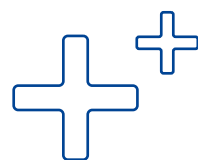
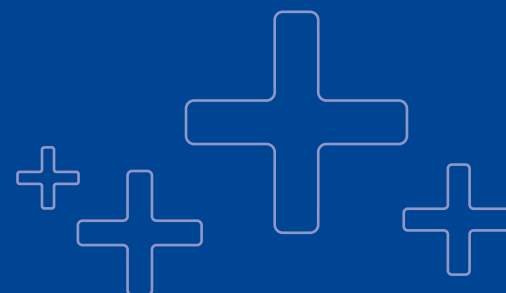


11.2

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE



Sommaire

CHAPITRE I « personnes en situation de handicap et personnes âgées » 355

I. LE CONTEXTE D'ÉLABORATION DU SROMS 356

I.1. LE CADRE JURIDIQUE	356
I.1.1. Un cadre juridique profondément remanié	356
I.1.2. Le SROMS s'inscrit dans une politique nationale de santé publique et dans le projet régional de santé	357
I.2. LA MÉTHODOLOGIE RETENUE	359
I.2.1. La détermination des axes stratégiques dans le cadre du PSRS	359
I.2.2. Un schéma complémentaire des schémas Prévention et d'organisation des soins	362
I.2.3. La concertation conduite	363

II. LE CONTEXTE RÉGIONAL 364

II.1. PRÉSENTATION DU CONTEXTE SOCIO DÉMOGRAPHIQUE DU LIMOUSIN	364
II.1.1. Le Limousin : une petite région dont la population âgée impacte les indicateurs de santé	364
II.2. ÉTAT DES ÉQUIPEMENTS DÉPARTEMENTAUX	374
II.2.1. La situation régionale des équipements en ce qui concerne les personnes handicapées (enfants et adultes)	374
II.2.2. La situation régionale des équipements en ce qui concerne les personnes âgées	384
II.3. LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX	388
II.3.1. Les valeurs et principes d'action des schémas	388
II.3.2. Les orientations stratégiques des derniers schémas parus	389
II.3.3. Les préoccupations communes ARS - Conseils généraux	390

III. PRIORITÉS RÉGIONALES – ORIENTATIONS TRANSVERSALES 399

III.1. LES ORIENTATIONS PERMETTANT DE FLUIDIFIER LES PARCOURS DE VIE ET DE SOINS	399
III.1.1. Le développement des outils d'observation des besoins	399
III.1.2. Le renforcement des actions de prévention	400
III.1.3. Faciliter les parcours de soins	402

III.2. UNE NOUVELLE STRUCTURATION DE L'OFFRE	405
III.2.1. Favoriser les mutualisations, contractualisations, coopérations et complémentarités entre les structures	405
III.2.2. Assurer un rééquilibrage territorial	409
III.2.3. Favoriser l'expérimentation	410
III.3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA QUALITÉ ET UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DE LA PLACE DE L'USAGER AU SERVICE DE LA BIENTRAITANCE	411
III.3.1. Pour une promotion de la bientraitance	411
III.3.2. L'expression et le droit des usagers	411
III.3.3. Les enjeux liés à la formation	419

IV. PRIORITÉS RÉGIONALES - LES ORIENTATIONS SECTORIELLES : MIEUX ACCOMPAGNER LE HANDICAP AUX DIFFÉRENTS AGES DE LA VIE 422

IV.1. LA PETITE ENFANCE : RENFORCER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE	422
IV.1.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	422
IV.1.2. Analyse du contexte et des enjeux	429
IV.1.3. Préconisations et perspectives d'évolution	430
IV.2. LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DÉFICIENTS INTELLECTUELS : ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE AUX BESOINS	434
IV.2.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	434
IV.2.2. Analyse du contexte et des enjeux	436
IV.2.3. Préconisations et perspectives d'évolution	437
IV.3. LES INSTITUTS THÉRAPEUTIQUES ÉDUCATIFS ET PÉDAGOGIQUES : DES RÉPONSES ADAPTÉES AUX JEUNES CONCERNES	439
IV.3.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	439
IV.3.2. Analyse du contexte et des enjeux	440
IV.3.3. Préconisations et perspectives d'évolution	441
IV.4. LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS : LES ENJEUX POUR LE DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL	444
IV.4.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	444
IV.4.2. Analyse du contexte et des enjeux	446
IV.4.3. Préconisations et perspectives d'évolution	447

IV.5. LA DÉFICIENCE SENSORIELLE : DECLINAISONS LOCALES DU PLAN NATIONAL	449
IV.5.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	449
IV.5.2. Analyse du contexte et des enjeux	458
IV.5.3. Préconisations et perspectives d'évolution	459
IV.6. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP MOTEUR : DES ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES	460
IV.6.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	460
IV.6.2. Analyse du contexte et des enjeux	462
IV.6.3. Préconisations et perspectives d'évolution	463
IV.7. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES ET SOUFFRANT DE HANDICAPS RARES DANS LA RÉGION : DES ACCOMPAGNEMENTS ADAPTÉS	464
IV.7.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	464
IV.7.2. Analyse du contexte et des enjeux	466
IV.7.3. Préconisations et perspectives d'évolution	466
IV.8. LES PERSONNES HANDICAPÉES, ADULTES DÉFICIENTS INTELLECTUELS : QUELS ENJEUX EN TERMES D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE ?	469
IV.8.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	469
IV.8.2. Analyse du contexte et des enjeux	469
IV.8.3. Préconisations et perspectives d'évolution	470
IV.9. DES RÉPONSES ADAPTÉES POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'AUTISME ET DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	471
IV.9.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	472
IV.9.2. Analyse du contexte et des enjeux	475
IV.9.3. Préconisations et perspectives d'évolution	476
IV.10. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LE HANDICAP PSYCHIQUE	478
IV.10.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	478
IV.10.2. Analyse du contexte et des enjeux	479
IV.10.3. Préconisations et perspectives d'évolution	480
IV.11. TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ET INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES	481
IV.11.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	481
IV.11.2. Analyse du contexte et des enjeux	484
IV.11.3. Préconisations et perspectives d'évolution	486
IV.12. LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES DES RÉPONSES A CONSTRUIRE	488
IV.12.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	488
IV.12.2. Analyse du contexte et des enjeux	490
IV.12.3. Préconisations et perspectives d'évolution	491

V. PRIORITÉS RÉGIONALES - LES ORIENTATIONS SECTORIELLES : RÉPONDRE AUX DÉFIS DU VIEILLISSEMENT EN LIMOUSIN	492
V.1. LE MAINTIEN A DOMICILE : QUELS ACCOMPAGNEMENTS EN APPUI DES POLITIQUES DÉPARTEMENTALES	493
V.1.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	493
V.1.2. Analyse du contexte et des enjeux	497
V.1.3. Préconisations et perspectives d'évolution	497
V.2. LES EHPAD UNE OFFRE ENRICHIE ET DIVERSIFIÉE	499
V.2.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	499
V.2.2. Analyse du contexte et des enjeux	499
V.2.3. Préconisations et perspectives d'évolution	500
V.3. CONSOLIDER LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES	502
V.3.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	502
V.3.2. Analyse du contexte et des enjeux	503
V.3.3. Préconisations et perspectives d'évolution	504
V.4. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LA MALADIE D'ALZHEIMER	510
V.4.1. Situation actuelle : éléments de diagnostic	511
V.4.2. Analyse du contexte et des enjeux	513
V.4.3. Préconisations et perspectives d'évolution	513

CHAPITRE II « addictologie »	516
I. PRÉAMBULE	517
II. CONTEXTE	518
II.1. LA DÉFINITION DES ADDICTIONS - REPRÉSENTATION	518
II.2. LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE	520
III. ETAT DES LIEUX	524
III.1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES – CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LEUR RETENTISSEMENT SUR LA SANTÉ	524
III.1.1. Le tabac	524
III.1.2. L'alcool	524
III.1.3. Le cannabis et les drogues illicites (hors cannabis)	526
III.1.4. Les troubles des conduites alimentaires, l'addiction aux jeux et autres	527
III.1.5. La gestion des risques liés à l'utilisation des produits	528
III.1.6. Les produits dopants	529
III.1.7. Les médicaments psychotropes (anxiolytiques – antidépresseurs)	530
III.1.8. Les addictions et le travail	530
III.1.9. Les addictions et la grossesse	532
III.1.10. Les addictions aux urgences	533
III.2. RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS D'ADDICTOLOGIE	536
III.2.1. Le rôle de la médecine de ville	536
III.2.2. L'offre médico-sociale	536
III.2.3. L'offre sanitaire	537
III.2.4. La prise en charge des addictions par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)	542
III.2.5. Les réseaux de santé en addictologie	543
III.2.6. Le secteur associatif	545
III.3. LES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE	547
III.4. LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE – LA PROMOTION DE LA SANTÉ - LA PRÉVENTION	548
III.5. L'ARTICULATION AVEC LA JUSTICE ET LES CONSÉQUENCES JUDICIAIRES	549
III.6. LES COMPLÉMENTARITÉS ET LES PARTENARIATS	550
III.7. LA FORMATION ET LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE	551
III.8. QUELQUES DONNÉES FINANCIÈRES	552

IV. DIAGNOSTIC – ENJEUX	555
V. RECOMMANDATIONS	556
V.1. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, ACTIONS ET INDICATEURS DE SUIVI	556
V.2. FICHE SYNTHÉTIQUE – VOLET SROMS: ADDICTIONS	582
V.3. SUIVI ET ÉVALUATION	587
ANNEXES - « MÉTHODOLOGIE ET COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL »	588
I. VOLET « PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PERSONNES ÂGÉES »	588
GROUPE DE TRAVAIL « MUTUALISATIONS ET CONTRACTUALISATIONS »	588
GROUPE DE TRAVAIL « EXPRESSION ET DROITS DES USAGERS »	589
GROUPE DE TRAVAIL « DÉPISTAGE PRÉCOCE »	590
GROUPE DE TRAVAIL « ENFANTS DÉFICIENTS INTELLECTUELS »	591
GROUPE DE TRAVAIL « ITEP »	591
GROUPE DE TRAVAIL « SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS »	592
GROUPE DE TRAVAIL « DÉFICIENCES SENSORIELLES »	592
GROUPE DE TRAVAIL « HANDICAP MOTEUR »	593
GROUPE DE TRAVAIL « PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES ET SOUFFRANT HANDICAPS RARES »	593
GROUPE DE TRAVAIL « AUTISME »	594
GROUPE DE TRAVAIL « HANDICAP PSYCHIQUE »	595
GROUPE DE TRAVAIL « TRAVAILLEURS HANDICAPÉS »	596
GROUPE DE TRAVAIL « DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ADULTES »	596
GROUPE DE TRAVAIL « PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES »	597
GROUPE DE TRAVAIL « MAINTIEN A DOMICILE »	598
GROUPE DE TRAVAIL « FILIÈRE GÉRIATRIQUE »	599
GROUPE DE TRAVAIL « FILIÈRE ALZHEIMER »	601
II. VOLET « ADDICTOLOGIE »	603
LA MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL	603
GROUPE DE TRAVAIL « ADDICTIONS »	604

CHAPITRE I

«Personnes en situation
de handicap
et personnes âgées »

I. LE CONTEXTE D'ÉLABORATION DU SROMS

I.1. LE CADRE JURIDIQUE

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST) refonde le système sanitaire et médico-social. Elle prévoit que chaque Agence Régionale de Santé (ARS) élabore un Projet Régional de Santé (PRS).

Le PRS développe en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations entre des secteurs jusqu'ici séparés : promotion de la santé, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales. Une stratégie globale doit ainsi être définie dans le cadre d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

Au sein de ce PRS, la loi HPST prévoit que chaque ARS élabore un schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS).

