les territoires

Favoriser le dépistage précoce des facteurs de fragilité pour prévenir la perte d'autonomie.

- La mise à disposition pour les médecins généralistes d'un numéro d'appel unique pour avis gériatrique auprès des médecins gériatres hospitaliers :
Ce numéro est mis en place pour la plupart des filières de référence et en cours pour les autres. Les difficultés qui remontent du terrain sont d'ordre organisationnel. Il restera également à en développer l'usage auprès des médecins libéraux.
La part des admissions directes des personnes âgées en hospitalisation dans les services de court séjour gériatrique devra permettre d'en évaluer l'efficacité.
- Limiter le recours à l'hospitalisation en urgence des personnes âgées à domicile et en EHPAD en améliorant la coordination de tous les acteurs sur chaque territoire est un point prioritaire. Dans cet objectif l'élaboration des guides de ressources régional et par territoire à destination des usagers et des professionnels de santé est poursuivi avec en particulier le déploiement de VIA Trajectoire.
- Les équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières sont fonctionnelles au sein des établissements de référence dans les six territoires. Il sera nécessaire de disposer d'outils d'évaluation qui soient pertinents et harmonisés.
Il n'y pas d'équipe mobile gériatrique extra hospitalière dans la région en dehors d'une équipe mobile médico-sociale expérimentale d'accompagnement dans le département de l'Indre.

Cet objectif nécessite donc une attention particulière dans notre région. Dans ce sens un projet d'EMG extra hospitalière est en cours d'étude dans l'Indre et Loire dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.

Un appel à projet est également lancé pour le département du Loiret pour un dispositif d'EMG extra hospitalière expérimental de type médico-social avec une attention particulière pour la population migrante vieillissante.

Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique

- Une formalisation progressive des filières s'appuyant sur une offre de proximité et respectueuse des dynamiques locales est mise en œuvre ;
- Dans les zones déficitaires (absence de services de courts séjours gériatriques ; difficultés à recruter des médecins gériatres etc.) des actions sont en cours pour renforcer les partenariats entre filière de référence et filière de proximité. Les travaux en cours dans le cadre des GHT et le développement de la télémédecine constituent également des leviers d'action majeurs.

2.3.3.3. Psychiatrie

L'offre de soins psychiatrique s'inscrit dans l'offre générale des soins. Celle-ci répond à une logique d'organisation hiérarchisée, telle que proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- niveau I : soins de proximité, soins primaires ou de premier recours mis en œuvre par tous les acteurs de soins de proximité au 1^{er} rang desquels interviennent les psychiatres libéraux et les médecins généralistes ;
- niveau II : soins spécialisés mis en œuvre par la psychiatrie hospitalière privée ou publique. Le niveau 2 doit pouvoir disposer d'un plateau technique pour les traitements physiques en psychiatrie ;
- niveau III : soins très spécialisés, de recours régional.

La répartition régionale est la suivante :

Département	Etablissements publics	Etablissements privés
Cher	1 CH Georges Sand à Bourges	2 Clinique de la Gaillardière CHS Centre de réadaptation socio-professionnelle
Eure-et-Loir	3 CH de Chartres, CH de Dreux, CH de Bonneval	0
Indre	2 CH de Châteauroux, CH La Châtre	1 Clinique du Haut Cluzeau
Indre-et-Loire	4 CHRU de Tours, CH de Chinon, CH de Loches, CHIC Amboise-Château-Renault	3 Cliniques : Vontes et Champgault, Ronsard, Val de Loire
Loir-et-Cher	3 CH de Blois, CH de Romorantin, CH de Vendôme	3 Cliniques médicale du Centre, Cour-Cheverny, Chailles
Loiret	2 CHD Fleury-les-Aubrais, CHAM	3 Cliniques : Le Pont de Gien, Belle Allée, AIDAPHI
Région	15	12

Source : SAE (via DIAMANT), données 2014

Les dispositifs de psychiatrie prennent en charge un certain nombre de personnes âgées, en particulier dans le cadre du suivi au long cours des patients chroniques de leur file active. Il est donc prioritaire de poursuivre le développement d'une offre de soins spécifique en psychiatrie de la personne âgée.

→ **Objectif d'une structure de psycho-gériatrie par territoire de santé.**

2.3.3.4. Hospitalisation à domicile (HAD)

Les établissements d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du patient, pour une durée limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Les structures d'HAD sont des établissements sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics.

Les structures d'HAD sont réparties ainsi :

Département	Promoteur	Zone d'intervention
CHER	CH de Bourges	Bourges
	SAS HAD France	Aubigny-sur-Nère, Vierzon, St Amand-Montrond et Issoudun
EURE-ET-LOIR	Spheria Val de France	Chartres, Châteaudun, Nogent-le-rotrou
INDRE	CH de Châteauroux	Châteauroux et Argenton-sur-Creuse
INDRE-ET-LOIRE	Le Noble âge santé	Tours
	ASSAD-HAD Touraine	Indre-et-Loire
LOIR-ET-CHER	Le Noble âge santé	Loir-et-Cher
LOIRET	Le Noble âge santé	Orléans et Montargis
	Spheria Val de France	Orléans, Olivet, Gien, Pithiviers et la commune de Bellegarde

Source : SAE (via DIAMANT), données 2014

2.3.3.5. Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les établissements de SSR ont vocation à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Pour remplir ces missions, l'établissement de SSR doit être en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et son entourage ;
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale ou professionnelle.

Ces établissements font l'objet d'une autorisation délivrée par l'ARS accompagnée de la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées pour les catégories d'affections suivantes (entre autres) :

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

	Nombre d'implantations		
	Appareil locomoteur	Système nerveux	Personnes âgées
CHER	5	4	10
EURE-ET-LOIR	4	4	8
INDRE	2	2	4
INDRE-ET-LOIRE	5	4	9
LOIR-ET-CHER	4	5	3
LOIRET	5	5	10

Source : ARHGOS

2.3.3.6. Unités de soins de longue durée (USLD)

Les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Les USLD assurent la prise en charge de patients soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence, elles permettent de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un maintien ou un retour du patient à son domicile n'est plus possible, et d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR.

Implantation géographique des USLD

Territoires	Nombre d'implantations	Sites
CHER	5 (dont 1 sur 2 sites)	Bourges (2 sites)
		Bourges
		Vierzon
		Saint-Amand-Montrond
		Sancerre
EURE-ET-LOIR	4	Dreux
		Bonneval
		Châteaudun
		La Loupe
INDRE	4	Saint-Maur
		Le Blanc
		Châtillon-sur-Indre
		Issoudun
INDRE-ET-LOIRE	2	Chinon
		Saint-Cyr-sur-Loire
LOIR-ET-CHER	2	Blois
		Romorantin
LOIRET	6 (dont 2 sur 2 sites)	Orléans (2 sites)
		Montargis (2 sites)
		Briare
		Pithiviers

Source : SAE (via DIAMANT), données 2014

2.3.3.7. Consultations mémoire

La consultation mémoire se situe dans un établissement de soins de court séjour et doit pouvoir avoir accès autant que possible à des places d'hospitalisation de jour qui permettent de regrouper en un lieu et sur une journée tous les examens nécessaires et éviter une hospitalisation classique à chaque fois que celle-ci n'a pas de justification médicale.

Leurs principales missions sont :

- affirmer le trouble mnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence ;
- rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi ;
- prescrire les traitements spécifiques, les séances de réhabilitation proposées à domicile par les SSIAD Alzheimer ;
- identifier les consultations complexes justifiant le recours au Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) ;
- transmettre rapidement le résultat des consultations au médecin traitant sous huit jours, notamment lors de l'annonce du diagnostic ;
- participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels (généralistes, personnels des services de soins infirmiers à domicile).

A la suite de la circulaire du 20/10/2011 avec publication du nouveau cahier des charges, la région dispose de :

Département	Consultations mémoire labellisées 2013	Consultations avancées 2013 ⁽¹⁾
Cher	3 (CH Bourges, CH Vierzon, CH St Amand Montrond)	1 (CH Sancerre)
Eure-et-Loir		2 (CH Chartres, CH Dreux)
Indre	1 (CH Châteauroux)	
Indre-et-Loire	2 (CHRU Tours, CH Chinon)	1 (CHIC Amboise)
Loir-et-Cher	1 (CH Blois)	1 (CH Vendôme)
Loiret	2 (CHR Orléans, CH Montargis)	
Région	9	5

(1) Consultation avancée : consultation participant à l'offre de soins dans l'attente de réunir tous les critères pour être labellisée consultation mémoire.

2.3.3.8. Unités Cognitivo Comportementale (UCC) en SSR

Unités de 10 à 12 lits au sein de structures de SSR polyvalents ou gériatriques destinée à offrir une prise en charge spécifique pour les patients jeunes et âgés atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, encore valides, avec troubles du comportement productifs, agressivité qu'ils soient à domicile ou en institution. Elles ont pour objectif, au moyen d'un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale de stabiliser les troubles du comportement.

5 UCC pour la région : 1 dans le Cher (CH Vierzon), 1 non encore attribuée dans le 28, 0 dans l'Indre, 1 dans l'Indre-et-Loire (CHRU Tours), 1 dans le Loir-et-Cher (CH Blois), 1 dans le Loiret (CHR Orléans)

Les UCC sont reprises dans le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 dans la mesure 17. Le besoin identifié se situe dans une fourchette de 20 à 30 UCC supplémentaires. Il est notamment prévu de développer la Banque nationale Alzheimer (BNA) en développant un module pour les UCC.

2.3.3.9. Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) en USLD

Lieu de vie fonctionnant jour et nuit et proposant à des résidents d'EHPAD ou d'USLD (Unités de Soins de Longue Durée) présentant des troubles du comportement sévères, un hébergement, des soins, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace spécialement aménagé.

L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

La capacité maximale de l'UHR sanitaire est de 20 places.

Objectif du plan Alzheimer 2008-2012 : 9 UHR sur le sanitaire.

Financement de 40 000 € correspondant au financement d'un emploi de professionnel de rééducation (ergothérapeute, psychomotricien) + 50 000 € sous conditions pour investissement.

Département	Nombre	Commentaires
Cher	2	CH Vierzon, CH Bourges
Eure-et-Loir	1	CH Châteaudun (autorisée, non installé)
Indre	1	CDGI Les Grands Chênes
Indre-et-Loire	1	CH Chinon
Loir-et-Cher	2	CH Blois, CH Romorantin
Loiret	2	CHR Orléans 1 deuxième reste à mettre en place sur Montargis
Région	9	7 sont installées et une attribuée au CH de Montargis (installation programmée en Octobre 2016)

2.3.3.10. Equipes mobiles gériatriques intra-hospitalières

Elles fonctionnent au sein d'une structure hospitalière siège d'un service d'accueil des urgences et disposant d'un court-séjour gériatrique.

Elles interviennent auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières. Elles apportent un avis spécialisé dans la prise en charge et l'orientation des personnes âgées.

Département	Nombre	Commentaires
Cher	2	Bourges et Vierzon
Eure-et-Loir	2	Chartres et Dreux
Indre	1	Châteauroux
Indre-et-Loire	1	Tours
Loir-et-Cher	1	Blois
Loiret	2	Orléans et Montargis
Région	9	

3. AUTONOMIE

3.1. Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux pour personnes handicapés

3.1.1. ESMS pour adultes handicapés

Structures de prise en charge

- **FAM** : (Foyers d'accueil médicalisés), ces structures accueillent des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées qui ont besoin d'une aide pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne. Ces personnes reçoivent des soins constants et un suivi médical permanent ;
- **MAS** : (Maisons d'accueil spécialisées), ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite également une surveillance médicale et des soins constants. Les soins ne sont pas intensifs. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours à un médecin en cas d'urgence, et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien et de soins de nursing.
- **SAMSAH** : (Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées), ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils prennent en charge des personnes adultes handicapées ayant besoin de soins réguliers et coordonnés et d'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert ;
- **ESAT** : (Etablissements et services d'aide par le travail), il s'agit de structures de travail adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées, et bénéficient d'un soutien social et éducatif.
- **SSIAD** (Services de Soins Infirmiers A Domicile) : assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale et l'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne : ils sont destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou dépendantes et **aux personnes de moins de 60 ans avec un handicap ou atteintes de maladies chroniques**. Ces services contribuent au maintien à domicile des personnes.

Structures Adultes handicapés	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région
FAM	6	12	5	12	11	14	60
MAS	4	2	6	6	4	4	26
SAMSAH	1	3	2	3	4	5	18
ESAT	8	14	13	16	11	22	84
SSIAD	11	10	2	7	17	15	62

Source : FINESS 08/07/2016 - Sont pris en compte les établissements principaux et secondaires

Places installées Adultes handicapés	Autistes	Cérébrolésés	Déficience auditive avec troubles associés	Déficience du psychisme (SAI*)	Déficience intellectuelle (SAI*)	Déficience intellectuelle avec troubles associés	Déficience motrice avec troubles associés	Déficience motrice sans trouble associé	Polyhandicap	Toutes déficiences PH (SAI*)	Total général
Cher	21	5		6	566		29	48	58	132	865
E.S.A.T.					519		18	31		32	600
F.A.M.	21			6	30		11			51	119
M.A.S.					17				58		75
S.A.M.S.A.H.		5						17			22
S.S.I.A.D.										49	49
Eure-et-Loir	44	15		166	712	49	15	30	87	73	1 191
E.S.A.T.	6			30	702	49					787
F.A.M.	38			49	10		15		25	45	182
M.A.S.	0			27					62		89
S.A.M.S.A.H.		15		60				30			105
S.S.I.A.D.										28	28
Indre	55			102	220	74	24		40	316	831
E.S.A.T.				29	197					249	475
F.A.M.				32	23	10			40	20	125
M.A.S.	55			21		64	24			10	174
S.A.M.S.A.H.				20						10	30
S.S.I.A.D.										27	27
Indre-et-Loire	55	35		68	878	36		30	156	624	1 882
E.S.A.T.	10				852					393	1 255
F.A.M.	38	19		60	6	36			80	24	263
M.A.S.	7	16			20				76	75	194
S.A.M.S.A.H.				8				30		38	76
S.S.I.A.D.										94	94
Loir-et-Cher	36	29	70	127	262	102	142		60	278	1 106
E.S.A.T.			60		262		59			217	598
F.A.M.	36	16	10	2		102	51				217
M.A.S.				85					60		145
S.A.M.S.A.H.		13		40			32				85
S.S.I.A.D.										61	61
Loiret	97	10		57	523	32	16	122	165	829	1 851
E.S.A.T.					478	22	10	79		633	1 222
F.A.M.	87			42	45	10	6	8		97	295
M.A.S.	10	10							146	15	181
S.A.M.S.A.H.				15				35	19	12	81
S.S.I.A.D.										72	72
Total général	308	94	70	526	3 161	293	226	230	566	2 252	7 726

Source : FINISS 08/07/2016

SAI : sans autre indication

3.1.2. Personnes handicapées vieillissantes

Répartition des établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes								
Département	MAS		FAM		EHPAD		Total	
	Nbre d'ET	Nb de places						
Cher	1	16	2	59			3	75
Eure-et-Loir			3	124			3	124
Indre	1	11					1	11
Indre-et-Loire					3	49	3	49
Loir-et-Cher			4	24			4	24
Loiret			1	6			1	6
Total	2	27	10	213	3	49	15	289

Source : FINESS au 01/09/2015 (Capacité autorisée)

En région Centre-Val de Loire, 15 établissements, pour lesquels l'accueil des personnes handicapées vieillissantes est formalisé dans l'autorisation et par conséquent saisi dans FINESS, accueillent des personnes handicapées vieillissantes pour une capacité de 289 places, essentiellement en FAM. L'équipement en structures médico-sociales spécifiques n'est pas uniforme dans tous les départements.

Plus généralement, fin 2012 la part des personnes handicapées de 45 ans et plus accueillies en région Centre-Val de Loire dans 46 FAM s'élevait à 81%. Ce constat doit permettre d'interroger sur la prise en compte des maladies neurodégénératives au sein de ces établissements.

L'étude menée par le CREAL en région Centre-Val de Loire⁸ sur la prise en compte du vieillissement des adultes handicapés a permis de formuler des recommandations visant notamment à considérer la réponse aux problématiques hétérogènes rencontrées sous l'angle d'un accompagnement personnalisé à type de parcours.

⁸ Etude sur le vieillissement des adultes handicapés en FAM et FV en région Centre, 2013 ; CREAL Centre, ARS Centre

3.2. Établissements Sociaux et Médico-Sociaux pour personnes âgées

Les données cartographiques relatives à l'offre d'hébergement permanent, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sont représentées par bassin de vie.

3.2.1. Description de l'offre médico-sociale

3.2.1.1. EHPAD

Répartition des EHPAD selon le mode d'accueil (hors UHR)					
Département	Nombre d'EHPAD	Nombre de places			
		Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour ou de nuit	Total
Cher	42	4 077	82	74	4 233
Eure-et-Loir	47	4 203	81	66	4 350
Indre	41	3 233	55	48	3 336
Indre-et-Loire	65	6 228	50	60	6 338
Loir-et-Cher	52	4 457	109	58	4 624
Loiret	68	6 382	144	63	6 589
Total	315	28 580	521	369	29 470

Source : FINESS au 01/09/2015 (Capacité autorisée)

Plus de 40 % des établissements et du nombre de places offertes sont situés dans l'Indre-et-Loire et le Loiret, en corrélation avec la population concernée. Le mode d'accueil principal est l'hébergement permanent puisque l'hébergement temporaire et l'accueil de jour ne représentent que 3 % des places.

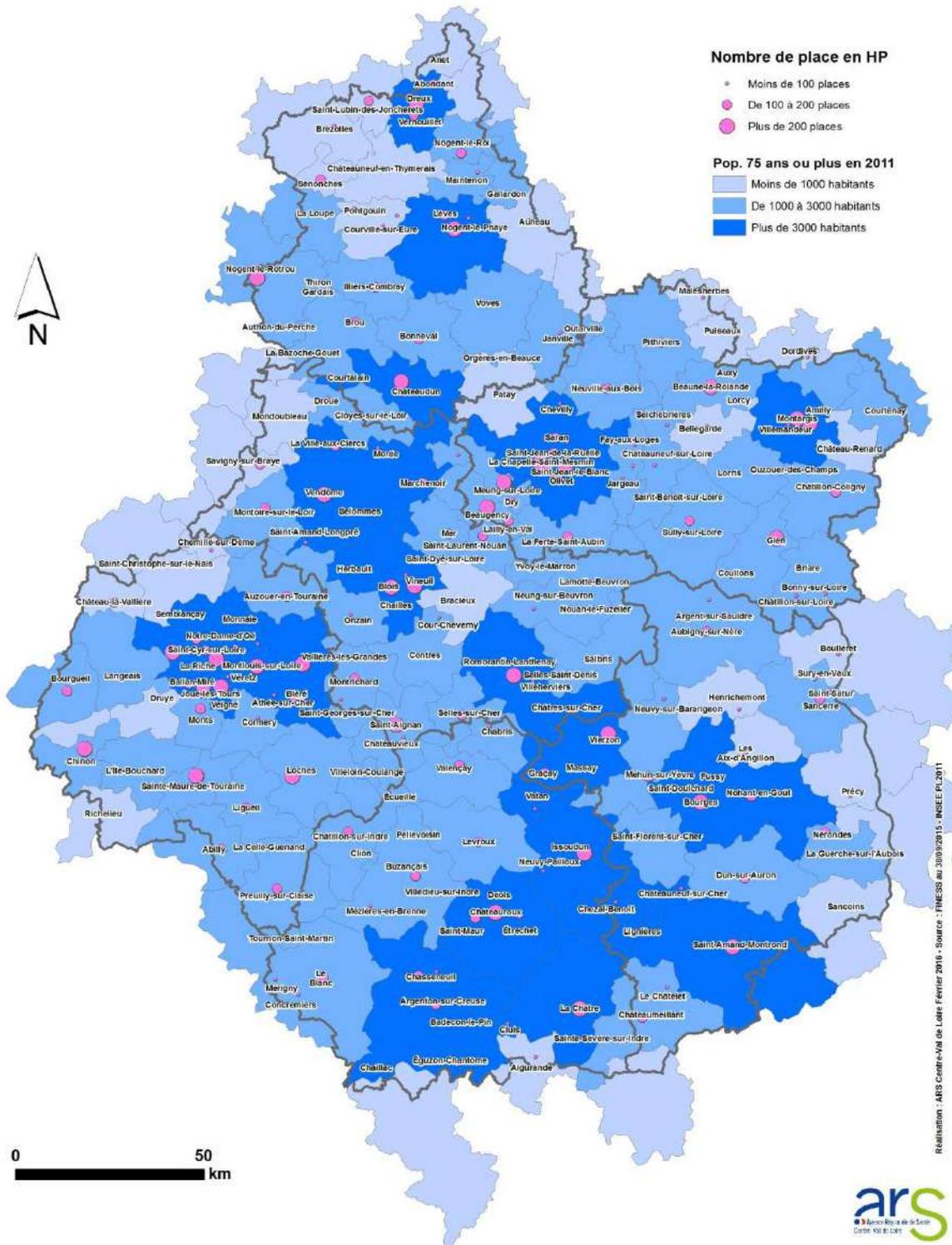
3.2.1.2. Hébergement permanent

Hébergement permanent en EHPAD					
Département	Pop 75 ans ou plus	Capacité autorisée en hébergement permanent			Nb de places par rapport à la population concernée (en %)
		Capacité autorisée	dont capacité autorisée Alzheimer	Part de la clientèle Alzheimer (en %)	
Cher	36 128	4 077	516	12,7	11,3
Eure-et-Loir	38 410	4 203	369	8,8	10,9
Indre	30 664	3 233	320	9,9	10,5
Indre-et-Loire	59 616	6 228	763	12,3	10,4
Loir-et-Cher	39 284	4 457	431	9,7	11,3
Loiret	59 584	6 382	654	10,2	10,7
Total	263 687	28 580	3 053	10,7	10,8

Source : INSEE – RP 2011 – FINESS au 01/09/2015

La proportion de places, en hébergement permanent, par rapport à la population concernée est homogène dans chaque département avec 10,8 places pour 100 personnes de 75 ans ou plus pour la région. Sur les 28 580 places offertes, 10 % sont dédiées à une clientèle Alzheimer, soit 3 053 places.

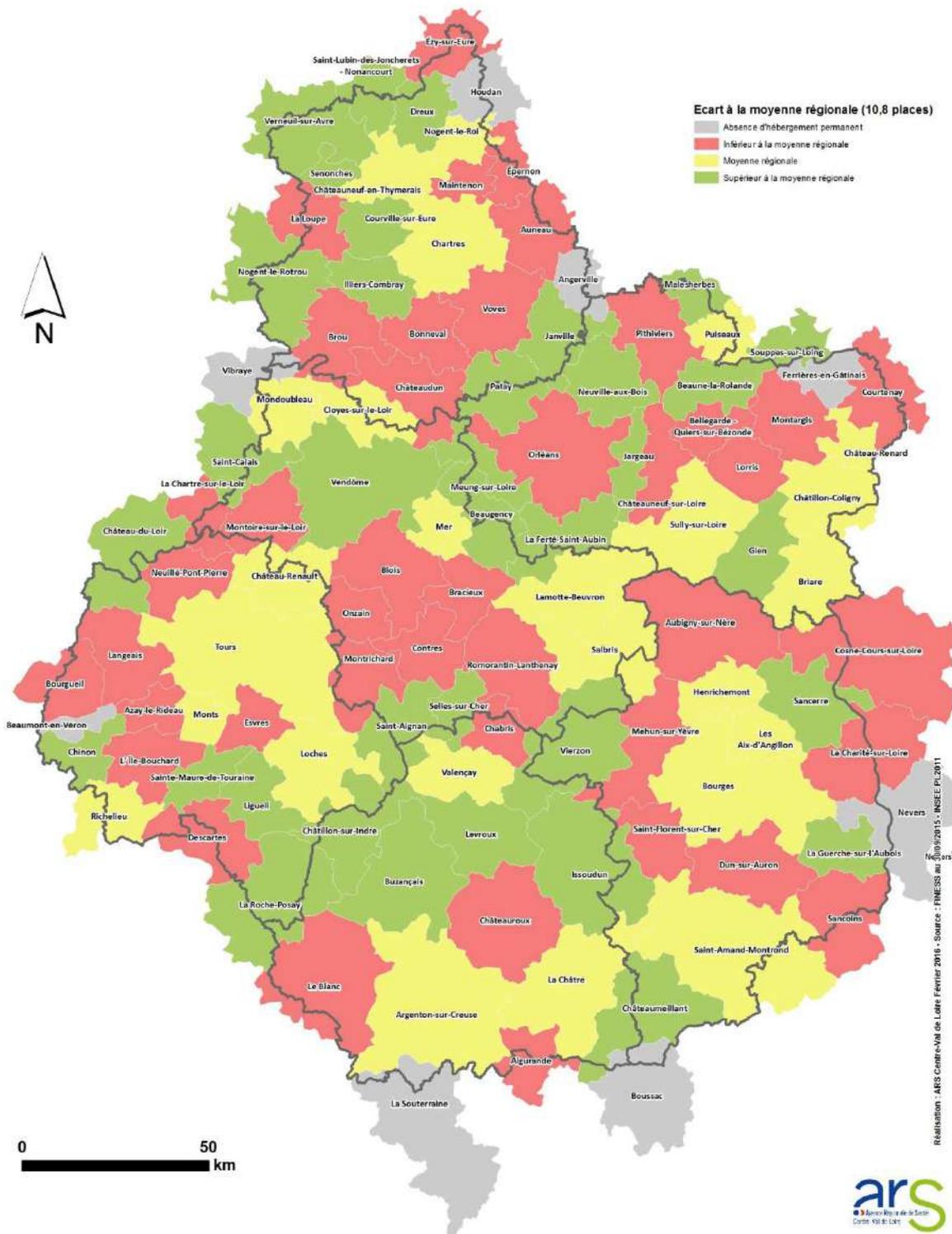
Offre en hébergement permanent en région Centre-Val de Loire (capacité autorisée)



Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Février 2016 - Source : FINESS au 30/09/2015 - INSEE PL 2011



Taux d'équipement des EHPAD en hébergement permanent (Nbre de places pour 1 000 hab de 75 ans ou plus)



3.2.1.3. Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise (isolement, absence des aidants...). Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant une entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation.

