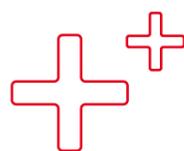


III.4

PROGRAMME
RELATIF À LA
TRANSVERSALITÉ
+⁺ DES PARCOURS
DE SANTÉ



Sommaire

PRÉAMBULE	906		
I. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ EN SANTÉ MENTALE	908		
I.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné en santé mentale	908		
I.2. Détermination des points de rupture du parcours en santé mentale en Limousin	910		
I.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)	912		
II. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE	916		
II.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné de la personne âgée	916		
II.2. Détermination des points de rupture du parcours en santé des personnes âgées en Limousin	918		
II.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)	920		
II.3.1. Prévention	920		
II.3.2. Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer :	920		
II.3.3. L'évaluation gériatrique dans sa globalité incluant les dimensions médicales, sociales, environnementales et psychologiques.	921		
II.3.4. Le maintien à domicile.	922		
II.3.5. Coordination des prises en charge.	924		
II.3.6. Les urgences gériatriques.	924		
III. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER	926		
III.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné en cancérologie	926		
III.1.1. La prévention	926		
III.1.2. Le dépistage	927		
III.1.3. Dispositif d'annonce et Programme Personnalisé de Soins	927		
III.1.4. Les soins de support	928		
III.1.5. L'accès à l'imagerie	928		
III.1.6. Le parcours dans le système hospitalier	928		
III.1.7. Évolution des prises en charge de la chimiothérapie	929		
III.1.8. Les hospitalisations à domicile	929		
III.1.9. Coordination infirmière	930		
		III.1.10. L'accompagnement social	930
		III.1.11. Réinsertion sociale et professionnelle	931
		III.1.12. Les spécificités du parcours des personnes âgées	931
		III.2. Détermination des points de rupture du parcours de santé en cancérologie en Limousin (exemple du cancer du sein)	932
		III.2.1. 1re étape – une offre hospitalière permettant de réaliser de manière convenable le DIAGNOSTIC sauf exception concernant les mammographes	933
		III.2.2. 2e étape – Le traitement	934
		III.2.3. Les points de fragilité de ce parcours « idéal » au delà de l'offre hospitalière :	934
		III.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)	935
		III.3.1. Le schéma prévention prévoit en matière dépistage :	935
		III.3.2. Les orientations du SROS en matière de dispositif d'annonce et de PPS :	936
		III.3.3. Les orientations du SROS en matière de soins de support :	936
		III.3.4. Les orientations de SROS pour la prise en charge de la chimiothérapie :	936
		III.3.5. Les orientations du SROS concernant la coordination infirmière :	937
		III.3.6. Les orientations du SROS concernant l'accompagnement social :	937
		IV. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ EN ADDICTOLOGIE	938
		IV.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné en addictologie	938
		IV.1.1. La prévention	938
		IV.1.2. L'addictologie de 1er recours et de proximité	938
		IV.1.3. L'addictologie médico-sociale	939
		IV.1.4. L'addictologie hospitalière	939
		IV.2. Détermination des points de rupture du parcours de santé en addictologie en Limousin	940
		IV.2.1. Exemple du Parcours d'un adolescent dépendant au cannabis	940
		IV.2.2. Exemple du Parcours d'un adulte dépendant à l'alcool	941
		IV.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)	942
		IV.3.1. Propositions PRS relatives à l'exemple du parcours d'un adolescent dépendant au cannabis	942
		IV.3.2. Propositions PRS relatives à l'exemple du parcours d'un adulte dépendant à l'alcool	943
		V. ANNEXES	945

PRÉAMBULE

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, en confiant aux Agences Régionales de Santé la mission de décloisonner différents acteurs de la santé, de la prévention et du champ médico-social au sein d'un même territoire impose la fluidité des parcours de santé au travers notamment une meilleure coordination des professionnels de santé entre eux et bien entendu au service de l'utilisateur.

Cet objectif doit être atteint dans un contexte où les moyens financiers sont contraints avec des patients qui n'ont souvent qu'une idée imprécise de l'offre de santé à leur disposition, offre d'ailleurs souvent abondante mais éparpillée. Or, si le patient doit rester au centre de toutes les décisions, force est de constater que les parcours de santé, quels qu'ils soient sont émaillés de points de rupture et autres défaillances de coordination inter professionnels. Qu'il s'agisse en effet d'un manque d'information du patient et de sa famille, d'absence de mécanismes de prévention, de problèmes d'orientation en amont et en aval du système hospitalier, d'absence de dialogue et de compréhension entre le sanitaire et le médico-social ou encore d'insuffisance d'intervention du 1er recours comme garant d'un parcours coordonné, force est de constater qu'en Limousin la transversalité des parcours de santé souffre encore de nombreuses défaillances.

C'est souvent au niveau de l'organisation de services de santé, de leur coordination, en intégrant les éléments de prévention, de prise en charge ambulatoire et hospitalière, et l'accompagnement médico-social que se trouvent les potentiels les plus importants d'amélioration de l'efficacité du parcours de santé, en assurant des réponses coordonnées aux besoins de la population et en utilisant au mieux les ressources humaines et les structures disponibles. C'est un enjeu majeur d'une approche coordonnée en transversalité des schémas régionaux d'organisation des soins en secteur hospitalier et en secteur ambulatoire, et des schémas d'organisation médico-sociale et de prévention.

Bien plus que des manques de moyens et ressources dans l'offre hospitalière ou médico-sociale de la région, se sont les réelles absences de coordination entre les professionnels et les secteurs qui génèrent dans la grande majorité des cas d'importantes ruptures de prise en charge des parcours de santé. La fluidité très souvent évoquée dans les textes et telle que visée par le Projet Régional de Santé du Limousin se heurte souvent dans la pratique à l'absence de coordination.

Or bien souvent, on peut constater que ce décloisonnement ne mobilise pas nécessairement des moyens importants, surtout dans le cadre de la fongibilité des enveloppes ; il requiert simplement et avant tout une connaissance des acteurs d'un même parcours et un dialogue singulier, ou du moins a minima, un échange d'information.

Même si les difficultés à travailler ensemble restent réelles entre les professionnels des différents secteurs malgré l'intervention des ARS, un véritable élan des acteurs doit cependant être relevé depuis plusieurs années en ce sens au profit de l'utilisateur. Cet élan doit être accompagné d'un changement de modèle, de l'hospitalo-centrisme dédié au patient à l'identification préalable des besoins de la personne.

Le programme que nous vous proposons vise à illustrer au travers de quatre parcours de santé différents, celui d'une personne âgée, celui d'une personne atteinte d'un cancer et plus précisément un cancer du sein, celui des addictions et enfin celui de la santé mentale les points de rupture, de mauvaise orientation des patients dans une offre parfois complexe ainsi que les répercussions induites sur son état de santé et sa prise en charge.

Il s'agit là d'illustrer aux travers de cas pratiques les dysfonctionnements réels des parcours de santé tels que nous les connaissons et qui nous sont rapportés dans le cadre de la démocratie sanitaire. Il va de soi que ce travail reste descriptif et ne représente pas la totalité des multiples problématiques pouvant survenir tout au long d'un parcours de santé.

Face à ces constats, ce programme recense et explicite de manière non exhaustive les solutions qui seront engagées par l'ARS conformément aux orientations et mesures décrites dans les trois schémas d'organisation. Le maître mot devant guider nos actions pour les cinq années à venir : la transversalité.

Bien entendu, toute ressemblance avec des points de rupture dans des parcours de santé existant ou ayant existé en Limousin serait fortuite...

I. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ EN SANTÉ MENTALE

I.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné en santé mentale

Plusieurs évolutions ont marqué la psychiatrie française au cours des dernières décennies :

- La forte augmentation de la demande,
- Le changement des représentations avec l'émergence de la notion de santé mentale intégrant la prévention et la réponse à la souffrance psychique (en dehors de la maladie psychiatrique) ; ceci a généré une forte demande en direction du secteur ambulatoire,
- La montée en puissance des usagers et des représentants des familles.

La planification des ressources doit donc prendre en compte à la fois le vaste champ de la santé mentale et celui de la psychiatrie.

En effet, dans le champ de la santé mentale, les besoins de soins ne sont pas tous des besoins de soins spécialisés psychiatriques et certaines interventions peuvent relever des soins de 1er recours, voire du milieu scolaire, du monde du travail ou du champ social. Dans une logique de santé publique, il convient de réserver les soins les plus spécialisés aux personnes qui en ont réellement besoin.

Divers niveaux d'intervention doivent donc coexister :

- La prévention (qui s'adresse à l'ensemble de la population),
- La souffrance psychologique qui concerne les soins de premier recours : médecins généralistes, psychologues, etc.,...
- Les maladies mentales ayant un retentissement important sur le fonctionnement de la personne et/ou engendrant une souffrance psychologique marquée concernent les soins psychiatriques,
- Enfin, la réinsertion et des ressources médico-sociales complètent le dispositif dans le domaine de la psychiatrie.

Tout particulièrement en psychiatrie, ce sont l'intégration et la correspondance du projet de soins dans le parcours et le projet de vie de chaque personne qui sont à rechercher.

En effet les parcours en santé mentale sont multiples et ne peuvent pas être tous déclinés dans ce programme. **Cependant il a été constaté que des points de rupture caractérisent souvent ces parcours et constituent des freins à la qualité de la prise en charge.**

Aussi l'organisation régionale proposée par le PRS doit permettre d'optimiser les réponses proposées à chaque personne en fonction de ses besoins et de son parcours, ceci en accentuant la lisibilité de l'offre pour l'ensemble des acteurs et pour la population.

Pour cela le projet régional de santé doit :

- Organiser le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués et assurer la capacité d'accueil en urgence en hospitalisation, les situations de crise restant fréquentes. L'organisation mise en place doit permettre d'inclure ces épisodes dans une démarche plus globale de projet de soins, en lien avec les autres acteurs. Elle doit également faciliter la déclinaison de la mission de service public relative aux prises en charge des personnes relevant de soins sans consentement ;
- Organiser la prise en charge des troubles mentaux fréquents par une meilleure coopération avec les médecins généralistes tant dans l'accès à des avis spécialisés que dans le suivi des patients ;
- Assurer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient hospitalisés ou à domicile, en développant les coopérations avec les médecins non psychiatres et les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- Assurer une répartition équilibrée sur le territoire de santé, des différentes modalités de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire ;
- Organiser au sein des territoires de santé des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge des patients ;
- Assurer un accès aux soins spécialisés aux personnes accueillies en établissement médico-social ;
- Définir au sein des territoires de santé, les conditions d'organisation de la réponse pour les populations spécifiques : les personnes âgées, les adolescents, les personnes en situation de précarité, les personnes détenues, les personnes autistes et souffrant de troubles envahissants du développement et les patients souffrant d'addictions ;
- Définir les conditions d'accueil et/ou de prise en charge des personnes handicapées psychiques hébergées dans des établissements médico-sociaux ou bénéficiant des services médico-sociaux et notamment l'organisation du suivi psychiatrique des personnes accueillies, les conduites à tenir en situation de crise, les besoins de soutien et d'accompagnement des professionnels des établissements médico-sociaux.
- Effectuer la même démarche avec les EHPAD et les établissements accueillant des personnes présentant des troubles du comportement ;
- Organiser les modalités d'accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention nationales (cancers du sein, de la peau, vaccination,...) ;
- Développer les relations formalisées avec les collectivités territoriales (municipalités/conseils généraux/conseil régional – exemple des transports en particulier pour les patients en soins sans consentement), l'éducation nationale et le monde du travail pour qu'ils intègrent les besoins du champ de la santé mentale dans la définition des politiques mises en œuvre.

Le PRS propose une organisation de la prise en charge visant à limiter ces points de rupture dans ces parcours en développant les articulations entre la prévention et la promotion de la santé, les soins de 1er recours, les soins spécialisés et le secteur médico-social.

Le cas pratique présenté ci-après illustre s'il en était nécessaire la complexité de coordonner les acteurs et professionnels de terrain autour d'une prise en charge efficiente de l'utilisateur. En effet, tout au long du parcours de santé des points de rupture dans la prise en charge ou de mauvaise orientation de l'utilisateur peuvent persister en Limousin. Cet exemple retenu par l'ARS illustre des problématiques régionales auxquelles les trois schémas d'organisation du PRS tentent de répondre.

I.2. Détermination des points de rupture du parcours en santé mentale en Limousin

L'histoire de Mme L., atteinte d'une maladie psychiatrique ayant évolué vers la chronicité, permet d'illustrer l'offre, les étapes fragiles du parcours et les réponses qui sont apportées par le programme régional de santé. Le parcours décrit ci-dessous se déroule sur plusieurs années.

Mme L. présente, dans son adolescence et les premières années de sa vie d'adulte, un parcours qui n'entraîne pas de rupture sociale ou scolaire, mais témoigne d'épisodes de « mal-être », de souffrance psychique, allant jusqu'à une tentative de suicide médicamenteuse, à l'âge de 17 ans, ayant entraîné un passage de quelques heures dans un service d'urgence.

Elle aura sur cette période divers contacts avec des professionnels de santé (en milieu scolaire et dans le cadre des soins de ville) mais ne bénéficiera d'aucune intervention d'un professionnel de la santé mentale.