I.1.1. UN CADRE JURIDIQUE PROFONDÉMENT REMANIE

I.1.1.1. Le fondement juridique du SROMS

L'article L.1434-12 et 13 du Code de la Santé Publique stipule que :

« Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L312-1 et à l'article L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie ».

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé ».

« Il est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux ».

Le périmètre visé par le 1er alinéa concerne :

- Les établissements et services pour enfants et adultes handicapés
- Les établissements et services pour personnes âgées
- Les centres de ressources
- Les établissements ou services à caractère expérimental
- Les appartements de coordination thérapeutique
- Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des usagers de drogues
- Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- Les lits halte soins santé.

De même le décret 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé prévoit que (Art. R. 1434-6 du CASF) « le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé ».

Selon ce décret le schéma régional d'organisation médico-sociale :

« 1° Apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables » ;

« 2° Détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels » ;

« 3° Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale ».

I.1.1.2. Une nouvelle procédure d'autorisation qui s'intègre dans le cycle planification, programmation, autorisation et financement

Le nouveau dispositif institutionnel inscrit le schéma comme un outil de planification au niveau régional. Le SROMS doit apprécier les besoins collectifs et les priorités d'adaptation de l'offre au plan régional dans le cadre des orientations nationales. Il doit concourir à une meilleure connaissance des besoins sur les plans qualitatif et quantitatif et à vocation, par agrégation, à alimenter une vision nationale des besoins.

Le schéma constitue l'élément de référence pour les autorisations délivrées par les autorités compétentes, qu'elles résultent ou non d'un appel à projet. A ce titre, il peut comporter des objectifs opérationnels précis lesquels devront être compatibles avec les autorisations.

Il doit donc être conçu comme un outil de référence sur les plans quantitatif, territorial et qualitatif pour la mise en œuvre du nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux. Au-delà du régime d'autorisation, le SROMS est aussi un outil permettant d'agir sur l'ensemble des leviers réglementaires, conventionnels, financiers ou autres des ARS.

I.1.2. LE SROMS S'INSCRIT DANS UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DANS LE PROJET REGIONAL DE SANTÉ

Trois catégories de priorités doivent structurer la réflexion régionale en matière de santé.

Ces priorités sont :

- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- Promouvoir l'égalité devant la santé
- Développer un système de qualité, accessible et efficient.

La politique nationale de santé doit se décliner au niveau local par une organisation sanitaire, de prévention et médico-sociale adaptée aux besoins de la population.

L'élaboration du SROMS s'inscrit dans le cadre de plans, programmes et schémas nationaux.

La politique nationale de santé est définie au travers de plans et programmes nationaux qui sont structurants pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale au regard de la période de validité du PRS (2012-2016) :

- **Le plan solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012** : il vise à permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, à adapter l'hôpital aux personnes âgées et à développer la recherche : création au total de 37 500 places d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour des Personnes Agées Dépendantes) – 36 000 places de SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) – 12 750 places d'Accueil de jour – 6 750 places d'hébergement temporaire.
- **Le plan Alzheimer 2008-2012** : il vise à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, à développer la recherche et à sensibiliser le grand public : création de 25 000 places de PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) et 5 000 places d'UHR (Unités d'Hébergement Renforcé).
- **Le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014)** : il vise à créer 41 450 places d'établissements et services (12 250 enfants - 29 200 adultes) ainsi que 10 000 places en ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail).
- **Le plan autisme (2008-2012)** : il doit permettre de mieux connaître et mieux former les professionnels, d'améliorer le repérage des troubles et de diversifier les approches ainsi que de créer 4 100 places d'accueil.
- **Le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011)**, avec un financement total de 385 M€, vise à développer la prévention des risques, la formation et la recherche, à mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé (consultations d'addictologie et de liaison, pôles dans les CHU) et les établissements médico-sociaux, avec la création de places de CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention de l'Addiction).
- **Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011)** : il doit permettre de créer 900 places d'ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique) - 7 000 places d'HAD (Hospitalisation A Domicile).
- **Le Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010 - 2012)** : ce plan comprend diverses mesures et doit permettre de créer 480 places de SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce) et 3 CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).
- **Le plan handicap visuel** prévoit des mesures concrètes pour améliorer la vie quotidienne des personnes déficientes visuelles en vue de faciliter leur intégration à la vie de la cité. Près de 3 personnes sur 10 sont concernées.

Le plan se donne pour objectifs d'accompagner la personne et sa famille, de garantir l'accès au savoir, à l'école et à l'emploi et de permettre de vivre dignement avec le handicap.

Il prévoit :

- Un accompagnement de la scolarisation des jeunes aveugles par la mise en œuvre de services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration sociale
- La désignation au sein des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) d'un expert référent au sein des équipes pluridisciplinaires
- La révision du contenu au droit à compensation avec notamment la réduction de la TVA pour l'ensemble des aides techniques et le développement d'un encouragement à l'aide animalière
- Un renforcement de l'offre en établissements et services spécialisés pour les personnes malvoyantes avec un handicap associé.
- **Le programme de développement des soins palliatifs (2008-2012)**
- **Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013)** auquel les ARS doivent contribuer, notamment dans le cadre de leur diagnostic des ressources existantes en région et de l'identification des besoins de développement. Les objectifs et le stade de mise en œuvre en région de ces différents documents doivent contribuer à guider l'élaboration des schémas.

I.2. LA MÉTHODOLOGIE RETENUE

En application des directives nationales, le plan stratégique régional de santé a permis de déterminer des axes stratégiques qui ont guidé l'élaboration du présent SROMS.

il est précisé qu'afin de mettre en œuvre les orientations préconisées, un plan d'actions a été élaboré, avec des échéances et des indicateurs d'évaluation.

I.2.1. LA DÉTERMINATION DES AXES STRATÉGIQUES DANS LE CADRE DU PSRS

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) au cœur du Projet Régional de Santé (PRS)

Le PSRS est la première étape de l'élaboration du PRS.

Le PSRS est préparé sur la base :

- D'une part, des priorités, des objectifs et des principes d'action définis au plan national qu'il adapte et décline localement
- D'autre part, des priorités, objectifs et principes d'action identifiés au plan régional à partir du diagnostic régional de santé.

Ces priorités sont analysées au sein de différents domaines stratégiques (handicap et vieillissement, risque sanitaire, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques hors vieillissement, santé mentale, santé et environnement) à partir d'une méthodologie commune.

Dans le secteur médico-social, le domaine stratégique « handicap et vieillissement » va concerner tout le parcours de la personne. Il s'agit tout au long de la vie de prévenir, prendre en charge médicalement et accompagner les situations de perte d'autonomie.

Les travaux liés à la mise en place du PSRS pour le thème « handicap et vieillissement » se sont déroulés entre les mois de Septembre et décembre 2010 et ont été marqués par une très large concertation auprès des acteurs locaux, membres de la CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie).

Ils ont permis de définir trois orientations stratégiques majeures : le développement de la prévention, l'amélioration de la coordination et de la continuité des prises en charge, et l'assurance pour chaque personne du respect de ses droits (choix du projet de vie, bientraitance...).

Quatre réunions de travail ont rassemblé une centaine de personnes sur le principe de tables rondes (une table ronde par orientation stratégique). Chaque réunion était composée de membres de la CRSA, d'animateurs référents de l'ARS, d'un pilote hors ARS, ainsi que de collaborateurs du CREAHL (Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour les Handicaps et Inadaptations en Limousin) et de l'ORS (Observatoire Régional de Santé) pour l'appui méthodologique. Des participants volontaires membres de la CRSA ont pu ainsi échanger devant le reste de la conférence pour approfondir les sujets.

De plus, conformément au décret 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au PRS, le PSRS décline ses grandes orientations en objectifs généraux en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé, de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé notamment en matière de soins, de qualité et d'efficience des prises en charge, de respect des droits des usagers et de mesures de coordination avec les autres politiques de santé.

Ces objectifs généraux ont ensuite vocation à être développés en objectifs spécifiques dans le cadre des différentes thématiques abordées dans le SROMS.

- La première orientation stratégique relative au **développement de la prévention** décline des objectifs en termes :
 - De prévention : il s'agit d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé en préservant l'autonomie cognitive, mentale, physique des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, de leur permettre de maintenir un lien social et de promouvoir le dépistage et le diagnostic précoce
 - D'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé : il importe d'une part de développer l'information et la formation des professionnels (dans le secteur social, sanitaire et médico-social) pour faciliter l'accès aux actions de prévention et aux soins des personnes, d'autre part de développer l'information et la sensibilisation des publics
 - En matière de qualité et d'efficience des prises en charge : des actions pourront être mises en place dans un but de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile. La communication entre les professionnels nécessitera aussi d'être développée.

La deuxième orientation stratégique retenue qui concerne **l'amélioration de la coordination et de la continuité des prises en charge** reprend des objectifs :

- De prévention : un des enjeux majeurs va consister à mieux repérer, d'une part les personnes fragiles et à risque afin de développer une offre de services adaptée grâce à une meilleure articulation médico-sociale, sociale et sanitaire, d'autre part les situations d'accompagnement inadaptées, sans solution et les points de rupture des prises en charge
 - D'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé : un meilleur accès aux services de soins, sociaux et médico-sociaux doit être réalisé ainsi qu'une amélioration de la lisibilité de l'offre (géographiquement, qualitativement) et des dispositifs pour permettre aux usagers un choix éclairé et aux professionnels d'optimiser la continuité de l'accompagnement
 - De réduction des inégalités sociales et territoriales en santé notamment en matière de soins : l'articulation des compétences, à savoir la logique de plateaux techniques, la pluridisciplinarité, les mutualisations doivent être recherchés dans les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) afin de mailler le territoire et de faciliter l'accès aux services (en terme de transports, de coût financier, de reste à charge)
 - En matière de qualité et d'efficience des prises en charge : plusieurs actions doivent être mises en œuvre afin de développer au sein des formations (initiale, continue) une culture du « prendre soin », de promouvoir l'évaluation continue et régulière des accompagnements, d'encourager le travail en réseau des professionnels, des établissements, des services et de promouvoir des actions innovantes notamment dans le cadre du rapprochement établissement/domicile
 - En matière de respect des droits des usagers : il convient d'éviter les ruptures d'accompagnement à domicile par le soutien aux aidants et de garantir le libre choix aux personnes en proposant des solutions adaptées à leurs attentes, de promouvoir la bientraitance et de lutter contre la maltraitance.
- La troisième orientation stratégique retenue consiste à pouvoir **assurer à chaque personne le respect de ses droits : choix du projet de vie, bientraitance**, avec la mise en place de plusieurs objectifs :
 - En matière d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé : il importe de garantir l'égal accès aux soins des personnes âgées et des personnes handicapées en situation de précarité sociale et de faciliter l'accès aux démarches pour ces personnes.
 - En matière de qualité et d'efficience des prises en charge et de respect des droits des usagers : les actions à réaliser doivent permettre de garantir le libre choix des prestations, d'assurer le droit à un accompagnement adapté ainsi que de promouvoir la participation des usagers à toutes les instances de concertation dans les établissements et dans les collectivités.

Enfin, les mesures de coordination avec les autres politiques publiques de santé qui recouvrent les champs des politiques de la ville, du logement, de l'emploi, de la formation, des transports, de l'Education Nationale, des organismes de Sécurité Sociale sont déterminantes pour la réalisation des objectifs opérationnels du schéma.

A ce titre, sont sollicités les services de la DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale), du Rectorat, de la DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement), de la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi), des organismes de Sécurité Sociale, CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite de la Santé au Travail), CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), MSA (Mutualité Sociale Agricole), RSI (Régime Social des Indépendants), des collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux, Conseils Municipaux).