Hébergement temporaire en EHPAD ou établissements spécifiques				
Département	Pop 75 ans ou plus	Nb d'EHPAD	Capacité autorisée	Nb de places (% hab de 75 ans ou plus)
Cher	36 128	28	82	2,3
Eure-et-Loir	38 410	21	81	2,1
Indre	30 664	12	55	1,8
Indre-et-Loire*	59 616	20	120	2,0
Loir-et-Cher	39 284	22	109	2,8
Loiret	59 584	29	144	2,4
Total	263 687	132	591	2,2

Source : INSEE – RP 2011 – FINESS au 01/09/2015

* 3 établissements spécifiques

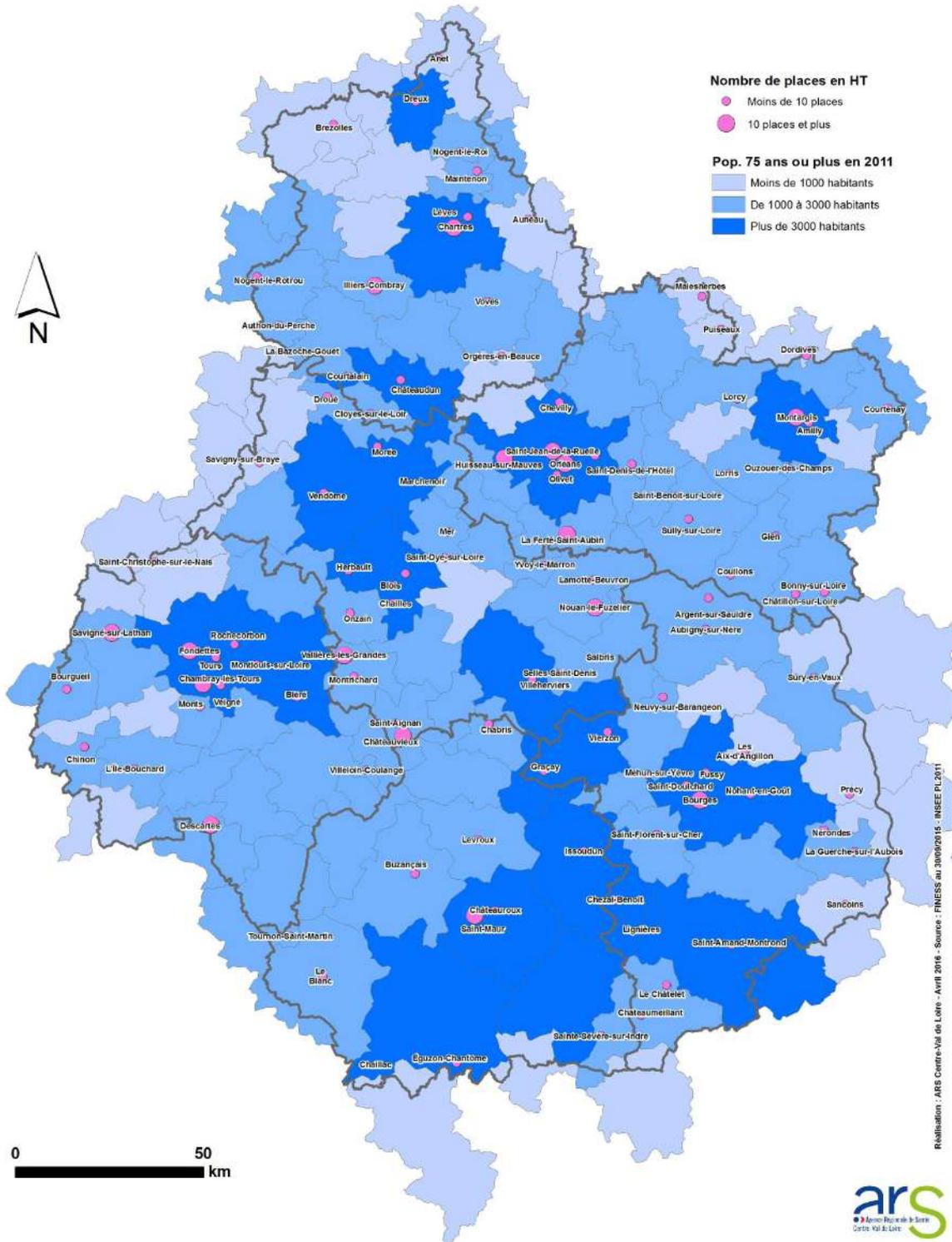
Sur les 315 structures recensées en région Centre-Val de Loire, 132 offrent un hébergement temporaire pour une capacité de 591 places. Au regard de la population concernée, le nombre de places est de 2,2 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus et près de 3 pour le Loir-et-Cher. Avec un peu plus de 4 places par établissement en moyenne, ce dispositif est restreint.

Le calendrier prévisionnel des appels à projets pour les projets autorisés conjointement par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire et le Conseil Départemental d'Indre-et-Loire prévoit la création de 22 places d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes sur le département de l'Indre-et-Loire.

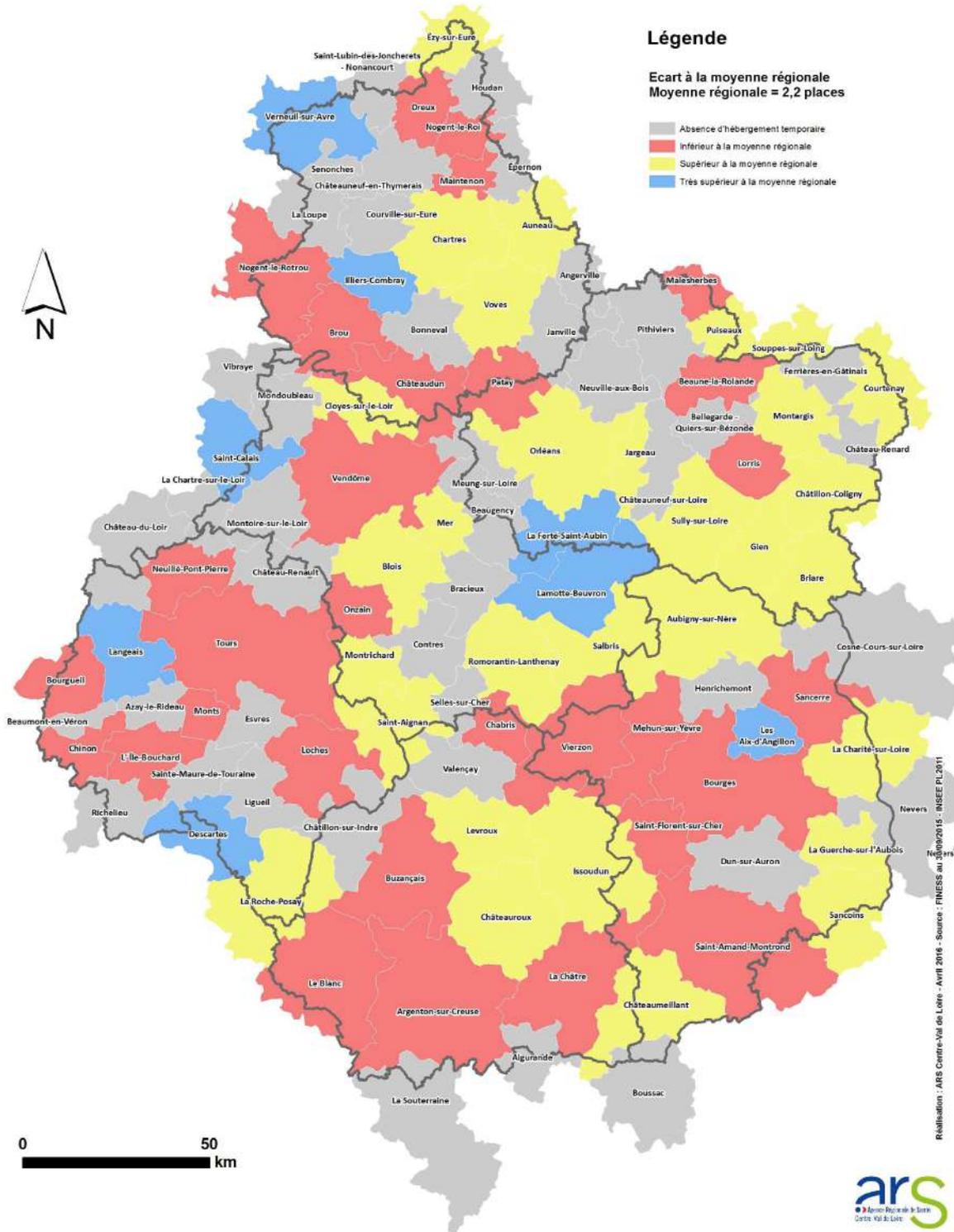
Constat régional :

- La difficulté pour répondre à une prise en charge d'urgence,
- Le manque de connaissance des professionnels sur ce type d'hébergement et notamment l'hébergement d'urgence,
- L'utilisation des places d'hébergement temporaire en places d'hébergement permanent,
- Le coût financier reste un frein pour les personnes à ressources modestes,
- Les établissements spécifiques hébergement temporaire d'Indre-et-Loire fonctionnent bien car sont bien identifiés.

Offre en hébergement temporaire en région Centre-Val de Loire (capacité autorisée)



Taux d'équipement des EHPAD en hébergement temporaire (Nbre de places pour 1 000 hab de 75 ans ou plus)



3.2.1.4. Accueil de jour

Offre de répit pour l'aidant, à visée thérapeutique pour le malade, l'accueil de jour a vocation à stimuler les capacités restantes tout en maintenant le lien social dans le cadre d'un lieu de vie partagé.

La mise en conformité des accueils de jour s'est poursuivi conformément au décret du 29 septembre 2011 fixant à 6 places minimum si rattaché à 1 EHPAD et 10 places si autonome avec néanmoins possibilité de dérogation sous conditions.

Accueil de jour : Répartition selon la catégorie d'établissement						
Département	Accueil de jour autonome		EHPAD		Total	
	Nb de structures	Capacité autorisée	Nb de structures	Capacité autorisée	Nb de structures	Capacité autorisée
Cher	1	10	8	74	9	84
Eure-et-Loir			9 ⁽¹⁾	66	9	66
Indre			6	48	6	48
Indre-et-Loire	5	105	10	60	15	165
Loir-et-Cher	2	28	8	58	10	86
Loiret	5 ⁽²⁾	56	8	63	13	119
Total	13	199	49	369	62	568

FINESS au 01/09/2015

(1) : Restructuration en cours de l'offre d'accueil de jour

(2) : Un établissement sous régime dérogatoire

Sur les 62 établissements qui proposent de l'accueil de jour, 13 sont autonomes. Un tiers des places se situent dans les centres d'accueil de jour autonomes. Avec près de 30 % des places et plus de 50 % pour l'accueil de jour autonome, le département d'Indre-et-Loire offre une part importante qui peut s'expliquer par le fait qu'il dispose d'un accueil de jour itinérant.

Accueil de jour : autonome et en EHPAD				
Département	Pop 75 ans ou plus	Nb de structures	Capacité autorisée	Nb de places (‰ hab de 75 ans ou plus)
Cher	36 128	9	84	2,3
Eure-et-Loir	38 410	9	66	1,7
Indre	30 664	6	48	1,6
Indre-et-Loire	59 616	15	165	2,8
Loir-et-Cher	39 284	10	86	2,2
Loiret	59 584	13	119	2,0
Total	263 687	62	568	2,2

Source : INSEE – RP 2011 – FINESS au 01/09/2015

Au regard de la population concernée, le nombre de places est d'un peu plus de 2 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus et près de 3 pour l'Indre-et-Loire. La moyenne est de 9 places par établissement.

Un appel à projet concernant la création de 12 places d'accueil de jour dans l'Indre-et-Loire est actuellement en cours.

Constat régional sur le recours à l'accueil de jour :

- Le coût financier
- La gestion des transports,
- Le manque de connaissance et de lisibilité de l'offre,
- La réticence des familles,
- Non proximité de l'accueil de jour par rapport au lieu de résidence.

Le faible recours à l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire est un sujet au centre des travaux conduits par la DGCS en lien avec le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique depuis le 3^{ème} trimestre 2014. Deux expérimentations sont menées actuellement dans des deux territoires des départements de Vendée et du Val de Marne. La première porte sur la diffusion d'un « bon découverte » ouvrant droit de 5 à 7 jours d'accès à l'hébergement temporaire, de 12 à 15 jours à l'accueil de jour ou de 10 à 14 nuits en accueil de nuit afin de favoriser le répit à l'aidant. La seconde consiste en une campagne de proximité auprès des professionnels visant à faire connaître cette offre aux personnes âgées et à leurs aidants.

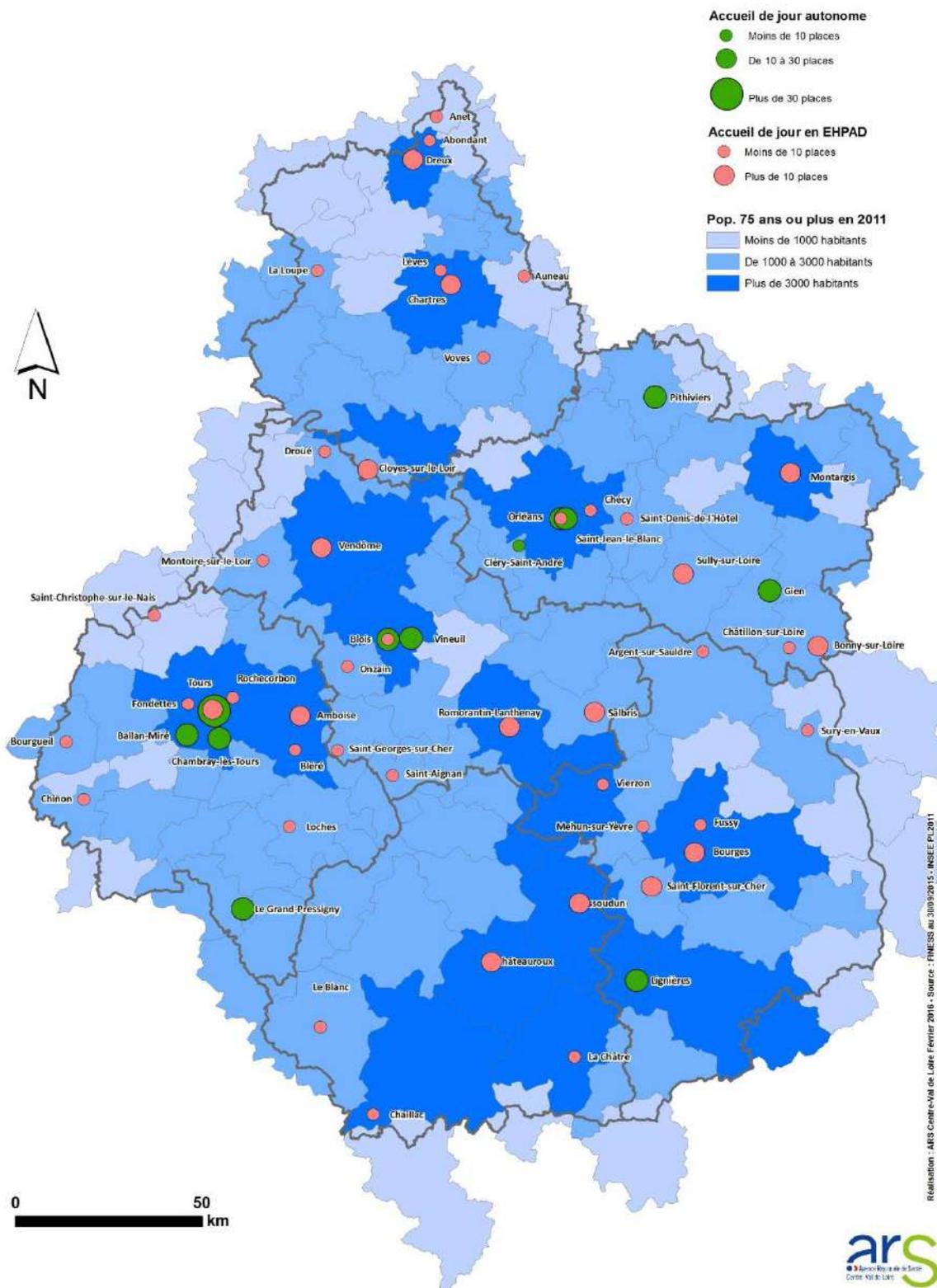
3.2.1.5. SSIAD et SPASAD personnes âgées

SSIAD et SPASAD personnes âgées						
Département	Pop 60 ans ou plus	Nb d'ET	Capacités autorisées	Répartition des capacités par territoire	Capacité moyenne par service	Densité de places (‰ hab de 60 ans et +)
Cher	90 709	17	740	13,6%	43,5	8,2
Eure-et-Loir	99 602	11	651	12,0%	59,2	6,5
Indre	72 267	15	681	12,6%	45,4	9,4
Indre-et-Loire	147 254	22	1 349	24,9%	61,3	9,2
Loir-et-Cher	94 161	17	775	14,3%	45,6	8,2
Loiret	154 060	18	1 229	22,7%	68,3	8,0
Total	658 053	100	5 425	100,0%	54,3	8,2

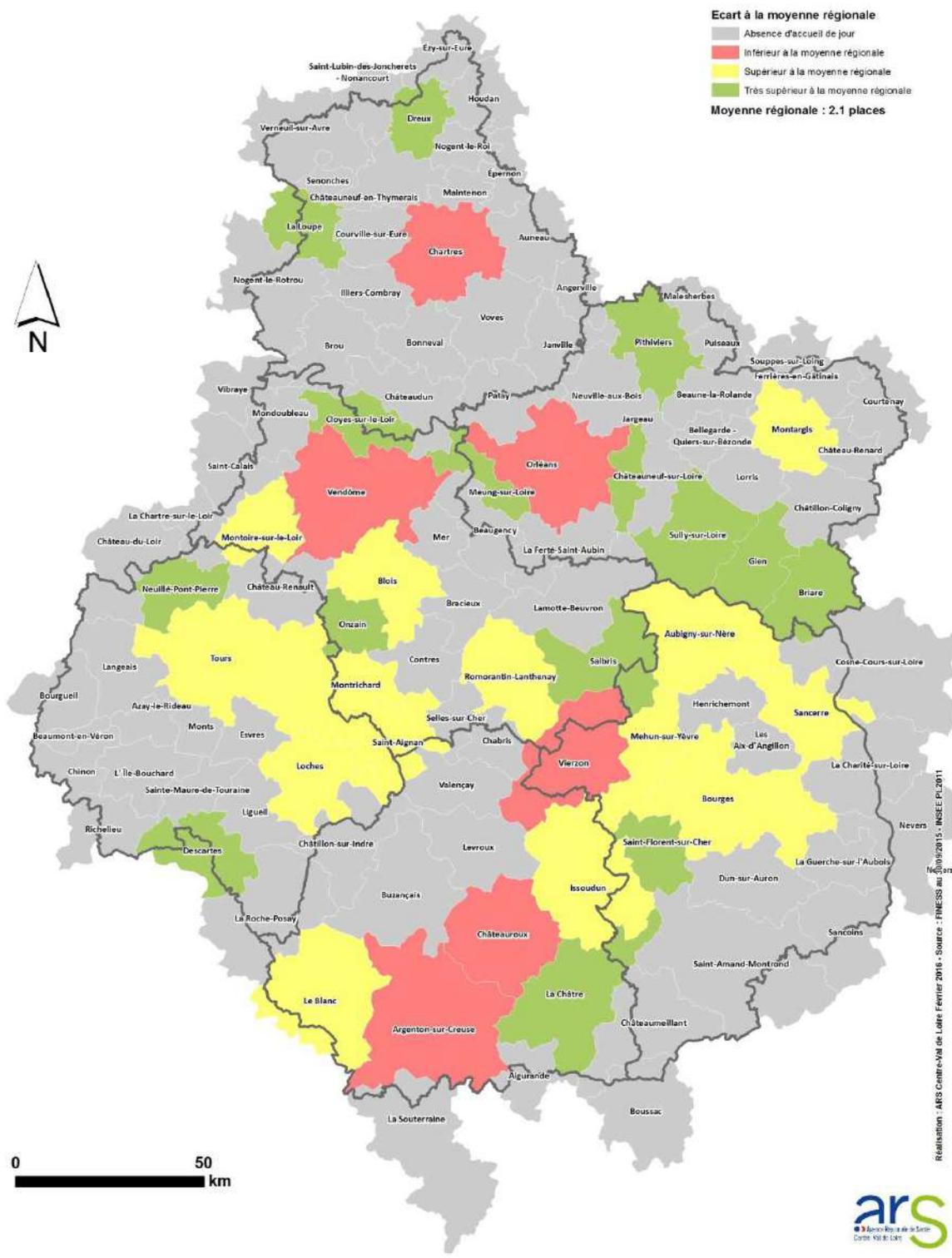
Source : INSEE – RP 2011 – FINESS au 01/09/2015

Sur les 100 services de soins à domicile, 2 sont des SPASAD situés dans le Loiret. L'offre est de 5 425 places dont près de la moitié est répartie en Indre-et-Loire et dans le Loiret. Ils sont majoritairement gérés par des Associations (52 %).

Offre en accueil de jour en région Centre-Val de Loire



Taux d'équipement des structures d'accueil de jour (Nbre de places pour 1 000 hab de 75 ans ou plus)



3.2.1.6. Equipe mobile médico-sociale d'accompagnement et de soins en gériatrie

3.2.2.

Le département de l'Indre dispose d'une Equipe Mobile Gériatrique extrahospitalière médico-sociale opérationnelle depuis le 1^{er} janvier 2014 dont les missions sont les suivantes :

- Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (EGMPS) et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique auprès des différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisées sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des usagers âgés qu'ils accueillent.
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et d'accompagnement médico-social le plus adapté en concertation avec les personnes âgées et les professionnels.
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes, les personnels des établissements et services médico-sociaux et les intervenants à domicile qui prennent en charge les personnes âgées.
- Contribuer en lien avec le médecin traitant, à anticiper les limites du maintien à domicile, en effectuant la médiation nécessaire et une première évaluation médico-psycho-sociale, en proposant ou adaptant un projet de vie et en programmant le cas échéant une hospitalisation.
- Contribuer à éviter les hospitalisations en urgence des personnes âgées lorsqu'elles sont inadéquates.
- Participer à l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées.
- Contribuer au soutien des aidants à domicile prenant en charge des personnes âgées.
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.
- Participer à des actions de prévention du suicide chez les personnes âgées.

3.2.2.1. Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) Médico-Sociale

Lieu de vie fonctionnant jour et nuit et proposant à des résidents d'EHPAD ou d'USLD (Unités de Soins de Longue Durée) présentant des troubles du comportement sévères, un hébergement, des soins, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace spécialement aménagé.

L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

La capacité de l'UHR médico-sociale est de 12 à 14 places.

Objectif du plan Alzheimer 2008-2012 : 5 UHR médico-sociale.

Financement : 16 400 € la place.

6 UHR médico-sociales :

Département	Nombre	Commentaires
Cher	1	EHPAD Chezal Benoit (14 places)
Eure-et-Loir	1	EHPAD CH Chartres (10 places)
Indre	1	EHPAD CH La Châtre (14 places)
Indre-et-Loire	1	EHPAD CH Luynes (14 places)
Loir-et-Cher	1	EHPAD CH Vendôme (14 places)
Loiret	1	EHPAD CH Sully sur Loire (12 places)
Région	6	

L'ARS Centre-Val de Loire a créée hors plan Alzheimer, une UHR supplémentaire dans le Loir-et-Cher afin que tous les départements soient pourvus par ce dispositif. Cette dernière a été financée sur l'enveloppe médico-sociale régionale.

Constat régional :

- La difficulté soulignée par les structures porteuses sur le relais après une prise en charge en UHR, notamment le risque de récurrence à court terme.

3.2.2.2. Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Lieu de vie proposant pendant la journée, à des résidents de l'EHPAD (12 à 14) présentant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé dans un environnement rassurant et stimulant.

Financement : 4 557 € la place.

Objectif du plan Alzheimer 2008-2012 : 74 PASA.

La région dispose de 79 PASA (objectif dépassé).

Département	Objectif	Nombre de PASA labellisés soit à titre définitif, à titre provisoire ou sur dossier
Cher	8	8
Eure-et-Loir	12	13
Indre	11	10
Indre-et-Loire	10	12
Loir-et-Cher	12	13
Loiret	21	23
Région	74	79

Excepté, 1 PASA dans l'Eure-et-Loir, tous sont en fonctionnement.

La mesure 26 du plan maladies neurodégénératives 2014-2019 ne prévoit pas de nouveaux PASA mais la poursuite du déploiement des PASA créés par le précédent plan Alzheimer s'inscrivant au sein de filières de soins et d'accompagnement.