Commentaires

Les orientations du SROS relatives à la prévention (renforcement des compétences psycho-sociales par le développement des activités de promotion de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire, meilleures prises en compte des questions de santé mentale dans les pratiques des professionnels, développement de la formation en santé mentale et en psychiatrie des professionnels de 1er recours) doivent permettre aux adolescents et aux jeunes de s'épanouir dans un environnement plus informé et attentif à la souffrance psychique et de rencontrer des professionnels ayant une attention aiguë sur la symptomatologie qui en témoigne.

La mise en œuvre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 prévoit de renforcer la prise en charge des « suicidants » à l'accueil des urgences et leur suivi à la sortie.

A l'âge de 27 ans Mme L. présente un épisode dépressif l'amenant à consulter un médecin généraliste sur le conseil de ses proches. Elle reçoit alors un traitement médicamenteux et est suivie en consultation de façon rapprochée. Après plusieurs mois de prise en charge et une amélioration passagère, elle fait une rechute sévère avec une menace suicidaire formulée au cours d'un week-end; elle refuse d'appeler un médecin. Sa famille, très inquiète, s'interroge sur la conduite à tenir en l'absence du médecin traitant.

Commentaires

Le développement de la formation des professionnels de 1er recours dans le champ de la psychiatrie et, en particulier, du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire, doit permettre de mieux anticiper le risque de passage à l'acte et l'orientation vers une consultation spécialisée.

La mise en place d'une réponse aux appels d'urgence du champ psychiatrique, destinée aux malades, aux familles et aux professionnels de santé doit permettre d'avoir accès à un personnel de la santé mentale et donc à une évaluation des besoins de soins; la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge précise les conditions de mise en place des soins psychiatriques sans consentement.

Le développement de l'implication des professionnels de la psychiatrie dans la formation des aidants doit leur permettre de mieux analyser les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés et les services ressources auxquels ils peuvent faire appel.

Mme L. est alors hospitalisée dans le service de psychiatrie générale de son secteur pendant plusieurs semaines. Elle sort avec un traitement médicamenteux et est ensuite suivie en consultation par un psychiatre de l'établissement ainsi que par les infirmiers de secteur dans le cadre de visites périodiques à son domicile. Le relais est ensuite pris par son médecin traitant lors d'une période d'amélioration et en raison de l'éloignement de son domicile. Son état est cependant fluctuant; elle reste instable avec des épisodes dépressifs parfois plus marqués. Elle néglige de faire réaliser des soins somatiques qui lui seraient nécessaires (soins dentaires, suivi gynécologique,...).

Son instabilité est parfois difficile à assumer par sa famille, pourtant mobilisée dans son accompagnement. De plus son médecin traitant n'a pas toujours la disponibilité en temps pour répondre à toutes les demandes de cette patiente dont la pathologie répond mal aux traitements; il ne peut pas non plus assurer de façon satisfaisante le soutien qui serait nécessaire pour les proches. Cette situation lourde peut générer aussi chez lui un certain découragement.

Commentaires

L'implantation d'une consultation médico-psychologique (CMP) sur chaque territoire de proximité (ou l'implantation de compétences psychiatriques en MSP) doit permettre de faciliter le suivi.

Le développement de la formation en santé mentale des professionnels de premier recours et la mise en place d'un accueil téléphonique d'urgence permettent, également à ce stade d'évolution de ce parcours, d'apporter un soutien aux professionnels de santé de 1er recours. Ces deux dispositions peuvent également être utiles à la famille.

Favoriser la circulation et la lisibilité de l'information dans le respect des droits des patients constitue une orientation prioritaire définie dans le PSRS

La facilitation de l'accès aux soins somatiques, aux dépistages et à la prévention pour les personnes souffrant de troubles psychiques se décline dans l'attention que chaque professionnel du champ de la santé mentale accorde à ces questions dans sa prise en charge

Mme L est de nouveau hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide; en raison de la résistance de sa pathologie à plusieurs traitements elle est transférée dans un hôpital disposant d'un service à vocation régionale afin de bénéficier de soins spécifiques; après plusieurs semaines dans cet établissement, elle réintègre l'hôpital qui l'a prise en charge précédemment.

La réponse aux divers traitements proposés reste limitée; la durée et la gravité de sa pathologie altère ses capacités d'autonomie et de socialisation.

La sortie est proposée avec une prise en charge associant dans un premier temps des consultations et une prise en charge en hôpital de jour, puis un accompagnement par un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et l'intégration d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM). Si cela s'avère nécessaire une orientation en établissement médico-social sera envisagée.

Commentaires

Le SROMS intègre la création de places de SAMSAH afin de permettre à chaque département de bénéficier de cet accompagnement ;

Le développement des GEM est également inscrit dans ce schéma.

Enfin le SROMS prévoit, pour les personnes porteuses de handicap psychique, d'anticiper les évolutions en organisant **des séjours de contact dans les établissements médico-sociaux** avant l'admission définitive des patients.

1.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)

Le plan stratégique régional de santé a fixé les orientations stratégiques régionales dans les champs d'actions de l'ARS.

En matière de santé mentale, il a défini, à partir de la priorité régionale commune du PSRS « réduire les inégalités de santé », trois priorités propres à cette thématique : agir sur les déterminants en santé mentale, améliorer qualitativement l'offre en santé mentale et son accès, améliorer la continuité et la lisibilité de la prise en charge.

Ces priorités ont été déclinées :

- En matière de prévention et de promotion de la santé, en reconnaissant et prenant en compte les facteurs généraux qui favorisent la santé mentale, en développant des programmes dans ce sens, en relayant l'information sur la santé mentale, la maladie mentale et le handicap psychique auprès du grand public et en luttant contre la désinsertion sociale et l'isolement,
- En matière d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé, en permettant l'accès à l'offre de droit commun pour tous et en rapprochant l'offre et l'utilisateur,
- En matière de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé notamment en matière de soins, en développant des programmes spécifiques pour les groupes sociaux vulnérables et les territoires fragiles (ZUS et certains territoires ruraux),
- En matière de qualité et d'efficacité des prises en charge, en resituant les différents professionnels là où est leur plus-value, développant la formation des professionnels de proximité aux problématiques liées à la santé mentale et en organisant un dispositif efficace de prise en charge graduée en santé mentale,
- En matière de respect des droits des usagers, en associant tous les usagers quel que soit le handicap dès la conception des projets, en développant des dispositifs permettant le maintien d'une vie sociale des personnes souffrant de troubles mentaux que ce soit dans la cité, la famille

ou au travail et en favorisant la circulation et la lisibilité de l'information dans le respect des droits des patients.

Les trois schémas et les programmes thématiques déclinent ces orientations stratégiques.

• Le schéma régional de prévention

A partir du bilan de l'existant, des constats et du diagnostic posés, l'objectif général est de passer d'une logique de prévention fondée sur l'individu à une logique de promotion de la santé agissant simultanément sur les différents facteurs qui vont influencer la santé.

Plusieurs objectifs stratégiques, déclinables dans le champ de la santé mentale, sont dégagés pour atteindre ce but :

- Développer la promotion de la santé et l'améliorer sur un plan qualitatif,
- Construire une stratégie interinstitutionnelle et intersectorielle de promotion de la santé agissant simultanément sur l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé,
- Développer la capacité des groupes de la population à s'engager avec efficacité pour leurs besoins et à trouver des solutions à leurs problèmes communs,
- Maintenir ou créer des milieux de vie favorables à la santé et à la qualité de vie,
- Renforcer les compétences des futurs parents et des parents de jeunes enfants pour qu'ils puissent promouvoir et protéger la santé de leurs enfants (en particulier en développant et améliorant l'entretien prénatal précoce à visée de repérage des problèmes psychosociaux),
- Favoriser le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire et universitaire en créant les conditions optimales de conception et de mise en œuvre de projets d'éducation pour la santé adaptés au contexte et besoins locaux,
- Développer des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu professionnel, en articulation avec le Plan régional de santé au travail,
- Mieux accompagner les personnes en situation de précarité ou d'exclusion dans une démarche d'appropriation de leur santé,
- Garantir aux personnes vieillissantes un cadre et des activités favorisant l'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité,
- Développer l'éducation pour la santé en faveur des personnes handicapées,
- Favoriser le développement d'une éducation thérapeutique du patient de qualité et de proximité.

• **Le schéma régional de l'organisation des soins**

Les orientations du SROS relatives à l'accès aux soins dans le champ de la santé mentale prévoient de :

- Garantir une offre de consultation de proximité régulièrement répartie sur le territoire
- Développer la télémédecine, dans le cadre expérimental, de mise en œuvre de projets médicaux permettant de réaliser des téléconsultations et de la télé expertise,
- Accentuer la prise en charge des populations les plus démunies,
- Faciliter l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques,
- Développer une connaissance fine et actualisée des pratiques professionnelles,
- Mettre en place une démarche régionale de coordination des acteurs autour du projet de vie et de soins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie,
- Mettre en œuvre le plan national de prévention du suicide,
- Développer l'accès des patients pris en charge en santé mentale aux campagnes nationales de dépistage : cancer du sein, cancer colorectal,.... et à la prévention
- Développer l'implication des professionnels de la psychiatrie dans la formation des professionnels, celle des aidants, dans l'information sur la maladie psychiatrique et le développement des compétences psycho-sociales du grand public
- Optimiser la réponse aux sollicitations en urgence
- Mettre en place le GCS santé mentale/handicap en Limousin, assurer l'accès aux soins de santé mentale pour les personnes âgées dépendantes et pour leurs aidants.
- Développer les interventions en santé mentale sur le lieu de travail
- Développer les activités de promotion de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire

• **Le schéma régional de l'organisation médico-sociale**

Le SROMS veille à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale à partir des domaines identifiés dans le PSRS dont la santé mentale et en centrant la réflexion sur l'amélioration des parcours de vie et de soins des personnes.

Il définit des orientations visant à fluidifier et faciliter les parcours de vie et de soins, en veillant en particulier à l'articulation entre la psychiatrie et le secteur médico-social, à travers des modes de collaboration suivis et adaptés ; il préconise le développement de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCS. MS)

Concernant le handicap psychique il prévoit de :

- Mieux cerner les besoins en matière de handicap psychique,
- Favoriser l'accès à des soins psychiatriques de proximité grâce à des consultations avancées ou à l'intervention d'équipes mobiles,
- Anticiper les évolutions en organisant des séjours de contact dans les établissements médico-

sociaux avant l'admission définitive des patients,

- Adapter les rythmes de travail en ESAT en développant le temps partiel, l'accueil séquentiel, l'accueil progressif,
- Prévoir la création de places adaptées en MAS, FAM, SAMSAH, ESAT.

• **Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**

Il prévoit d'optimiser le recours aux dispositifs dédiés aux publics en situation de précarité en identifiant les points positifs et les points faibles du fonctionnement actuel :

- En particulier, par une évaluation du fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie précarité,
- Par une évaluation de la réponse apportée aux besoins de la région.

• **Les contrats locaux de santé**

Chaque contrat local de santé inclut des réponses aux besoins dans le champ de la santé mentale, les vulnérabilités identifiées sur les territoires concernés se déclinant souvent en termes de souffrance psychique. Les mesures proposées sont adaptées aux besoins de chaque territoire.

II. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

II.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné de la personne âgée

La fluidité du parcours de la personne âgée en situation de perte d'autonomie tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au décloisonnement de leurs interventions respectives.

L'accompagnement d'une personne âgée en situation de fragilité, du fait d'une limitation de son autonomie se traduit trop souvent par une succession de ruptures. Ces dernières pourraient être évitées et son parcours de santé amélioré.

Le parcours de santé « idéal » se confond très majoritairement avec la « filière gériatrique », cadre réglementaire organisant la prise en charge par différents professionnels des populations âgées, filière à laquelle il faut rajouter l'aspect prévention.

Ainsi, « les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prise en charge sans rupture, au fur et à mesure de la graduation des soins requis (du premier recours aux soins spécialisés) ; seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance garantissant un accès aux plateaux techniques et aux soins dans les délais requis par l'état de santé de la personne âgée afin de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance ou d'une situation pathologique ». Dans ce cadre, une meilleure coordination entre les acteurs est indispensable pour garantir un parcours optimal.

De manière exhaustive, 5 textes réglementaires chronologiques doivent être pris en compte par les acteurs du monde de la santé afin de formaliser un parcours de santé efficient de la personne âgée :

- La circulaire N°DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.

Une coopération entre CLIC et réseau de santé gérontologique est recherchée : l'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées :

Par une approche globale et personnalisée des besoins des personnes âgées

En mobilisant les ressources des champs sanitaire, médico-social et social

En associant prévention, accompagnement social et soins.

- La circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

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.

Ainsi, la filière gériatrique comprend le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadapta-

tion appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) et les soins de longue durée.

Le plan Solidarité - Grand Âge 2007-2012.