I.2.2. UN SCHEMA COMPLEMENTAIRE DES SCHÉMAS PRÉVENTION ET D'ORGANISATION DES SOINS

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale est élaboré en cohérence et en transversalité avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), le Schéma Régional de Prévention (SRP) et le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins).

La loi HPST prévoit expressément que le SROMS veille à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale :

- A partir des domaines identifiés dans le PSRS : handicap et vieillissement, risque sanitaire, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques, santé mentale, santé et environnement
- En centrant la réflexion sur l'amélioration des parcours de vie et de soins des personnes.

Le Schéma Régional de Prévention a un rôle majeur dans la réduction des inégalités de santé à travers trois leviers : la promotion de la santé par la mobilisation des partenaires extérieurs à l'ARS et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, l'éducation à la santé par une action sur la capacité à protéger sa santé quand l'environnement n'est pas favorable, et la prévention médicalisée en favorisant, par exemple l'accès à des publics actuellement non atteints par les dépistages organisés.

Le PRAPS qui cible les plus démunis doit permettre à ceux-ci d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun pour des menus spécifiques.

A titre d'exemple, la problématique des addictions est clairement identifiée comme un domaine de transversalité entre les trois schémas et le PRAPS.

Différents leviers d'action sont mobilisables pour décliner dans les schémas les orientations stratégiques du PSRS en objectifs opérationnels.

Un levier transversal aux trois schémas concerne la démographie des professionnels. Au regard d'un diagnostic prospectif de la démographie des professions de santé, les acteurs régionaux pourront mettre en place des mesures permettant d'adapter les ressources humaines aux besoins de soins de la population.

Pour l'accompagnement et les soins médico-sociaux, la réduction des inégalités tant géographiques que sociales dans l'accès à l'offre de services passe en particulier par les redéploiements, les créations de places nouvelles prévues dans les plans nationaux pluriannuels et la tarification. La recherche de l'efficience, comme pour les établissements hospitaliers, constitue un levier d'action.

En matière d'organisation des soins, il s'agit en particulier de développer les modes de prise en charge substitutifs à l'hôpital avec en parallèle une structuration du secteur ambulatoire. Par ailleurs, la recherche de l'efficience hospitalière permettra d'une part, une amélioration du service rendu au patient via l'amélioration du fonctionnement des organisations et d'autre part la constitution de marges de manœuvre pouvant être redéployées.

I.2.3. LA CONCERTATION CONDUITE

L'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale s'est appuyée sur une consultation large des différents acteurs locaux de l'action médico-sociale d'une part et des Conseils Généraux d'autre part.

Elle doit donner lieu à une consultation des instances prévues par la loi HPST, comme la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie et la commission de coordination des accompagnements médico-sociaux.

I.2.3.1. Le SROMS : une volonté d'associer les acteurs du secteur médico-social, les partenaires institutionnels et les usagers

La diversité des champs concernés et l'intérêt d'une approche transversale entre la prévention, les soins, les dimensions sociales environnementales ont conduit à mettre en place un nombre important de groupes de travail. Ainsi, après une réunion de lancement officielle le 17 février 2011, au cours du 1er semestre 2011, dix neuf groupes de travail se sont réunis à un rythme soutenu à raison de 3 réunions en moyenne.

Au sein des groupes, outre les professionnels, les représentants des usagers et des services de l'Etat, des organismes de Sécurité Sociale et des collectivités locales ont été associés. Cette pluralité a été riche en termes de propositions et de pistes d'évolution. Elle a permis d'avoir une vision assez approfondie de la situation actuelle et de recueillir les différentes suggestions concernant l'offre médico-sociale.

Elle a permis également de formuler des préconisations sur les fonctionnements des structures et leur organisation pour mieux tenir compte des habitudes de vie et des choix des personnes quant à leur mode d'existence.

1.2.3.2. Une démarche spécifique en direction des Conseils Généraux

L'élaboration de ce schéma s'est appuyée sur une démarche particulière vis-à-vis des Conseils Généraux avec l'appui du Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations du Limousin (CREAHIL). Des réunions avec l'ensemble des Conseils Généraux ont été organisées pour présenter la démarche. Le CREAHIL s'est ensuite rendu auprès de chacun d'entre eux pour recueillir leurs principales attentes vis-à-vis du SROMS.

Une réunion le 7 juin 2011 a permis de faire un bilan partagé par les 3 Conseils Généraux, l'ARS et le CREAHIL.

De plus au sein des groupes de travail, la réflexion a été conduite en s'appuyant sur les orientations préconisées par les différents schémas départementaux qui ont fait l'objet d'une exploitation et d'une consolidation préalables.

Parallèlement l'ARS a rencontré les représentants des trois Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour avoir leur éclairage sur l'état des besoins dans les départements et leurs attentes vis-à-vis du présent schéma.

II. LE CONTEXTE REGIONAL.

II.1. PRÉSENTATION DU CONTEXTE SOCIO DÉMOGRAPHIQUE DU LIMOUSIN

II.1.1. LE LIMOUSIN : UNE PETITE RÉGION DONT LA POPULATION AGÉE IMPACTE LES INDICATEURS DE SANTÉ

II.1.1.1 La démographie régionale

(Source ORS – Atlas de la santé en Limousin 2010)

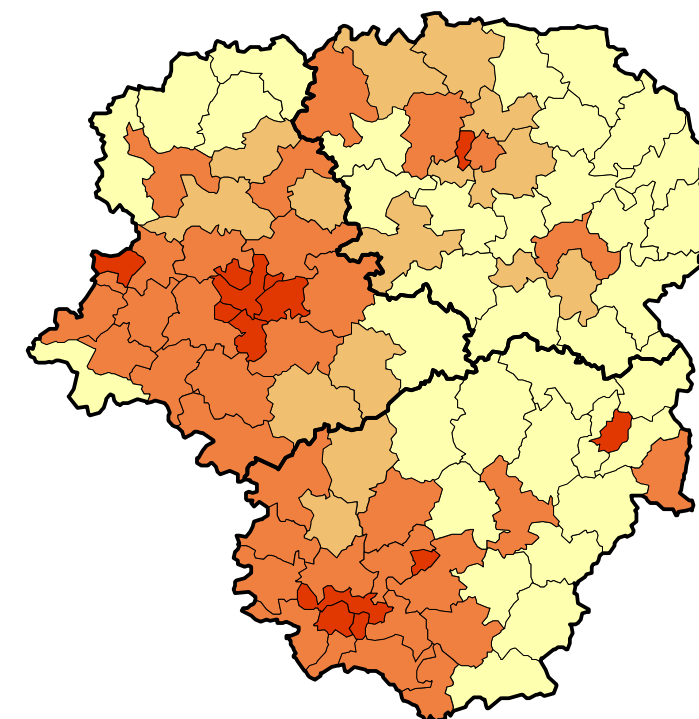
La région Limousin compte trois départements : la Haute-Vienne (373 940 habitants), la Corrèze (242 896 habitants) et la Creuse (123 907 habitants), soit un total, au 1er janvier 2008, de 740 743 habitants, qui représente 1,2 % de la population métropolitaine. (21e rang des 22 régions de l'hexagone).

Elle présente les caractéristiques suivantes :

- Une densité de population faible : 43,9 habitants par km² devant la Corse mais bien en dessous de la moyenne métropolitaine (114)
- 7 communes de plus 10 000 habitants (6 en 1999) : Limoges, Brive-la-Gaillarde ainsi que Tulle, Guéret, Saint-Junien, Ussel et Panazol
- De très faibles densités dans certains cantons de Creuse et de Corrèze, principalement dans l'est de la région

- Après plusieurs décennies de baisse démographique, un taux d'évolution annuel moyen sur la période 1999-2008 de +0,5 % en Limousin, taux cependant inférieur au taux national de +0,7 %
- Des gains de population dans les couronnes périurbaines et les pôles urbains mais des baisses dans certains cantons ruraux.

Densité de population en Limousin selon les cantons – 2006 (nombre d'habitants par km²)



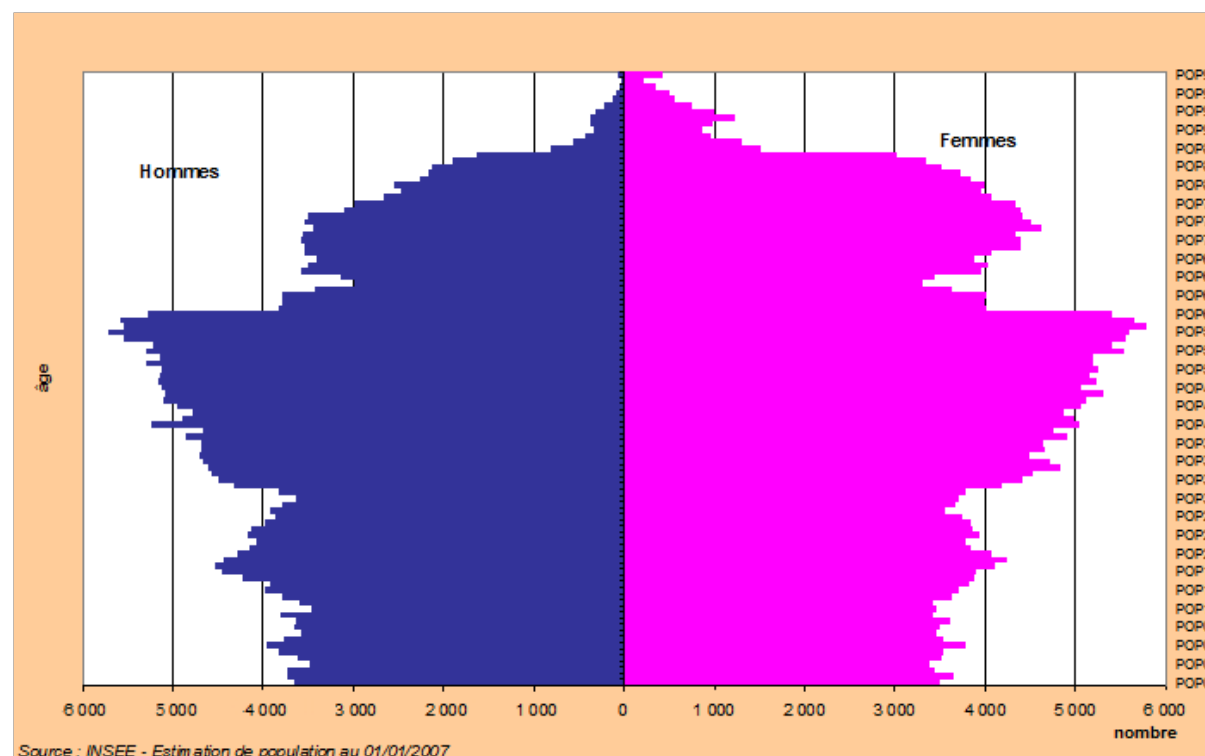
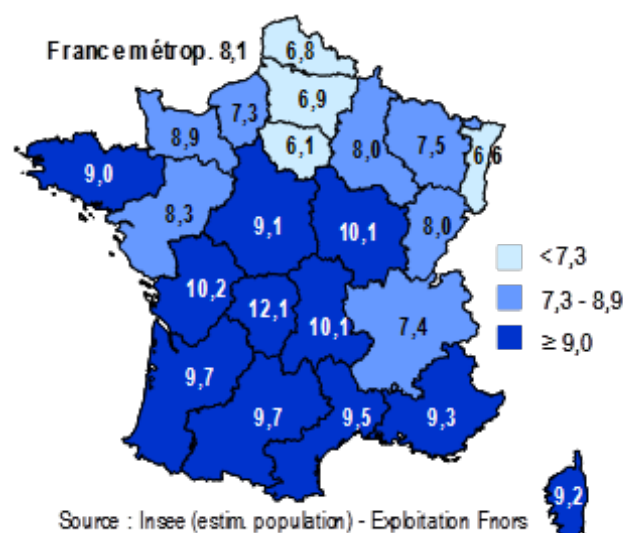
Une étude menée par l'Observatoire Régional de la Santé fin 2010 met en évidence les caractéristiques suivantes :

• Structure d'âge de la population limousine

Le Limousin est la région de France qui compte la plus grande part de personnes âgées de 60 ans ou plus : **208 306** en 2006, soit **28,5 %** de la population régionale contre 21,4 % au niveau métropolitain, soit un rapport de 1,3 par rapport à la proportion française.