En région Centre-Val de Loire, de nouveaux PASA pourraient être créés par convergence tarifaire sous réserve du respect du cahier des charges.

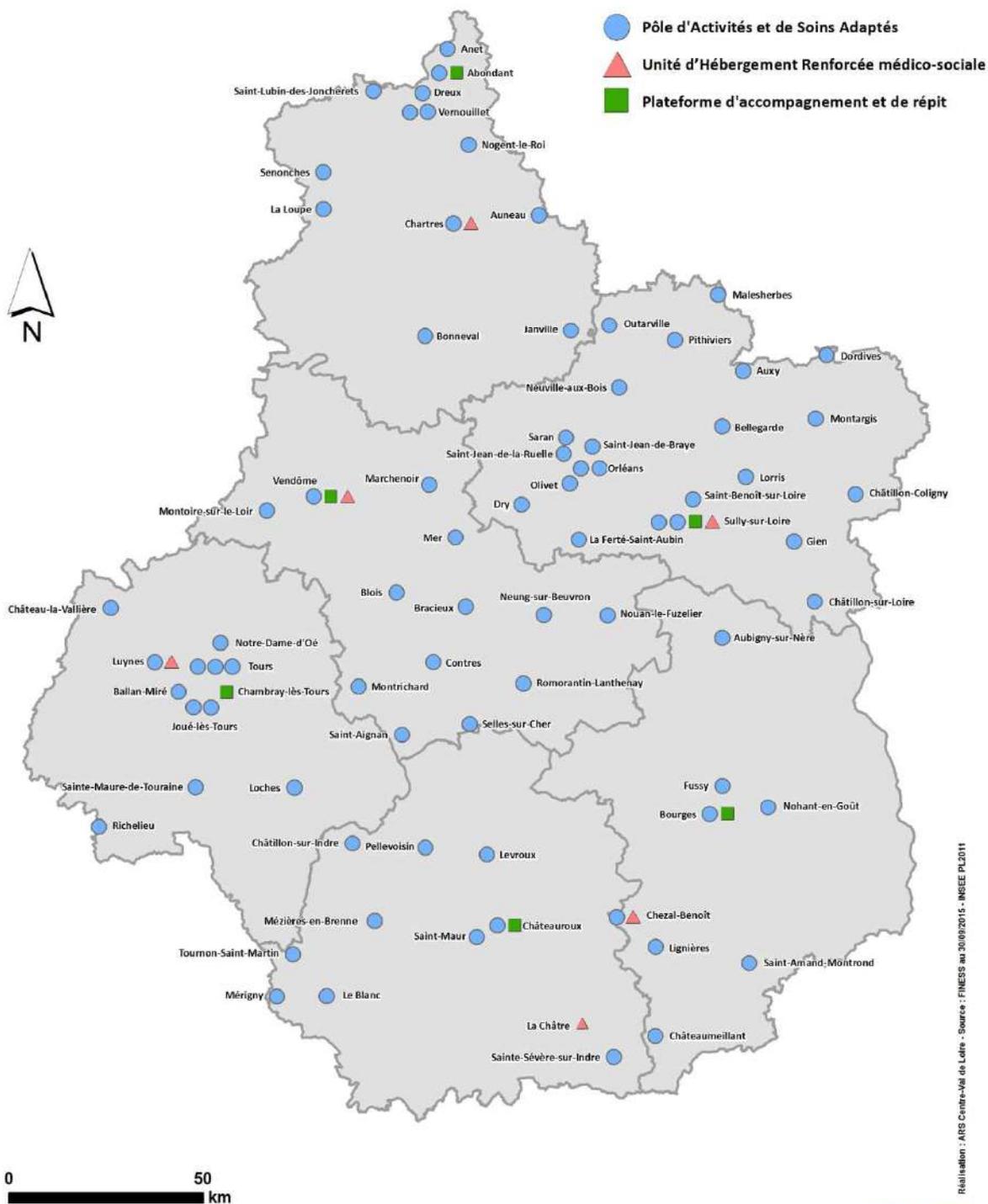
3.2.2.3. Plateforme d'accompagnement et de répit

Portée par un accueil de jour d'au moins 10 places qu'il soit autonome ou rattaché à un EHPAD, elle a pour missions de répondre aux besoins d'information, d'écoute, de soutien, de conseils, aux aidants, de proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple, d'offrir du temps libéré.

Elle est financée à hauteur de 100 000 euros maximum en année pleine.

6 plateformes d'accompagnement et répit : 1 sur chaque département.

Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), et Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) en région Centre-Val de Loire



3.2.2.4. Formation des aidants

Ces actions de formation visent à offrir aux familles qui accompagnent un parent, des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation aidant-aidé.

Montant par action de formation : 1 400 €.

4 appels à candidatures ont été lancés entre 2011 et 2014 :

- 2011 : 3 porteurs retenus (2 dans le Cher, 1 dans le Loiret)
- 2012 : 3 porteurs retenus (1 dans le Cher, 2 dans le Loiret)
- 2013 : 3 porteurs retenus (1 dans le Cher, 1 dans l'Eure-et-Loir et 1 dans l'Indre)
- 2014 : 3 porteurs retenus (1 dans le Cher, 1 dans l'Indre et 1 dans l'Indre-et-Loire)

représentant 40 sessions de formation. A noter la difficulté des porteurs à remplir ses sessions de formation.

Outre des places d'accueil de jour, France Alzheimer Loiret propose également de:

- Accueil et écoute des familles : information, groupes de paroles, soutien psychologique individuel
- Formation des aidants familiaux
- Atelier de relaxation pour les aidants
- Après-midi conviviales
- Café mémoire
- Conférences

L'Association « Touraine France Alzheimer 37 » a également mis en place des dispositifs pour les aidants :

- Halte relais pour le couple aidants-aidés
- Gouters, repas, sorties pour le couple aidants aidés
- Formation des aidants
- Groupes de paroles, entretiens individuels, visites de l'aidant à domicile

L'Association participe également à l'aide des aidants dans le cadre du RESAF (réseau de soutien aux aidants familiaux) en Indre-et-Loire avec des visites pour l'aidant à domicile.

L'Association France Alzheimer Y'Acqa 36 a mis en place pour les aidants :

- Formation des aidants
- Groupe de parole une fois par mois à Châteauroux, Le Blanc et La Châtre
- Actions de réjouissance à Noël et à l'été

L'association essaye d'organiser la formation des aidants au moins une fois par an sur Châteauroux.

L'association organise l'accueil des aidés pendant que les aidants participent au groupe de parole et à la formation.

3.2.2.5. Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) rattachées au SSIAD

Composées de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage, les ESA ont vocation à intervenir au domicile de patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée diagnostiquée, et présentant un stade précoce ou modérément sévère de la maladie.

Ces interventions à domicile ont pour objectifs le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement. Elles sont réalisées en complément des autres interventions nécessaires.

Financement 10 places, soit 150 000 €.

Les 21 équipes prévues dans le plan Alzheimer 2008-2012 ont été pourvues et sont réparties comme suit :

- 2 dans le Cher,
- 4 dans l'Eure-et-Loir,
- 3 dans l'Indre,
- 4 dans l'Indre-et-Loire,
- 3 dans le Loir-et-Cher,
- 5 dans le Loiret.

Il est à noter en région une mobilisation collective des ESA dans une perspective de contribution à l'amélioration des pratiques formalisée chaque année lors d'une réunion régionale organisée par l'URIOPSS Centre-Val de Loire.

74 nouvelles ESA sont prévues dans le plan maladies neurodégénératives afin d'assurer une bonne couverture territoriale. La répartition des ESA entre ARS s'est faite sur la base du nombre d'ALD 15 (Alzheimer), 16 (Parkinson), 25 (sclérose en plaques) et avec l'objectif d'attribuer au moins une ESA supplémentaire à chaque région. 3 ESA sont attribuées à la région Centre-Val de Loire.

4. DISPOSITIFS D'INTEGRATION ET DE COORDINATION

4.1. Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)⁹

La méthode MAIA est une méthode innovante qui permet de développer, un processus « **d'intégration** » des soins et des aides participant au maintien à domicile des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

C'est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche innovante : l'intégration des services d'aide et de soins.

⁹ MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, les cahiers pédagogiques de la CNSA. Octobre 2014

La mise en œuvre de l'intégration repose sur la méthode MAIA et notamment les composantes suivantes :

- **La concertation**, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- **Le guichet intégré**. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates **par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire**. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
L'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire permet de fédérer tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des interventions sur le territoire, autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés. Ils participent au processus d'information et d'orientation de la personne âgée selon 4 fonctions : accueil de la demande, analyse de la situation, repérage multidimensionnel des besoins et orientation de la personne.
Les guichets intégrés ne sont ni un lieu unique qui regroupe les moyens d'allouer les ressources et de mobiliser les prestataires ni une plateforme de service, mais un mode d'organisation des services existants permettant une harmonisation des réponses et des orientations.
- **La gestion de cas**. Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours est mis en œuvre par un gestionnaire de cas. Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire.

La méthode MAIA œuvre :

- à la lisibilité du système d'aide et de soins ;
- à la simplification et à l'optimisation du parcours des personnes âgées ;
- à soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Cette réponse a pour premiers enjeux et principes :

- de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources au plus près des besoins du territoire ;
- de corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.

La méthode MAIA est confiée à un dispositif existant sur le territoire choisi, « le porteur » du projet. Elle est impulsée par un pilote MAIA.

Le pilote :

- établit un diagnostic organisationnel approfondi d'identification des ressources, de connaissance des acteurs et des interventions du territoire. Ce diagnostic est un préalable à l'intégration des services d'aide et de soins ;
- impulse l'intégration des guichets d'accueil et d'orientation en associant tous les opérateurs identifiés ;
- organise et anime les instances de concertation tactique et stratégique en lien avec l'ARS et le conseil départemental ;
- est la courroie de transmission entre les différents mécanismes de l'intégration (instances de concertation, guichet intégré et gestion de cas).

Pour chaque dispositif MAIA, 2 ou 3 gestionnaires sont recrutés.

- Ils sont entièrement dédiés à la coordination des interventions pour les personnes âgées dont la complexité de la situation met en jeu la fluidité de leur parcours.
- Pour ces personnes, le gestionnaire de cas dédié organise un suivi intensif et au long cours. Ce professionnel est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant et des professionnels intervenant à domicile. Il est le référent des situations complexes, facilitant ainsi le parcours des personnes âgées.
- La gestion de cas permet de faire remonter les éventuels dysfonctionnements du système observés sur le territoire pour que les professionnels décident d'actions correctives afin d'améliorer le système de prise en charge.

Financement :

- 280 000 € maximum pour 1 pilote et 3 gestionnaires de cas.
- 220 000 € maximum pour 1 pilote et 2 gestionnaires de cas.

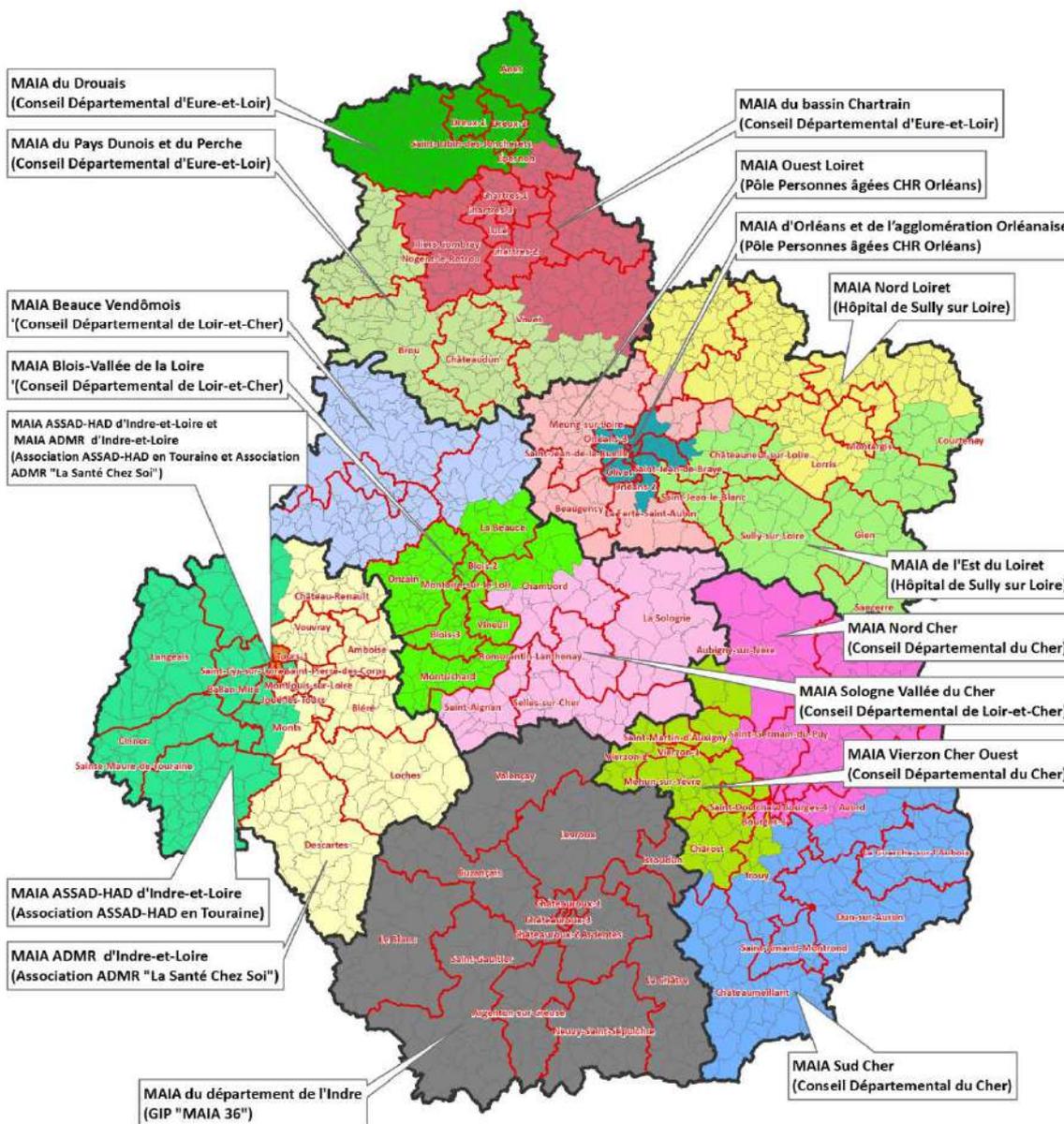
16 dispositifs MAIA assurent la couverture de la région Centre-Val de Loire en 2016 :

Département	Dispositif MAIA	Porteur
Cher	- MAIA Vierzon Cher Ouest (2009) - MAIA Sud Cher (2015) - MAIA Nord Cher (2016)	Conseil Départemental du Cher
Eure-et-Loir	- MAIA du Drouais (2012) - MAIA du bassin chartrain (2014) - MAIA du Pays Dunois et du Perche (2015)	Conseil Départemental d'Eure-et-Loir
Indre	- MAIA du département de l'Indre (2012)	GIP MAIA 36
Indre-et-Loire	- MAIA ADMR d'Indre-et-Loire (2012) - MAIA ASSAD-HAD d'Indre-et-Loire (2012)	ADMR La Santé Chez Soi ASSAD-HAD en Touraine
Loir-et-Cher	- MAIA Blois-Vallée de la Loire (2012) - MAIA Beauce-Vendômois (2013) - MAIA Sologne Vallée du Cher (2014)	Conseil Départemental de Loir-et-Cher
Loiret	- MAIA de l'Est du Loiret (2011) - MAIA d'Orléans et de l'agglomération orléanaise (2013) - MAIA Nord Loiret (2015) - MAIA Ouest Loiret (2015)	CH Sully/Loire CHR Orléans CH Sully/Loire CHR Orléans

A la suite de l'appel d'offre lancé par la CNSA le 23/10/2015 l'outil d'évaluation multidimensionnel retenu est le Resident Assesment Instrument (RAI), validé scientifiquement conformément aux exigences du PMND

Au regard de cette démarche intégrative les MAIA constituent un appui dans la mise en œuvre des politiques publiques dans les territoires.

Dispositifs MAIA en région Centre-Val de Loire



0 25 km

Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Août 2016 Source : ARS Centre-Val de Loire - IGN ©



4.2. Les réseaux de santé

4.2.1. Les réseaux de santé de proximité

Un réseau de santé de proximité est chargé de s'impliquer dans l'organisation et la coordination des soins, entre la ville et l'hôpital, en soutien à la médecine de 1^{er} recours, et cela dans une perspective d'amélioration des pratiques.

A ce jour, 19 réseaux de santé de proximité sont financés par l'ARS :

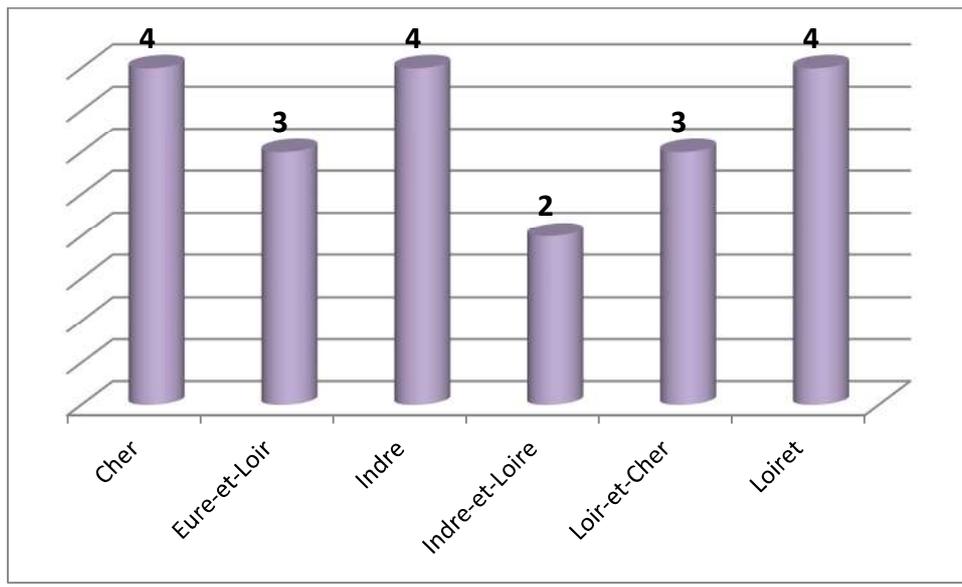
Thématique traitée	Nom du réseau	Couverture géographique
Cancérologie	Oncoberry	Cher et Indre
	Onco 28	Eure-et-Loir
	Oncologie 37	Indre-et-Loire
	Onco 41	Loir-et-Cher
	Oncoloiret	Loiret
Diabète-obésité	CARAMEL	Cher
	DIAPASON	Indre
	RSND 41 (réseau santé nutrition diabète)	Loir-et-Cher
	DIABOLO (DIAbète-Orléans-Loiret)	Agglomération orléanaise
	LoirEstDiab	Est du Loiret
	REPSO (réseau de prise en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adulte)	Indre-et-Loire
Addictologie	Addictions 28	Eure-et-Loir
	Rézo Addictions 41	Loir-et-Cher
Périnatalité	Périnat 36	Indre
Maladies infectieuses	VIH 18	Cher
	HEPSILO (Hépatites-SIDA Loiret)	Loiret
Précarité	RESPIRE 36 (réseau santé précarité de l'Indre rejetant l'exclusion)	Indre
	RSP 28 (réseau santé précarité en Eure-et- Loir)	Eure-et-Loir
Gérontologie	ENVISAGER	Agglomération vierzonnaise (Cher)

Orientations visant à faire évoluer les réseaux de santé territoriaux¹⁰ :

- vers une **mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premier recours** ;
- pour **la prise en charge des situations complexes** (notamment médico-sociales) ;
- leur permettant de **gagner du temps** et de **mieux orienter leurs patients**.

¹⁰ Orientations du guide méthodologique DGOS : « Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ? » du 28 septembre 2012

Répartition territoriale



NB : le réseau Oncoberry est présent sur 2 départements : Cher et Indre

Focus sur la restructuration des réseaux de santé par territoire

Conformément aux orientations nationales en matière de réseaux de santé, l'ARS Centre-Val de Loire a engagé un travail de restructuration par territoire, dans la perspective d'aboutir à un réseau plurithématique par territoire, qui coordonnerait la prise en charge de cas complexes.

Un réseau pluri-thématique par territoire (ou maison départementale des réseaux) permet de proposer une prise en charge globale du patient avec une mutualisation des moyens et des expertises pour créer un socle de services communs, tout en préservant des services spécifiques par pathologie. Cette réorganisation renforce l'action des réseaux existants, pour ainsi devenir un interlocuteur unique, visible et bien identifié par les professionnels du 1^{er} recours.

- ⇒ **finalité** : mutualiser leur organisation, leur gestion, leurs moyens (immobilier, personnels, ressources, outils...), mais aussi préparer leur avenir, notamment dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (articulation avec les plateformes territoriales d'appui (PTA)).

4.2.2. Les réseaux de santé régionaux

Un réseau de santé régional a vocation à :

- décliner et organiser, en région, les politiques de santé publique, de manière structurée, avec une mutualisation d'outils et de ressources (protocoles et référentiels de bonne pratique) ;
- proposer des outils ressources et d'expertise pour développer la qualité des pratiques sur les territoires, tant au domicile du patient qu'en établissement de santé.

L'ARS Centre-Val de Loire finance 5 réseaux de santé régionaux sur les thématiques suivantes :

Soins palliatifs	Périnatalité	Cancérologie	SEP-SLA	Chirurgie de la main
Réseau régional de soins palliatifs	Réseau Périnat Centre	Réseau OncoCentre	Réseau Neuro Centre	Réseau prévention mains du Centre

4.2.3. Le réseau de santé régional, spécialisé sur la SEP : réseau Neuro Centre

Ce réseau a pour vocation d'offrir aux personnes atteintes de SEP et de SLA (sclérose latérale amyotrophique) une prise en charge de qualité, coordonnée entre tous les intervenants (sanitaire, médico-social, social,...) au plus près de leur domicile.

Financé depuis 2006, il a été créé à l'initiative des neurologues libéraux et hospitaliers, avec une participation forte des médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), pour les 6 départements de la région Centre-Val de Loire

- émergence du réseau en 2003 : à l'origine axé sur la prise en charge de la sclérose en plaques (SEP) ;
- extension en 2007 à la sclérose latérale amyotrophique (SLA) : évolution vers un réseau orienté sur la prise en charge de toutes les maladies neurologiques responsables d'un handicap moteur ;
- projet 2016 : extension à la prise en charge de patients atteints de la maladie de Parkinson et d'ataxie cérébelleuse dégénérative.

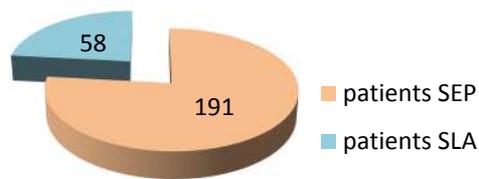
Une équipe de coordination pluridisciplinaire (5,15 ETP) :

- 0,3 ETP médecin neurologue coordonnateur
- 1,5 ETP infirmier (3 x 0,5 ETP) → répartition géographique des interventions : 18-36, 28-45, 37-41
- 1 ETP psychologue
- 0,8 ETP ergothérapeute
- 0,75 ETP coordinatrice administrative
- 0,8 ETP secrétaire

Le réseau Neuro Centre s'inscrit dans le cadre fixé par la **Stratégie nationale de santé** :

- il participe à une **offre de service** à l'intention des médecins, comme par exemple **la gestion de cas complexes** ou la gestion des conséquences d'une maladie sur la vie quotidienne des patients ;
- il identifie **l'éducation thérapeutique** comme un outil majeur de réussite de la prise en charge globale du patient, puisqu'en 2011, le réseau a été autorisé par l'ARS à mettre en place un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de SEP et SLA ;
- il garantit aux patients une **prise en charge globale et personnalisée** : il assure une coordination de prise en charge adaptée, grâce à une équipe pluridisciplinaire.

Il bénéficie d'une **expertise et d'un savoir reconnu** sur la SEP et la SLA, il forme ainsi les professionnels, ainsi que les étudiants (ex : IFSI), élabore et diffuse des protocoles à l'ensemble de ces professionnels.



Depuis sa création, 1 469 patients ont pu bénéficier des prestations offertes par le réseau Neuro Centre.

Actions de formation – information du réseau Neuro Centre

Formation des professionnels médicaux, paramédicaux ou du secteur médico-social, par les membres du réseau :

- ✓ Formation des psychologues sur les troubles cognitifs
- ✓ Formation des pharmaciens en lien avec l'Omédit
- ✓ Formation SLA et SEP pour les SSIAD, MDPH, IFAS, IFSI, CLIC
- ✓ Organisation maison de la SEP à Tours (conférences et ateliers : sexualités, troubles cognitifs, conduite automobile, démarches administratives, fatigue)
- ✓ Formation des neurologues et MPR sur les traitements
- ✓ Intervention dans le cadre de la FMC des médecins généralistes

Réseau Neuro Centre, terrain de stage :

- ✓ Pour les étudiants en école d'ergothérapie

Formation des aidants :

- ✓ atelier formation des professionnels et des aidants aux journées SLA à Deauville

Formation des étudiants :

- ✓ cours donnés à l'école d'ergothérapie et faculté de médecine de Tours

Information des professionnels et des patients

- ✓ informer les professionnels sur le fonctionnement du réseau : psychologues d'HAD, neuropsychologues, CLIC, MPR, SAMSAH, EADSP, ...
- ✓ informer les patients sur leur pathologie et possibilités de prise en charge thérapeutique et autres : 3 réunions annuelles d'information aux patients

4.3. Le PAERPA

- Objectifs du dispositif PAERPA

Le Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est un dispositif expérimental visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus en évitant les ruptures dans leur prise en charge.