Ce plan comporte 5 grands axes :

- Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux et en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite,
- Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix,
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite,
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance,
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Le plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

Parmi les 44 mesures de ce plan figurent :

- Le développement et la diversification des structures de répit
- La consolidation des droits et de la formation des aidants
- L'amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels
- La labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée unique » les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA),
- La mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire,
- Le renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés,
- L'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies,
- La création de consultations mémoire dans les zones non pourvues,
- La création de « centre mémoire de ressources et de recherche » dans les zones non pourvues,
- Le renforcement des consultations mémoire à forte activité,
- La surveillance des accidents iatrogènes médicamenteux,
- L'amélioration du bon usage des médicaments,
- La création ou l'identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux,

- La création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour malades atteints d'Alzheimer,
- Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer.

- La circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Cette circulaire vise à organiser le parcours de soins des personnes malades en structurant sur le territoire une offre graduée et à identifier des consultations mémoire libérales réalisées par des neurologues, psychiatres ou gériatres.

De façon générale, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé dans le cadre d'une consultation mémoire.

Les structures de diagnostic entretiennent des collaborations étroites, si possibles formalisées avec les structures chargées de l'orientation, du suivi du patient à domicile ou en établissement (MAIA, CLIC, UCC, ESA, UHR).

II.2 Détermination des points de rupture du parcours en santé des personnes âgées en Limousin

Afin d'illustrer de manière pratique les risques de ruptures ou les faiblesses de coordination des professionnels dans le cadre du parcours de santé de la personne âgée en Limousin, l'ARS a souhaité retenir l'exemple décrit ci-dessous en commentant les problématiques de prise en charge.

Mme G., âgée de 85 ans, allait bien jusqu'au décès de son conjoint il y a un an.

La décompensation du conjoint survivant après décès est assez fréquente.

Elle vit seule à son domicile. Progressivement se sont installés des troubles du comportement avec tantôt une agressivité, tantôt un repli sur soi. L'humeur est dépressive et des oublis de plus en plus fréquents sont notés par l'entourage. Mme G. s'alimente de moins en moins et il existe un amaigrissement important. Elle ne veut plus voir son médecin traitant malgré les injonctions de sa famille et a abandonné son traitement pour l'hypertension et le diabète.

Le tableau devient préoccupant: une étude fine de l'anamnèse permettrait de retrouver sans doute une apparition insidieuse des troubles bien compensés au début.

Suite à la survenue ce dimanche matin d'une chute précédée d'un malaise (il s'agit de la 2e en 1 mois), le médecin de garde décide d'une hospitalisation aux urgences du Centre Hospitalier le plus proche.

Lors de son hospitalisation en médecine: le bilan montre une altération notable des tests cognitifs; une atrophie corticale est présente à l'IRM. Le diagnostic de démence est établi.

L'hypertension artérielle et le diabète sont contrôlés par la reprise d'un traitement.

Au bout d'une semaine, il est manifeste que le séjour en médecine ne se justifie plus.

Le retour à domicile pourtant réclamé par Mme G. n'est pas possible vu l'importance des troubles cognitifs et l'absence d'entourage. A proximité et dans l'immédiat aucune place de SSR ou en EHPAD ne sont disponibles et le séjour en médecine est donc prolongé.

La patiente, une fois le diagnostic de démence établi, ne relève plus d'une prise en charge sanitaire: le retour à domicile s'avérant impossible tout au moins dans l'immédiat, la patiente est maintenue en médecine quelques jours.

Son fils et sa belle-fille décident de l'accueillir chez eux quelque temps, mais il s'agit d'une solution temporaire car tous deux ont leurs activités.

Une prise en charge par un SSIAD ou une HAD est évoquée mais cette éventualité nécessite un entourage à domicile.

Le placement en EHPAD est finalement effectué bien que le tarif hébergement soit jugé trop élevé compte tenu des ressources modestes de Mme G.

Ce problème du reste à charge est souvent évoqué. L'accord de la personne âgée pour le placement qui doit être recherché est rarement obtenu en pratique.

Mme G. est maintenant en EHPAD depuis 2 ans. Elle présente un état de démence relativement bien compensé par la prise en charge institutionnelle.

Ce jour, elle présente une infection urinaire avec température élevée évoquant un diagnostic de pyélonéphrite. Par ailleurs ses troubles du comportement se sont aggravés. En l'absence d'infirmière présente la nuit dans l'EHPAD, le médecin de garde décide d'hospitaliser Mme G aux urgences du Centre Hospitalier le plus proche. Son transfert en médecine est effectué, il apparaît brutalement un syndrome confusionnel avec hallucinations et désorientation temporo-spatiale.

La patiente ne reconnaît plus son fils; elle ne sait pas, ni où elle se trouve, ni quelle est la saison. L'infection urinaire est rapidement contrôlée. Les troubles du comportement régressent plus lentement.

Lors du retour à l'EHPAD de Mme G. le dimanche, il est constaté une aggravation notable de la perte d'autonomie par les aides-soignantes car l'IDE n'est pas présente pour l'accueillir.

Ce cas pratique illustre les effets délétères d'une hospitalisation chez une personne âgée démente. L'absence d'IDE la nuit et les jours fériés dans les EHPAD est préjudiciable pour la continuité des soins.

Par ailleurs, l'hôpital ignorant sans doute cet état de fait renvoie Mme G. dans son EHPAD le week-end.

II.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)

II.3.1. Prévention

La prévention du vieillissement et le concept du « bien vieillir » s'appuie sur 3 leviers :

- Alimentation,
- Vie sociale,
- Exercice physique.

Pour le cas particulier de la démence ou du vieillissement pathologique on ne dispose pas de certitudes en matière de prévention des démences mais toutefois, sans méconnaître les facteurs génétiques prédisposant, les actions de préventions sont identiques.

Les différents schémas préconisent en particulier pour les personnes âgées à domicile :

- De rendre l'offre de promotion de la santé plus accessible aux populations âgées,
- Le développement de l'accompagnement dans le parcours de santé des personnes très fragilisées en lien avec les services sociaux,
- De garantir aux personnes vieillissantes un cadre et des activités,
- Le développement de actions de proximité et des stratégies d'éducation pour la santé fondées sur la préservation ou le maintien des potentialités de chacun quel que soit son état de santé (actions sur la personne et son environnement, activité physique, nutrition, capacités cognitives, gestion de la santé mentale, prévention des accidents et traumatismes, utilisation des médicaments, utilisation des services de santé, mobilisation des personnes vieillissantes sur des activités d'utilité sociale valorisantes).

Dans les institutions EHPAD, USLD, les schémas prévoient :

- D'intégrer la promotion de la santé comme composante de la démarche qualité de prise en charge des personnes vieillissantes en établissement,
- Dans le domaine de l'Alzheimer, d'accentuer les actions de prévention en agissant sur les projets institutionnels et de développer des campagnes de sensibilisation,
- La promotion d'actions de prévention (activités physiques adaptées, activités de stimulation intellectuelle et cognitive),
- De développer la prévention primaire (chutes, médicaments, nutrition),
- De promouvoir les bonnes pratiques en matière de nutrition et de iatrogénie médicamenteuse.

II.3.2. Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer :

Ce diagnostic précoce n'a d'intérêt en l'absence de traitement curatif susceptible d'entraîner la guérison que dans 2 éventualités :

- S'il assure une meilleure qualité de vie au patient,

- Ou s'il retarde son entrée en institution.

Le PRS dans le cadre des trois schémas préconise une meilleure coordination entre les professionnels et une organisation de l'offre diagnostique graduée.

Il insiste sur le rôle prépondérant du médecin traitant dans le diagnostic, l'orientation, en particulier vers une consultation mémoire pour confirmation du diagnostic.

Le volet Alzheimer du PRS prévoit ainsi de :

- Renforcer, favoriser, promouvoir le diagnostic précoce,
- Renforcer les consultations mémoire existantes et de légitimer et développer les consultations mémoire relais,
- Consolider les moyens humains des consultations mémoire,
- De poursuivre la structuration du CMRR, notamment son activité de consultation mémoire de référence et de proximité et sa participation au développement de la recherche.

Le réseau mémoire COGLIM s'adresse aux personnes qui présentent des troubles de mémoire, de langage ou d'une autre fonction cognitive.

Il regroupe des professionnels de santé et médico-sociaux (ergothérapeutes, gériatres, IDE, kinésithérapeutes, médecins généralistes, neurologues, orthophonistes, pharmaciens, psychiatres, psychologues) des 3 départements du Limousin.

Les objectifs du réseau sont :

- **Promouvoir le dépistage et le diagnostic précoce,**
- **Fédérer et fluidifier la prise en charge,**
- **Former les professionnels,**
- **Soutenir et sensibiliser les acteurs de soins de proximité,**
- **Faire l'éducation à la santé du grand public.**

II.3.3. L'évaluation gériatrique dans sa globalité incluant les dimensions médicales, sociales, environnementales et psychologiques.

Cette évaluation gériatrique a lieu soit à domicile, soit à l'hôpital ou soit en EHPAD.

Au domicile, le PRS prévoit une meilleure coordination des différents intervenants sous la forme de rencontres ou de réunions de concertation entre les différents acteurs :

- Médecin traitant,
- CLIC ou instances de coordination gérontologiques,
- Équipes mobiles gériatriques intervenant en extra hospitalier,
- UPSAV (Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement) : l'évaluation de la santé et de l'environnement de vie de la personne permet de définir un plan d'actions en fonction des besoins (UPSAV départementale susceptible d'intervenir au niveau régional),

- Réseaux gérontologiques de santé (qui permettent la coordination des professionnels dans un contexte ville/hôpital).

Par exemple :

- . **Le réseau gérontologique du Pays Monts et Barrages porté par l'hôpital intercommunal Monts et Barrages (HIMB) regroupe les cantons de Saint Léonard de Noblat, Châteauneuf la Forêt, Eymoutiers.**
- . **Le réseau gérontologique de Haute Corrèze a pour objectifs sur l'arrondissement d'Ussel de :**
- . **Prévenir ou retarder l'entrée dans la dépendance, l'entrée en institution,**
- . **Préparer l'entrée en institution lorsque celle-ci est inévitable,**
- . **Repérer les personnes âgées fragiles et anticiper les situations de crise,**
- . **Éviter les hospitalisations non indiquées,**
- . **Raccourcir les hospitalisations inévitables,**
- . **Assurer un maintien à domicile de qualité,**
- . **Prévenir et identifier les situations de maltraitance.**

A l'hôpital, l'évaluation est réalisée par :

- Les unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatriques,
- Les courts séjours gériatriques,
- Les équipes mobiles gériatriques intervenant en intra hospitalier.

Des lits de post urgence gériatrique ont été mis en place le 10 janvier 2005 au CHU de Limoges : il s'agit de favoriser la prise en charge rapide et spécialisée gériatrique, d'anticiper le projet de soins et de vie, de diminuer la durée moyenne de séjour et in fine de limiter la rupture d'autonomie.

II.3.4. Le maintien à domicile.

Le soutien à domicile aux personnes atteintes et à leurs proches des patients Alzheimer dans l'objectif d'un maintien de l'autonomie est un élément fondamental du SROMS.

Différents dispositifs sont proposés notamment :

- Promouvoir les modes d'accueils alternatifs : accueil de jour, familles d'accueil y compris dans le cadre d'expérimentations (bus itinérant accueil de jour, accueil de nuit, garde itinérante nocturne, halte répit, baluchonnage [*le projet de l'EHPAD de Bénévent l'Abbaye en Creuse vise à garantir la présence d'une aide soignante en continu pendant plusieurs jours au domicile d'une personne dépendante : cette action entre dans la politique d'aide aux aidants et de répit nécessaire pour des personnes confrontées à la dépendance de leur proche*], maison de retraite à domicile [*expérimentation en Corrèze*],...) plus précisément :
- Augmenter, structurer et mettre en conformité les accueils de jour,
- Développer les plates formes de répit,
- Développer la prévention primaire (chutes, médicaments, nutrition),

- Établir un programme de fiches d'alerte élaborées par des gériatres pour les professionnels de santé de ville avec pour thèmes « les facteurs de risques d'hospitalisation », « les risques de chutes », « l'organisation de la maison »...
- Poursuivre les travaux sur le maintien à domicile en intégrant cette dimension aux missions des équipes mobiles de gériatrie existantes, en lien avec l'UPSAV.
- Dédier des équipes spécialisées Alzheimer qui interviennent à domicile dans le cadre d'un SSIAD, à un stade précoce de la maladie (SSIAD renforcés)
- Mettre en cohérence la territorialité des SSIAD avec les SAAD,
- Favoriser les rapprochements de SSIAD, l'ARS accompagne les actions de mutualisation et complémentarité des SSIAD sous la forme de GCSMS (SSIAD Gouzon).
- Développer la domotique :

L'association « Autonom'Lab », soutenue par le Conseil Régional, regroupe des industriels et chercheurs, institutions et associations, au sein d'un réseau d'innovation pour aider à l'émergence de projets et solutions pour l'autonomie des personnes.

Le projet Domolim en Corrèze a pour objectifs :

- . **De diminuer les hospitalisations pour chute,**
- . **De sécuriser le domicile,**
- . **D'éviter l'isolement social (appels de convivialité),**
- . **D'améliorer la qualité de vie (amélioration du moral, incitation à l'activité physique),**
- . **De rassurer les familles et les patients,**
- . **D'améliorer l'organisation des soins à domicile,**
- . **De retarder l'entrée en institution.**

Le « pack domotique » porté par le Conseil Général de la Creuse comprend :

- . **Téléassistance avancée,**
- . **Détection/alerte fuite de gaz et de fumée,**
- . **Capteur de température,**
- . **Automatisation de l'éclairage.**

Au sein du service de MPR du CHU de Limoges, le Laboratoire Habitat Handicap (L2H). Le L2H est un lieu de vie de 70 m² comprenant différents espaces (cuisine, salle de bains, chambre-bureau, parcours extérieur multi terrains). Il permet de réaliser à la fois le recueil du besoin en aides humaines et techniques chez la personne en situation de handicap mais également l'essai en condition « écologique » des différentes aides techniques préconisées.