Parmi eux, **91 091 ont 75 ans ou plus (12,5 %)**, contre 8,3 % au niveau national, soit un rapport plus élevé encore de 1,5) et **23 226 sont âgés de 85 ans ou plus, soit 3,2 %** contre 2 % au niveau national. C'est en Limousin que l'on retrouve la plus forte proportion de personnes de 75 ans ou plus, assez loin devant les deux régions qui la suivent : Poitou-Charentes et Auvergne. Par comparaison, cette proportion est le double de celle relevée en Ile-de-France.

Part des 75 ans ou plus dans l'ensemble de la population
Estimation population INSEE au 01.01.2005 (%)
Pyramides des âges en Limousin – 2006



Au sein de la région, la Creuse est le département où les proportions des 60 ans ou plus et des 75 ans ou plus sont les plus élevées (dans un rapport de 1,5 et 1,8 par rapport aux chiffres nationaux), mais même en Haute-Vienne, le plus « jeune » des 3 départements, ces proportions sont nettement plus élevées qu'au niveau métropolitain.

De plus, les comparaisons internationales montrent que le Limousin occupe la 2e place sur 254 régions européennes quant à la proportion d'habitants de 65 ans et plus.

Proportion de personnes âgées de 60 ans et plus et 75 ans et plus

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	France métro	Europe
60 ans ou + (%)	29,7	32,7	26,3	28,5	21,4	21,0
75 ans ou + (%)	13,0	14,8	11,3	12,5	8,3	8,5
85 ans ou + (%)	3,2	3,7	2,9	3,1	2,0	

(ORSL d'après INSEE 2006)

En raison de leur espérance de vie plus longue, le nombre de femmes est d'un tiers supérieur au nombre d'hommes parmi les 60 ans ou plus et avec l'avancée en âge, la proportion devient de plus en plus importante. Ainsi, chez l'ensemble des 75 ans ou plus, on compte presque deux femmes pour 1 homme (63 %).

Répartition de la population de 60 ans ou plus du Limousin selon le sexe et la tranche d'âge.
Effectifs (et part relative)

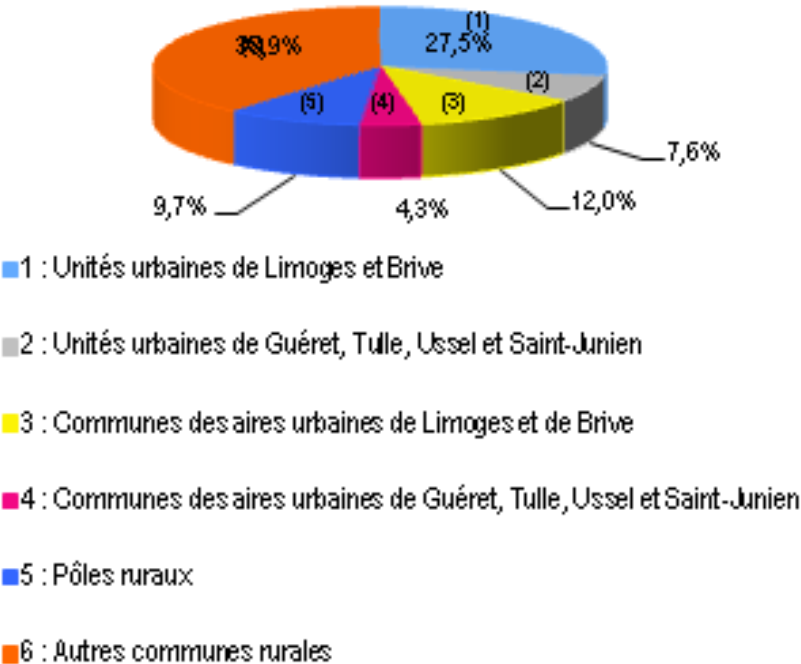
	60 ans ou +	60-74 ans	75-84 ans	85 ans ou +
Hommes	88 947 (42,7 %)	54 845	27 169	6 932
Femmes	119 360 (57,3 %)	62 369	40 696	16 295
Sexe-ratio F/H	1,33	1,14	1,49	2,33

(ORSL d'après l'INSEE 2006)

• **Une population âgée résidant essentiellement en milieu rural**

En Limousin, en 2006, **48,6 %** des 75 ans ou plus vivent dans un espace à dominante rurale, ce qui est également le cas de 46,5 % des 60 ans ou plus mais de seulement 38,1 % de la population générale.

Lieu de résidence des 75 ans et plus Limousin - % -



La proportion des 60 ans ou plus et, davantage encore, celle des 75 ans ou plus, diffère selon l'urbanisation mais de manière moins nette que dans d'autres régions. C'est dans les aires urbaines de Limoges et de Brive (en particulier dans les communes périurbaines) que ces proportions sont les plus faibles (24 % pour les 60 ans ou plus et 10 % pour les 75 ans ou plus). Elles apparaissent un peu plus élevées dans les 4 autres aires urbaines de la région (Tulle, Guéret, St Junien, Ussel): respectivement 27 % et 12 % tandis qu'elles sont beaucoup plus élevées dans les communes à dominante rurale: respectivement 35 % et 16 %.

Effectif et part des 60 ans ou plus et des 75 ans ou plus dans la population selon l'urbanisation

	Pôles urbains de Limoges et Brive	Autres pôles urbains	Communes péri-urbaines de Limoges et Brive (hors pôles)	Communes péri-urbaines des autres pôles urbains	Pôles ruraux	Communes rurales
60 ans ou + (N)	59 587	15 154	27 240	9 540	18 901	77 884
%	24,4%	27,8	23,2	26,0	32,5	35,4
75 ans ou + (N)	25 070	6 881	10 970	3 910	8 863	35 397
%	10,3%	12,6	9,3	10,7	15,3	16,1

(ORSL d'après INSEE 2006)

Parmi les 12 territoires de proximité définis par le SROS 2006-2011, aucun n'affiche en 2006 une proportion de 75 ans et plus qui soit plus basse que la moyenne nationale (8,3 %) et un seul (celui de Limoges) connaît une proportion inférieure à 10 % (9,8 %). A l'opposé, dans 5 territoires, cette proportion dépasse 15 %, soit près du double, voire plus du double, de la proportion nationale (Bort-les Orgues, Bourgneuf, Haut-Limousin, Saint Léonard et Saint Yrieix). Elle culmine à 17,2 % dans le territoire de Bourgneuf.

• **Les perspectives démographiques à l'horizon 2030**

Entre 1968 et 2030, la population totale du Limousin ne devrait pratiquement pas varier (+2 000 habitants selon les projections Omphale de l'INSEE, soit +0,3 %) correspondant à la succession d'une période de décroissance démographique (-25 500 habitants entre 1968 et 1999, soit -3,5 %) et d'une période de reprise modérée (+27 400 habitants entre 1999 et 2030 selon les projections de l'INSEE, soit +4 %).

Par contre, sa **structure a déjà et va continuer à nettement évoluer : les personnes de 60 ans ou plus qui ne représentaient que 26 % en 1968, dépassent 28 % en 2006 et constitueront 36 % de la population en 2030.**

On peut constater que le vieillissement de la population va fortement s'accélérer entre 2006 et 2030, et plus encore entre 2015 et 2030.

De plus, les écarts entre départements vont se creuser : si en 1968, la proportion de 60 ans ou plus en Creuse était de 23 % supérieure à celle relevée en Haute-Vienne, en 2030 elle sera de 31 % supérieure.

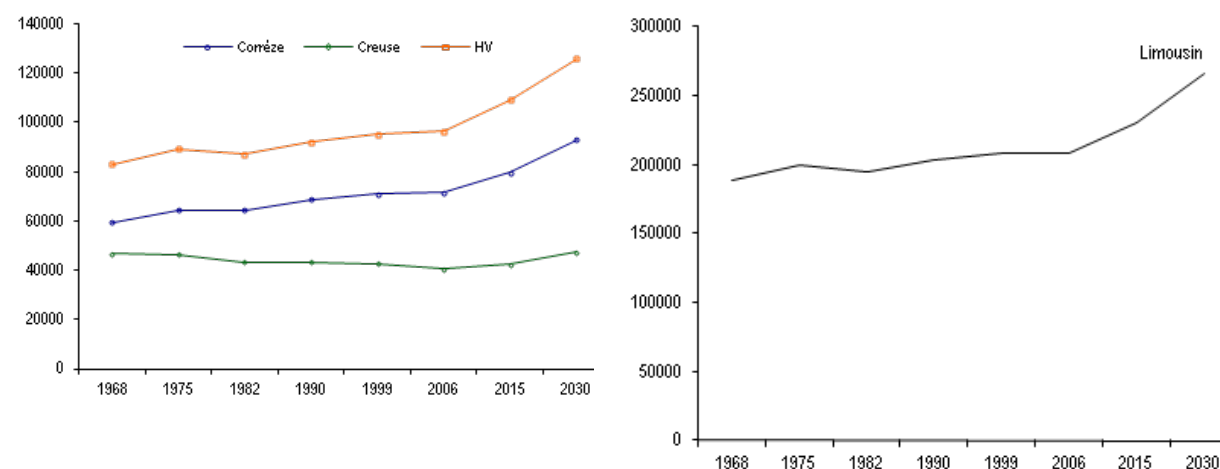
En Creuse, les 60 ans ou plus représenteront alors 42 % de la population.

Evolution de la proportion de personnes de 60 ans ou plus

	1968	1975	1982	1990	1999	2006	2015*	2030*
France	18,8 %	18,9 %	18,5 %	20,0 %	21,3 %	21,4 %	24,6 %	29,3 %
Limousin	25,7 %	27,1 %	26,5 %	28,2 %	29,4 %	28,5 %	31,5 %	36,0 %
Corrèze	25,0 %	26,8 %	26,7 %	28,9 %	30,5 %	29,7 %	33,4 %	39,5 %
Creuse	29,8 %	31,8 %	31,0 %	32,9 %	34,3 %	32,7 %	35,6 %	42,2 %
Haute-Vienne	24,3%	25,3%	24,5%	26,0%	26,9%	26,3%	28,9%	32,1%

* INSEE, projections OMPHALE, scénario central (ORSL d'après INSEE 2006)

Evolution du nombre de personnes de 60 ans ou plus entre 1968 et 2030



(ORSL d'après INSEE 2006)

L'évolution est encore plus marquée si l'on considère les **75 ans** et plus puisqu'en Limousin leur proportion va plus que **doubler entre 1968 et 2030** et leur nombre passer de 55 500 en 1968 à 91 100 en 2006 et 116 000 en 2030. Entre 2006 et 2030, leur proportion dans la population progressera de **26 %** et leur nombre de 27 % (+14 000). Cependant, cette forte évolution 2006/2030 n'est relevée qu'en Haute-Vienne et Corrèze (effectifs en hausse respective de +34 % et +28 %). Dans ce même laps de temps, la proportion de 75 ans et plus en Creuse ne progressera que de **10 %**.