Le PAERPA a pour objectif de mettre en place un repérage du risque de perte d'autonomie chez la population ciblée résidant à domicile pour lui proposer une prise en charge (de la prévention jusqu'à l'éducation thérapeutique du patient) et/ ou un accompagnement (SAAD, SSIAD, aides sociales, etc.) permettant de prévenir la dépendance et l'hospitalisation, en prenant en compte tous les facteurs médicaux, environnementaux, sociaux, psychologiques pouvant intervenir sur la santé et le bien-être.

Cette prise en charge globale de la personne fait intervenir les intervenants médicaux, médico-sociaux et sociaux de manière coordonnée et collaborative. A cet effet, sont promus des outils informatiques facilitant les échanges et le partage d'informations utiles entre professionnels (Dossier Médical Partagé, PPS, Messagerie Sécurisée de Santé,...).

- Territoire du dispositif

En Indre et Loire, le dispositif est expérimenté sur les territoires de Loches et Amboise. L'expérimentation sera étendue sur tout l'Est du département (incluant la moitié de l'agglomération Tours Plus) à compter du second semestre 2016.

- « Fonctionnement » : coordinations, mobilisation des professionnels de proximité

Le fonctionnement du PAERPA repose sur un repérage des personnes âgées présentant un risque de fragilité par les professionnels intervenant à domicile (service d'aide à domicile, SSIAD, IDEL, travailleur social etc.), par le pharmacien d'officine ou le médecin traitant lui-même. Le repérage doit donner lieu à une évaluation par le médecin traitant puis à l'élaboration de façon coordonnée en lien avec un infirmier, un pharmacien ou masseur-kinésithérapeute et un travailleur social à un plan personnalisé de santé (PPS). La coordination territoriale d'appui (CTA), mise en place dans le cadre du projet, a pour principal objectif de contribuer au rapprochement entre les professionnels de proximité et à faciliter leur coordination autour de la personne.

- Lien avec le dispositif MAIA du territoire

En Indre et Loire, le pilotage de la coordination territoriale d'appui (CTA) est assuré par la MAIA-ADMR portée elle-même par l'ADMR SSIAD « La Santé chez Soi ». Cette intégration des deux dispositifs se traduit également dans leur gouvernance avec la création d'un comité tactique commun à la MAIA et au PAERPA.

5. DEPENSES NATIONALES POUR L'ASSURANCE MALADIE

5.1. Maladie de Parkinson

Sur les 147 milliards d'euros de dépenses tous régimes confondus, 846 millions (0,6%) sont attribués à la prise en charge pour maladie de Parkinson:

- 644 millions d'euros pour les soins de ville,
- 163 millions d'euros pour les dépenses hospitalières,
- 39 millions d'euros pour les prestations en espèces (indemnités journalières maladies, AT/MP, maternité et invalidité).

La dépense annuelle moyenne remboursée est estimée 3 570 euros par personne (Régime Général + Sections Locales Mutualistes).

5.2. Sclérose en plaques

Sur les 147 milliards d'euros de dépenses tous régimes confondus, 1083 millions (0,7%) sont attribués à la prise en charge pour SEP:

- 652 millions d'euros pour les soins de ville,
- 240 millions d'euros pour les dépenses hospitalières,
- 191 millions d'euros pour les prestations en espèces (indemnités journalières maladies, AT/MP, maternité et invalidité).

La dépense annuelle moyenne remboursée est estimée 10 640 euros par personne (Régime Général + Sections Locales Mutualistes).

5.3. Maladie d'Alzheimer

Sur les 147 milliards d'euros de dépenses tous régimes confondus, 2 241 millions (1,5 %) sont attribués à la prise en charge pour démence (dont maladie d'Alzheimer) :

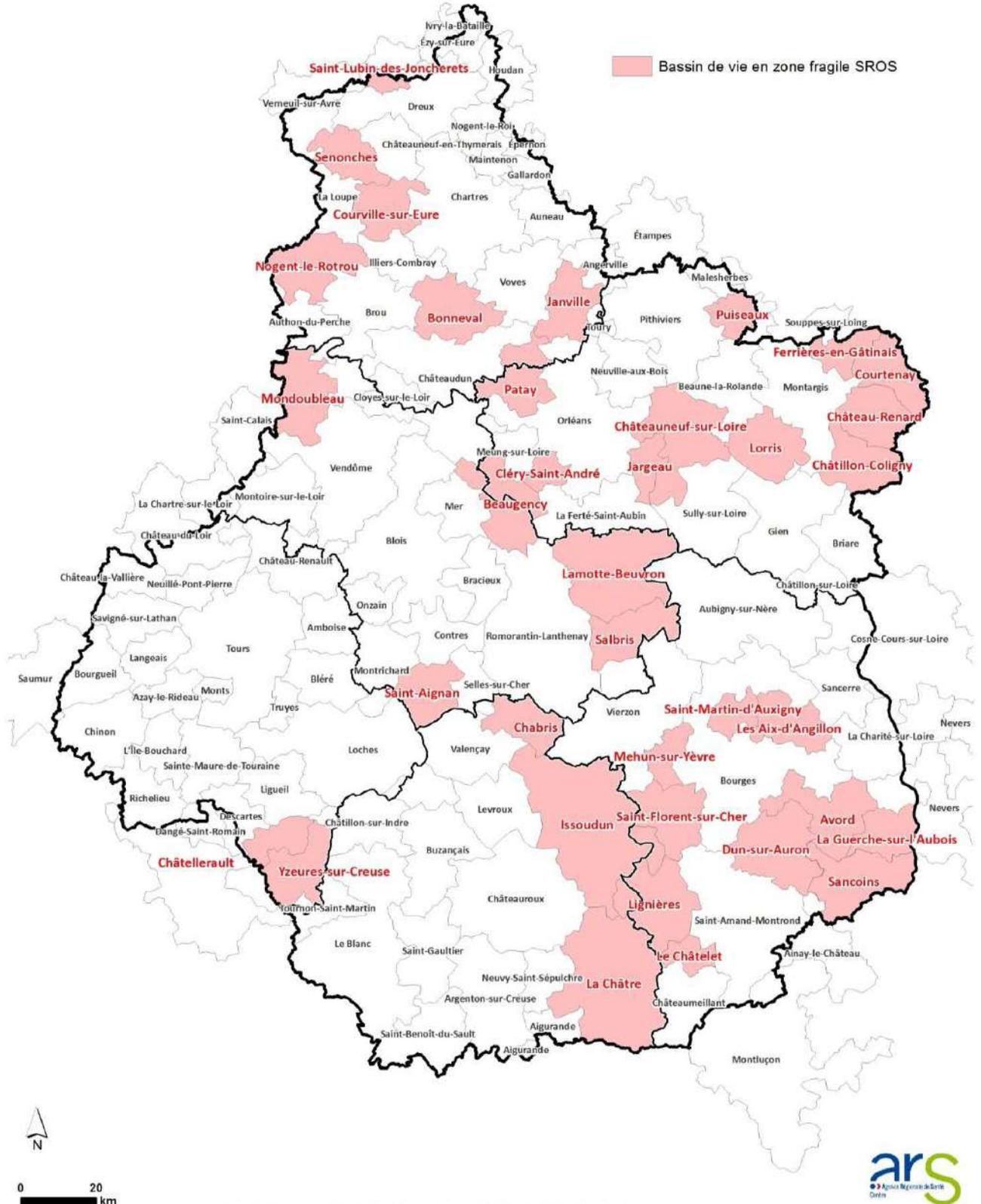
- 1 369 millions d'euros pour les soins de ville,
- 864 millions d'euros pour les dépenses hospitalières,
- 8 millions d'euros pour les prestations en espèces (indemnités journalières maladies, AT/MP, maternité et invalidité).

La dépense annuelle moyenne remboursée est estimée 3 570 euros par personne (Régime Général + Sections Locales Mutualistes)

ANNEXE 1 : ZONAGES

ZONAGE FRAGILE PLURI PROFESSIONNEL (SROS)

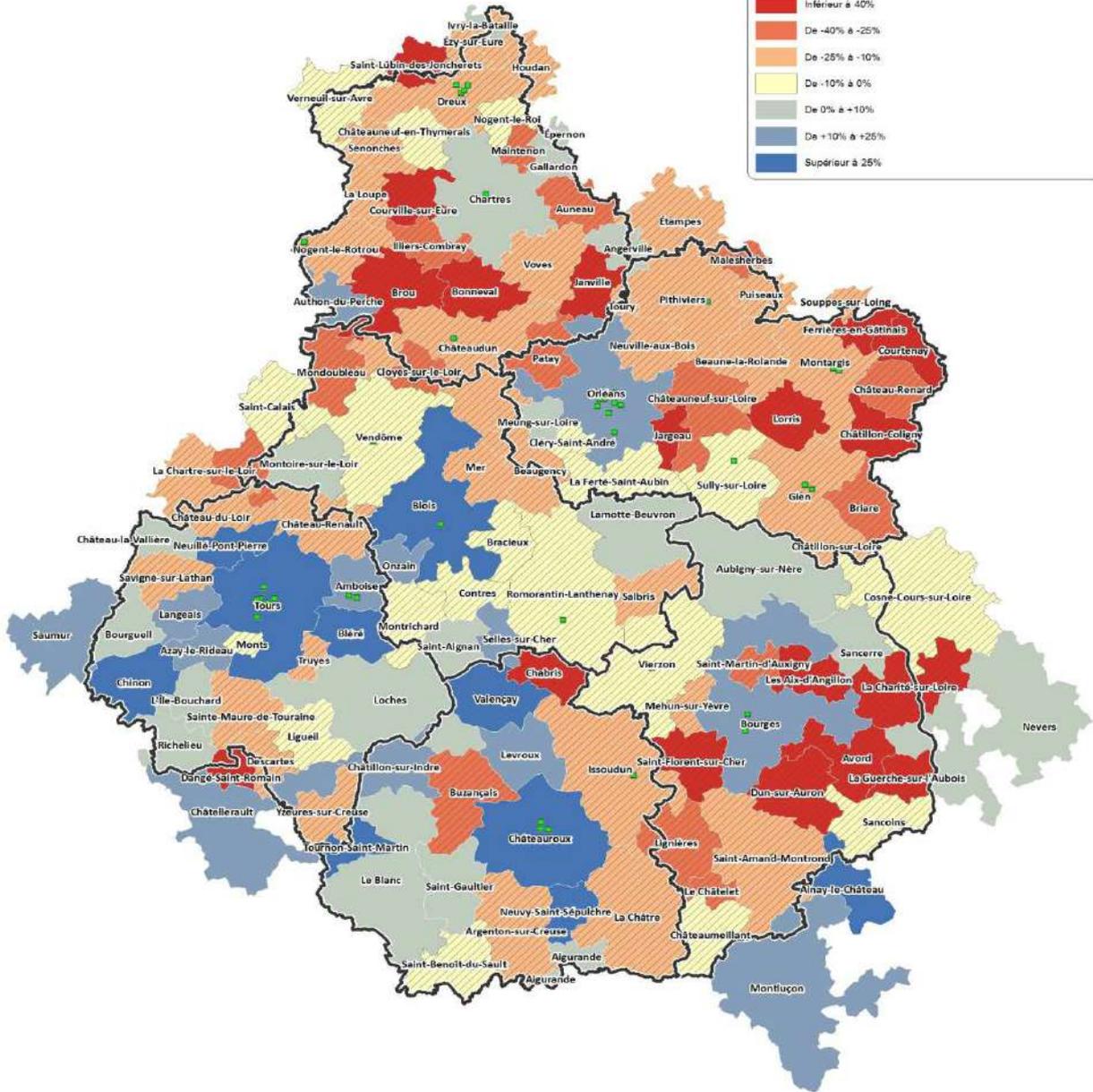
Zonage fragile SROS en région Centre



ZONAGE PRIORITAIRE

Bassins de Vie selon la densité médicale mise à jour au 04/03/2016

Densité Région Centre : 79,20 MG y compris MEP pr 100.000 hab.



0 25 km

Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Mars 2016 Source : RPPS - Population légale INSEE 2011 - IGN



ZONAGE - INFIRMIERS LIBERAUX

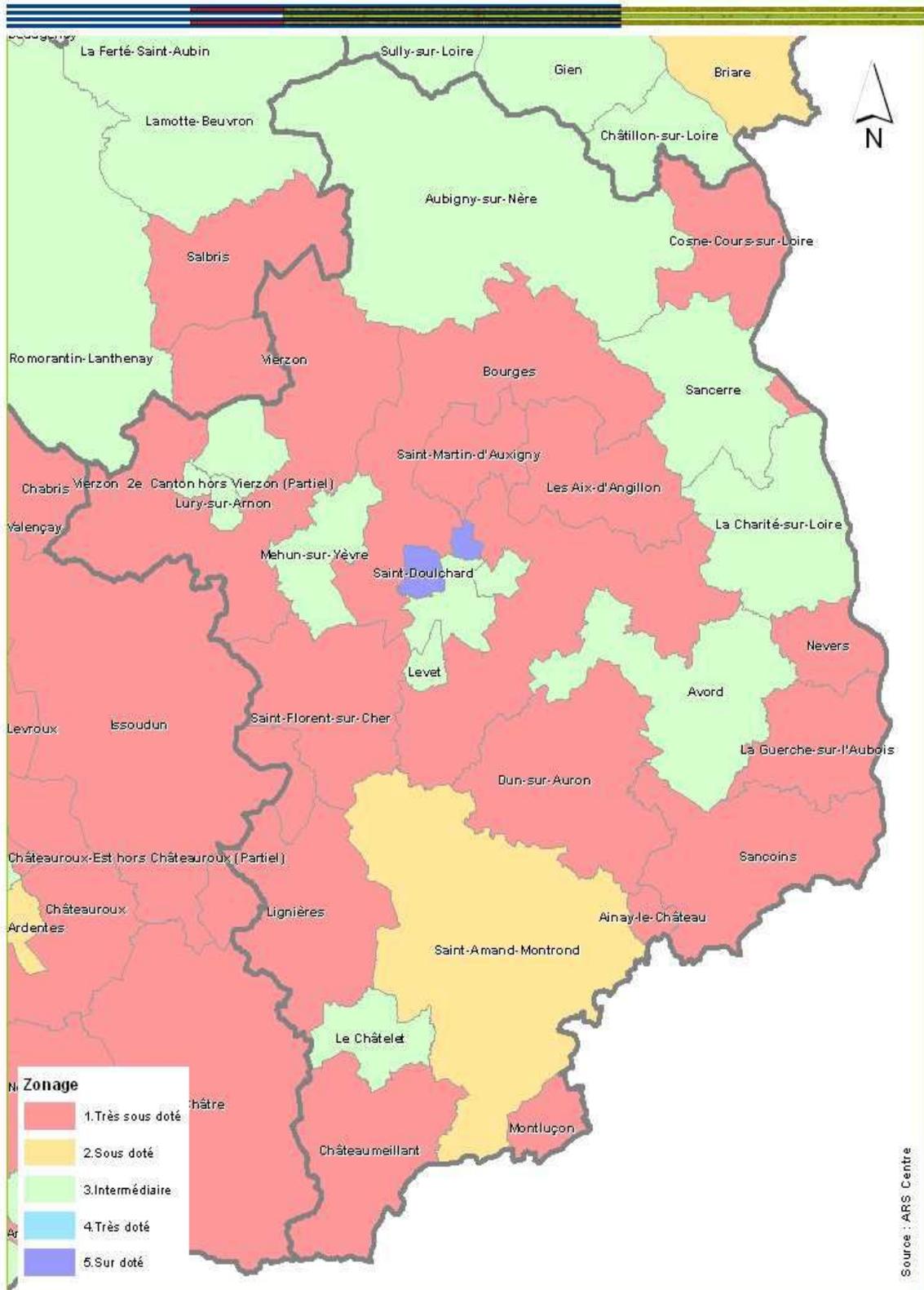
Zones infirmiers (Bassins de Vie et pseudos cantons) en Région Centre



ZONAGE – MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX

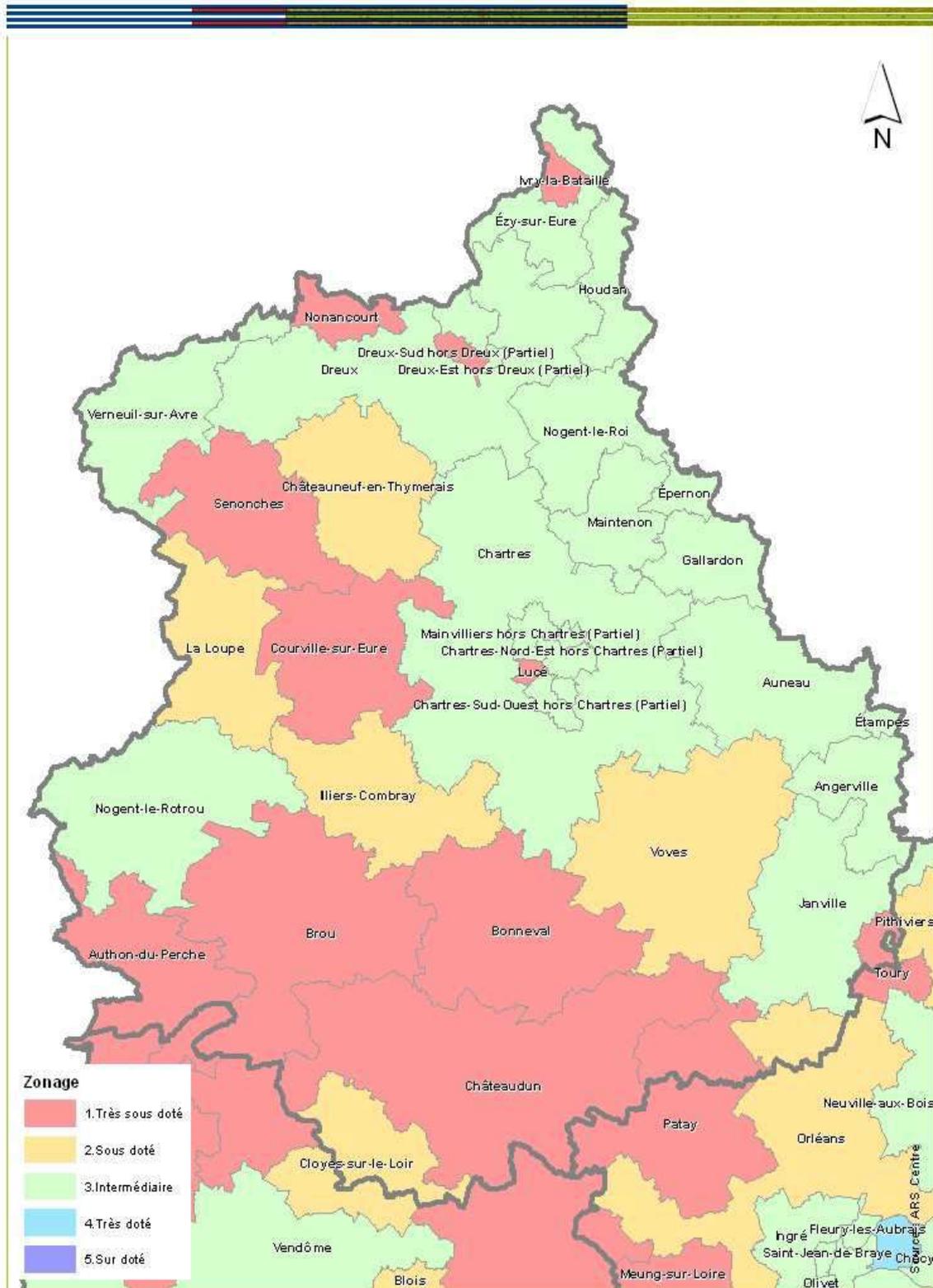
Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : CHER



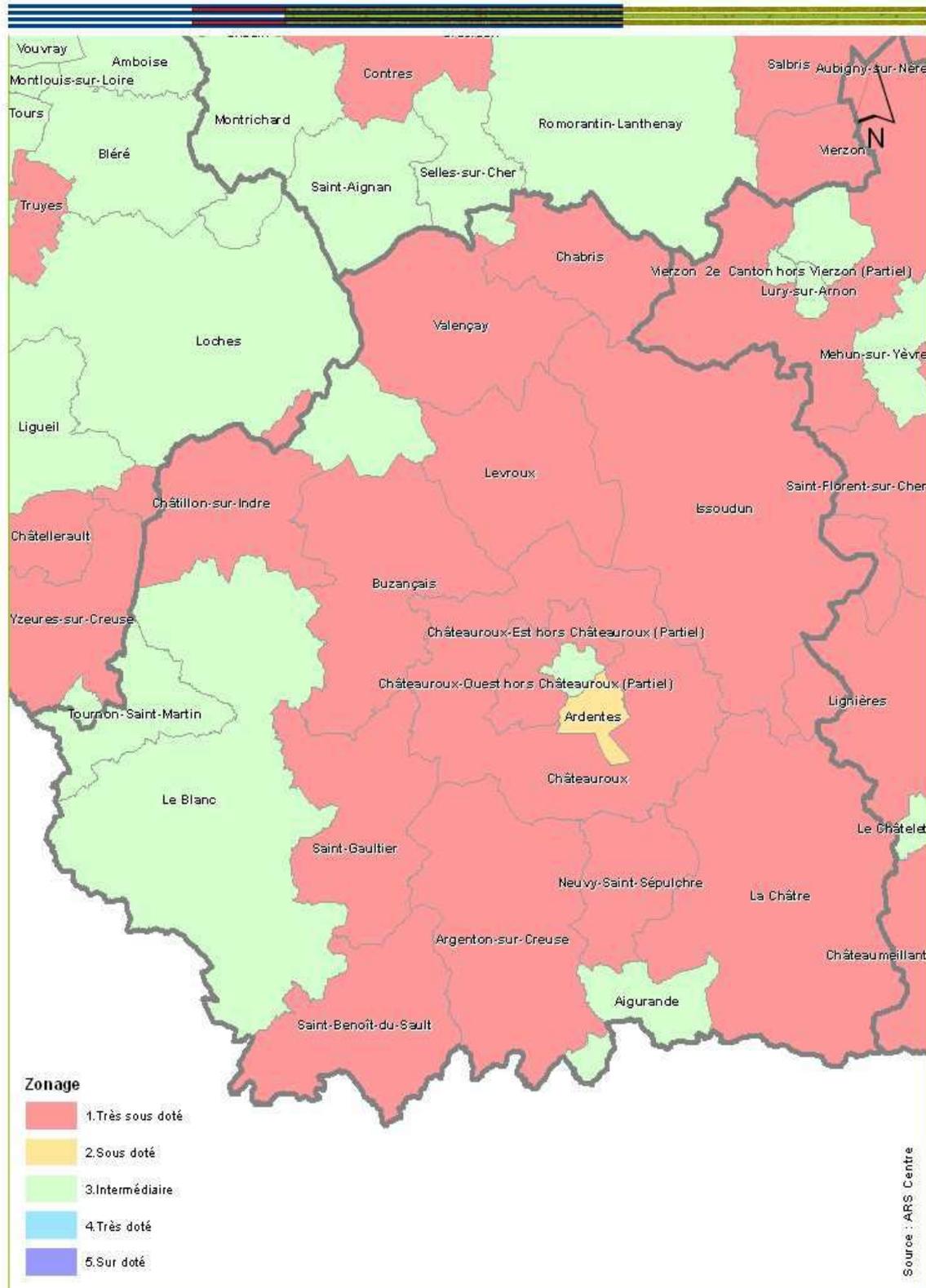
Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : EURE-ET-LOIR



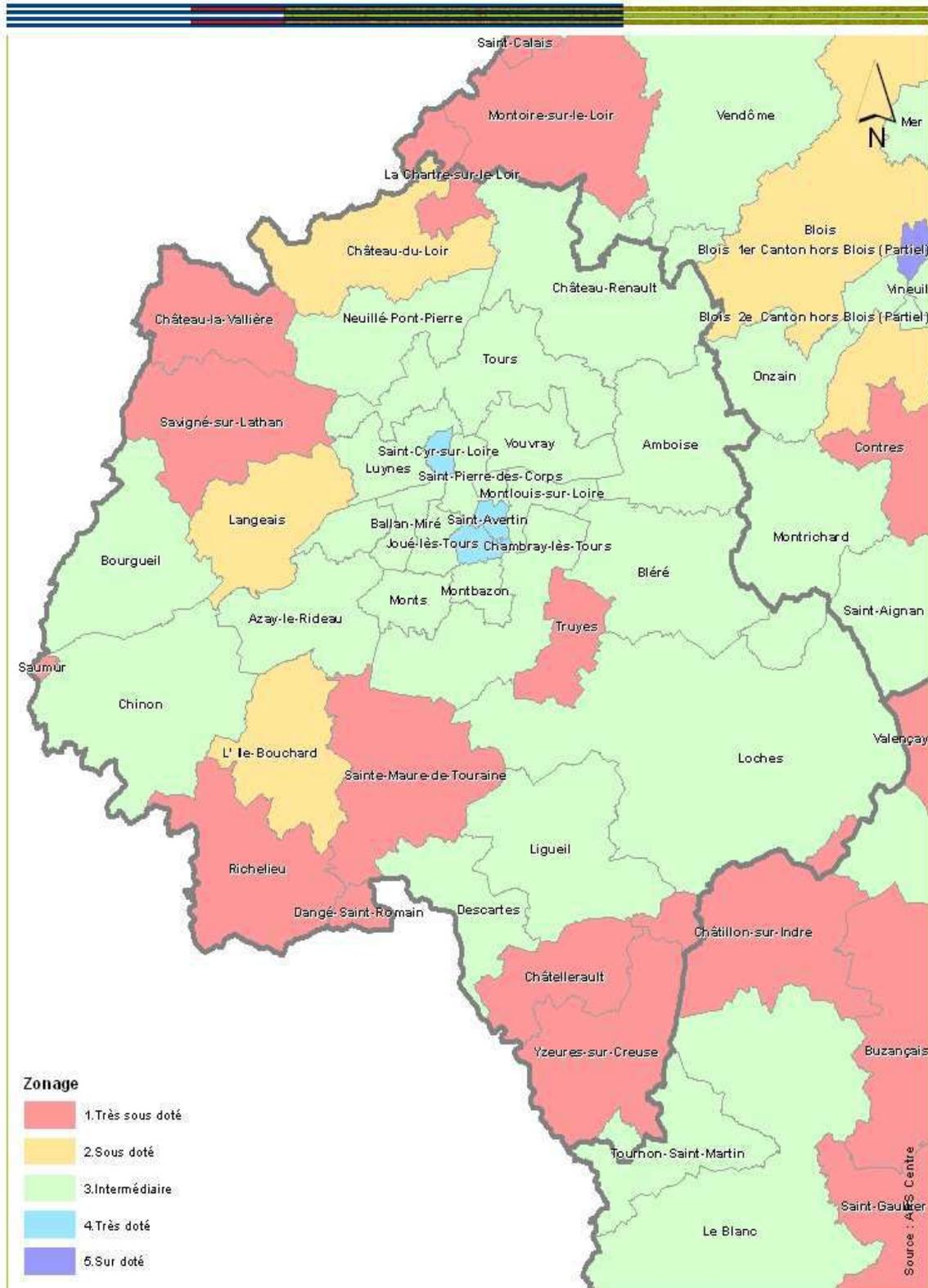
Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : INDRE