Il faut également souligner la coopération MSA et Conseil Général de la Haute-Vienne pour la sécurisation du maintien à domicile (Présence Verte).

II.3.5. Coordination des prises en charge.

La coordination des acteurs est un maillon essentiel du parcours du patient âgé en particulier chez le patient Alzheimer. Une meilleure prise en charge et suivi s'appuie sur une étroite collaboration formalisée entre les acteurs.

A ce titre les différents schémas proposent :

- De poursuivre le dispositif MAIA ; il constitue un guichet unique pour les patients Alzheimer. Il s'agit d'un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et médico-social, permettant de construire pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, un parcours de prise en charge personnalisé, en offrant une réponse graduée et adaptée à chaque situation.
- De développer les liens avec les réseaux de soins.
- De formaliser la distinction et la complémentarité avec l'activité des SSIAD, en systématisant les conventions de relais et de mutualisation des ressources,
- D'anticiper l'aval, de l'HAD vers les établissements médico-sociaux,
- De favoriser les interventions des HAD en EHPAD
- De réintroduire et développer l'intervention de la psychiatrie en EHPAD et au domicile sur l'ensemble du territoire, le PRS prévoyant de promouvoir l'intervention de la compétence psychiatrique par l'intermédiaire de la télémédecine en particulier la télé expertise.
- D'organiser les relations ville-hôpital : améliorer ainsi la coordination entre les professionnels hospitaliers médicaux et paramédicaux, les intervenants de soins et de rééducation à domicile, le médecin traitant afin de développer notamment les pratiques préventives destinées à éviter les ré-hospitalisations.
- De coordonner le parcours de soins et fluidifier le retour des patients au domicile ou en institution
- De favoriser la mise en place d'unité de recours et de soins gériatriques dans les SSR
- De renforcer la coordination avec le court séjour et notamment avec les services d'urgence de façon à repérer les patients fragiles et optimiser leur prise en charge, en lien avec les équipes mobiles de gériatrie
- De préparer et aider au retour à domicile par les équipes spécialisées de l'établissement

II.3.6. Les urgences gériatriques.

Les urgences gériatriques sont un enjeu de santé publique et stigmatise encore la faiblesse de la filière gériatrique et le manque d'interfaces entre les différents secteurs.

La prévention des hospitalisations est un axe fort des schémas.

Les propositions sont les suivantes :

- Mieux articuler les activités d'urgence et la permanence des soins ambulatoires,
- Réduire les hospitalisations injustifiées par une meilleure coordination autour du patient en lien avec le médico-social,

En particulier,

- Éviter les passages aux urgences non requis (**le document publié par l'ORULIM en juillet 2011 sur le flux des personnes âgées de 75 ans ou plus en provenance des EHPAD ayant recours aux services d'urgence en Limousin indique dans près de ¾ des cas un niveau de gravité CCMU 2 : soit un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel stables, avec décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences**). Exemple : hypotension, entorse, plaie simple à suturer, fracture fermée.
- Para médicaliser la nuit dans les EHPAD permettant de prévenir une orientation vers les urgences de nuit, recours aux hôpitaux de proximité, MSP, télémédecine,
- Renforcer le partenariat des EHPAD avec le réseau des urgences « RÉSURGENCE »,
- Organiser des rencontres régulières entre les médecins urgentistes et les médecins coordonnateurs d'EHPAD,
- Favoriser l'admission directe dans les services de court séjour gériatrique dans le cadre de réseaux de santé associant les EHPAD et les Centres Hospitaliers,
- Développer la mise en place de maisons médicales de garde ou de centres de santé en proximité des structures d'urgence,
- Favoriser les équipes mobiles de psychiatrie qui doivent apporter un soutien en cas de crise dans le cadre de conventions avec les EHPAD.
- Création d'une unité de recours et de soins gériatriques dans chaque département : cette unité accueille des pathologies diagnostiquées en provenance des EHPAD en raison de la discontinuité des soins infirmiers dans ces structures (absence d'IDE la nuit et les jours fériés),
- Mettre en place une HAD doit également être envisagée en cas d'urgence si l'entourage familial et social de la personne âgée le permet,
- Organiser les retours à domicile (ou en EHPAD) et les transferts inter sites pendant la permanence ambulancière.

Pour les patients gériatriques passés aux urgences, il est préconisé :

- La mise en place de lits post urgences gériatriques,
- Des lits d'hébergement temporaires dans les EHPAD,
- Des filières d'accès direct en SSR gériatrique,

Le rapport ORULIM de juillet 2011 relève 7.6 % d'hospitalisations inadaptées pour les personnes en provenance des EHPAD en 2010 essentiellement en raison de l'absence de lits d'aval.

III. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER

III.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné en cancérologie

Un parcours de santé en matière de cancérologie organisé et répondant aux exigences d'efficience telles que décrites par l'Institut National du Cancer comprend plusieurs étapes dont :

- La prévention,
- Le dépistage,
- L'annonce,
- Les soins de support,
- L'imagerie,
- Le système hospitalier,
- L'hospitalisation à domicile,
- La coordination infirmière,
- L'accompagnement social,
- La réinsertion sociale et professionnelle

Les développements ci-après présentent de manière succincte les points de vigilance et les préconisations indispensables à la bonne coordination du parcours du patient.

III.1.1. La prévention

La prévention en matière de cancérologie implique de nombreux partenaires, les professionnels de santé et les établissements de santé qui ont une mission importante dans les démarches de prévention en particulier dans la phase de suivi des dépistages avérés positifs et en ce qui concerne le sevrage tabagique ; leur implication est un des facteurs de réussite des actions de prévention menées dans le territoire de santé.

La prévention concerne aussi bien :

- Les risques environnementaux,
- La nutrition et l'activité physique adaptée. En Limousin, la nutrition et l'activité physique adaptée sont une priorité dans la lutte contre le cancer pour des motifs d'ordre général et d'ordre spécifique à la région. Ainsi, en matière de nutrition et d'activité physique la région bénéficie de potentialités : un réseau LINUT, des professionnels dont des endocrinologues, des diététiciennes investis dans ces champs, des actions conduites depuis plusieurs années dans tout le territoire, mais de façon ponctuelle. En coordonnant, développant ces potentialités, le Limousin peut valo-

riser l'innovation liée à la prévention primaire, secondaire et tertiaire du cancer par la nutrition et l'activité physique.

- Le tabac. La prévention primaire du tabagisme est soulignée du fait entre autres de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité des cancers du poumon chez les femmes. Le tabac principal facteur de risque évitable des cancers est responsable de plus de 33 % des décès par cancer chez l'homme et plus de 10 % chez la femme. La principale orientation retenue en matière de prévention du tabagisme est la nécessité d'agir dès le plus jeune âge en dernier cycle de l'école primaire et au collège en sixième et cinquième. Les actions, sous la responsabilité de l'éducation nationale, doivent être conduites par des professionnels formés selon des programmes coordonnés. Les actions de prévention du tabagisme doivent aussi être conduites chez les adultes en particulier dans les entreprises.

III.1.2. Le dépistage

- **Les dépistages organisés** font bien évidemment partie de la prévention. Ils contribuent à une entrée précoce dans le parcours de soin. Il importe donc de faciliter l'adhésion de populations cibles en identifiant les territoires prioritaires (en lien avec les contrats locaux de santé) et en améliorant la communication notamment en direction des médecins généralistes (rôle majeur dans l'incitation au dépistage du cancer colorectal).
- **Les dépistages individuels** seront d'autant mieux ciblés que la population sera mieux informée. En termes de dépistage il faut souligner le rôle des laboratoires d'anatomopathologie et de biologie de ville. En Limousin, le réseau Cytolim, réseau de numérisation et de transmission d'images de lames entre le CHU et les laboratoires de ville permet à ces derniers de bénéficier rapidement d'une seconde lecture de lame par un biologiste expert du CHU. Cette organisation contribue à la formation de ces professionnels et joue un rôle majeur dans le dépistage précoce des hémopathies en Limousin.

III.1.3. Dispositif d'annonce et Programme Personnalisé de Soins

Le programme personnalisé de soins (PPS) doit être remis à tous les malades dès le début de leur prise en charge, en relai immédiat du dispositif d'annonce, il permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique. Il devient ainsi le support essentiel du parcours de soins.

Intégrant un volet social, il doit permettre également de repérer précocement les difficultés et de mettre en œuvre l'accompagnement social du malade.

Le plan cancer 2009-2013 prévoit d'ici 2013, de faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un PPS.

Le contenu minimum du PPS comprend :

- Les informations relatives au malade et à l'établissement de santé de référence,
- Le volet soins,
- Le volet social,
- Les contacts utiles.

Ce PPS permet dans le cadre du parcours de santé du patient en cancérologie de coordonner en transversalité soins et accompagnement social.

III.1.4. Les soins de support

Les soins de support constituent des facteurs de qualité de la prise en charge des patients.

Ils contribuent à une prise en charge globale tout au long de la maladie, intégrant les composantes médicales, paramédicales, psychologiques, sociales dans un contexte curatif ou palliatif.

Il ne s'agit pas d'une nouvelle discipline, mais **d'une activité transversale coordonnée** permettant à chaque patient hospitalisé ou à domicile de bénéficier d'un accompagnement adapté à ses besoins.

Les soins de support concernent en priorité les malades, selon le contexte les aidants peuvent en bénéficier. En oncopédiatrie en particulier les soins de support sont destinés aux enfants et adolescents malades mais aussi aux parents et à la fratrie.

L'impact psychologique de la consultation d'annonce chez les patients atteints de cancer, nécessite un accès facile à une prise en charge par des psychologues formés à l'onco-psychologie et dans les formes les plus sévères à une consultation auprès d'un psychiatre. En effet, qu'il s'agisse d'une maladie psychiatrique antérieure au cancer ou de la décompensation d'une maladie psychiatrique provoquée par le stress lié à l'annonce et au traitement du cancer, ces patients peuvent justifier d'une prise en charge psychiatrique concomitante à la prise en charge cancérologique.

III.1.5. L'accès à l'imagerie

Les examens d'imagerie jalonnent le parcours de santé et de soins de chaque personne : dépistage, diagnostic, suivi des traitements.

Les médecins radiologues et les médecins de médecine nucléaire ont un rôle déterminant sur la qualité du parcours du patient atteint de cancer : échanges avec le médecin généraliste et/ou spécialiste, réunions de concertation pluridisciplinaires, consultation avec examen clinique et information du patient, détermination de l'examen le mieux adapté à l'état de santé du malade, transmission des résultats, ...

L'amélioration du parcours de soins est liée à l'accès aux plateaux d'imagerie mais aussi au radiologue et au médecin de médecine nucléaire qui sont des médecins dans toutes les dimensions cliniques et techniques.

III.1.6. Le parcours dans le système hospitalier

Pour les patients atteints de cancer, quel que soit leur lieu d'habitation, il s'agit d'avoir recours à des soins performants conformes aux dernières données de la science.

En matière de soins, il est désormais acquis que le niveau de qualité d'un acte est étroitement lié au nombre et à la fréquence de sa réalisation.

Cette organisation privilégie, pour les soins aigus en cancérologie, d'être bien soigné au risque d'un éloignement géographique plutôt que de l'être à proximité de son lieu de résidence, mais dans des conditions moins satisfaisantes.

Toutefois, cette organisation par l'éloignement géographique qu'elle induit risque pour une part de la population d'accroître les inégalités de santé.

En conséquence des mesures doivent être prises afin de limiter ces risques :

- Maintenir un maillage de médecins généralistes,
- Promouvoir les stages des futurs médecins généralistes dans les services d'oncologie médicale et d'hématologie. Ces stages leur permettront d'acquérir des connaissances facilitant la prise en charge des patients à domicile sans appréhension et éviter des recours aux services spécialisés et aux services d'urgence,
- Promouvoir des consultations avancées d'oncologues,
- Faciliter les retours au domicile ou au plus près du domicile en organisant par convention des filières entre les courts séjours, les HAD et les services de suite.

III.1.7. Évolution des prises en charge de la chimiothérapie

Selon l'état de santé et le choix du patient, la nature de la chimiothérapie et les lieux de réalisation sont divers : hospitalisation complète, hôpital de jour, hospitalisation à domicile, domicile seul avec les professionnels de santé libéraux pour les chimiothérapies orales.

Sur plusieurs années, la tendance est à la diminution des hospitalisations complètes et au développement des chimiothérapies soit par voie orale soit par voie sous cutanée.

Les chimiothérapies orales améliorent la qualité de vie des patients mais posent d'importants problèmes d'observance, qui doivent être anticipés par l'éducation du patient et par un **partenariat entre les équipes hospitalières, les infirmières coordinatrices, les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les infirmières libérales**.