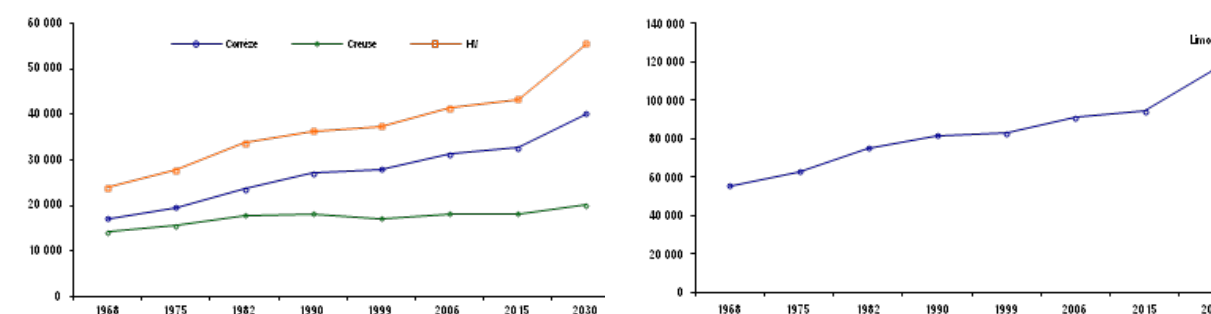
Evolution de la proportion de personnes de 75 ans et plus dans la population générale

	1968	1975	1982	1990	1999	2006	2015*	2030*
France	5,1 %	5,6 %	6,5 %	7,1 %	7,7 %	8,3 %	9,1 %	12,0 %
Limousin	7,5 %	8,5 %	10,2 %	11,3 %	11,6 %	12,5 %	12,8 %	15,7 %
Corrèze	7,2 %	8,2 %	9,8 %	11,4 %	12,1 %	13,0 %	13,7 %	17,1 %
Creuse	9,1 %	10,6 %	12,8 %	13,8 %	13,8 %	14,8 %	15,4 %	18,0 %
Haute-Vienne	7,0%	7,9%	9,5%	10,3%	10,6%	11,3%	11,5%	14,2%

* INSEE, projections OMPHALE, scénario central

(ORSL d'après INSEE 2006)

Evolution du nombre de personnes de 75 ans ou plus entre 1968 et 2030



(ORSL d'après INSEE 2006)

En fait, les évolutions au sein des différentes tranches d'âge se font différemment selon la période. Entre 1999 et 2006, c'est surtout le nombre de 75-84 ans qui a augmenté, au contraire, au cours de la décennie actuelle (2006-2015), c'est le nombre de 85 ans et plus qui progressera de manière spectaculaire (+40 %).

Au cours de ces 10 années, le nombre de 85 ans et plus devrait augmenter de plus de 9 000. On mesure l'impact de telles évolutions différentielles en termes de dispositifs et d'équipements.

Evolution du nombre de personnes de 60 ans et plus en Limousin
entre 1999 et 2030 selon la tranche d'âge

	1999	2006	2015*	2030*
Total 60 ans et +	209 041	208 305	230 983	265 829
dont 60-74 ans	125 363	117 214	136 624	149 796
dont 75-84 ans	55 314	67 865	61 735	83 493
dont 85 ans et +	28 359	23 227	32 624	32 540

* INSEE, projections OMPHALE, scénario central

(ORSL d'après INSEE 2006)

Evolution de la part des 75 ans ou plus
dans l'ensemble de la population entre 2005 et 2030 (%)

En 2030, le Limousin devrait rester la région la plus vieille de France avec une forte proportion de 75 ans ou plus mais serait presque rejoint par l'Auvergne, la Bourgogne et le Poitou-Charentes, voire, à un niveau moindre, par la Corse, le Centre et la Basse-Normandie. En effet, le Limousin apparaît comme **la région française où le taux de croissance de l'effectif des 75 ans ou plus sera le plus faible entre 2005 et 2030** (taux moyen annuel : 1,13 % contre 2,02 % au niveau métropolitain et 2,44 % en Alsace). Les projections Omphale indiquent par ailleurs que la proportion actuelle de 75 ans ou plus en Limousin sera la proportion moyenne métropolitaine en 2030.

En Haute-Vienne, à l'horizon 2030, la moitié des 60 ans et plus résideront dans le Pays de Limoges.



• Des taux de natalité et fécondité inférieurs au niveau national

Il y a eu 7 260 naissances en 2009. Le taux de natalité de 9,9 naissances pour 1 000 habitant est nettement inférieur à celui relevé en France métropolitaine (12,8).

Il est plus élevé en Haute-Vienne (10,9) mais inférieur en Corrèze (9,3) et surtout en Creuse (8,5).

On a pu observer une forte diminution de la natalité entre 1980 et 1994. Depuis, le mouvement s'est inversé et on peut constater une sensible augmentation (particulièrement nette en Haute-Vienne, discrète en Corrèze, absente en Creuse).

II.1.1.2. Le contexte socio économique : une précarité plus marquée qu'au plan national

Le revenu net imposable moyen par foyer fiscal état de 19 662 € en 2007. Ce chiffre est très inférieur à la moyenne nationale : 22 947 €.

La Creuse est repérée comme le département français avec le revenu net imposable par foyer fiscal le plus bas (17 000 €).

On recense 429 277 foyers fiscaux en Limousin, dont 212 386 foyers non imposés, soit 49,5 %. Là encore la proportion est plus élevée que celle observée au niveau national (44,5 %). En Creuse, ce chiffre atteint 57 %.

II.1.1.3. Quelques indicateurs de santé

• Espérance de vie

En Limousin en 2007, l'espérance de vie à la naissance était de 77,2 ans chez les hommes (77,5 ans au niveau national, 13e rang des 22 régions métropolitaines) et de 84,5 ans chez les femmes (84,3 au niveau national, 10e rang/22).

Des disparités au niveau départemental peuvent être mentionnées. Chez les hommes, l'espérance de vie est plus élevée en Haute-Vienne (78,0 ans, 30e rang des 96 départements métropolitains), un peu plus faible en Corrèze (77,0 ans, 60e rang) et surtout en Creuse (75,3 ans, 91e rang).

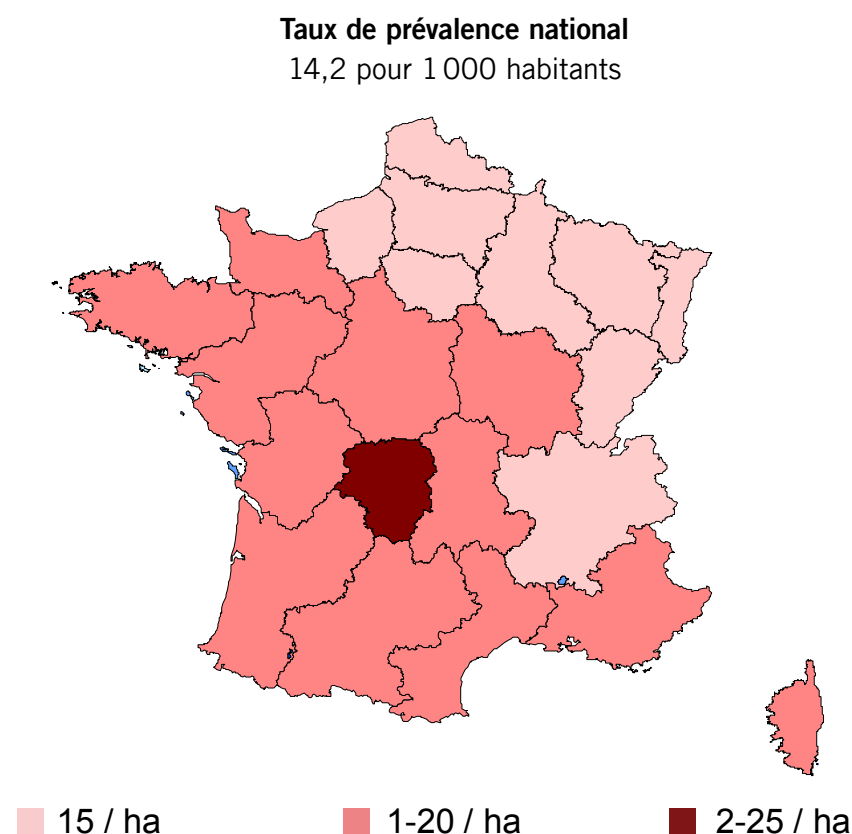
Chez les femmes, la situation est assez favorable en Haute-Vienne (85,0 ans, 15e rang) ou en Corrèze (84,6 ans, 38e rang) mais la Creuse reste mal classée (83,2 ans, 84e rang).

	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Corrèze	77,0	84,6	21,7	27,0
Creuse	75,3	83,2	20,7	25,7
Haute-Vienne	78,0	85,0	22,2	27,3
Limousin	77,2	84,5	21,7	26,8
France métropolitaine	77,5	84,3	21,9	26,7

• La maladie d'Alzheimer

Selon une modélisation réalisée par l'ORS à partir d'études de référence, près de 16 400 personnes âgées de 65 ans ou plus sont atteintes de démence en Limousin en 2006, dont 11 000 à 13 000 maladies d'Alzheimer. La prévalence est de 2,2 % sur l'ensemble de la population et de 9,7 % parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus. Elle est plus élevée en Limousin, compte-tenu de la structure d'âge de la population limousine (21,1 cas pour 1 000 habitants pour une prévalence nationale de 14,2 pour 1 000 habitants).

Taux de prévalence des démences chez les 65 ans ou plus en 2004 par rapport à la population totale (%)



II.2. ETAT DES ÉQUIPEMENTS DÉPARTEMENTAUX

II.2.1. LA SITUATION REGIONALE DES ÉQUIPEMENTS EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES HANDICAPÉES (ENFANTS ET ADULTES)

La région Limousin se caractérise par un bon niveau d'équipements médico-sociaux en ce qui concerne à la fois les enfants et les adultes atteints de handicap. Néanmoins, cette approche globale doit être affinée, la situation des départements étant en effet assez contrastée entre d'une part la Creuse et la Corrèze qui bénéficient de taux d'équipements assez favorables et d'autre part la Haute-Vienne qui accuse un retard sensible.

S'agissant plus particulièrement des enfants, il est à relever le nombre de places proportionnellement plus significatif pour les enfants déficients intellectuels en Creuse et à un moindre niveau en Corrèze.

En ce qui concerne les adultes, le nombre de Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) est important surtout en Corrèze.

D'une manière générale le Limousin est une région d'accueil. Elle a, durant des années, pris en charge des enfants et des adultes provenant de la région parisienne, comblant un déficit de places dans cette région.

De même, en raison de sa position géographique et de l'implantation ou encore de l'agrément de certaines structures, ses établissements médico-sociaux accueillent des enfants et adultes des régions limitrophes notamment de la Charente Limousine, du Bas Berry, du Nord du Lot et de la Dordogne ou encore des Combrailles.

Les taux d'équipement ne doivent pas masquer des lacunes dans le dispositif. En effet, les réponses sont insuffisantes par exemple, dans la prise en charge des handicaps sensoriels dans certains départements.

Pour les adultes, d'une manière générale, l'insuffisance des places en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) apparaît patent au regard des orientations des MDPH.

La question des personnes handicapées vieillissantes se pose avec une certaine acuité au regard de la population accueillie en ESAT, foyers occupationnels ainsi qu'en MAS.

Par ailleurs, les travaux conduits dans le cadre du présent schéma ont clairement illustré la nécessité de renforcer les actions de prévention et de dépistage précoce notamment chez les jeunes enfants.

De plus, la prise en charge sanitaire des personnes handicapées appelle des évolutions en termes d'accessibilité et de suivi. C'est le cas pour les soins somatiques avec de réelles difficultés. L'accompagnement psychiatrique doit être mieux structuré et homogénéisé au plan régional.

La localisation des établissements et services près du domicile des personnes atteintes de handicap et de leur famille est souhaitable et particulièrement nécessaire pour les enfants. Toutefois, le maintien en milieu rural, moins « citadin » peut aussi être pertinent pour des raisons notamment de stabilité du personnel favorable à l'épanouissement des personnes handicapées, d'activités de pleine nature ou agricoles pour les ESAT, de relations sociales facilitées avec la population dans des communes de petite taille.