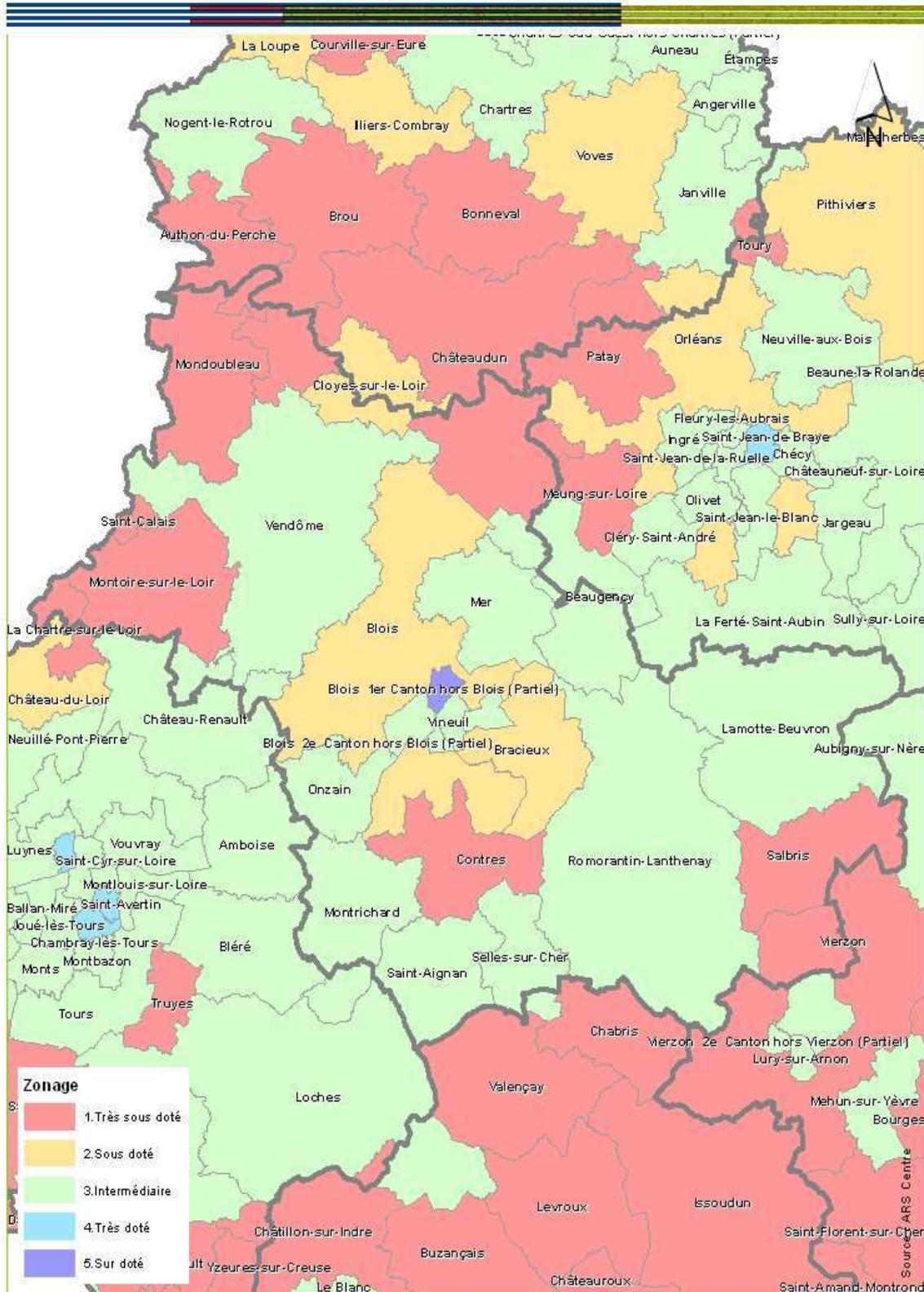
Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : INDRE-ET-LOIRE



Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : LOIR-ET-CHER



Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

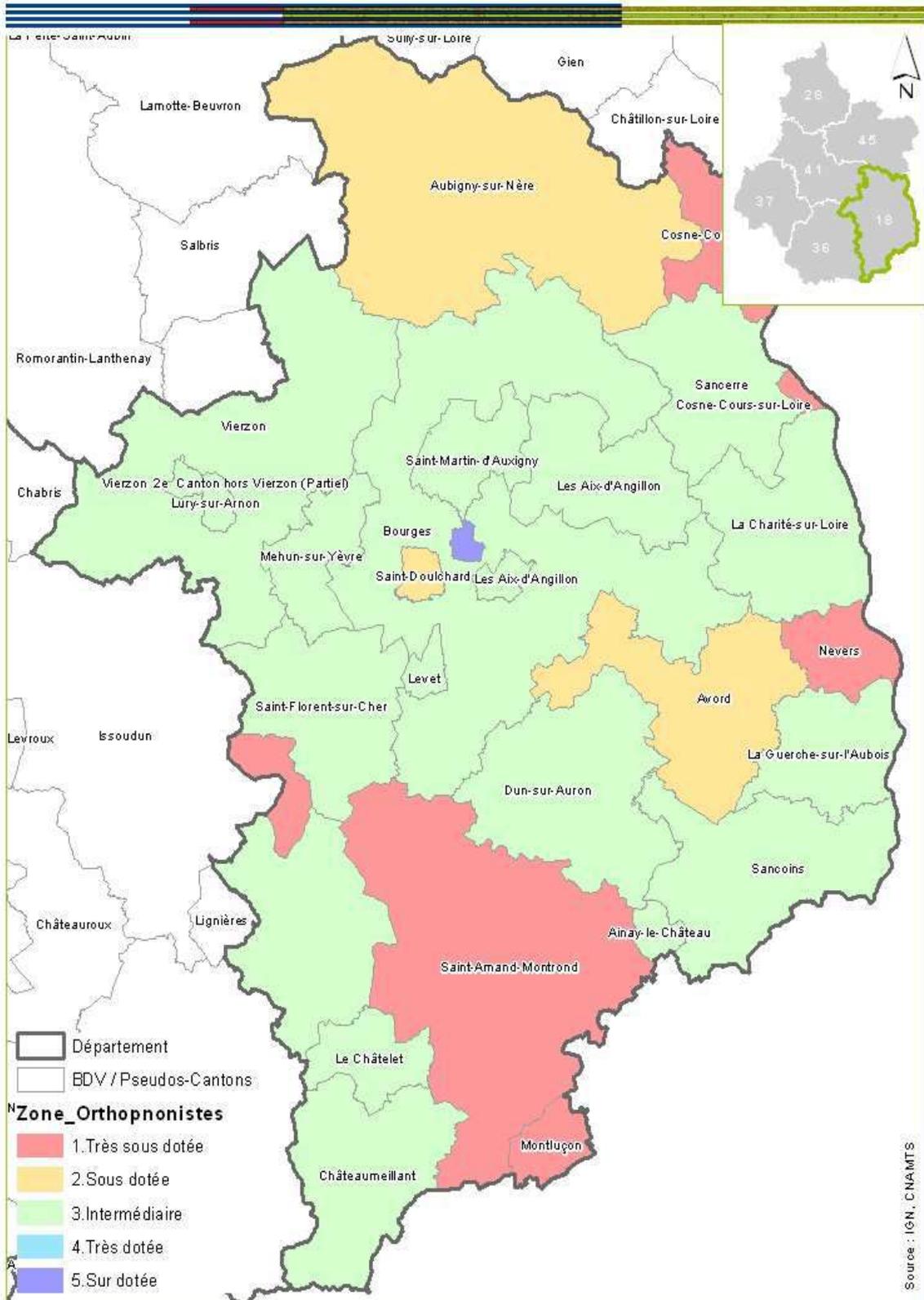
Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : LOIRET



ZONAGE – ORTHOPHONISTES LIBERAUX

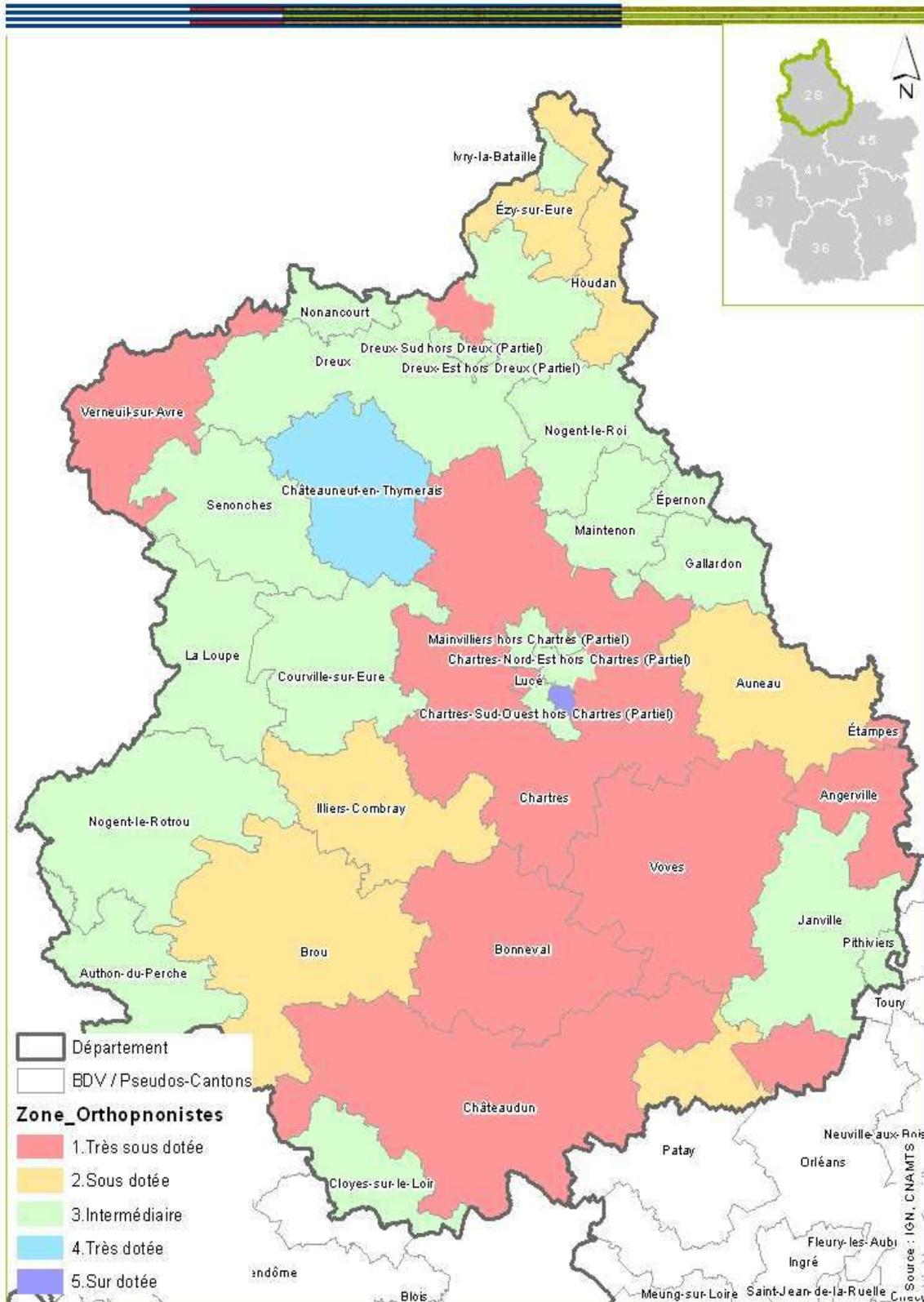
Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département: CHER



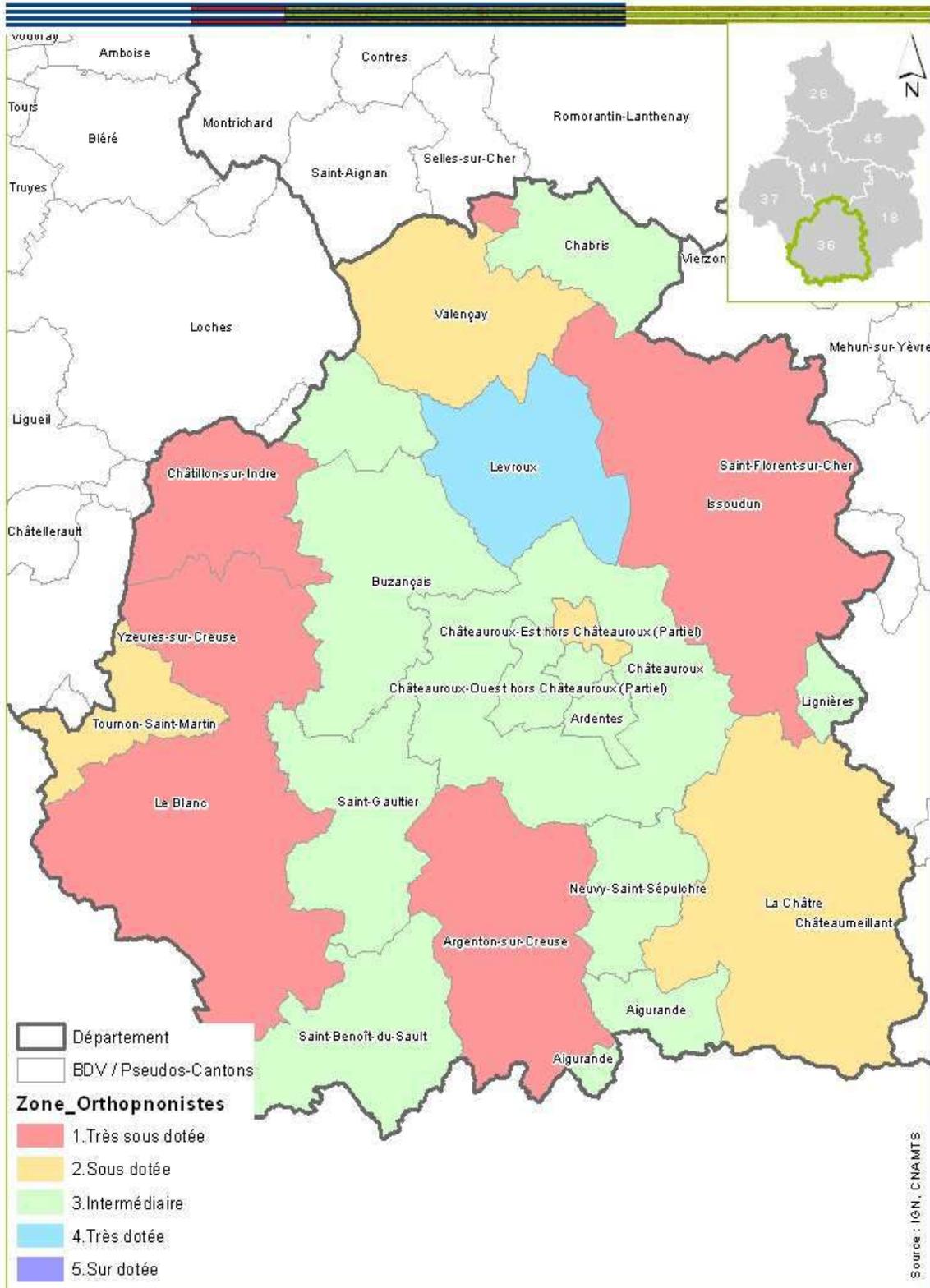
Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département: EURE-ET-LOIR



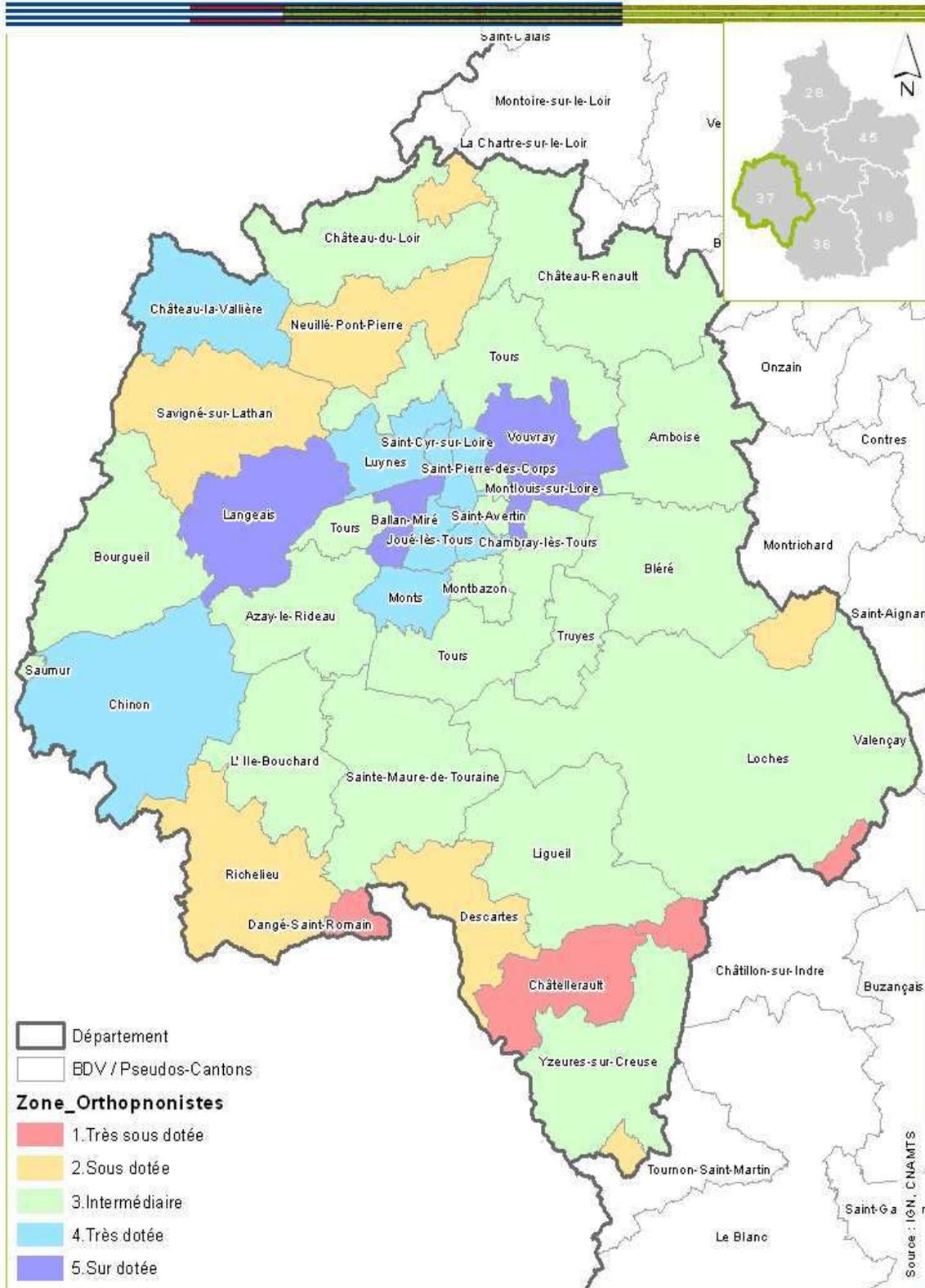
Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département : INDRE



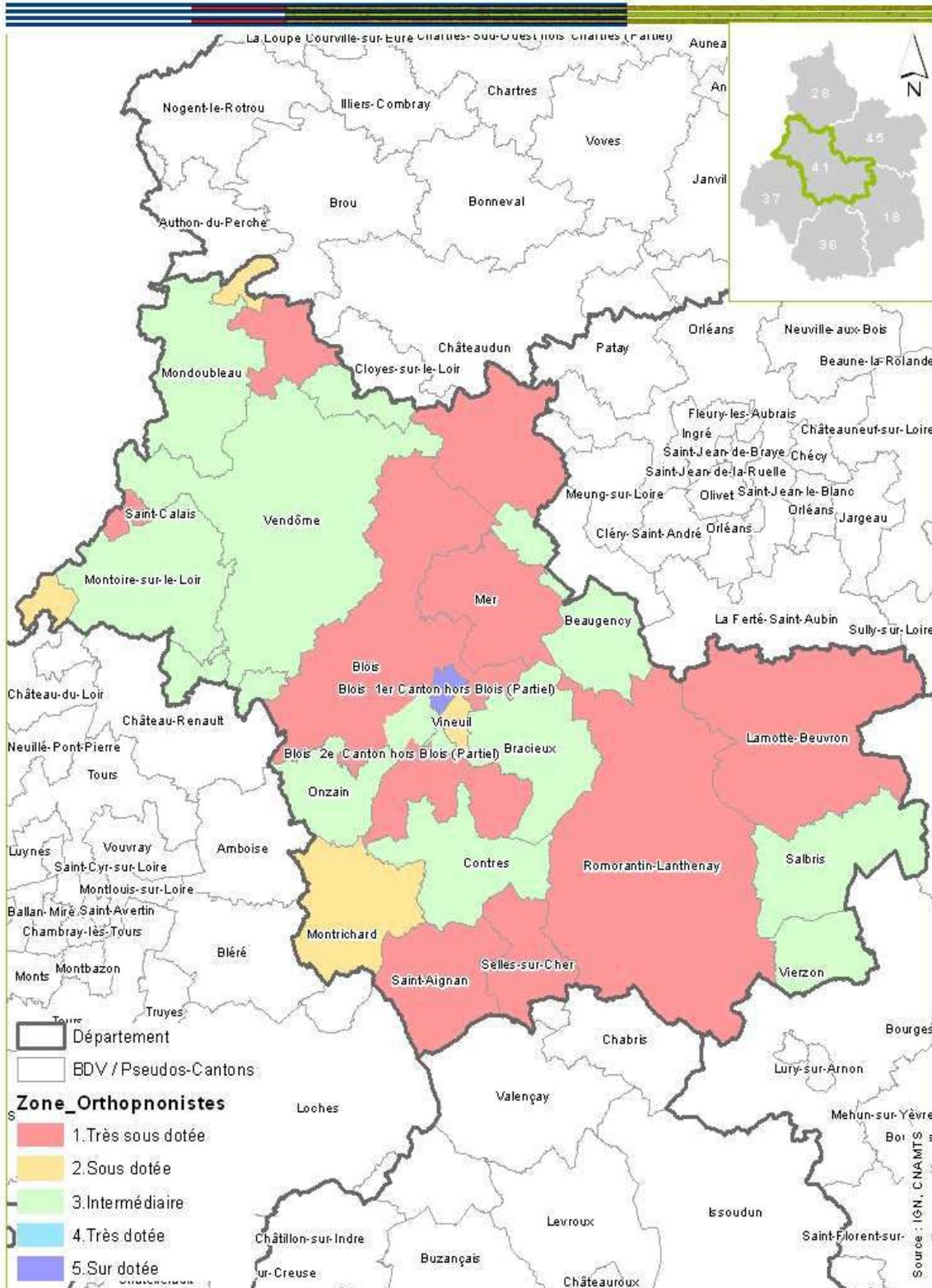
Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département : **INDRE-ET-LOIRE**



Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département: LOIR-ET-CHER



Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département: LOIRET



ANNEXE 2 : SEJOURS

Sclérose en plaques

Séjours MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de séjours en hospitalisation complète	31	52	34	39	91	86	72	61	35	39	30	21	144	141	121	132	28	24	13	19	108	124	97	89	437	466	367	361
Nombre de séjours en hospitalisation de jour	1	3	3	1	27	39	58	56	5	35	10	17	103	77	54	54	13	33	46	3	12	74	11	6	161	261	182	137
Nombre de séances	243	243	155	128	286	351	252	177	228	183	172	182	1 055	1 072	1 013	1 080	194	205	266	278	570	477	507	439	2 576	2 531	2 365	2 284
Nombre de patients	58	77	49	52	122	138	130	112	60	62	52	53	281	286	229	272	62	68	75	72	184	220	162	140	767	851	697	701
Durée totale en jours des séjours en hospitalisation complète	171	502	141	158	526	491	448	332	178	128	191	58	696	540	514	528	142	106	50	69	599	430	356	331	2 312	2 197	1 700	1 476
Durée moyenne de séjour (hospitalisation complète)	5.5	9.7	4.1	4.1	5.8	5.7	6.2	5.4	5.1	3.3	6.4	2.8	4.8	3.8	4.2	4.0	5.1	4.4	3.8	3.6	5.5	3.5	3.7	3.7	5.3	4.7	4.6	4.1