Dans tous les cas, le premier temps du traitement par chimiothérapie se déroule dans un établissement autorisé pour cette activité. Ensuite, selon la volonté du patient et en garantissant la sécurité et la qualité, les chimiothérapies peuvent être réalisées au plus près du domicile ou au domicile.

III.1.8. Les hospitalisations à domicile

En Limousin une action pilote d'Externalisation et Sécurisation de Chimiothérapie injectable à Domicile pour les Hémopathies Malignes (projet ESCADHEM) a été mis en œuvre avec des HAD. La qualité et la sécurité des prises en charge sont ainsi assurées par des procédures régionales et la préparation des produits se fait en pharmacie hospitalière. Les HAD de la région sont prêtes à élargir l'offre de soins à domicile, notamment avec l'externalisation des chimiothérapies. L'objectif est de réduire la charge hospitalière et surtout de privilégier le choix et le confort du malade. Ce dispositif permettrait de fluidifier le parcours des patients par une meilleure coordination des professionnels.

III.1.9. Coordination infirmière

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour un accompagnement adapté et optimisé des patients atteints de cancer, pendant et après la phase aiguë de leur traitement. Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens, est un facteur clé de la réussite de cette coordination.

Ainsi la coordination infirmière doit permettre de :

- S'assurer de la continuité et de la qualité des soins entre les établissements de soins et le domicile,
- Aider à mobiliser les ressources de soins autour du domicile du patient,
- Faciliter l'organisation du retour et du maintien au domicile,
- Lutter contre l'isolement social et géographique,
- Renforcer les liens établissements de soins/ville.

L'infirmière coordinatrice des soins travaille en partenariat avec les équipes d'établissements de soins publics et privés et les professionnels libéraux intervenant au domicile des patients.

Le dispositif s'adresse à toutes les personnes atteintes de cancer et leurs proches en situation de difficultés dans leur parcours de soins soit par manque d'information ou de coordination dans celui-ci.

L'infirmière coordinatrice des soins intervient à toutes les phases de la maladie : curative, de surveillance, palliative.

Il s'agit d'un nouveau métier, mis en place en Limousin à la satisfaction des professionnels de santé et des patients.

III.1.10. L'accompagnement social

Les systèmes actuels de prise en charge du maintien à domicile visent des populations spécifiques, sur la base de politiques sectorielles (famille, vieillesse...) principalement des familles avec enfants en bas âge, des retraités.

Or, on constate dans le cadre du cancer, comme dans d'autres pathologies chroniques, une demande importante de prestations, pour les personnes rencontrant, du fait de la maladie, des difficultés à se maintenir à domicile : prestations ménagères, garde-malade, soutien psychologique et accompagnement social...

Il convient donc que la personne malade bénéficie d'une prise en charge cohérente, grâce à un travail de coordination décliné en cinq points :

- Consultation et/ou accompagnement social personnalisé,
- Faire connaître les possibilités de prestations et aider le malade et ses proches à en bénéficier,
- Respecter la demande et les besoins exprimés par la personne,
- Organiser la cohérence des interventions autour du malade,
- Permettre des interventions d'aides à domicile, adapter le volume d'heures aux besoins de manière rapide et par du personnel formé à l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches.

Le volet social s'adresse à toutes les personnes atteintes de cancer et leurs proches en situation de difficultés sociales ne pouvant bénéficier d'une prise en charge relevant des dispositifs de droit commun ou quand ceux-ci sont insuffisants.

La coordination sociale intervient à toutes les phases de la maladie : curative, de surveillance, palliative et dans l'après cancer.

III.1.11. Réinsertion sociale et professionnelle

Les comités de la ligue contre le cancer mettent en place en partenariat avec la CARSAT des ateliers de retour à l'emploi. Ces ateliers s'adressent aux personnes qui, suite à un cancer, étant encore en contrat avec leur employeur souhaitent reprendre leur activité professionnelle.

Ils comprennent 3 sessions avec présentation, des différents dispositifs d'aide au retour à l'emploi, des rôles du médecin du travail, du médecin traitant, du médecin conseil, la troisième session est consacrée à des échanges pour faire le point sur la situation de chacun.

III.1.12. Les spécificités du parcours des personnes âgées

Le Limousin du fait de sa structure démographique est particulièrement concerné par l'onco-gériatrie. Une personne âgée atteinte de cancer selon son âge physiologique, ses polyopathologies peut schématiquement relever de trois types de parcours :

- Son état de santé permet la mise en œuvre du traitement curatif standard avec un accompagnement social adapté,
- Son état de santé permet la mise en œuvre d'un traitement curatif aménagé avec préalablement et/ou simultanément une prise en charge gériatrique dans toutes ses dimensions médicales, médico-sociales et sociales,
- Son état de santé ne permet pas la mise en œuvre d'un traitement curatif, un traitement palliatif est décidé en hospitalisation et/ou en HAD et/ou à domicile avec l'appui des professionnels de santé des soins palliatifs.

Le développement d'une prise en charge adaptée, harmonisée, coordonnée pour les patients âgés de la région atteints de cancer est donc nécessaire. Ce développement doit être porté par une Unité Régionale de Coordination en Onco-Gériatrie qui aura pour missions :

- D'organiser la mise en place régionale des meilleurs outils possibles et des procédures pour une prise en charge adaptée de ces patients âgés,
- De favoriser la formation et l'information en onco-gériatrie,
- De promouvoir la recherche clinique coordonnée.

III.2. Détermination des points de rupture du parcours de santé en oncologie en Limousin (exemple du cancer du sein)

Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme avec 53 000 nouveaux cas en 2011. Il est aussi celui qui entraîne le plus de décès (11 500 décès estimés en 2011).

Malgré tout, détecté à un stade précoce, il peut-être guéri dans plus de 9 cas sur 10 avec des traitements moins lourds et des séquelles moins importantes.

C'est dire tout l'intérêt d'un dépistage le plus précoce possible, compte tenu de l'absence d'une possibilité de prévention primaire efficace contre le cancer du sein.

En France, il existe un programme national de dépistage organisé du cancer du sein qui s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans. Ce programme permet à ces femmes de bénéficier tous les deux ans d'un dépistage de qualité comportant une double lecture des mammographies. Même si le taux de participation à ce programme a augmenté jusqu'en 2008, il semble avoir atteint un palier autour de 52 % et avec en 2010, une légère diminution au niveau national.

Même en comptant la faible proportion de femmes de 50 à 74 ans qui bénéficient d'un dépistage individuel, il n'en reste pas moins qu'**on estime qu'une femme sur trois ne se fait pas dépister régulièrement, voire pas du tout.**

Un des objectifs de la campagne 2011 (« Octobre Rose ») lancée par le ministère de la Santé, l'INVS, en collaboration avec les trois principaux organismes nationaux d'Assurance Maladie, est de sensibiliser l'entourage de ces femmes qui ne se font pas dépister avec le slogan « Le dépistage du cancer du sein, parlez-en aux femmes que vous aimez ».

Le Limousin se situe globalement à 10 points au-delà du taux de dépistage national. Comme au niveau national, en Limousin on note en 2009-2010 une légère régression par rapport à 2008-2009.

Comme évoqué ci-dessus (partie I), l'offre hospitalière est un des éléments essentiels du parcours en oncologie. Comme les éléments de contexte en Limousin le présente ci-dessous, l'offre hospitalière ne constitue pas un point de rupture potentiel à proprement parler en Limousin dans la mesure où elle correspond aux besoins de la population (adéquation de l'offre aux besoins). Aussi, les efforts et actions qui seront engagés par l'ARS au travers du Projet Régional de Santé devront porter sur d'autres points du parcours (voir partie III).

III.2.1. 1re étape – une offre hospitalière permettant de réaliser de manière convenable le DIAGNOSTIC sauf exception concernant les mammographes

DÉPISTAGE ORGANISÉ

Taux 2010 :
 Limousin : 63,2 % contre France : 52 %
 En Corrèze 62,4 %
 En Creuse 51,5 %
 En Haute-Vienne 68 %

MÉDECIN TRAITANT

Devant des signes cliniques/examen systématique

MAMMOGRAPHIE

En Corrèze 6 salles de mammographie
 En Creuse 4 salles de mammographie
 En Haute-Vienne 13 salles de mammographie

(source Radiologies en Limousin – MRS au 1er octobre 2008)

CERTITUDE HISTOLOGIQUE

Biopsie sous guidage échographique/ou mammotome

En Corrèze 1 laboratoire privé
 En Creuse 1 laboratoire privé
 En Haute-Vienne CHU + 3 laboratoires privés

BILAN

Au moins :

Biologie moléculaire : CHU

Radio pulmonaire :
 tous les cabinets de radiologie

Échographie Abdominale ou Abdomino-pelvienne
 tous les cabinets de radiologie

Scintigraphie osseuse :
 En Corrèze Centre privé
 En Creuse Pas d'offre
 En Haute-Vienne CHU

ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Pas d'audit des pratiques objectivant la réalité de la mise en place du dispositif.

III.2.2. 2e étape – Le traitement

Réunions de concertation pluridisciplinaire

Plan Personnalisé de soins

	Chirurgie	Oncologie médicale (sites autorisés)	Radiothérapie
Corrèze	CH Brive Clinique St-Germain CH Tulle	CH Brive	CH Brive
Creuse	CH Guéret	CH Guéret	CH Guéret
Haute-Vienne	CHU Limoges Clinique Colombier Clinique Émailleurs r	CHU Limoges Clinique Chénieux	CHU SELARL de radiologie et radiothérapie Chénieux

Les établissements doivent proposer à leurs patients l'ensemble des soins de support (soutien psychologique, diététique...).

D'autres partenaires comme la « Ligue contre le cancer » proposent des soins de support aux malades qui sont au domicile

III.2.3. Les points de fragilité de ce parcours « idéal » au delà de l'offre hospitalière :

En théorie, l'offre de soins sur les trois départements permet l'accès de toute personne atteinte d'un cancer du sein, à l'ensemble des modalités thérapeutiques sur chacun des trois départements (en Creuse, cela sera effectif dès la réouverture de la radiothérapie, la première quinzaine de décembre 2011).

Par contre, si le taux de dépistage en région est supérieur à la moyenne nationale (différence de 11 points), il est inégal selon les départements et la Creuse se retrouve en 2010 à un niveau légèrement inférieur à cette même moyenne nationale et inférieur de 10 points à la Corrèze. Des disparités entre les cantons sont également mises en évidence.

Des études faites à partir de dossiers de malades creusois ayant eu une radiothérapie, ont montré des niveaux d'évolution particulièrement élevé des cancers au moment de l'entrée des patients dans le système de soins. Des courriers de professionnels du département alertent dans le même sens. Parmi les cancers dépistés en 2009, la tendance est à une proportion de cancers infiltrants plus élevée en Creuse que dans les deux autres départements (différences cependant non significatives au plan statistique pur, compte tenu probablement de la petitesse des chiffres).

Globalement, le taux de dépistage apparaît sensiblement moins bon en Creuse et les cancers dépistés semblent être plus évolués que dans les deux autres départements. Les freins au dépistage sont connus et repris dans le Schéma Régional de Prévention (p 140). Ce schéma fixe un certain nombre d'objectifs pour améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, en

particulier sur les territoires les moins participants (p 152) sans oublier le cas des personnes handicapées et des personnes âgées institutionnalisées.

Un des freins au dépistage est constitué par l'accessibilité aux appareils de mammographie, en particulier en Creuse du fait de la distance entre le domicile et le service de radiologie. C'est pourquoi il est envisagé l'acquisition d'un mammographe mobile afin de pratiquer le dépistage le plus à proximité possible du domicile, en évitant un déplacement auquel certains renoncent.

Un deuxième point de difficulté (dans un futur proche) réside dans le fait qu'il n'y a en Creuse qu'un seul anatomopathologiste proche de la retraite. Or l'histologie est la pierre angulaire des décisions thérapeutiques en matière de cancer du sein, avec des nécessités d'exams extemporanés. Le remplacement de l'anatomopathologiste est donc absolument indispensable.

Un troisième point concerne les soins de support :

Le PSRS met l'accent sur la nécessité pour tout patient (et ses aidants) de pouvoir bénéficier de soins de support adaptés à ses besoins, que ce soit pendant toute la phase thérapeutique mais aussi au-delà.

Or les soins de support, même si des aides financières peuvent être attribuées par des organismes comme la Ligue contre le cancer, sont souvent une charge financière non négligeable pour les patients en raison d'une prise en charge réduite ou inexistante par l'Assurance Maladie. Le poids en est d'autant plus lourd pour les patients qui bénéficient de revenus modestes.

On sait que, sur ce point, la Creuse est le département français avec le revenu net imposable par foyer fiscal le plus faible. Quand le taux de pauvreté à 60 % est de 14,7 en Limousin (contre 13,4 % en France), il est à 19,5 % en Creuse, voire 21,4 en milieu rural.

Dans ce contexte, nous constatons pour le département creusois :

- Un taux de dépistage du cancer du sein plus faible que dans les deux autres départements du limousin,
- Une tendance à voir arriver dans le système des soins des cancers plus évolués,
- Une offre de soins en anatomo-pathologie fragile,
- Un environnement socioéconomique rendant sans doute l'accès à des soins de support plus difficile, compte tenu de leur impact financier et ceci sans nier les aides apportées par des organismes dont en particulier la Ligue contre le cancer.