L'enjeu du schéma en ce qui concerne les personnes atteintes de handicap réside donc dans l'organisation et la structuration locale de l'offre.

II.2.1.1. La situation régionale au regard des équipements en ce qui concerne les enfants handicapés

(Source STATISS)

Au total, fin 2009, le Limousin dispose de **1 732** places pour accompagner les enfants atteints de handicap, soit une évolution de **4 %** depuis 2005. Toutefois, en Haute-Vienne, et selon les données 2010 de la MDPH : 120 jeunes sont accueillis dans des structures hors département (dont 70 dans les structures creusoises et 26 en Corrèze). Cette situation ne répond pas à la demande d'accueil de proximité.

Par type de déficience, pour la Haute-Vienne, l'orientation hors département est présentée ci-après. Les jeunes atteints de déficience intellectuelle se trouvent largement concernés par ce type d'orientation.

- Déficience intellectuelle : 82
- Autisme, TED (Troubles Envahissants du Développement) : 17
- Déficiences psychiques, troubles du comportement : 10
- Polyhandicap : 4
- Déficiences sensorielles : 4
- Déficience motrice : 3

Pour ce qui concerne l'évolution des capacités des structures entre les années 2005 et 2010, il est constaté que dans les SESSAD du Limousin, celle-ci atteint **+41 %** en 5 ans (voir tableau ci-après « évolution des capacités installées »). Si l'on affine ces données par département, la progression du nombre de places installées entre le 31/12/2007 et le 31/12/2009 (source CNSA) est la suivante :

Corrèze :	+ 16 %
Creuse :	+ 23 %
Haute-Vienne :	+ 5 %
Limousin :	+ 13 %

Les capacités installées en IME et ITEP fluctuent peu (voir tableau ci-après). Les établissements pour déficients moteur enregistrent une baisse de capacité de 3 %. Cette baisse est très marquée pour la déficience sensorielle, soit - 40 % ainsi que pour le polyhandicap, soit -25 %.

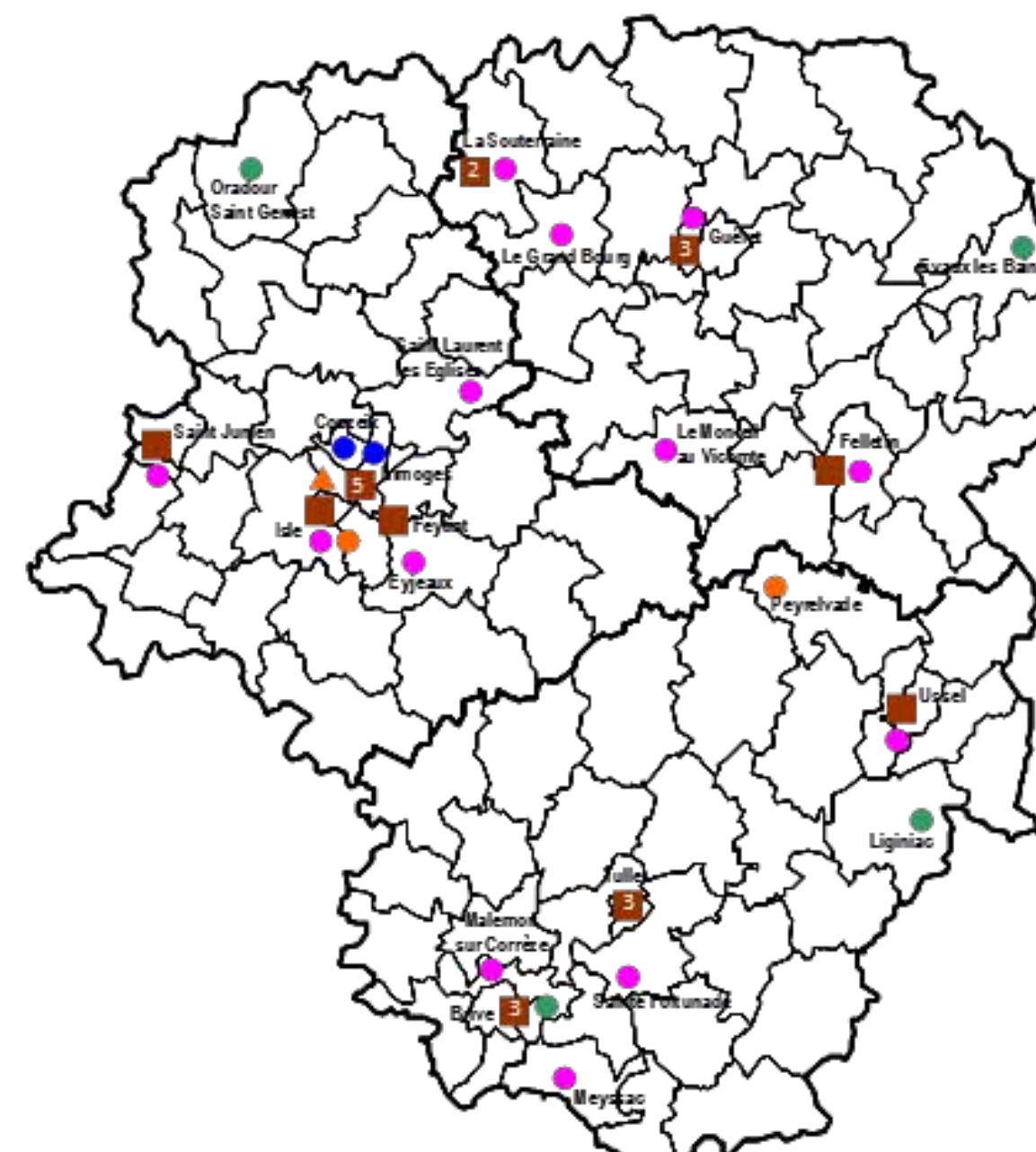
Le taux d'équipement du Limousin pour l'ensemble des établissements et services est supérieur à la moyenne nationale notamment pour les départements de la Creuse et de la Corrèze. La Haute-Vienne a un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

En ce qui concerne les places d'internat dans les IME, celles-ci représentent plus de 60 % parmi les places installées (source CNSA) ce qui place le Limousin au-delà de la moyenne nationale (40 %). Des disparités infrarégionales sont réelles avec plus de 80 % en Creuse, 78 % en Corrèze et 42 % en Haute Vienne. Ce dernier taux relativement proche du niveau France entière vient atténuer le niveau régional (données CNSA).

Les coûts à la place de la région par type de structure sont supérieurs à la moyenne nationale dans les IME, structures pour l'autisme et IEM (Institut d'Education Motrice). Ces coûts sont inférieurs dans les SESSAD, ITEP et structures pour personnes polyhandicapées. Les disparités infra régionales sont importantes notamment dans les IME, structures pour polyhandicapés et ITEP. Ces écarts doivent être relativisés au regard du mode d'accueil (internat, semi-internat) qui induit des charges différentes.

Accueil des enfants et des jeunes handicapés en Limousin – 2009 -

(Source ORS – Atlas de la Santé en Limousin 2010)



- Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
- Institut médico-éducatif
- Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- Etablissement pour polyhandicapés
- Etablissement pour déficients moteurs
- ▲ Institut pour déficients auditifs

Nombre d'établissements et de places installées au 01/01/2010

catégorie d'établissements	Limousin	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne
IME nombre places	13 811	4 256	5 257	4 298
Etablissements enfants et adolescents polyhandicapés nombre places	2 101	1 62	0	1 39
ITEP nombre places	3 166	1 63	1 36	1 67
Etablissements pour déficients moteurs nombre places	2 176	0	0	2 176
Etablissements pour déficients sensoriels nombre places	1 9	0	0	1 9
SESSAD nombre places	22 481	7 174	6 98	9 209

Evolution des capacités installées des établissements et services entre 2005 et 2010

(Année 2009 non prise en compte dans STATISS)

	01/01/2005	01/01/2006	01/01/2007	01/01/2008	01/01/2010	Evolution
Instituts médico-éducatifs	Non recensés	806	797	806	811	0.6 %
Etablissements pour polyhandicapés	Non recensés	135	135	101	101	-25 %
ITEP	Non recensés	155	150	150	154	-0.6 %
Etablissements pour déficients moteurs	Non recensés	181	181	167	176	-3 %
Etablissements pour déficients sensoriels	Non recensés	15	15	15	9	-40 %
SESSAD	342	380	410	431	481	41 %
Total région LIMOUSIN		1 672	1 688	1 670	1 732	4 %

Taux d'équipement des établissements et services au 01/01/2010

Lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Etablissements	France	Limousin	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne
Taux d'équipement global	9.1	11.48	11.45	16.16	10.05

Coûts à la place : coûts moyens observés aux comptes administratifs 2008

Région	SESSAD (hors structures identifiées SSEFIS ou SAAAIS)	IME	IME autisme	IEM	Polyhandi-cap	ITEP
Limousin	14 970 €	37 702 €	46 075 €	55 646 €	59 548 €	41 196 €
19 - Corrèze	12 351 €	45 438 €	ND	ND	65 704 €	36 409 €
23 - Creuse	17 322 €	39 104 €	46 075 €	ND	ND	52 137 €
87 - Haute Vienne	17 086 €	29 949 €	ND	55 646 €	49 761 €	40 387 €
France entière	15 869 €	33 462 €	45 320 €	50 977 €	62 336 €	41 715 €

(Source CNSA : Rebeca)

La dépense par habitant : une situation contrastée

Euro par habitant 2009 : source CNSA – CNAMTS

	Personnes Handicapées	
	enfants	adultes
19 Corrèze	511	168
23 Creuse	628	174
87 Haute-Vienne	402	87
Limousin	473	127
France Entière	358	67

II.2.1.2. La situation régionale au regard des équipements en ce qui concerne les adultes handicapés

(Source STATISS)

En 2009, le Limousin dispose d'un total de **6 317** places en établissements et services pour adultes handicapés, soit une évolution de 7 % depuis 2005.

Entre 2005 et 2010, la diminution des places de foyer d'hébergement (-11 %) s'explique par la reconversion partielle en places de FAM (évolution très importante: +181 %). Les places de MAS ont augmenté de 25 % tandis que les places en ESAT, SAVS/SAMSAH et foyers de vie ont progressé d'environ 9 % sur cette période.

L'offre en places de MAS est inégalement répartie dans la région. Les taux d'équipement au 1/1/2010 sont respectivement de 0.68 pour la Haute-Vienne, 3.12 pour la Creuse, 3.55 pour la Corrèze pour un taux régional de 1.99. Il faut signaler que la Corrèze accueille 38 % de personnes handicapées originaires d'un département non limitrophe (source DREES 2005).

Les ESAT ont des taux d'équipements supérieurs au niveau national mais la Haute-Vienne est en retrait par rapport à la Creuse et à la Corrèze.

Les services d'accompagnement sont globalement dédiés à l'accompagnement de la déficience intellectuelle mais certaines places de SAVS concernent la déficience motrice: 70 places en Corrèze, 60 en Haute-Vienne. Ces services peuvent être liés ou pas à un ESAT: 175 places ne sont pas rattachées à un ESAT en Haute-Vienne, 13 en Creuse. En Corrèze, 448 places de SAVS accueillent indifféremment les déficients intellectuels d'ESAT ou du milieu ordinaire de vie.