Source : PMSI MCO

Séjours HAD (Hospitalisation à Domicile)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients		2	4	2	1	3			22	17	20	14	2	6	10	9	3	7	3	6	7	7	4	6	35	42	41	37
Nombre de séjours		3	6	7	1	3			57	28	34	22	4	18	17	13	7	11	5	7	11	7	4	12	80	70	66	61
Nombre de jours		9	138	11	14	76			211	113	92	94	73	876	1 421	1 290	497	421	769	994	315	274	680	878	1 110	1 769	3 100	3 267

Source : PMSI HAD

Séjours SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients	7	5	4	6	9	11	11	20	4	7	5	1	9	11	12	18	1	4	8	3	13	21	18	14	43	59	58	62
Nombre de séjours	8	7	23	14	11	14	13	26	4	10	6	1	10	12	12	19	1	4	9	4	15	25	24	16	49	72	87	80
Nombre de journées	197	167	139	277	416	514	513	592	65	157	117	45	210	264	253	395	35	99	216	70	337	740	632	314	1 260	1 941	1 870	1 693

Source : PMSI SSR

NB : La somme des patients des 6 départements peut être supérieure au total régional. En effet, si un patient change de département il est compté 1 fois dans chaque département, mais une seule fois au niveau régional

Maladie de Parkinson

Séjours MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de séjours en hospitalisation complète	40	28	41	30	56	43	61	48	60	60	46	42	82	113	91	65	48	37	34	22	64	79	71	68	350	360	344	275
Nombre de séjours en hospitalisation de jour				1		1	4	3				2	6	9	2	3	3	2	1	1	4	6	1	4	13	18	8	14
Nombre de séances													4	3	6	9									4	3	6	9
Nombre de patients	37	28	39	27	52	39	60	46	57	57	43	43	84	105	87	64	47	35	35	21	65	76	61	65	342	340	325	266
Durée totale en jours des séjours en hospitalisation complète	670	325	588	496	769	517	971	639	493	505	325	506	955	1 281	1 289	1 205	533	505	547	252	788	911	810	901	4 208	4 044	4 530	3 999
Durée moyenne de séjour (hospitalisation complète)	16.8	11.6	14.3	16.5	13.7	12.0	15.9	13.3	8.2	8.4	7.1	12.0	11.6	11.3	14.2	18.5	11.1	13.6	16.1	11.5	12.3	11.5	11.4	13.3	12.0	11.2	13.2	14.5

Source : PMSI MCO

Séjours HAD (Hospitalisation à Domicile)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION				
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	
Nombre de patients	1	1	1	3	2				1	2	2	3	1	9	4	9	10	3	5	3	7	6	9	10	6	22	21	26	28
Nombre de séjours	1	1	1	3	2				1	2	2	3	1	13	6	9	12	4	6	4	7	7	11	15	9	29	26	32	33
Nombre de jours	60	86	49	62	130				11	56	109	83	1	705	760	407	722	175	415	425	383	219	674	688	181	1 345	2 044	1 652	1 360

Source : PMSI HAD

Séjours SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients	26	21	26	18	7	16	24	18	20	18	11	20	18	21	18	18	29	17	26	14	26	34	33	25	125	127	138	113
Nombre de séjours	37	44	26	38	8	17	26	18	22	19	13	21	20	24	19	19	30	17	27	15	27	38	44	33	144	159	155	144
Nombre de journées	1 176	630	741	706	154	464	676	693	526	477	371	510	751	690	356	577	942	585	833	317	742	1 193	1 249	1 213	4 291	4 039	4 226	4 016

Source : PMSI SSR

NB : La somme des patients des 6 départements peut être supérieure au total régional. En effet, si un patient change de département il est compté 1 fois dans chaque département, mais une seule fois au niveau régional

Démence

Séjours MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION						
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013
Nombre de séjours en hospitalisation complète	167	159	167	132	200	263	291	309	215	155	149	143	252	280	303	260	338	240	221	175	341	321	396	308	1 513	1 418	1 527	1 327			
Nombre de séjours en hospitalisation de jour	22	23	14	8	83	99	95	107	79	101	136	58	54	59	93	98	2	2	1	1	35	26	20	30	275	310	359	302			
Nombre de patients	181	177	179	134	272	340	359	401	289	248	271	187	293	324	374	338	315	232	210	174	360	329	395	325	1 710	1 650	1 788	1 559			
Durée totale en jours des séjours en hospitalisation complète	2 492	2 352	2 405	2 268	3 534	3 893	4 521	4 992	2 761	1 597	1 630	1 808	2 883	3 269	3 090	2 627	5 126	3 596	3 475	2 799	4 318	4 200	5 093	4 210	21 114	18 907	20 214	18 704			
Durée moyenne de séjour (hospitalisation complète)	14.9	14.8	14.4	17.2	17.7	14.8	15.5	16.2	12.8	10.3	10.9	12.6	11.4	11.7	10.2	10.1	15.2	15.0	15.7	16.0	12.7	13.1	12.9	13.7	14.0	13.3	13.2	14.1			

Source : PMSI MCO

Séjours HAD (Hospitalisation à Domicile)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients	1		1			1	1	1	4	6	4	1	24	20	25	20	5	13	10	12	17	15	22	21	51	55	63	55
Nombre de séjours	1		1			1	1	1	5	7	4	1	30	21	29	21	5	14	12	14	21	16	26	27	62	59	73	64
Nombre de jours	15		4			36	38	5	104	103	123	16	1 695	1 329	2 085	1 361	150	879	858	468	1 063	965	2 529	2 120	3 027	3 312	5 637	3 970

Source : PMSI HAD

Séjours SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

	CHER				EURE-ET-LOIR				INDRE				INDRE-ET-LOIRE				LOIR-ET-CHER				LOIRET				REGION			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients	189	185	191	156	80	117	128	178	147	102	93	82	69	65	80	66	101	124	167	150	162	142	115	160	746	735	774	790
Nombre de séjours	326	280	415	270	85	125	133	184	163	110	100	88	75	67	87	72	104	138	177	154	170	144	124	175	923	864	1 036	943
Nombre de journées	4 220	4 735	5 274	4 319	3 178	5 182	5 826	9 242	4 446	3 266	2 726	2 594	2 186	2 040	2 606	2 796	3 195	3 935	7 498	5 557	4 349	4 373	3 964	5 181	21 574	23 531	27 894	29 689

NB : La somme des patients des 6 départements peut être supérieure au total régional. En effet, si un patient change de département il est compté 1 fois dans chaque département, mais une seule fois au niveau régional

ANNEXE 3 : EQUIPES SPECIALISEES ALZEIMER

RESULTATS DE L'ENQUETE D'ACTIVITE 2014

INTRODUCTION

Alors que le principal souhait des personnes malades et de leurs familles est très souvent de rester à domicile, le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'avère plus rare que pour les personnes âgées souffrant d'autres pathologies.

Aussi, au titre du renforcement de l'offre à domicile, le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait dans sa mesure 6 la création d'Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) portées par une structure (SSIAD ou SPASAD) ayant une capacité minimale de 60 places de SSIAD.

L'équipe spécialisée est composée des professionnels suivants :

- infirmier coordinateur (IDEC) en charge des partenariats, de l'évaluation de base et de la coordination des interventions et du suivi de celles-ci (0,25 ETP) ;
- ergothérapeute et/ou psychomotricien en charge de la réalisation de l'évaluation des capacités du malade, des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement et du bilan adressé au médecin traitant (1 ETP) ;
- assistants de soins en gérontologie (ASG) qui réalisent pour partie les soins de réhabilitation et d'accompagnement sur la base de l'évaluation et des objectifs assignés par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien (1,5 ETP).

Ces équipes composées de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage ont vocation à intervenir au domicile de patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée diagnostiquée, et présentant un stade précoce ou modérément sévère de la maladie.

Ces interventions à domicile ont pour objectifs le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement. Elles sont réalisées en complément des autres interventions nécessaires.

Les 21 équipes spécialisées Alzheimer prévues pour la région Centre-Val de Loire, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, ont été pourvues et sont réparties comme suit :

- 2 dans le Cher,
- 4 dans l'Eure-et-Loir,
- 3 dans l'Indre,
- 4 dans l'Indre-et-Loire,
- 3 dans le Loir-et-Cher,
- 5 dans le Loiret.

Excepté le département du Cher, tous les autres départements sont intégralement couverts par ce dispositif.

L'équipe spécialisée Alzheimer se traduit par la création de 10 places supplémentaires de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » pour un financement de 150 000 €.

Parmi les 21 équipes spécialisées Alzheimer, 4 sont portées dans le cadre d'une collaboration entre 2 SSIAD (départements concernés : Cher, Indre, Indre-et-Loire et Loiret [5 places par SSIAD]) et 2 SSIAD disposent de 20 places de « soins d'accompagnement et de réhabilitation », soit 2 équipes.

1. DESCRIPTION GENERALE

L'ARS Centre-Val de Loire a lancé, en octobre 2015, un questionnaire d'enquête relatif à l'activité 2014 des équipes spécialisées Alzheimer.

Toutes les structures interrogées ont répondu au questionnaire d'enquête.

3 équipes spécialisées Alzheimer sont exclues de l'analyse des données ci-dessous : une car elle a débuté son activité postérieurement à l'année 2014 visée par l'enquête et deux car les données portent sur un fonctionnement 2014 en année partielle.

Les moyennes nationales exprimées ci-dessous sont issues du rapport « Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux (activité 2013) » réalisé par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon.

2. ACTIVITE DES EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER

2.1. Personnes prises en charge

Au total, les 18 équipes spécialisées Alzheimer retenues (180 places) pour l'analyse ont pris en charge 1 234 personnes. En moyenne, chaque équipe a pris en charge 68.6 patients.

L'âge moyen estimé des patients pris en charge est de 81 ans (moyenne nationale : 81 ans).

2.2. Séances

2.2.1. Nombre

Les 18 équipes spécialisées Alzheimer ont réalisé 13 250 séances en 2014, soit en moyenne 736 séances par équipe (moyenne nationale : 641 séances par équipe). A noter une disparité dans le nombre de séances pouvant être réalisé par un ESA.

La médiane se situe quant à celle à 649.

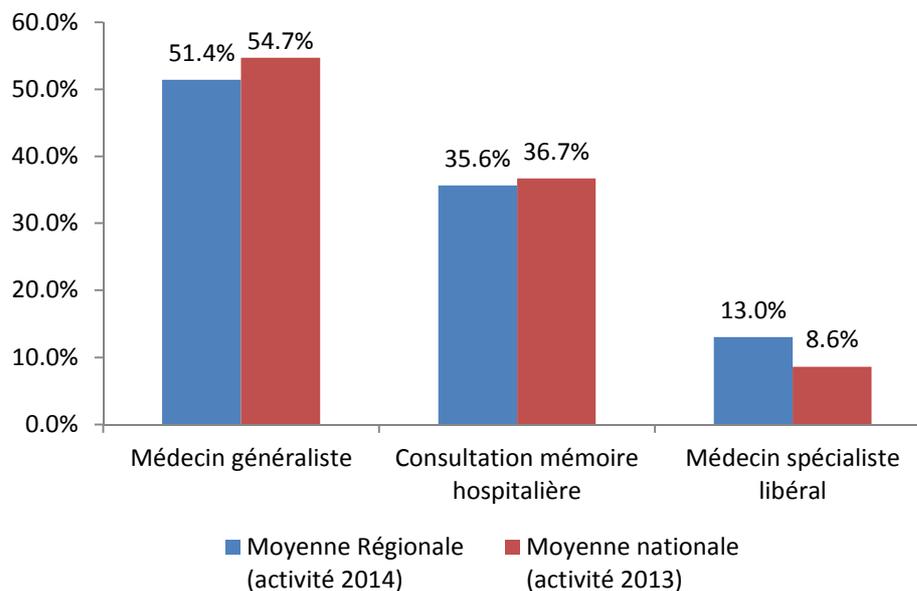
70 % des personnes prises en charge ont bénéficié de 12 à 15 séances.

La durée moyenne de prise en charge est estimée à 15 semaines (moyenne effectuée sur les données de 13 équipes) (moyenne nationale : 14,6 semaines).

2.2.2. Prescripteurs

Il était demandé aux ESA d'indiquer parmi 3 choix le prescripteur des séances (une seule réponse par personne prise en charge).

Les données ci-dessous portent sur les 18 équipes (1 213 patients soit 98 % de la totalité des personnes prises en charge).



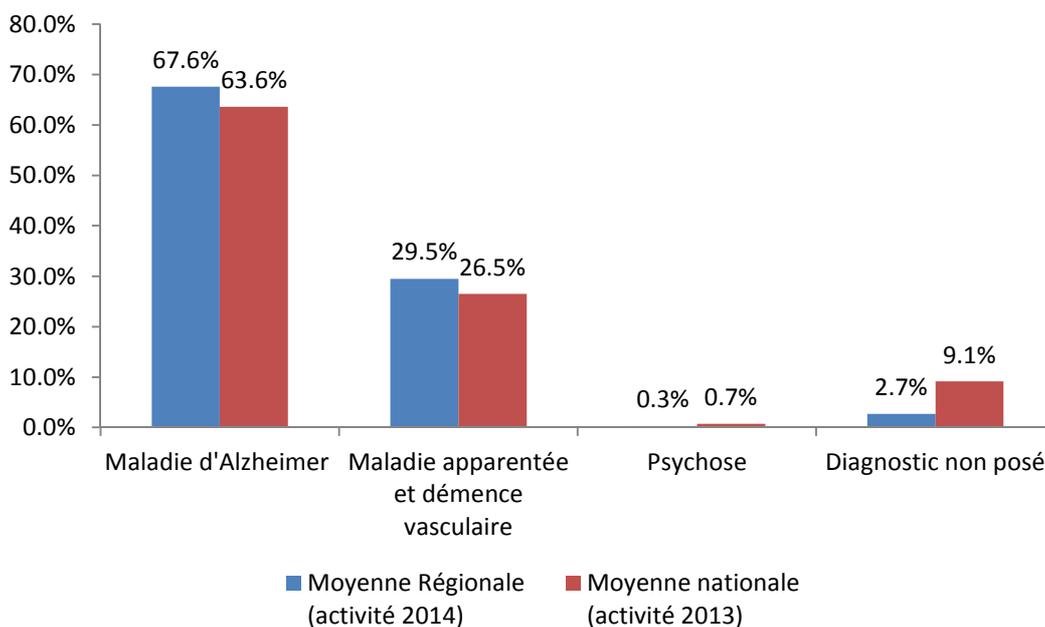
La prise en charge en équipe spécialisée Alzheimer est prescrite dans un peu plus d'un cas sur deux par le médecin généraliste, avant la consultation mémoire hospitalière et le médecin spécialiste libéral.

La tendance régionale suit celle observée au niveau national lors de l'enquête d'activité 2013.

2.3. Diagnostic

Il était demandé aux ESA d'indiquer parmi 3 choix la pathologie de la personne prise en charge (une seule pathologie par personne).

Les données ci-dessous portent sur 17 équipes (1 151 patients soit 93 % des personnes prises en charge par l'ensemble des 18 équipes).

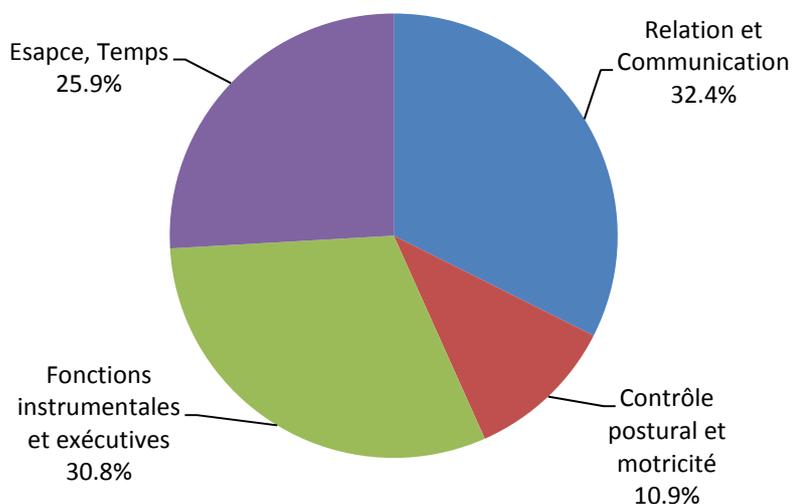


Dans un tiers des cas, les personnes prises en charge souffrent de la maladie d'Alzheimer et dans un peu plus d'un quart des cas d'une maladie apparentée répondant ainsi aux critères d'inclusion figurant dans le cahier des charges.

2.4. Objectif principal

Il était demandé aux ESA d'indiquer parmi 4 choix la répartition des personnes prises en charge selon l'objectif principal fixé à la prescription (1 seul objectif par personne prise en charge).

Les données ci-dessous concernent 10 équipes et 660 personnes prises en charge (soit 53 % de la totalité des personnes prises en charge par l'ensemble des équipes).



Deux objectifs ressortent en premier de manière à peu près équivalente : relation et communication ainsi que les fonctions instrumentales et exécutives. Chacun de ces objectifs concernent un peu moins d'un tiers des patients.

3. LISTE D'ATTENTE

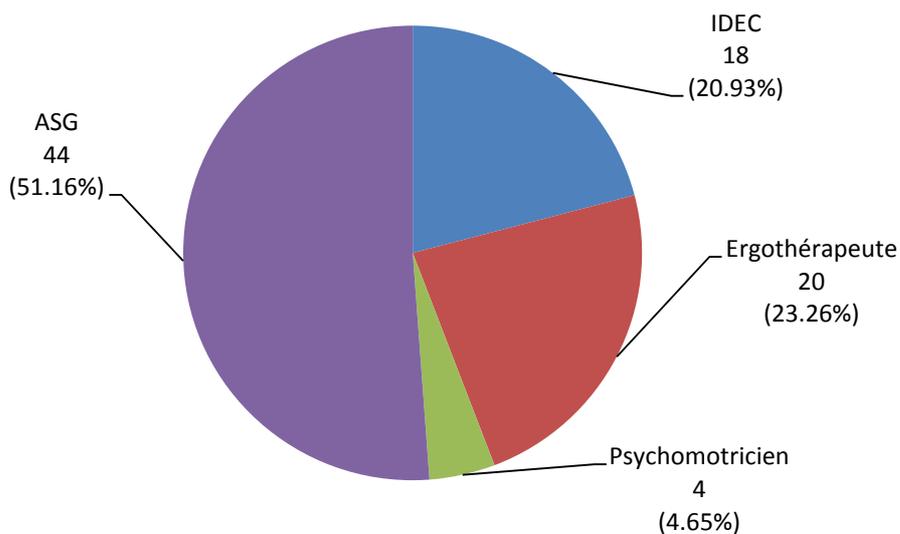
12 équipes déclarent avoir une liste d'attente représentant 96 personnes, soit en moyenne une liste d'attente de 8 personnes pour chacune des 12 équipes.

4. PROFESSIONNELS DE SANTE

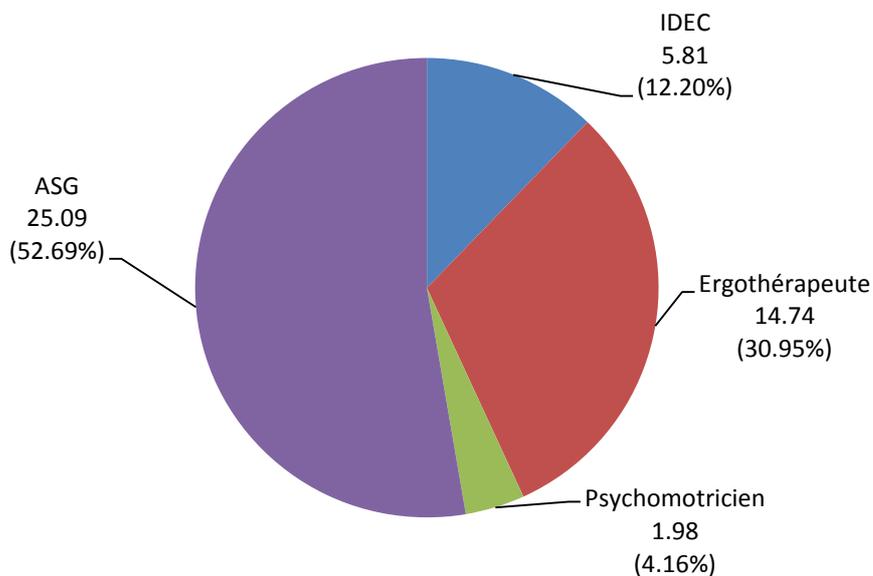
Les 18 équipes spécialisées Alzheimer disposent d'un temps :

- d'infirmière coordinatrice (IDEC),
- d'ergothérapeute et/ou de psychomotricien,
- d'assistant de soins en gériatrie (ASG).

Nombre de **professionnels** par catégorie pour les 18 équipes



Nombre d'**ETP** par catégorie de professionnels pour les 18 équipes



Au total, ce sont 86 professionnels pour 47.62 ETP. Les équipes sont constituées de 3 à 6 personnes et de 1,5 à 3.06 ETP. En moyenne, l'effectif en personnels s'élève à 4.8 personnes par équipe et à 2.6 ETP (moyenne nationale de l'effectif des personnels : 6.4 personnes par équipe et 2.7 ETP).

Les personnels les plus représentés au sein des équipes sont les ASG et les ergothérapeutes.

CONCLUSION

Les 21 équipes spécialisées Alzheimer sont toutes en fonctionnement avec pour certaines d'entre-elles des listes d'attente.

Bien que toutes les équipes spécialisées Alzheimer aient été autorisées fin 2012, certaines se sont mises en place plus tardivement en raison des difficultés de recrutement sur les postes d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens.

Ce dispositif est reconduit dans le cadre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019 avec la création de 74 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer au plan national. 3 équipes sont attribuées à la région Centre-Val de Loire.

De plus, sur la base de l'expérimentation des équipes spécialisées Alzheimer, le plan maladies neurodégénératives prévoit, dans un second temps, de concevoir et d'expérimenter un protocole d'intervention au domicile pour les personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques. En 2016, une action de recherche sera menée dans 3 SSIAD situés dans les régions dont la prévalence des maladies de Parkinson et de sclérose en plaques est la plus élevée. Cette action de recherche est destinée à définir les prestations spécifiques et complémentaires ainsi que le stade d'évolution de la maladie pertinent pour l'intervention des SSIAD « maladies neurodégénératives ». A partir de l'expérimentation, chaque région devra identifier un SSIAD « maladies neurodégénératives » financé à 150 000 €.

ANNEXE 4 : PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPIT

RESULTATS DE L'ENQUETE D'ACTIVITE 2014

INTRODUCTION

L'impact de la maladie d'Alzheimer sur les proches et en particulier la famille des personnes malades est une caractéristique essentielle de cette affection et a été à l'origine du développement du concept de « répit » pour les aidants.

L'un des axes forts du plan Alzheimer 2008-2012 était d'apporter un soutien accru aux aidants. Dans cette perspective, ce plan a vu la création d'un nouveau dispositif : la plateforme de répit et d'accompagnement des aidants familiaux.

Ce dispositif a pour objectif d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures.

La plateforme d'accompagnement et de répit a notamment pour missions de :

- répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité ;
- proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple ;
- être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes « à risque » ;
- offrir du temps libéré (une aide se substitue à celle apportée par l'aidant / séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation / intégrant la dimension de « bon temps passé ensemble ») ;
- informer, éduquer soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et de lutter contre le repli et la dépression ;
- contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

La plateforme d'accompagnement et de répit est portée par un accueil de jour d'au moins 10 places installées, qu'il soit autonome ou rattaché à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, 6 plateformes de répit et d'accompagnement ont été octroyées à la région Centre-Val de Loire. Les 6 ont été créées : 3 en 2011, 1 en 2012, 1 en 2014 et 1 en 2015. Chaque département dispose d'une plateforme de répit.

L'ARS Centre-Val de Loire a lancé, en octobre 2015, un questionnaire d'enquête relatif à l'activité 2014 des plateformes de répit, reprenant le modèle élaboré en 2012 par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

1. DESCRIPTION GENERALE

Sur les 5 plateformes de répit interrogées ayant une activité en 2014, les 5 ont répondu au questionnaire d'enquête.

4 plateformes avaient un fonctionnement en année pleine et une en année partielle sur 2014 (6 ½ mois d'activité).

4 plateformes de répit sont adossées à un accueil de jour rattaché à un EHPAD et une est rattachée à un accueil de jour autonome.

2. FILE ACTIVE

2.1. Les aidants ayant contacté une plateforme de répit

4 plateformes sur les 5 concernées ont renseigné le nombre d'aidants les ayant contacté au cours de l'année 2014 que cela ait abouti ou non à une orientation vers une prestation.

Les 3 plateformes en fonctionnement en année pleine ont été contactées par 261 aidants soit une moyenne de 65 aidants par plateforme.

(Bilan national de l'enquête d'activité 2012 : 15 plateformes de répit en fonctionnement en année pleine contactées par 3 517 aidants soit une moyenne de 234 aidants par plateforme).