III.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)

III.3.1. Le schéma prévention prévoit en matière dépistage :

- D'améliorer la participation aux dépistages organisés du cancer du sein (et du cancer côlo-rectal, au regard de l'épidémiologie du limousin, le dépistage de ce cancer doit être une priorité) en identifiant les territoires prioritaires, en développant tous les modes de communication vis-à-vis de la population et en favorisant l'implication des médecins généralistes,

- D'inciter à l'information éclairée de toute personne avant un dépistage individuel,
- De promouvoir les travaux de recherche épidémiologique pour dépister les zones de sur-incidence des hémopathies malignes,
- De promouvoir, à l'image du réseau biologistes de ville – CHU, toute action de coopération des professionnels de santé destinée à améliorer la qualité des actions de dépistage,
- De mettre en place 2 groupes de travail (structures de dépistage, caisses d'assurance maladie, ...) qui auront pour missions :
 - D'identifier les territoires prioritaires (en lien avec les contrats locaux de santé),
 - D'améliorer la communication notamment en direction des médecins généralistes (rôle majeur dans l'incitation au dépistage du cancer colorectal notamment),
- Augmenter l'accessibilité en envisageant l'acquisition d'un mammographe mobile, (même si ce n'est pas le seul frein au dépistage),
- Pérenniser les compétences d'anatomo-pathologiste en région et plus précisément en Creuse,

III.3.2. Les orientations du SROS en matière de dispositif d'annonce et de PPS :

- Permettre à tout malade de bénéficier d'un dispositif d'annonce avec un temps médical un temps infirmier,
- Remettre aux malades un PPS, avec l'objectif souhaitable d'un taux de couverture de 100 %,
- Promouvoir le développement d'outils de coordination ville hôpital pour favoriser l'articulation entre les RCP et les professionnels libéraux.

III.3.3. Les orientations du SROS en matière de soins de support :

- Permettre à tout malade ainsi qu'à ses aidants de bénéficier de soins de support adaptés à ses besoins tout au long de la phase thérapeutique et lors de la réadaptation,
- Permettre à tous les malades qui ont des problèmes d'ordre psychiatrique de bénéficier d'une consultation voire d'un suivi auprès d'un psychiatre, par mutualisation d'un psychiatre entre plusieurs établissements ou par affectation d'un temps dédié,
- Travailler à la diffusion à tous de soins de support. C'est un des objectifs de la Maison du Cancer que l'ARS souhaite voir installer en Creuse.

III.3.4. Les orientations de SROS pour la prise en charge de la chimiothérapie :

- Structurer l'accompagnement des patients traités par chimiothérapie orale afin de garantir l'observance et l'accès aux soins de support. Cette structuration nécessite l'éducation des patients, une collaboration entre les équipes hospitalières, les IDE coordinatrices, les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les IDE libérales,
- Privilégier le choix des patients et respecter toutes les garanties de sécurité et de qualité, lors

de la détermination du lieu de réalisation d'une chimiothérapie injectable : hôpital de jour, HAD, hospitalisation complète.

III.3.5. Les orientations du SROS concernant la coordination infirmière :

- Poursuivre au service des patients de la région la coordination du parcours de soins réalisée par des infirmières coordinatrices,
- Favoriser le travail en partenariat de ces IDE coordinatrices entre elles et avec les travailleurs sociaux de l'Aide à la Vie Quotidienne, afin d'offrir à tous les patients de la région qui le nécessitent des prestations équivalentes,
- Développer des actions de communication auprès des établissements de santé, des professionnels de ville afin de mieux faire connaître les IDE coordinatrices et leurs missions.

III.3.6. Les orientations du SROS concernant l'accompagnement social :

- Poursuivre la structuration régionale d'Aide à la Vie Quotidienne pour les patients atteints de cancer les plus en difficulté sociale,
- Favoriser le partenariat entre ces travailleuses sociales, les IDE coordinatrices et l'ensemble des prestataires de services sociaux afin d'offrir à tous les patients de la région qui le nécessitent des prestations équivalentes,
- Intégrer en 2012 un volet social dans les PPS en se fondant sur les résultats de l'expérimentation conduite par l'INCa,
- Suivre l'expérimentation « appartements d'accompagnement » et être attentif, avant une éventuelle généralisation au fait qu'il s'agit d'une mission exclusivement sociale pour des patients qui ne justifient pas d'une hospitalisation,
- Renforcer le suivi médical effectué conjointement par le médecin traitant, le gynécologue et l'oncologue, et encourager la poursuite de réinsertion socioprofessionnelle avec les interventions combinées du médecin du travail et du médecin conseil de l'Assurance Maladie.

IV. COORDONNER LE PARCOURS DE SANTÉ EN ADDICTOLOGIE

IV.1. Les points essentiels d'un parcours coordonné en addictologie

L'évolution de l'approche par produit vers le concept d'addiction a modifié profondément le paysage sanitaire et médico-social avec pour corollaire des modalités de traitement centrées sur les besoins du patient en prenant en compte ceux de sa famille et de ses proches. Ces besoins sont importants et complexes. Ils comprennent plusieurs aspects : médicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux pour aboutir à un projet de vie permettant d'améliorer la qualité de vie et de limiter les risques de rechute.

Les réponses ne sont pas simples. Diversifiées et complémentaires, **ces réponses doivent permettre le parcours de soin des patients le plus lisible possible**. Chaque personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin doit savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté, quelle que soit la porte d'entrée et à chaque étape de son parcours.

Cela implique **la coordination de l'offre de soins, sous forme de la pratique en réseau de l'ensemble des acteurs concernés par l'addictologie**, ainsi qu'un partenariat notamment avec les équipes de cancérologie et les intervenants en périnatalité. En effet, tous les intervenants et soignants doivent être en mesure de détecter et d'orienter une personne souffrant d'une addiction, afin de lui assurer une circulation fluide dans les différents maillons du dispositif.

Cela nécessite également une articulation avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le parcours de santé relève de plusieurs dispositifs :

IV.1.1. La prévention

La prévention vise en particulier à informer sur les dangers et les comportements à risques et à intervenir le plus précocement possible sur les facteurs d'aggravation des risques.

IV.1.2. L'addictologie de 1er recours et de proximité

L'addictologie de 1er recours et de proximité repose sur les médecins généralistes, en première ligne pour le repérage des risques et l'intervention brève, pour l'aide aux personnes présentant des difficultés et à leur entourage. Elle concerne également toute personne et/ou structure où les problèmes liés aux addictions sont abordés (pharmaciens, travailleurs sociaux, personnel de l'éducation nationale, de la justice, de la police, de l'administration pénitentiaire, de la gendarmerie, associations d'entraide, structures d'hébergement, services d'urgence...).

IV.1.3. L'addictologie médico-sociale

L'addictologie médico-sociale en Limousin s'appuie sur 5 CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), sur 1 CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) et sur 8 appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Ce dispositif tient une place primordiale dans la prévention et l'accompagnement thérapeutique. Il assure un ensemble de missions tout au long de la trajectoire des personnes en difficulté avec des conduites addictives et, par une offre délocalisée, peut répondre aux besoins des territoires de proximité : l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation, la réduction des risques, le soutien à l'entourage et aux familles, l'accompagnement thérapeutique et la coordination des prises en charge, l'intervention précoce et la prévention.

IV.1.4. L'addictologie hospitalière

L'addictologie hospitalière consiste en la mise en place de filières et en une organisation en trois niveaux.

Une filière addictologique hospitalière couvre l'intégralité des parcours des personnes ayant une conduite addictive, au sein d'un territoire de santé.

Le dispositif hospitalier en addictologie est gradué en trois niveaux :

- Le niveau 1 assure les réponses de proximité, avec les consultations hospitalières en addictologie, les équipes de liaison et de soins en addictologie, les sevrages simples.
- Le niveau 2 concerne l'activité de recours, en plus des missions de niveau 1, avec des prises en charge spécialisées et l'accueil de patients posant des problèmes particuliers (hospitalisation pour soins complexes à temps complet, hospitalisation de jour et soins de suite et de réadaptation addictologiques).
- Le niveau 3 ou centre d'addictologie universitaire régional, propose les mêmes prises en charge que les structures de niveau II et constitue en plus un lieu régional de ressources, de formation et de recherche.

Dans le domaine de l'addictologie en Limousin, l'implication des centres hospitaliers et cliniques psychiatriques constitue un atout pour le traitement des patients présentant des troubles comorbides et nécessitant une double prise en charge, psychiatrique et addictologique.

Les réseaux en addictologie, intégrés dans les territoires de proximité et organisés au niveau régional, permettent d'assurer la coordination des nombreux intervenants.

Le programme régional de santé vise, au travers de l'état des lieux de ces dispositifs en Limousin et des dysfonctionnements et points de rupture pointés, à proposer des solutions pour améliorer la fluidité du parcours de santé, la lisibilité des ressources et des équipements ainsi que la pratique en réseau et le partenariat.

IV.2. Détermination des points de rupture du parcours de santé en addictologie en Limousin

Les cas pratiques présentés ci-après illustrent s'il en était nécessaire la complexité de coordonner les acteurs et professionnels de terrain autour d'une prise en charge efficiente de l'utilisateur. En effet, tout au long du parcours de santé, des points de rupture dans la prise en charge ou de mauvaises orientations de l'utilisateur peuvent persister en Limousin. Ces exemples retenus par l'ARS illustrent des problématiques régionales auxquelles les trois schémas d'organisation du PRS tentent de répondre.

IV.2.1. Exemple du Parcours d'un adolescent dépendant au cannabis

Rappel des problématiques.

Le cannabis chez l'adolescent est la troisième substance expérimentée et la première des substances illicites.

Les représentations du cannabis et la sous estimation des risques liés à son utilisation à court et long terme sont insuffisamment appréhendées.

La visibilité sur les ressources existantes au niveau territorial et sur les possibilités d'orientation est à développer.

D'où proviennent les demandes ?

- Famille, proche, entourage,...
- Établissement scolaire, maison des adolescents,...
- L'adolescent lui-même.

Après la demande, que font les professionnels ?

Repérer et organiser des interventions brèves (RPIB cannabis) afin d'évaluer le niveau de dépendance au produit.

L'échelle utilisée est celle du DSM IV-TR. Elle permet de différencier :

- En cas d'usage à risque : il n'est pas nécessaire d'organiser des soins spécialisés. Cependant un suivi régulier peut être proposé en lien avec le médecin traitant,
- En cas d'usage nocif ou d'abus : une proposition de soins est faite,
- En cas de dépendance : une proposition de soins est faite,
- Dans le cas où l'adolescent n'accepte pas la proposition de soins, le professionnel engage un travail motivationnel jusqu'à l'acceptation du soin,
- Dans le cas où l'adolescent accepte la proposition de soins, le parcours de soins coordonné lui est proposé.

Comment se caractérise le parcours de soins ?

Le parcours de soins de l'adolescent nécessite une prise en charge :

- Globale (médico-psycho-sociale),

- Coordinée,
- Interdisciplinaire,
- Continue.

Cependant, les problématiques rencontrées par l'adolescent peuvent concerner :

- L'accès aux soins et la continuité des soins pour les publics vulnérables,
- La circulation d'information entre professionnels du parcours de soins,
- L'accès aux structures spécialisées notamment en milieu rural,
- Les durées d'attente dans les structures spécialisées,
- La gestion de l'entourage du patient,
- Le suivi après sevrage.

IV.2.2. Exemple du Parcours d'un adulte dépendant à l'alcool

Rappel des problématiques.

10 % de la population a un usage problématique avec l'alcool.

Le Limousin se situe dans le peloton de tête des régions ayant une forte consommation d'alcool.

À noter une consommation régulière d'alcool et une fréquence d'ivresses régulières plus élevées chez les garçons en Creuse que dans le reste de la région.

D'où proviennent les demandes ?

- Famille, proche, entourage,
- Médecine du travail,
- Secteur judiciaire,...
- Adulte lui-même.

Après la demande, que font les professionnels ?

Ils organisent un repérage précoce et une intervention brève (RPIB alcool) afin d'évaluer le niveau de dépendance au produit.

L'échelle utilisée est celle du DSM IV-TR. Elle permet de différencier :

- L'usage à risque : cette situation ne nécessite pas de soins spécialisés mais un suivi régulier peut être proposé en lien avec le médecin traitant,
- L'usage nocif ou l'abus : donne lieu à une proposition de soins,
- La dépendance : donne lieu à une proposition de soins.

Dans le cas où l'adulte n'accepte pas la proposition de soins, le professionnel peut engager un travail motivationnel jusqu'à l'acceptation du soin.

Dans le cas où l'adulte accepte la proposition de soins, le parcours de soins coordonné lui est proposé.

Comment se caractérise le parcours de soins ?

Le parcours de soins de l'adulte nécessite une prise en charge :

- Globale (médico-psycho-sociale),
- Coordinée,
- Interdisciplinaire,
- Continue.

Cependant, les problématiques rencontrées par l'adulte peuvent concerner :

- La circulation d'information entre professionnels du parcours de soins,
- La gestion de l'entourage du patient,
- Le suivi après sevrage et l'accès aux soins de suite et de réadaptation addictologiques,
- L'accès aux soins et la continuité des soins pour les publics vulnérables.