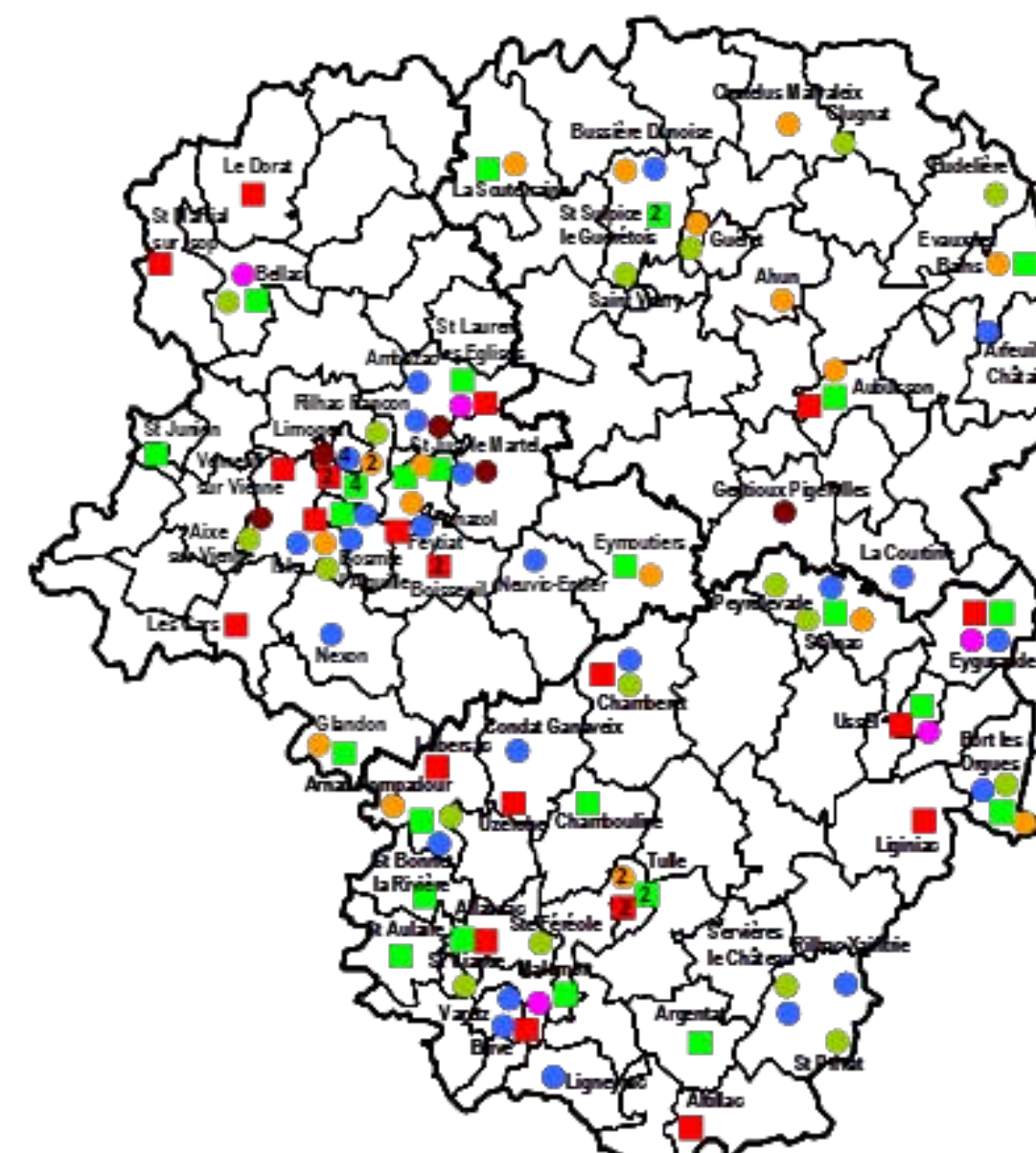
Les places de SAMSAH concernent le handicap psychique (160 places autorisées en Corrèze, 39 en Haute-Vienne, 0 en Creuse).

Les coûts moyens à la place régionaux des MAS et des FAM sont inférieurs au coût national. Les CRP et SAMSAH ont un coût moyen très inférieur au coût national.

La dépense par habitant met en évidence la situation de la Haute-Vienne qui dispose d'un taux d'équipement faible en établissements partiellement compensé par les services.

Accueil des adultes handicapés en Limousin – 2009 -

(Source ORS – Atlas de la Santé en Limousin 2010)



- Etablissement et service d'aide par le travail
- Entreprise adaptée
- Foyer d'hébergement
- Foyer de vie
- Foyer polyvalent
- Foyer d'accueil médicalisé
- Maison d'accueil spécialisée

Nombre d'établissements et de places installées au 01/01/2010

Catégorie d'établissement	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	France métropolitaine
MAS					
Nb étab	9	4	4	17	512
Nb lits	433	184	132	749	21 141
FAM					
Nb étab	2	1	4	7	606
Nb lits	32	48	55	135	16 960
Foyer de vie					
Nb étab	12	3	11	26	1 409
Nb lits	469	102	355	926	44 328
Nb places AJ	32	0	105	137	10 796
Foyer d'hébergement					
Nb étab	5	7	4	16	1 159
Nb lits	305	190	227	722	39 821
ESAT					
Nb étab	9	5	11	25	1 312
Nb lits	692	354	826	1 872	111 100
SAVS/SAMSAH					
Nb places	620	151	355	1 126	32 122

Evolution des capacités installées des établissements et services entre 2005 et 2010
(Année 2009 non prise en compte dans STATISS)

	01/01/2005	01/01/2006	01/01/2007	01/01/2008	01/01/2010	Evolution 2007/2010
Foyers d'hébergement	811	792	772	754	722	-11%
MAS	598	602	630	665	749	25%
Foyers de vie (lits et places)	972	1 026	992	954	1 063	9%
FAM	48	60	82	88	135	181%
ESAT	1 741	1 777	1 799	1 803	1 872	8%
SAVS/SAMSAH	Non recensés	Non recensés	1 035	1 055	1 126	9%
Total région LIMOUSIN			5 774	5 791	6 171	7 %

Taux d'équipement des établissements et services au 01/01/2010

Lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Equipement	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin	France métropolitaine
MAS	3,55	3,12	0,68	1,99	0,64
FAM	0,26	0,81	0,28	0,36	0,51
Foyer de vie	3,85	1,73	1,82	2,47	1,34
ESAT	5,68	6,01	4,24	4,98	3,35
Foyer hébergement	2,54	3,60	1,18	2,01	1,19
SAVS/SAMSAH	4,88	2,27	1,83	2,89	0,70

Coûts à la place : coûts moyens observés aux comptes administratifs 2008

Région	MAS	FAM	CRP	SSIAD PH	SAMSAH
Limousin	56 044 €	15 541 €	15 541 €	11 406 €	2 891 €
19 - Corrèze	52 549 €	ND	ND	ND	2 891 €
23 - Creuse	60 246 €	ND	ND	12 774 €	ND
87 - Haute Vienne	61 654 €	15 541 €	15 541 €	10 516 €	ND
France entière	65 484 €	19 857 €	25 542 €	10 875 €	7 826 €

(Source : Rebeca – CNSA)

La dépense par habitant : une situation contrastée

(Euro par habitant 2009 : source CNSA – CNAMTS)

	Personnes Handicapées	
	enfants	adultes
19 Corrèze	511	168
23 Creuse	628	174
87 Haute-Vienne	402	87
Limousin	473	127
France Entière	358	67

II.2.2. LA SITUATION REGIONALE DES ÉQUIPEMENTS EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES ÂGÉES

Le taux d'équipement de la région en lits d'hébergement pour 1 000 habitants est globalement en dessous de la moyenne nationale. Il a beaucoup progressé au cours de la dernière décennie.

Le rythme de création a été plus soutenu que la moyenne nationale.

Le taux d'équipement en hébergement permanent (logements foyers et maisons de retraite) est inférieur au taux national mais le taux d'équipement en hébergement médicalisé (EHPAD: Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et USLD (Unité de Soins de Longue Durée) est nettement supérieur au taux métropolitain.

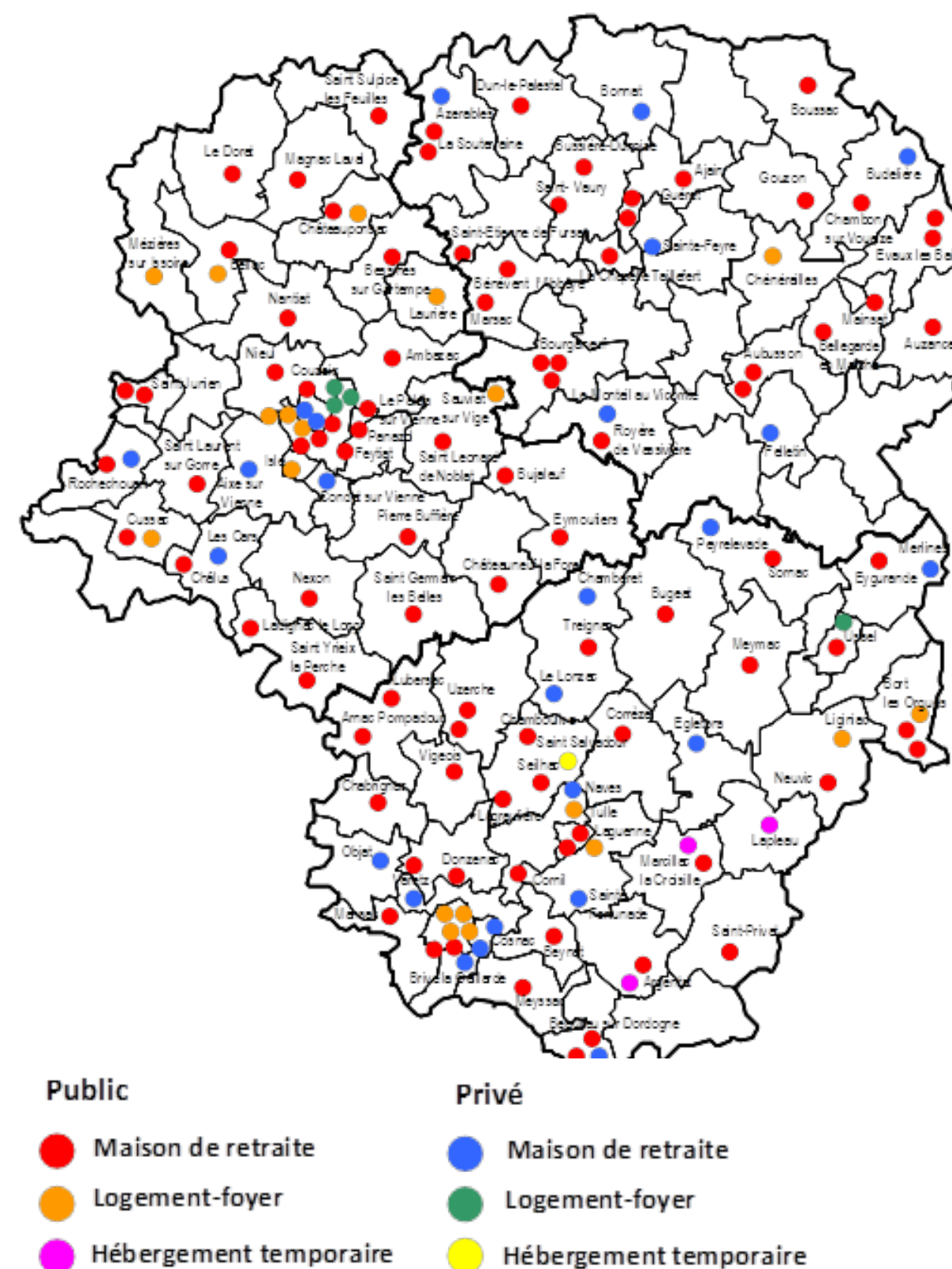
Il faut relever le nombre réduit de places en hébergement temporaire (moins de 200, soit moins de 2 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus).

Le taux d'équipement en places de SSIAD est supérieur au taux national.