Pour la plateforme n'ayant fonctionné qu'une partie de l'année, celle-ci a été sollicitée par 24 aidants.

2.2. Les aidants ayant bénéficié d'au moins une prestation

Les 5 plateformes ont renseigné l'item relatif au nombre d'aidants ayant bénéficié d'au moins une prestation.

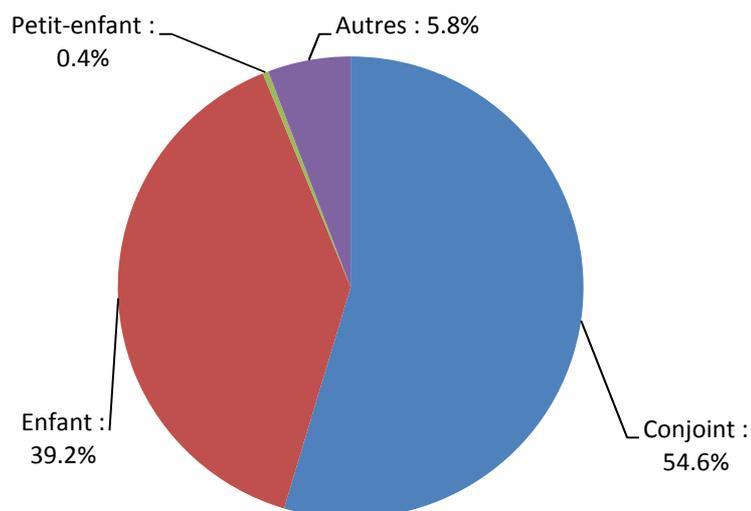
238 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation en 2014 sur les 4 plateformes en fonctionnement en année pleine, soit une moyenne de 60 aidants par plateforme.

(Bilan national de l'enquête d'activité 2012 : 3014 aidants se sont vus délivrés une prestation par 25 plateformes de répit en fonctionnement en année pleine, soit en moyenne 121 aidants par plateforme).

Pour celle ayant fonctionné partiellement en 2014, 22 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation.

Les principaux acteurs listés à l'origine des orientations des aidants vers la plateforme sont : les accueils de jour, les équipes spécialisées Alzheimer, les MAIA, les consultations mémoire, les médecins traitants et spécialistes, CLIC et Conseil Départemental, Assistante Sociale.

2.2.1. *Profils des aidants ayant bénéficié d'au moins une prestation*



Les données ci-dessus portent sur les données fournies par les 5 plateformes.

Les aidants ayant bénéficié d'au moins une prestation, sont pour 54.6 % d'entre-eux, le conjoint de la personne aidée et pour 39.2 % les enfants.

On observe dans le bilan national de l'enquête d'activité 2012 que l'aidant ayant bénéficié d'au moins une prestation était également majoritairement le conjoint de la personne aidée (47 %) ou les enfants (44%).

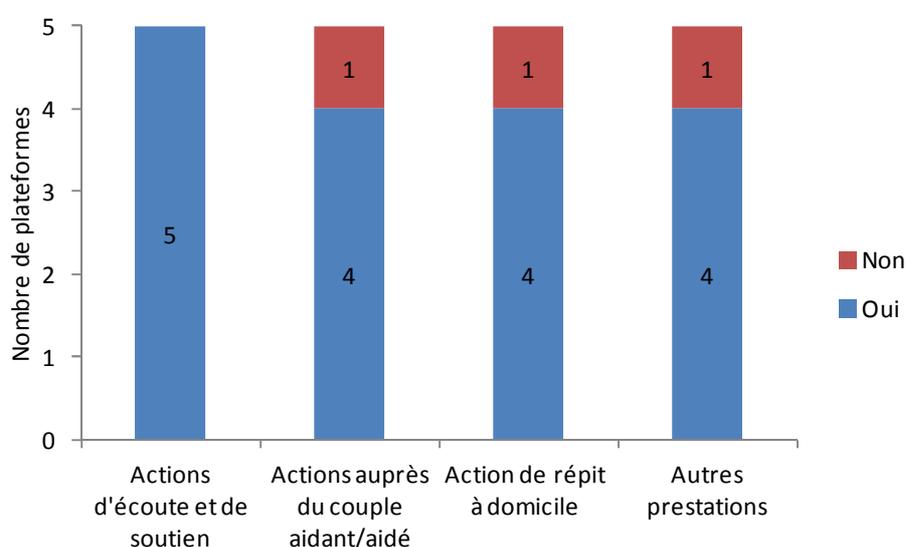
3. PRESTATIONS REALISEES

La plateforme de répit a pour objectif d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants.

Le cahier des charges précisait que les plateformes de répit devaient proposer :

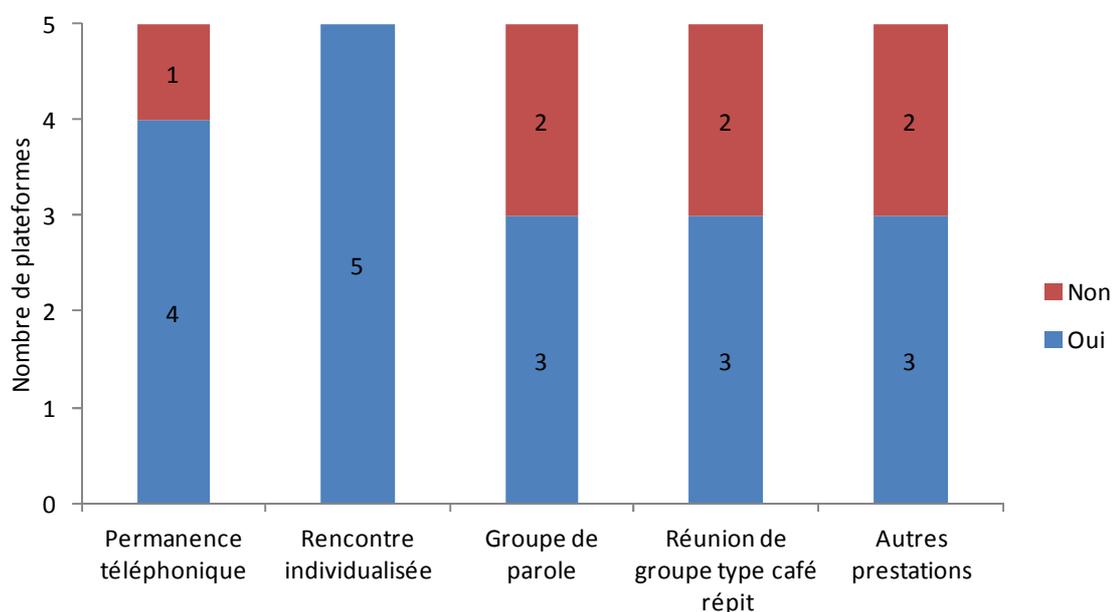
- des actions d'écoute et de soutien des aidants,
- des actions pour le couple aidant/aidé favorisant la poursuite de la vie sociale,
- du répit à domicile.

3.1. Actions proposées par les plateformes de répit



Les 5 plateformes de répit proposent des actions d'écoute et de soutien.

3.1.1. *Actions d'écoute et de soutien des aidants*



Comme observé sur le bilan national de l'enquête d'activité 2012, les plateformes de répit proposent essentiellement aux aidants comme actions d'écoute et de soutien une permanence téléphonique et des rencontres individuelles.

Sur les 4 plateformes de répit proposant une permanence téléphonique, les horaires de permanence correspondent à ceux de l'accueil de jour pour 2 plateformes. Les 2 autres plateformes de répit assurent pour l'une d'entre-elle une amplitude de permanence plus large que celle de l'accueil de jour et pour l'autre une amplitude moins large que celle de l'accueil de jour.

Les 5 plateformes de répit proposent des rencontres individualisées à la plateforme ou au domicile. En moyenne, 141 rencontres ont été réalisées par les plateformes de répit ayant eu un fonctionnement en année pleine au cours de l'année 2014 (*moyenne du bilan national de l'enquête de l'activité 2012 : 152 pour les plateformes en fonctionnement en année pleine*).

Seules 2 plateformes ont renseigné le nombre d'aidants ayant bénéficié de cette prestation. En moyenne ce sont 38 aidants par plateforme ayant bénéficié d'une ou de plusieurs rencontres individualisées (*moyenne nationale du bilan de l'activité 2012 : 94 aidants pour 52 plateformes*).

Les groupes de parole sont proposés par 3 plateformes. Seules 2 plateformes dont une ayant fonctionné en année partielle ont renseigné le nombre de fois où cette prestation a été réalisée et le nombre d'aidants ayant bénéficié de cette prestation. Aucune moyenne ne peut être réalisée.

Des réunions de groupe type café répit ont été réalisées par 3 plateformes de répit ; en moyenne 12 fois dans l'année pour les 2 plateformes ayant fonctionné en année pleine au bénéfice de 16 aidants en moyenne par plateforme (*moyenne du bilan national de l'enquête de l'activité 2012 : organisation 16 fois de cette action bénéficiant à 31 aidants par plateforme*).

D'autres prestations sont proposées par les plateformes de répit :

- des rendez-vous d'évaluation de la situation aidant-aidé,
- de l'orientation vers d'autres professionnels,
- des visites d'EHPAD,
- du soutien médical.

3.1.2. Actions auprès du couple aidant/aidé favorisant la poursuite de la vie sociale

4 plateformes de répit déclarent proposer des actions auprès de couple aidant/aidé favorisant la poursuite de la vie sociale.

Seules 2 plateformes de répit ont renseigné précisément le type d'activité qu'elles proposaient :

- Tai-Chi,
- Ateliers cognitifs,
- Sortie à la journée/Sortie de groupe,
- Rencontre de fin d'année/Restaurant,
- Thé dansant,
- Séjour-vacances.

3.1.3. Actions de répit à domicile

4 plateformes déclarent proposer des actions de répit à domicile.

3 d'entre-elles ont indiqué le nombre d'aidants concernés par cette prestation ainsi que le nombre de journées de répit à domicile réalisées, et ont précisé que les tous les aidants les ayant sollicité pour cette prestation ont pu en bénéficier.

Pour les 2 plateformes ayant fonctionné en année pleine, ce sont en moyenne 236 journées de répit à domicile réalisées en moyenne au bénéfice de 38 aidants en moyenne (*bilan national de l'enquête d'activité 2012 : en moyenne sur les 28 plateformes ayant indiqué leur activité, celles-ci sont intervenues au domicile de 17 aidants et pour les 25 ayant comptabilisé le nombre de journées, ce sont en moyenne 63 jours par plateforme*).

3.1.4. *Autres prestations proposées*

4 plateformes indiquent réaliser d'autres actions parmi lesquelles :

- groupes d'informations pour les aidants,
- ateliers sportifs/ludiques avec la personne aidée en parallèle de la rencontre des aidants,
- activités collectives à la résidence pour les personnes aidées,
- formation aux aidants.

Pour les prestations qu'elles ne réalisent pas, les plateformes de répit orientent les aidants ou couples aidants/aidés vers d'autres associations, notamment France Alzheimer, association de familles de malades mais également vers des groupes de paroles, des psychologues, des SSIAD, des équipes spécialisées Alzheimer, des SAD.

3.1.5. *Evaluation des actions proposées et liste d'attente*

4 plateformes déclarent avoir mis en place un dispositif d'évaluation des actions auprès des aidants mais pour l'une d'entre-elle uniquement pour la prestation relative à la formation aux aidants.

Les 5 plateformes de répit indiquent ne pas avoir de liste d'attente pour les prestations proposées.

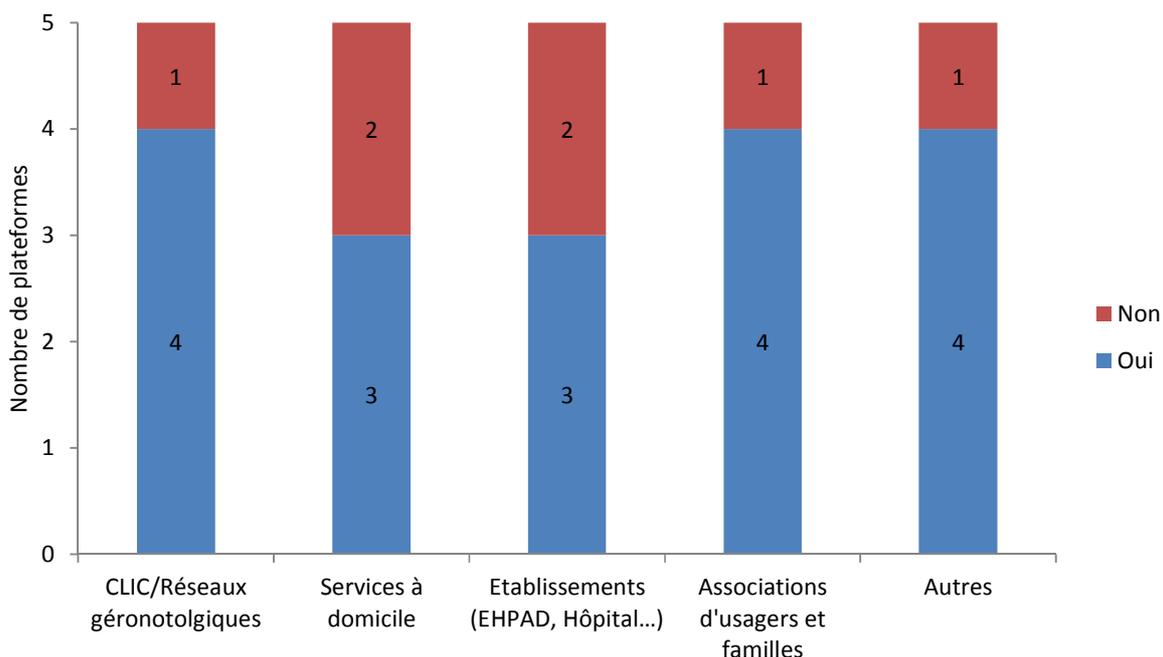
3.1.6. *Dispositifs mis en place pour faciliter l'accès aux prestations*

3 plateformes ont mis en place avec leurs partenaires un système de transport pour faciliter l'accès aux prestations d'aidants isolés et sans moyen de locomotion.

4 plateformes ont mis en place des modalités de prises en charges des personnes aidées pour permettre aux aidants de participer aux prestations proposées soit en proposant une prestation de répit à domicile et/ou en proposant l'accueil de jour.

4 plateformes de répit déclarent que des personnes âgées dépendantes ont fréquenté l'accueil de jour suite à un contact de l'aidant avec la plateforme. Pour les 3 plateformes de répit ayant fonctionné toute l'année, ce sont en moyenne 14 personnes âgées dépendantes ayant fréquenté l'accueil de jour.

4. PARTENARIATS



4 plateformes de répit sur 5 déclarent avoir mis en place des partenariats avec d'autres acteurs et toutes notamment avec des CLIC et/ou réseaux gérontologiques. Le bilan national d'activité 2012 faisait apparaître le même constat. En effet, la quasi-totalité des plateformes de répit avaient mis en place des partenariats avec d'autres acteurs et pour l'ensemble de celles-ci avec des CLIC ou des réseaux gérontologiques.

De plus, les 4 plateformes ont indiqué avoir mis en place d'autres partenariats (ex : MAIA, France Alzheimer, Equipes Spécialisées Alzheimer, Conseil Départemental, Mairie, Résidence Seniors, Instituts de formation).

Pour la plateforme de répit indiquant ne pas avoir mis en place de partenariat, celle-ci déclare avoir des liens avec notamment les équipes spécialisées Alzheimer, MAIA, France Alzheimer.

5. PERSONNELS

Le financement des plateformes de répit permet notamment de couvrir les charges de catégories suivantes de personnels : infirmier, aide-soignant, psychologue, aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale.

3 plateformes de répit ont du temps infirmier, soit en moyenne 0.28 ETP (*moyenne bilan national de l'enquête d'activité 2012 : 0.58 ETP*).

4 plateformes de répit déclarent du temps d'AMP/Aide soignant, soit en moyenne 1.60 ETP (*moyenne bilan national de l'enquête d'activité 2012 : 0.98 ETP*).

2 plateformes de répit indiquent du temps de psychologue, soit en moyenne 0.13 ETP. Une autre plateforme spécifie réaliser des prestations bi-mensuelles de psychologue ; (*moyenne bilan national de l'enquête d'activité 2012 : 0.51 ETP*).

Aucune plateforme de répit n'a recours à du temps d'auxiliaire de vie sociale. (*Bilan national de l'enquête d'activité 2012 : seules 4 plateformes déclaraient dans leurs effectifs du temps d'auxiliaire de vie sociale*).

2 plateformes présentent dans leurs effectifs d'autres types de professionnels : personnel administratif pour de l'accueil téléphonique et du temps de cadre de santé.

En dehors des actions de répit, le personnel de 3 plateformes de répit intervient hors de la structure majoritairement pour des actions de communication (ex : hôpital, table tactique MAIA, médecins libéraux, CCAS, forums, salons, coordination de l'autonomie, IDE libérales, officines de ville).

6. FINANCEMENT

Outre les charges de personnels ci-dessus citées, le financement permet également de couvrir dans le cadre du fonctionnement les frais d'administration, comptabilité, gestion, charges et entretien des locaux.

3 plateformes demandent une participation financière des usagers pour certaines prestations : 2 plateformes pour des prestations favorisant la poursuite de la vie sociale, 1 plateforme pour le répit à domicile. A noter qu'une plateforme de répit n'a pas répondu à cette question et que celle ne déclarant pas de demande de participation financière ne réalise ni d'actions auprès des couple aidant/aidé favorisant la poursuite de la vie sociale ni d'actions de répit.

CONCLUSION

4 des 5 plateformes de répit enquêtées sur leur activité 2014 proposent les 3 catégories d'actions indiquées dans le cahier des charges (actions d'écoute et de soutien des aidants, actions pour le couple aidant/aidé favorisant la poursuite de la vie sociale, répit à domicile). Une propose uniquement 1 seule catégorie d'actions (actions d'écoute et de soutien).

Parmi les difficultés identifiées par les plateformes de répit, il apparait notamment la difficulté de prise en charge en accueil de jour ou en hébergement temporaire (offre) mais également le coût financier du répit qui peut être un frein pour les aidants. Il est également pointé le peu de partenariats avec les médecins traitants malgré une communication renforcée auprès de ces derniers (pour une plateforme) et la zone d'intervention trop large (pour une plateforme).

Les 6 départements de la région sont aujourd'hui dotés une plateforme d'accompagnement et de répit avec pour la dernière ouverte fin 2015 un déploiement en cours.

Le développement de cette offre de répit se poursuivra dans le cadre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

En effet, celui-ci prévoit dans la mesure 28 la création de 65 plateformes de répit supplémentaires de sorte que chaque département dispose de 2 plateformes. 6 nouvelles plateformes sont donc attribuées à la région.

ANNEXE 5 : UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES MEDICO-SOCIALES

RESULTATS DE L'ENQUETE D'ACTIVITE 2014

INTRODUCTION

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou troubles du comportement. Il peut s'agir d'apathie ou d'agressivité, de comportements d'errance ou d'agitation. Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage. Ils constituent également la principale difficulté rencontrée par les professionnels en EHPAD.

Aussi, La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la création de deux types d'unités spécifiques selon le niveau de troubles du comportement :

- Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dans les EHPAD pour les résidents avec troubles du comportement modérés.
- Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) dans les EHPAD et les USLD pour les résidents avec troubles du comportement sévères.

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

L'UHR médico-sociale accueille des personnes venant du domicile ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, 5 UHR médico-sociales ont été octroyées à la région Centre-Val de Loire. Afin de couvrir tous les départements par ce type d'unité, l'ARS Centre-Val de Loire en a financée une sixième sur son enveloppe régionale médico-sociale.

Les 6 UHR médico-sociales sont en fonctionnement : 4 UHR disposent de 14 places, 1 de 12 places et 1 de 10 places.

1. DESCRIPTION GENERALE

L'ARS Centre-Val de Loire a lancé, en octobre 2015, un questionnaire d'enquête relatif à l'activité 2014 des établissements disposant d'une UHR médico-sociale.

Les 6 structures interrogées ont répondu au questionnaire d'enquête. Les 6 questionnaires retournés ne sont pas tous exploitables dans leur intégralité.

Les moyennes nationales exprimées ci-dessous sont issues du rapport « Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux (activité 2013) » réalisé par le CREA-ORS Languedoc-Roussillon.

2. RESIDENTS PRIS EN CHARGE

En 2014, 133 résidents ont été pris en charge par les 6 UHR, soit une moyenne de 22.2 résidents par UHR. 27.8 % des résidents pris en charge proviennent du domicile ou d'un autre EHPAD que celui de l'UHR.

L'âge moyen est estimé à 81.3 ans (moyenne d'âge nationale : 81.8 ans).

La durée moyenne de séjour est estimée à 11.2 mois (minimum : 5 mois - maximum : 21 mois). Celle-ci est identique à la durée moyenne nationale de séjour.

2.1. Mini Mental State Examination (MMSE)

Le MMSE est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique.

4 UHR ont renseigné cet item. Le MMSE moyen des résidents à l'admission à l'UHR est de 7.6 (moyenne nationale : 7.4). Ces derniers varient de 4.8 à 10.

2.2. NPI-ES

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution.

Pour les 6 UHR, la moyenne des scores F*G (Fréquence * Gravité) au NPI-ES est renseignée.

A l'admission au sein de l'UHR ce score est en moyenne de 26.53 (moyenne nationale : 38.4), avec une hétérogénéité importante [minimum : 8 – maximum : 51].

Le score moyen le plus élevé (FxG) pour l'item comportemental le plus important par résident est compris entre 10.65 et 12. La moyenne est de 11.24 (moyenne nationale 10.6).

2.3. Diagnostic

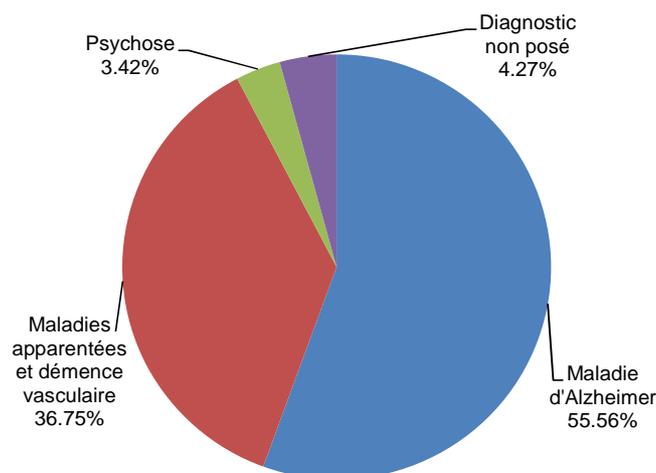
Les données ci-dessous portent sur 5 UHR, soit 117 résidents.

Dans 95.7 % des cas, le diagnostic est posé.

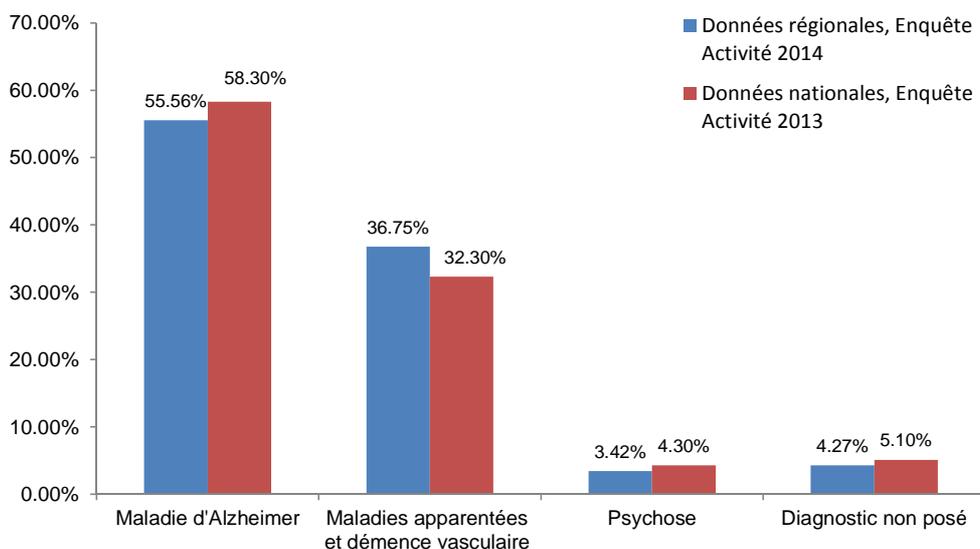
Les résidents pris en charge en UHR souffrent pour plus de la moitié d'entre-eux (55.56 %) de la maladie d'Alzheimer (58.3 % au niveau national).

Bien que n'entrant pas dans le champ de la prise en charge en UHR, il est constaté qu'un peu plus de 3 % des patients accueillis souffrent d'une psychose.

Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic



Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic : comparaison données régionales/données nationales



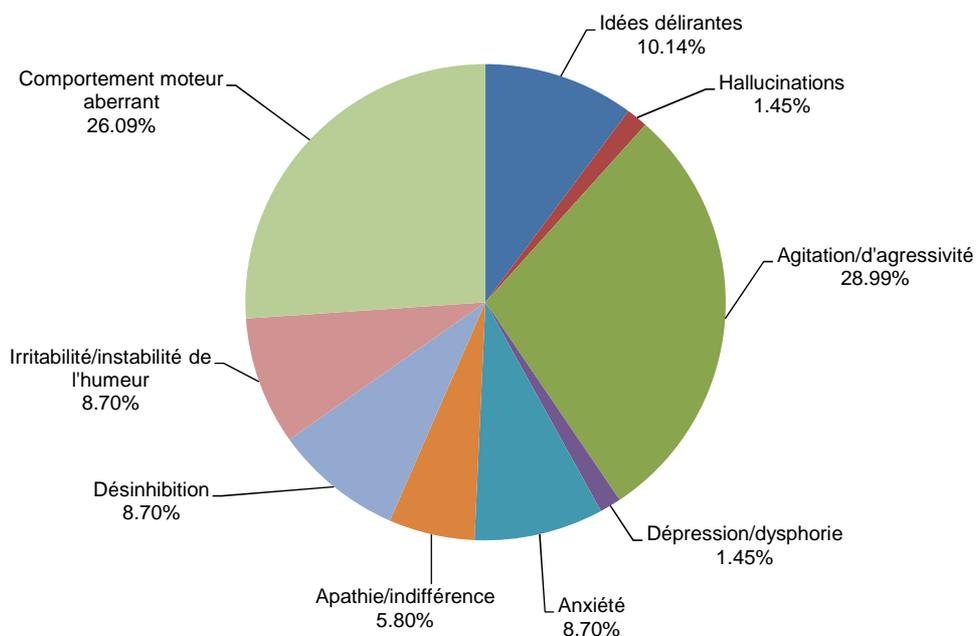
La tendance régionale suit celle observée au niveau national lors de l'enquête 2013.

2.4. Trouble principal

Les données ci-dessous portent sur 3 UHR, soit 69 résidents (51.88 % de l'effectif total de résidents).

L'agitation/l'agressivité ainsi que le comportement moteur aberrant représentent à eux 2 plus de la moitié (55.07 %) de troubles principaux rencontrés.

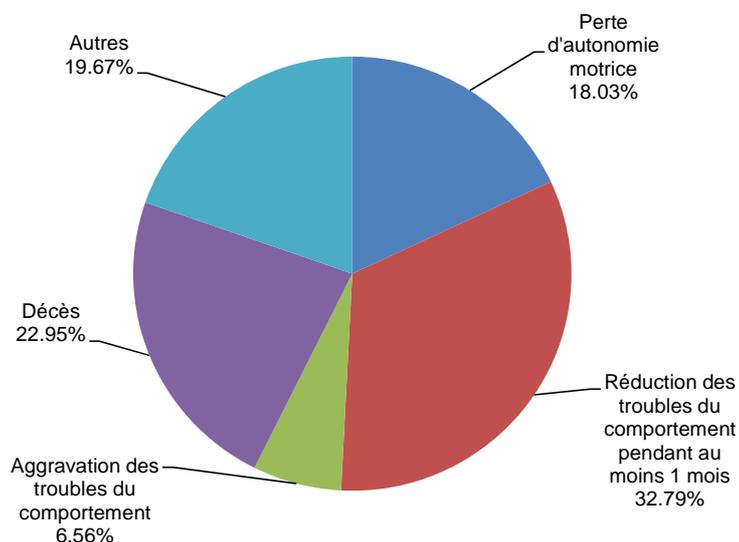
Répartition des résidents en UHR selon la nature du trouble principal



3. SORTIES

61 sorties ont été déclarées par les 6 UHR soit une moyenne de 10.1 sorties par unité (minimum : 3 – maximum : 17). Cette moyenne est supérieure à celle observée au niveau national en 2013 : environ 8 sorties.

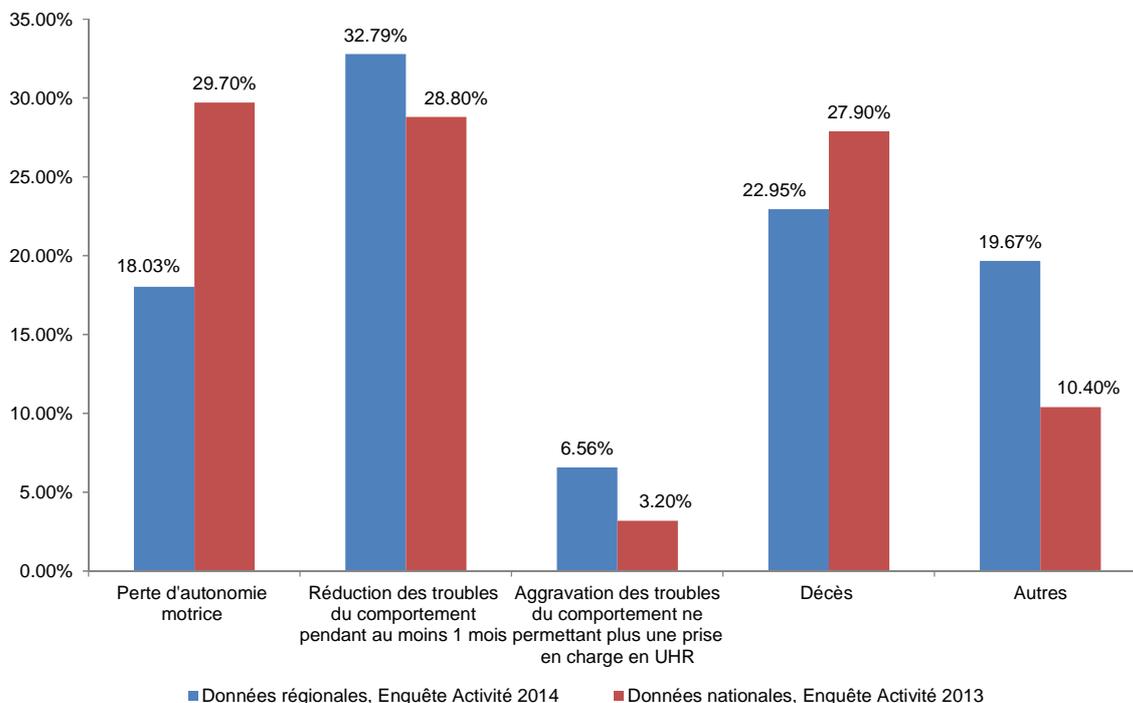
3.1. Motifs de sortie



Le motif « Autres » a été précisé dans 8 cas :

- Changement d'établissement : 4
- Médecine SSR : 3
- Domicile : 1

Répartition des motifs de sortie : comparaison données régionales/données nationales

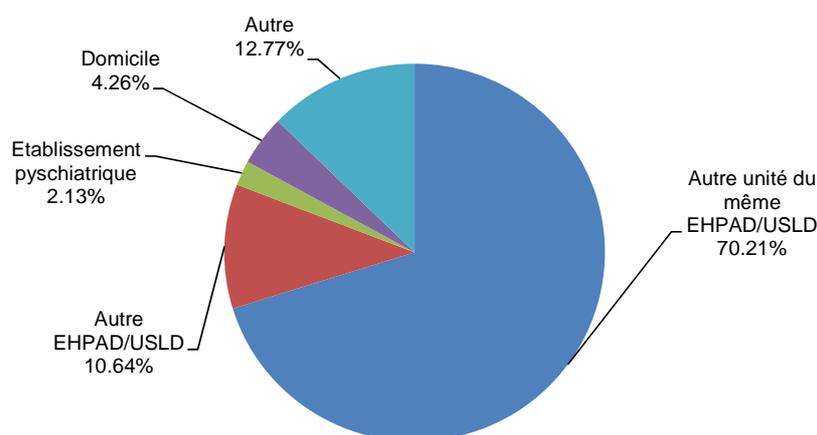


Il est à noter des disparités par rapport aux résultats de l'enquête nationale 2013 aussi bien au niveau de la répartition des premiers motifs de sortie que des proportions.

3.2. Destination des sorties

Dans plus de 2 tiers des cas, les résidents sortant de l'UHR sont accueillis dans une autre unité du même établissement.

L'accueil en établissement psychiatrique est faible.



A noter que dans le motif Autre figure en destination de sortie : Autre UHR.

4. LISTE D'ATTENTE

Les 6 UHR déclarent avoir une liste d'attente représentant 9 personnes soit en moyenne une liste d'attente de 1.5 personnes (minimum : 1 - maximum : 3).

5. PROFESSIONNELS DE SANTE

Les UHR doivent disposer d'un temps de :

- médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- infirmier ;
- psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- assistant de soins en gérontologie ;
- personnel soignant la nuit ;
- psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

Les données ci-dessous portent sur 4 UHR.

Il est observé :

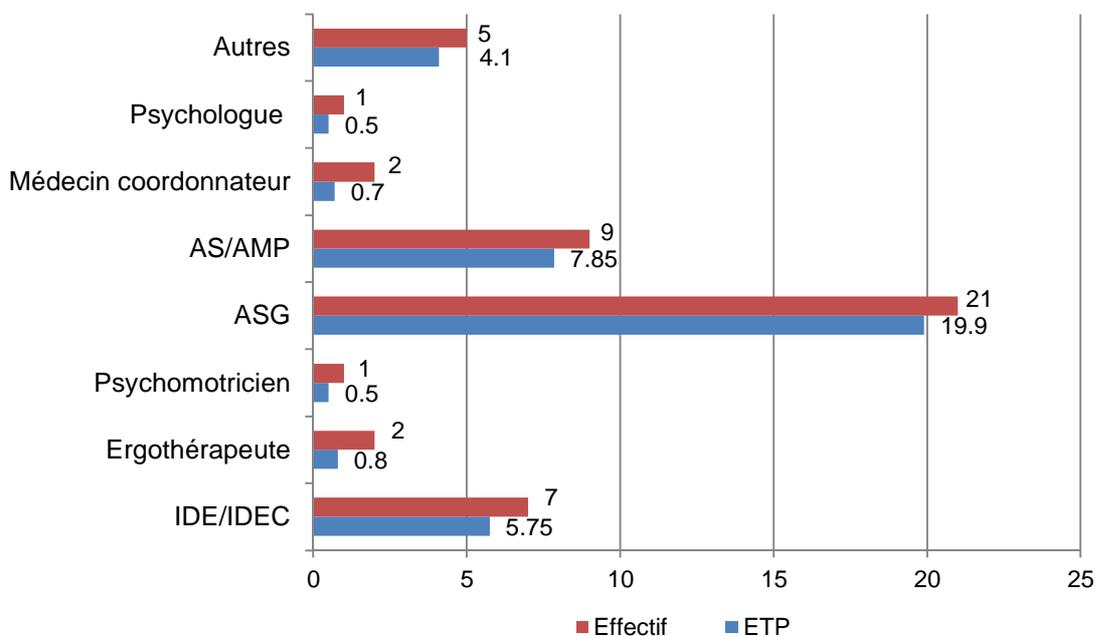
- 1 UHR ne dispose ni de temps de d'ergothérapeute ni de temps de psychomotricien ;
- 1 UHR n'a pas de temps de infirmier ;
- 3 UHR ne disposent pas de temps de psychologue ;
- 2 UHR n'ont pas de temps de médecin coordonnateur (les 2 structures étant portés par un centre hospitalier, le questionnaire ne permet pas de déterminer si elle dispose d'un autre temps de médecin autre que celui de médecin coordonnateur).

Les UHR emploient en moyenne 10.02 ETP par unité [minimum : 5.55 ETP - maximum : 15.56 ETP] (moyenne nationale : 11 ETP).

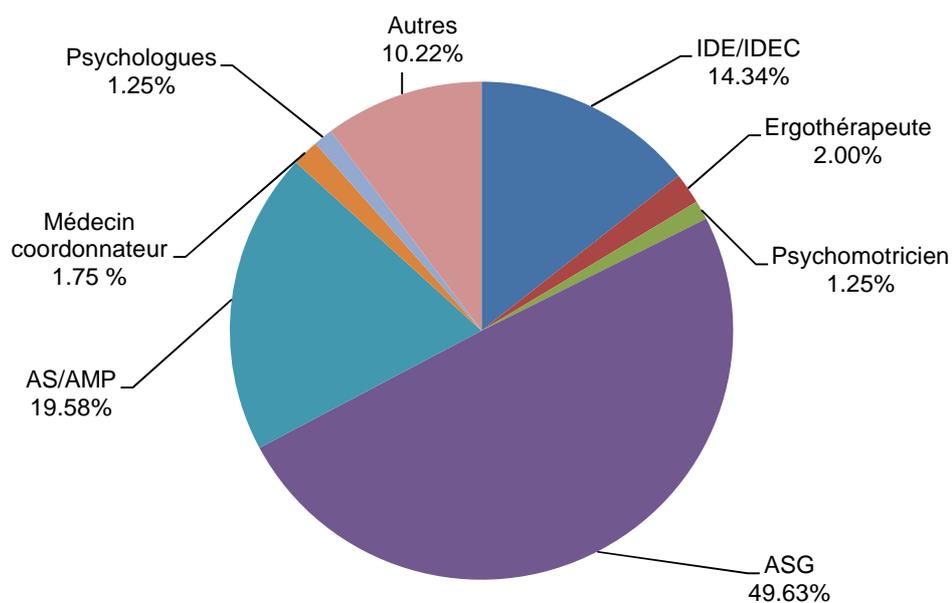
Les assistants de soins en gériologie (ASG) sont les personnels les plus présents au sein des UHR représentant quasiment 50 % des ETP.

Parmi les autres catégories de personnels, on trouve du temps d'agent de service hospitalier (ASH) et d'animateur sportif.

Effectif et ETP par catégorie de professionnels



Répartition des ETP par catégorie de professionnels



ANNEXE 6 : POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES

RESULTATS DE L'ENQUETE D'ACTIVITE 2014

INTRODUCTION

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou troubles du comportement. Il peut s'agir d'apathie ou d'agressivité, de comportements d'errance ou d'agitation. Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage. Ils constituent également la principale difficulté rencontrée par les professionnels en EHPAD.

Aussi, La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la création de deux types d'unités spécifiques selon le niveau de troubles du comportement :

- Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dans les EHPAD pour les résidents avec troubles du comportement modérés.
- Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) dans les EHPAD et les USLD pour les résidents avec troubles du comportement sévères.

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Ce pôle accueille chaque jour et, selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD.

Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, 74 PASA ont été octroyés à la région Centre-Val de Loire. L'objectif des 74 a été dépassé avec la création de 79 PASA.

1. DESCRIPTION GENERALE

L'ARS Centre-Val de Loire a lancé, en octobre 2015, un questionnaire d'enquête relatif à l'activité 2014 des établissements disposant d'un PASA.

Sur les 78 PASA enquêtés, 57 ont répondu au questionnaire. Tous ne sont pas exploitables dans leur intégralité.

D'une capacité moyenne de 14 places, les PASA sont ouverts en moyenne 5 jours par semaine et ferment en moyenne 49 jours par an.

2. FILE ACTIVE

La file active est de 32 résidents âgés en moyenne de 86 ans

3. MMSE ET NPI-ES

Le MMSE moyen à l'admission au sein du PASA est de 15 (de 10 à 19).

NPI-ES

NPI

- Moyenne des scores F*G à l'admission au sein du PASA : 19 (de 3,2 à 39,2)
[fréquence (F) multipliée par gravité (G), maximum 12 items]

4. TROUBLE PRINCIPAL

Parmi les 35 questionnaires qui ont été correctement renseignés, il ressort que les personnes accueillies en PASA souffrent principalement d'apathie/indifférence pour 22 % d'entre eux et d'anxiété pour 17 %.

Trouble principal (Inventaire neuro-psychiatrique NPI-ES)	%
Apathie/indifférence :	22
Anxiété :	17
Dépression/dysphorie :	12
Comportement moteur aberrant :	11
Idées délirantes :	10
Agitation/d'agressivité :	9
Irritabilité/instabilité de l'humeur :	7
Désinhibition :	4
Trouble de l'appétit :	2
Exaltation de l'humeur/euphorie :	2
Trouble du sommeil :	2
Hallucinations :	2

5. PATHOLOGIE

Les réponses apportées au questionnaire font apparaître que près de 80 % des bénéficiaires du PASA ont la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et près de la moitié souffrent de la maladie d'Alzheimer.

Pathologie	%
Maladie d'Alzheimer	46
Maladies apparentées et démence vasculaire	29
Diagnostic non posé	17
Psychose	6

6. ACTIVITES PROPOSEES

Les 20 PASA qui ont répondu à cet item proposent sensiblement les mêmes activités dans le cadre de la prise en charge des résidents.

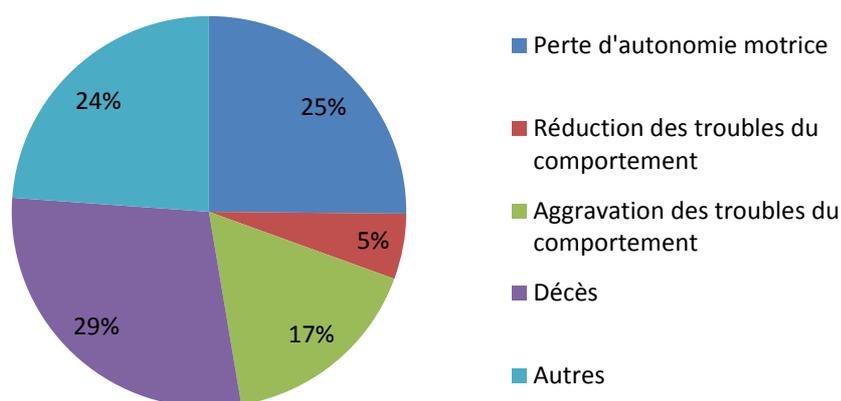
Parmi les autres activités proposées, on retrouve des sorties extérieures, de l'écriture, des films ou diaporamas, de la balnéothérapie et des soins esthétiques.

Activités proposées (ateliers)	%
Cuisine et conception des repas	16,8
Stimulations cognitives ou de la mémoire	16,8
Gymnastique, motricité, relaxation	16,8
Ateliers artistiques	16,8
Activités sociales en groupes	15,8
Jardinage, zoothérapie	13,9
Autres	3,0

7. MOTIFS DE SORTIE DU PASA

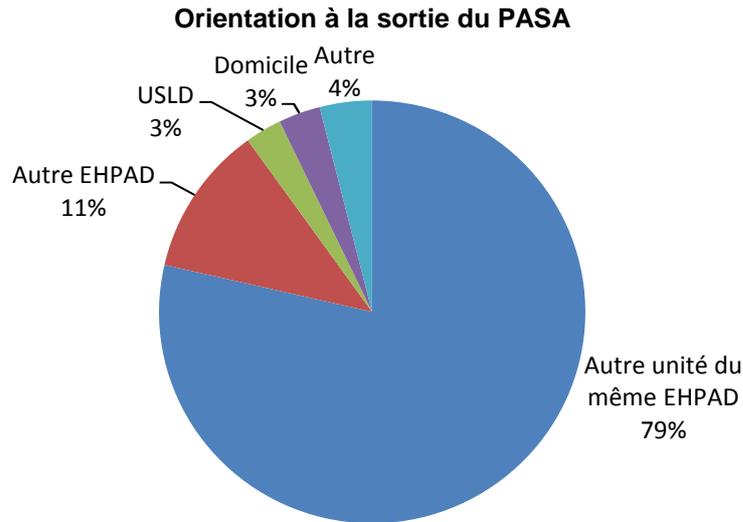
Sur les 53 réponses apportées, la moitié des sorties du PASA découlent d'un décès ou d'une perte d'autonomie. Parmi les autres motifs invoqués on retrouve des abandons, des dégradations de la santé ou des départs de la résidence.

Motifs de sortie du PASA



8. ORIENTATION A LA SORTIE DU PASA

Parmi les 40 réponses fournies sur l'orientation à la sortie du PASA, il ressort que 80 % des personnes prises en charge dans le PASA retournent dans leur unité d'origine. Les UHR sont aussi d'autres orientations possibles.



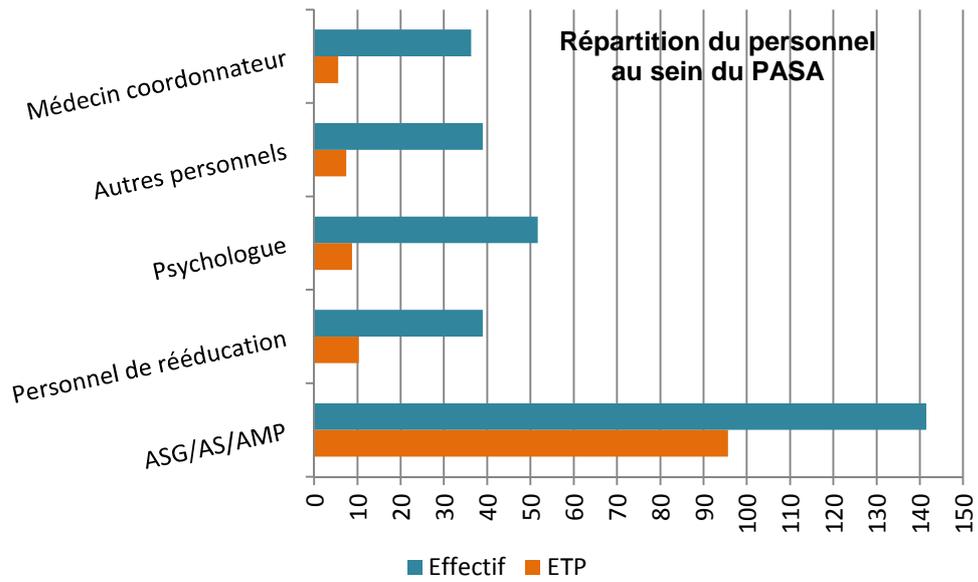
9. PERSONNEL

Les ASG, AS ou AMP représentent, en ETP, les $\frac{3}{4}$ du personnel du PASA.

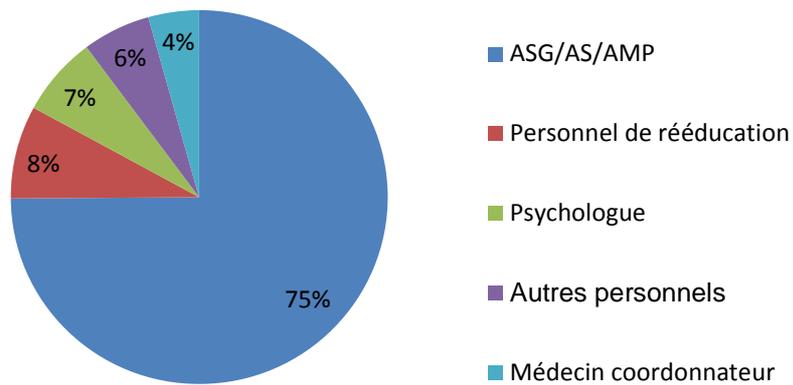
On trouve également comme autres professionnels du PASA des art-thérapeutes, cadres de santé, éducateurs sportifs, diététiciennes, jardiniers, cuisiniers ou animateurs.

Professions	Effectif	ETP	Taux présence	Répartition des ETP
ASG	122	82,9	68,2	64,9
AS/AMP (non formés ASG)	20	12,8	64,0	10,0
Psychologue	52	8,8	17,0	6,9
Ergothérapeute	29	7,7	26,6	6,0
Autres personnels	39	7,5	19,1	5,8
Médecin coordonnateur	36	5,6	15,3	4,4
Psychomotricien	10	2,6	26,0	2,0
Total	308	127,8	41,5	100,0

NB (Lecture du tableau) : Les psychomotriciens ne représentent que 2 % des ETP mais interviennent pour 26 % de leur temps.



Ventilation du personnel par ETP



GLOSSAIRE

ADELI : automatisation des listes
ALD : affection de longue durée
AMP : aide médico-psychologique
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
ASG : assistant de soins en gérontologie
AT/MP : accident du travail/maladie professionnelle
AVC : accident vasculaire cérébral
BNA : banque nationale de données Alzheimer
CCAS : centre communal d'action sociale
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique
CEP : centre expert parkinson
CMRR : centre mémoire de ressources et de recherche
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNOM : conseil national de l'ordre des médecins
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI : centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CSD : centre de soins dentaires
CSI : centre de soins infirmier
CSP : code de la santé publique
CTA : coordination territoriale d'appui
DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DE : diagnostic éducatif
DREES : direction de la recherche des études et évaluation et statistiques
DGOS : direction générale de l'offre de soins
EADSP : équipe d'appui départementale en soins palliatifs
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG : équipe mobile gériatrique
EREMA : espace national de réflexion éthique de la maladie d'Alzheimer
ETP : éducation thérapeutique du patient
ETP : équivalent temps plein
ESA : équipe spécialisée Alzheimer
ESAT : établissement et service d'aide par le travail
ESMS : établissement sanitaire et médico-social
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMC : formation médicale continue
FV : foyer de vie
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
HPST : hôpital, patient, santé, territoire
IDE(L) (C) : infirmier diplômé d'état (libéral) (coordinateur)
IFAS : institut de formation pour les aides-soignants
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : médecine chirurgie obstétrique
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MEP : médecin à exercice particulier
MG : médecin généraliste
MK : masseur kinésithérapeute
MMSE : mini mental state examination
MPR : médecine physique et réadaptation
MSP : maison de santé pluridisciplinaire
NPI-ES : inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante
OMS : organisation mondiale de la santé
ORL : oto-rhino-laryngologie
ORS : observatoire régional de la santé
PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMND : plan maladies neurodégénératives
PPS : plan personnalisé de santé
PS : professionnel de santé
PSP : pôle de santé pluridisciplinaire
PTA : plateforme territoriale d'appui
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
SAAD : service d'aide à domicile
SAE : statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SEP : sclérose en plaques
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SLA : sclérose latérale amyotrophique
SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
UCC : unité cognitivo-comportementale
UHR : unité d'hébergement renforcée
UNV : unité neuro-vasculaire
URIOPSS : union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
USLD : unité de soins de longue durée