IV.3. Les propositions inscrites dans le PRS visant à mieux coordonner le parcours du patient (décloisonnement sectoriel)

IV.3.1. Propositions PRS relatives à l'exemple du parcours d'un adolescent dépendant au cannabis

L'examen du parcours d'un adolescent dépendant au cannabis conduit à se poser deux questions essentielles : en amont, comment faciliter l'accès à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé ? Comment identifier et avoir accès rapidement à un professionnel pour parler de son problème ?

Les axes d'amélioration du PRS pour l'adolescent et son environnement visent à :

- Améliorer la connaissance, le partage et l'utilisation des méthodes et outils validés en matière d'éducation pour la santé,
- Développer des actions de prévention ciblées, dès le plus jeune âge,
- Faciliter le repérage et l'intervention précoce,
- Mieux utiliser le vecteur de la communication comme outil de prévention et adapter les outils de communication au public jeune dont les adolescents,
- Identifier des professionnels et des personnes ressources par la population du Limousin,
- Informer la population sur l'accès aux professionnels de proximité (professionnels de 1er recours, consultations délocalisées ou hospitalières...),
- Informer sur les ressources nationales : numéros verts, Internet,...

Quelles sont les conditions préalables pour sensibiliser les professionnels de 1er recours et leur permettre de proposer de rentrer dans le parcours de soins ?

Les axes d'amélioration du PRS pour l'évaluation et l'orientation de l'adolescent :

- Informer les professionnels sur le fonctionnement du parcours santé,
- Identifier les personnes ressources dans les établissements et structures concernées
- Constituer un annuaire des professionnels en addictologie,
- Former les professionnels (formations continues, universitaires, Internet...).

Comment mieux agir pour limiter voire résorber les points de rupture et dysfonctionnements dans le parcours de soins ?

Les axes d'amélioration du PRS pour le parcours de soins de l'adolescent ciblent en particulier les professionnels de terrain mais aussi son entourage :

- Améliorer la prise en charge des addictions par la médecine de ville, en particulier en développant les campagnes de sensibilisation aux recommandations de bonnes pratiques
- Développer les staffs et les intervisions entre les différents acteurs spécialisés : AddictLim, filière addictologie dont le pôle d'addictologie régional (PAL) et les équipes de pédo-psychiatrie,
- Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables,
- Développer et renforcer le partenariat des professionnels et des structures travaillant en addictologie,
- Garantir les continuités des soins (réseau de santé, DMP,...),
- Favoriser l'accès aux soins dans les régions rurales (consultations avancées, délocalisées,...),
- Développer une coordination localisée des soins,
- Mieux prendre en compte l'entourage (association de soutien, groupe de parole,...), poursuivre les réunions d'informations et de sensibilisations au sein des établissements scolaires concernant les risques liés à l'usage de produits stupéfiants.

IV.3.2. Propositions PRS relatives à l'exemple du parcours d'un adulte dépendant à l'alcool

L'examen du parcours d'un adulte dépendant à l'alcool conduit à se poser deux questions essentielles : en amont, comment faciliter l'accès à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé ? Comment identifier et avoir accès rapidement à un professionnel pour parler de son problème ?

Les axes d'amélioration du PRS pour l'adulte dépendant à l'alcool et son environnement :

- Améliorer la connaissance, le partage et l'utilisation des méthodes et outils validés en matière d'éducation pour la santé,
- Développer des actions de prévention ciblées,
- Mieux utiliser le vecteur de la communication comme outil de prévention,
- Identifier les professionnels par la population du Limousin,

- Informer la population sur l'accès aux professionnels de proximité,
- Informer sur les ressources nationales : numéros verts, Internet.

Quelles sont les conditions préalables pour sensibiliser les professionnels de 1er recours et leur permettre de proposer de rentrer dans le parcours de soins ?

Les axes d'amélioration du PRS pour l'évaluation et l'orientation de l'adulte :

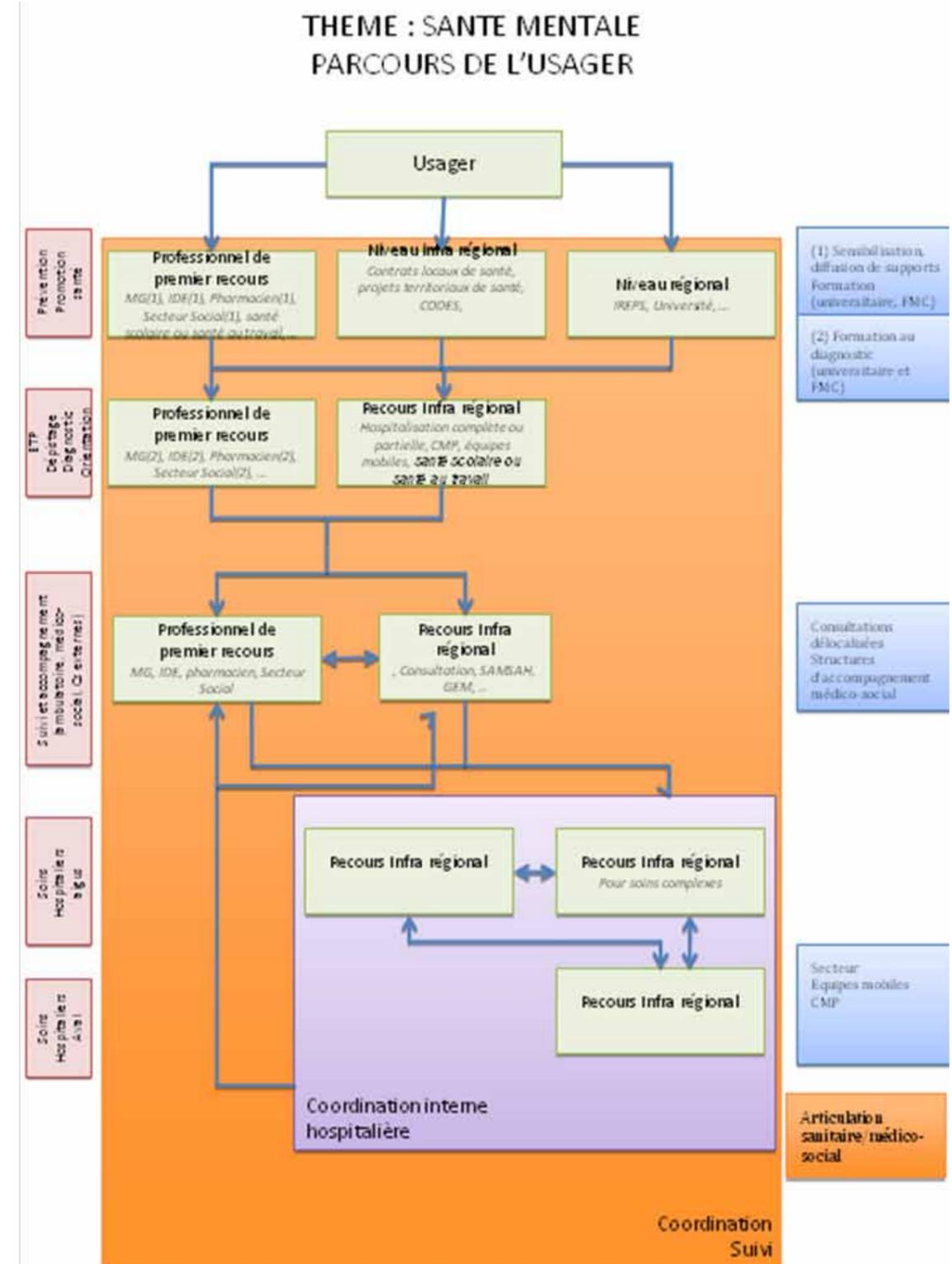
- Former les professionnels au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)
- Informer sur les parcours de soins,
- Promouvoir le recours au repérage précoce et à l'intervention brève notamment au niveau de la médecine de ville,
- Améliorer la connaissance et la lisibilité sur les équipements et ressources dédiées à l'addictologie en Limousin.

Comment mieux agir pour limiter voire résorber les points de rupture dans le parcours de soins ?

Les axes d'amélioration du PRS pour le parcours de soins de l'adulte consistent en priorité à conforter la filière hospitalière de prise en charge, à permettre un accès aux soins au plus près de la population et à assurer une coordination des acteurs :

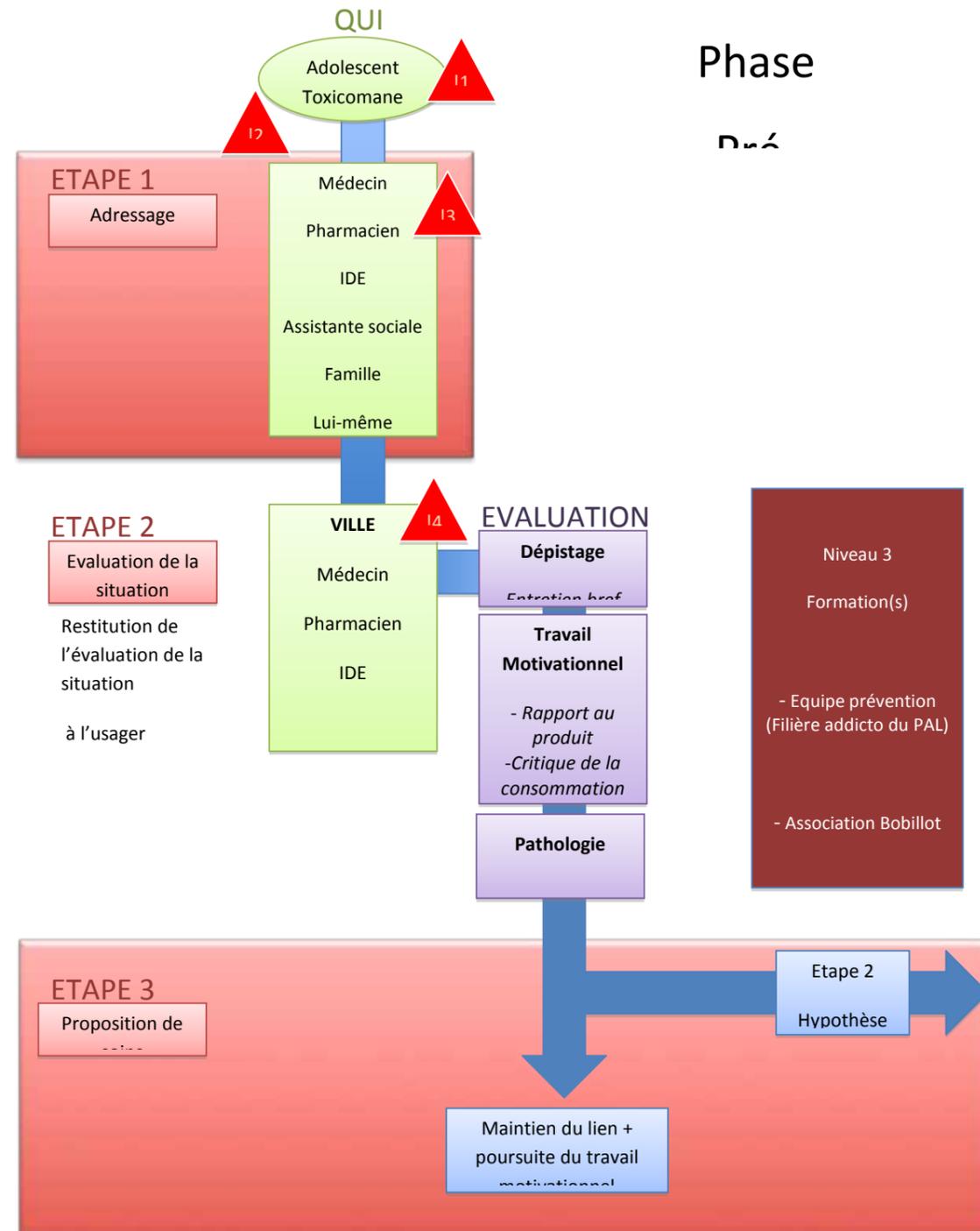
- Améliorer l'accès au sevrage complexe,
- Améliorer l'accès au sevrage simple,
- Favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales (consultations avancées, délocalisées,...),
- Favoriser et développer la pratique de la visioconférence dans le cadre de staffs,
- Conforter les soins de suite et de réadaptation (SSR) par la mise en place de l'hospitalisation de jour en Haute-Vienne et développer les SSR Addictologie en Creuse et en Corrèze,
- Développement des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en priorité en Creuse,
- Développer et renforcer le partenariat des professionnels et des structures travaillant en addictologie,
- Garantir les continuités des soins (réseau de santé, DMP,...),
- Mieux prendre en compte l'entourage (association de soutien, groupe de parole,...),
- Développer une coordination localisée des soins,
- Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables.

V. ANNEXES



THÈME ADDICTOLOGIE

Exemple du parcours d'un adolescent dépendant au cannabis

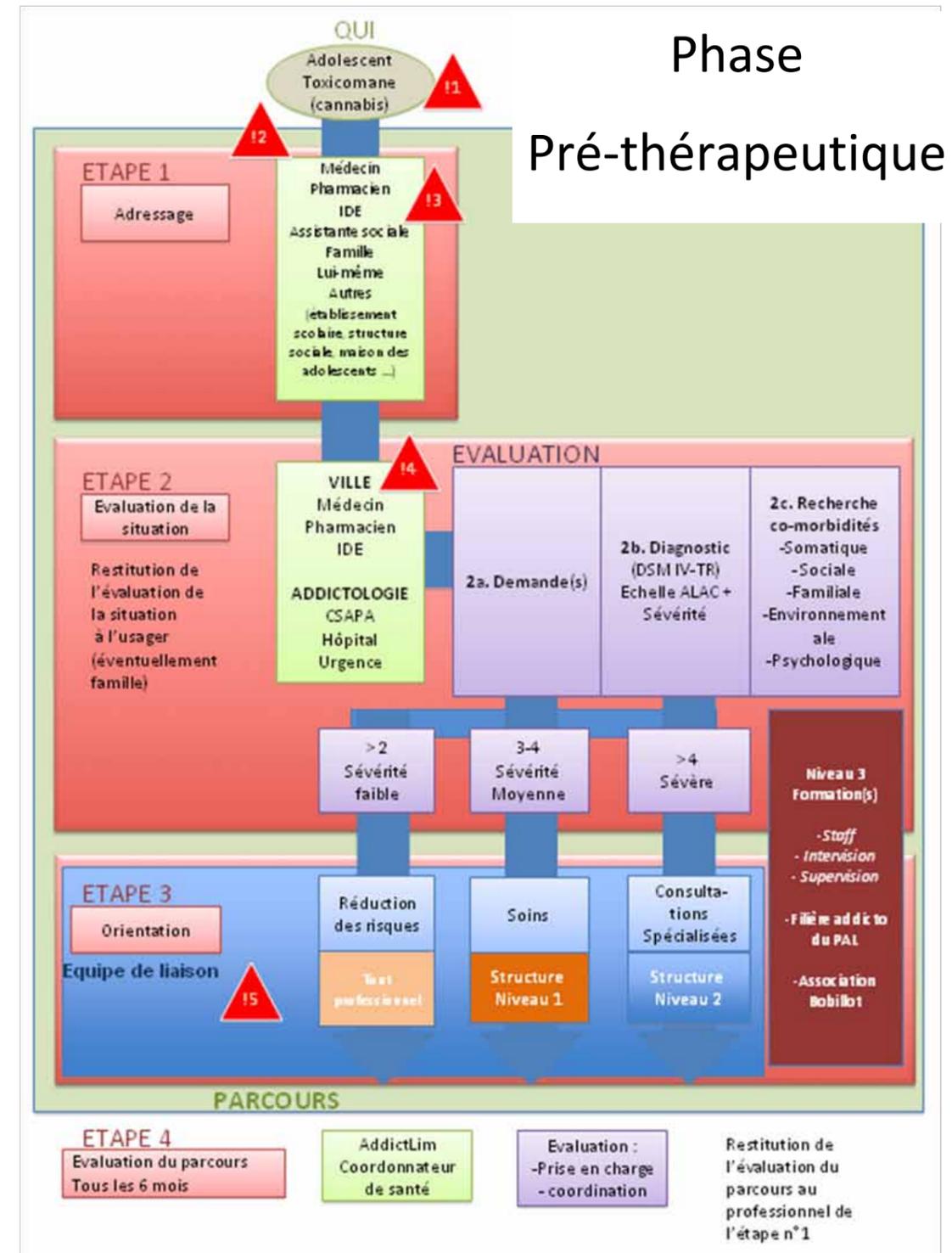


Phase

Pré

THÈME ADDICTOLOGIE

Exemple du parcours d'un adolescent dépendant au cannabis

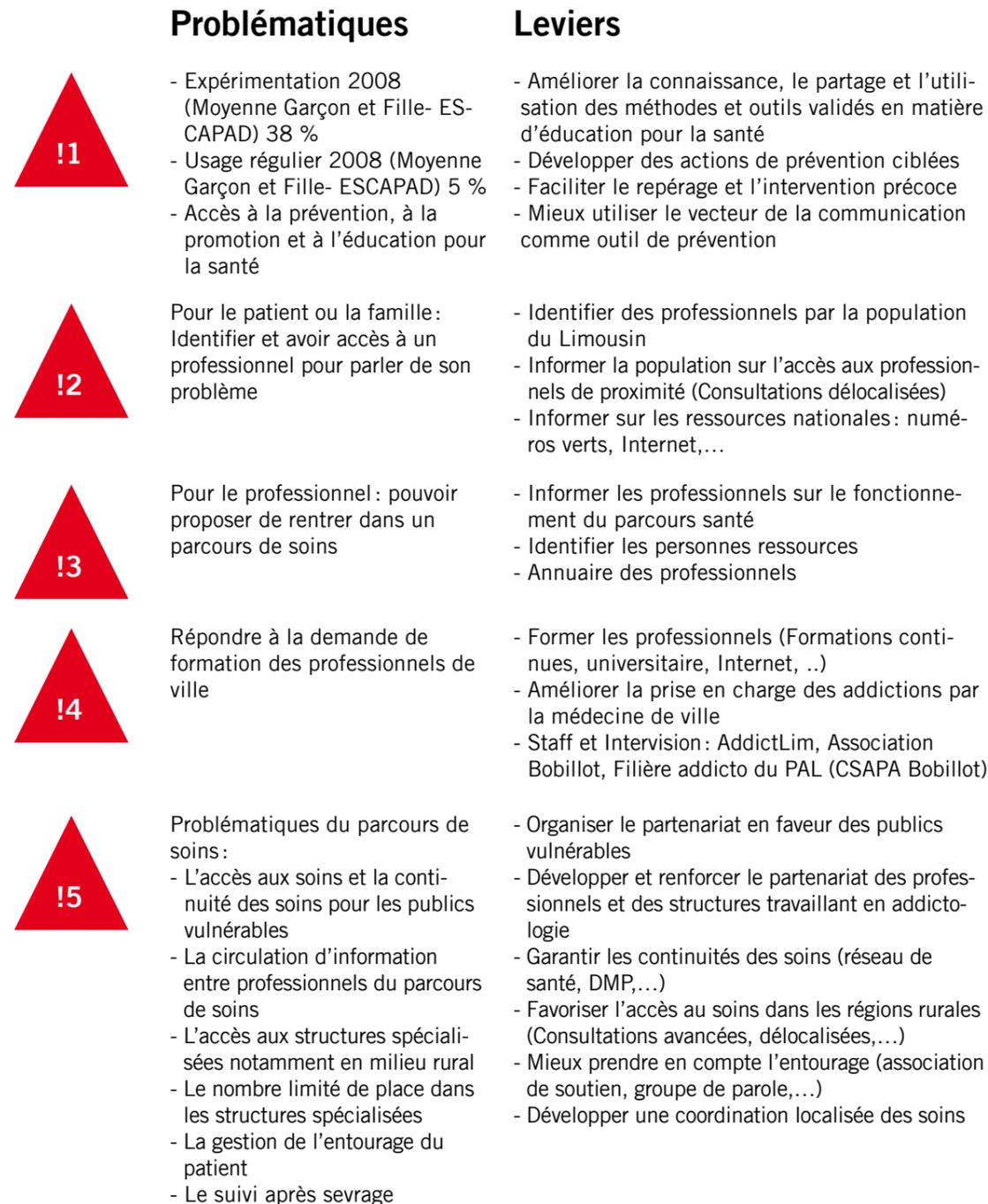


Phase

Pré-thérapeutique

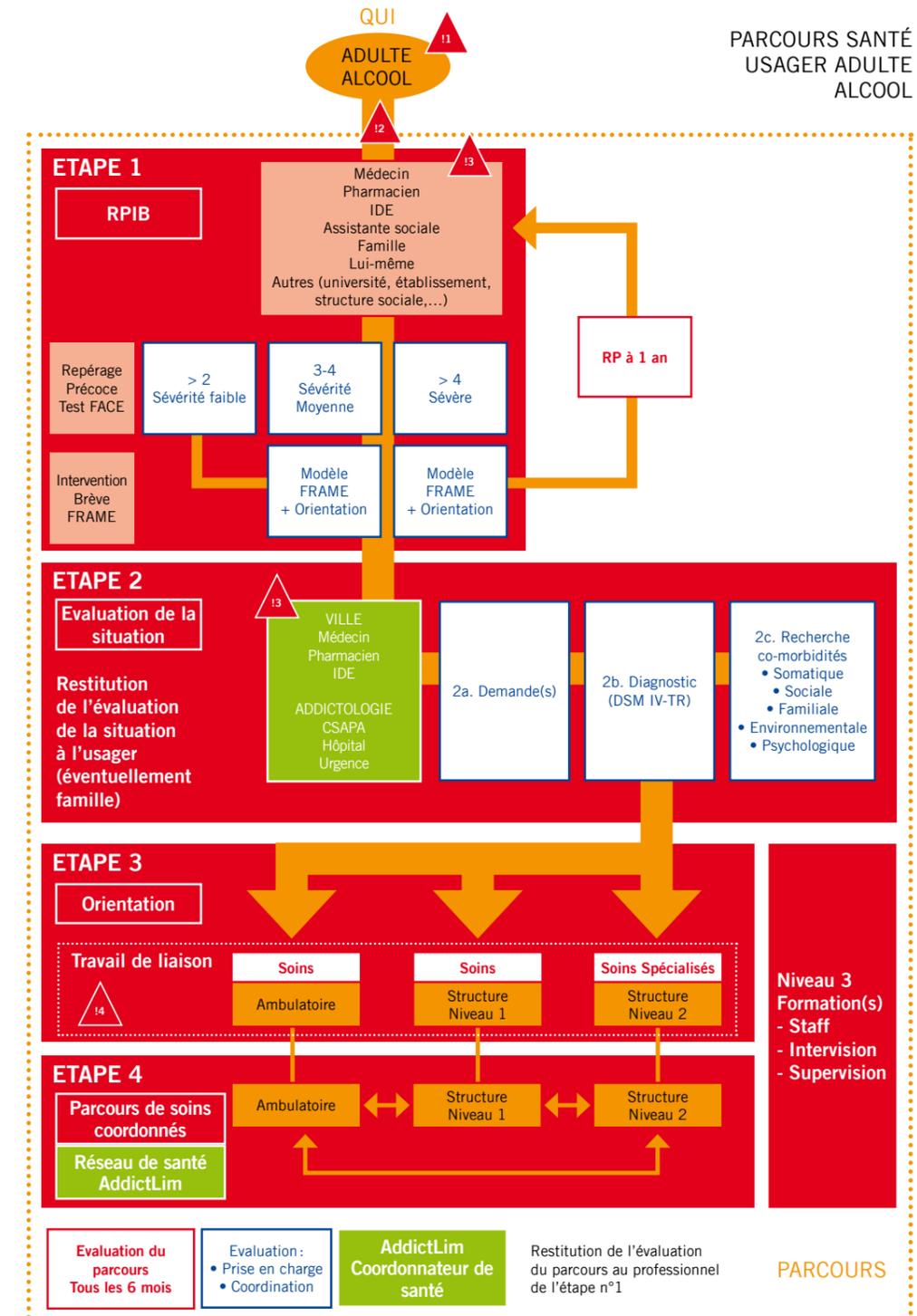
THÈME ADDICTOLOGIE

Exemple du parcours d'un adolescent dépendant au cannabis



THÈME ADDICTOLOGIE

Exemple du parcours d'un adulte dépendant à l'alcool



THÈME ADDICTOLOGIE

Exemple du parcours d'un adulte dépendant à l'alcool

	Problématiques	Leviers
	10 % de la population a un usage problématique avec l'alcool – source OFDT	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la connaissance, le partage et l'utilisation des méthodes et outils validés en matière d'éducation pour la santé - Développer des actions de prévention ciblées - Mieux utiliser le vecteur de la communication comme outil de prévention
	Pour le patient ou la famille : Identifier et avoir accès à un professionnel pour parler de son problème	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les professionnels par la population du Limousin - Informer la population sur l'accès aux professionnels de proximité - Informer sur les ressources nationales : numéros verts, Internet,
	Pour le professionnel : - Répondre à la demande de formation des professionnels de ville - Que faire une fois une problématique dépistée?	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels au RPIB - Informer sur les parcours de soins - Faciliter le repérage et l'intervention précoce notamment au niveau de la médecine de ville - Séance d'Intervision (AddictLim)
	Accès aux soins dans les structures spécialisées notamment en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accès au sevrage complexe - Améliorer l'accès au sevrage simple - Favoriser l'accès aux soins dans les régions rurales (Consultations avancées, délocalisées,...) - Visio conférence pour Staff
	Problématiques du parcours de soins : - La circulation d'information entre professionnels du parcours de soins - La gestion de l'entourage du patient - Le suivi après sevrage - L'accès aux soins et la continuité des soins pour les publics vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> - Conforter SSR Addictologie - Développement des ELSA - Développer et renforcer le partenariat des professionnels et des structures travaillant en addictologie - Garantir les continuités des soins (réseau de santé, DMP,...) - Mieux prendre en compte l'entourage (association de soutien, groupe de parole,...) - Développer une coordination localisée des soins - Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables

PRS : Projet régional de santé