La dépense par habitant présente d'importants écarts infra régionaux. Elle est globalement supérieure à la moyenne nationale.

L'hébergement des personnes âgées en Limousin - 2009 –

(Source ORS – Atlas de la Santé en Limousin 2010)



Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) zone de couverture- 2009 –



Nombre d'établissements et de places installées au 01/01/2010

Etablissements	France métropolitaine	Limousin	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne
EHPAD					
Nombre	6 654	118	49	31	38
Places	500 148	9 017	3 383	2 273	3 361
foyer logement					
Nombre		23	9	1	13
Places		1 012	412	64	536
Lits hébergement temporaire	8 944	203	104	13	86
Places accueil de jour	9 043	195	75	19	101
SSIAD					
Nombre	2 064	56	24	12	20
Places	103 230	2 241	794	527	920

Taux d'équipement des établissements et services au 01/01/2010

Lits ou places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Etablissements	France métropolitaine	Limousin	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne
structures d'hébergement complet (maisons de retraite, Foyers logement et HT)	121.7	109.2	122.5	127.7	91.6
SSIAD	19.2	23.9	25.08	28.6	21.2
lits médicalisés EHPAD + USLD	101.3	107.5	112.4	132.7	93.3

La dépense par habitant: une situation contrastée

Euro par habitant 2009

	Personnes Agées			
	médico social	USLD	Actes Infirmiers de Soins	total PA
19 Corrèze	1 399	250	211	1 859
23 Creuse	2 009	292	68	2 369
87 Haute-Vienne	1 170	466	196	1 831
Limousin	1 412	358	176	1 946
France Entière	1 343	220	266	1 829

(source CNSA – CNAMTS)

II.3. LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX

Dans le cadre de l'élaboration du présent schéma, une étude et des rencontres ont été conduites par le CREAHL à la demande de l'ARS sur les schémas départementaux et les priorités des Conseils Généraux. Les services de l'Etat ont été associés à l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale.

Il en ressort les points suivants :

Le croisement des informations disponibles dans les différents schémas départementaux n'est pas toujours possible compte tenu, d'une part, des spécificités départementales et, d'autre part, des données plus ou moins récentes présentes dans les schémas.

Pour le département de la Corrèze, il convient de relever qu'un schéma départemental de l'autonomie 2012-2016 est en cours d'élaboration. Les services de l'ARS sont associés à sa mise en œuvre. Le schéma concernera conjointement les personnes handicapées enfants et adultes ainsi que les personnes âgées. Les axes stratégiques seront le développement et la diversification de l'offre, tout en privilégiant les coopérations, mutualisations.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
23							Schéma personnes en perte d'autonomie					
							Schéma Enfance – Famille - Jeunesse					
19		Schéma personnes adultes handicapées										
		Schéma de gérontologie										
87						Schéma personnes adultes handicapées						
				Plan gérontologique								

II.3.1. LES VALEURS ET PRINCIPES D'ACTION DES SCHÉMAS

Les valeurs et principes d'actions qui sous tendent la réflexion des schémas départementaux s'appuient sur les textes législatifs et la volonté affirmée de mieux prendre en compte les parcours et projets de vie.

Objectifs extraits de schémas :

• **Objectif du schéma des personnes en perte d'autonomie de la Creuse :** « Parvenir à une réelle prise en compte globale du public en perte d'autonomie, à la fois dans ses aspirations personnelles, ses besoins en services, structures, suivi et professionnalisation des intervenants, mais aussi en accompagnant la problématique des aidants familiaux »

• **Objectif du schéma personnes adultes handicapées de la Corrèze :** « Permettre à chaque personne handicapée, quelque soit son handicap et son lieu de vie, de bénéficier des services dont elle a besoin. »

• **Objectifs du schéma personnes adultes handicapées de la Haute-Vienne :** favoriser, chaque fois que possible, l'insertion en milieu ordinaire dans toutes les composantes de la vie sociale ; au-delà, d'améliorer l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap de manière régulière et continue, de mieux prendre en compte les handicaps spécifiques et le vieillissement des personnes, de favoriser le travail en réseau.

II.3.2. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DES DERNIERS SCHÉMAS PARUS

Creuse	Corrèze	Haute-Vienne
Schéma personnes en perte d'autonomie 2010-2015 1. Favoriser la convergence des politiques de prise en charge des personnes âgées/ personnes handicapées à domicile 2. Accompagner les situations de handicap tout au long de la vie 3. Adapter les établissements et les pratiques institutionnelles aux conséquences du vieillissement 4. Créer les conditions d'une architecture départementale coordonnée des services, institutions et autres partenaires	Schéma personnes adultes handicapées 2005-2009 1. Poursuivre et optimiser la logique du maintien à domicile 2. Favoriser l'accès dans la cité et l'accès aux services 3. Accompagner le vieillissement 4. Les travailleurs handicapés 5. Le handicap psychique 6. Le handicap moteur et sensoriel 7. Prendre en compte les pathologies mentales 8. Piloter et évaluer le dispositif	Schéma personnes adultes handicapées 2009-20013 1. Mieux évaluer les besoins des personnes en situation de handicap de manière régulière et continue 2. Développer, diversifier et adapter l'offre d'accompagnement aux parcours de vie de la personne handicapée, prendre en compte les handicaps spécifiques, assurer le suivi des objectifs et aider à la programmation 3. Renforcer la coopération et l'information sur les territoires 4. Promouvoir l'intégration professionnelle de la personne en situation de handicap 5. Procéder à des préconisations pour favoriser la mobilité sur les territoires
Schéma Enfance – Famille – Jeunesse 2010-2015 1. Développer des actions de portée générale pour une enfance et une vie de famille épanouies 2. Développer les actions spécifiques pour mieux aider les enfants, adolescents et les familles dans leur devenir 3. Piloter une architecture départementale pour une réponse coordonnée partenariale	Schéma de gérontologie 2004-2008 1. Développer de nouveaux modes de prise en charge adaptés aux besoins de la personne âgée et renforcer les dispositifs actuels 2. Favoriser l'émergence de bassin de vie permettant la mise en place de filières gériatriques 3. Professionnaliser les acteurs et améliorer constamment la qualité des dispositifs existants 4. Promouvoir la citoyenneté des personnes âgées et la solidarité envers les seniors	Schéma de gérontologie 2007-2011 1. Structuration et développement du maintien à domicile 2. Renforcement et diversification des établissements d'hébergement 3. Coordinations et réseaux gérontologiques

II.3.3. LES PRÉOCCUPATIONS COMMUNES ARS - CONSEILS GÉNÉRAUX

Une mise en perspective des schémas départementaux a permis d'offrir une vision régionale des politiques mises en œuvre dans chaque département, de visualiser les centres d'intérêt à plusieurs départements ou à contrario, des spécificités propres à chacun.

Ce travail mis en lien avec les orientations prioritaires du PSRS et les thématiques des groupes de travail du SROMS a permis d'identifier des préoccupations communes ARS-Conseils Généraux.

L'organisation des préoccupations communes prend en compte une approche multidimensionnelle :

- Une approche par parcours de vie et de soins des personnes handicapées et des personnes âgées
- Une approche par problématiques spécifiques (ex : troubles du spectre autistique, maladie d'Alzheimer...)
- Une approche transversale sur le droit des usagers et les modalités de coopération.

Des réunions de concertation autour des préoccupations communes ont été mises en place et ont permis de partager les principaux constats, les enjeux forts et les axes de changements prioritaires.

II.3.3.1. Les préoccupations relatives aux personnes handicapées

Axe 1 : Améliorer la connaissance des besoins et des attentes des personnes handicapées

Objectifs :

- Affiner l'évaluation des besoins individuels (mieux accompagner l'émergence du projet de vie)
- Mettre en place une observation et une analyse des besoins collectifs dans chaque département (de manière harmonisée) à partir des besoins individuels
- Mettre en place un outil de gestion des listes d'attente en coordination avec les ESMS et de suivi des orientations
- Mesurer les écarts entre projets de vie et mise en œuvre effective
- Faire vivre/renforcer les instances prévues par les textes et qui participent de cette observation (CDCPH, MDPH, groupes techniques départementaux sur la scolarisation...).

Axe 2 : Garantir la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement des 0-6 ans à risque ou en situation de handicap

Objectifs :

- Assurer une territorialisation optimale de l'offre contribuant au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement précoce des enfants handicapés, de manière concertée avec les Conseils Généraux sur les compétences conjointes
- Systématiser le dépistage précoce des troubles auditifs
- Mieux coordonner les dispositifs et les interventions
- Assurer la complémentarité de l'offre CAMSP, CMPP, SESSAD, établissements médico-sociaux, établissements sanitaires, réseau périnatalité, médecins et paramédicaux libéraux
- Réduire les délais de latence entre le « transfert » de l'utilisateur du CAMSP vers un SESSAD : anticiper les orientations et organiser les périodes de transition
- Articuler le réseau périnatalité avec la PMI
- Coordonner les prises en charge sociales et médico-sociales.

Levier : Organiser l'observation des besoins, la coordination des acteurs et la planification à partir des MDPH.

Axe 3 : Rechercher une meilleure articulation entre l'école ordinaire et le secteur de l'éducation spéciale :

Objectifs :

- Développer les outils de coopération
- Et notamment formaliser et mettre en œuvre les unités d'enseignement
- Mettre en place de manière concertée (Inspection Académique/ARS) les groupes techniques départementaux prévus par décret
- Former et soutenir les enseignants et les AVS
- Développer une mission d'appui et de ressources de proximité des IME auprès des écoles.

Axe 4 : Assurer une territorialisation optimale de l'offre médico-sociale permettant une inclusion scolaire accompagnée ou une scolarisation « différenciée »

Objectifs :

- Clarifier le rôle, le positionnement des AVS et améliorer leur statut
- Prendre en compte le besoin de places en SESSAD sur l'ensemble du territoire de santé et notamment concernant les élèves atteints de troubles intellectuels et cognitifs
- Mieux prendre en compte la spécificité de certains handicaps (ex : l'accompagnement des « DYS ») et le cas échéant, réduire les inégalités territoriales (l'accompagnement des troubles du spectre autistique en Creuse)
- Mailler le territoire en modes d'accueil diversifiés (places d'accueil de jour en 23 et places d'internat sur la déficience intellectuelle lourde dont le polyhandicap en 87)
- Adapter les établissements spécialisés : permettre des fonctionnements plus souples et faciliter les coopérations.

Levier : les CPOM.

Axe 5 : Développer l'accompagnement hors temps scolaire pour des élèves qui compte tenu de leur handicap, ne peuvent bénéficier de la cantine ou de la garderie.

Axe 6 : Améliorer l'accompagnement des parcours de formation et l'insertion professionnelle des 16-25 ans.

Objectif :

- Travailler les passerelles (SESSAD Pro – services de suite - temps partiel ESAT...)

Axe 7 : Favoriser l'adaptation du secteur du travail protégé aux besoins des travailleurs handicapés

Objectifs :

- Diversifier la palette des réponses offertes par les ESAT
- Diversifier les activités des ESAT
- Mettre en place une coordination régionalisée
- Adapter les rythmes de travail aux personnes pour répondre à des problématiques spécifiques (handicap psychique, vieillissement des travailleurs handicapés, pathologies évolutives, insertion professionnelle progressive de jeunes adultes...)
- Permettre le financement du temps partiel en ESAT et prendre en compte l'impact sur le financement de l'accueil séquentiel en établissement et de l'accompagnement à la vie sociale sous compétence des Conseils Généraux
- Réduire les inégalités territoriales de répartition de l'offre y compris en matière de services d'accompagnement (SAVS - SAMSAH).

Axe 8 : Valoriser les compétences des travailleurs handicapés - accompagner la formation et la qualification

Axe 9 : Décloisonner les politiques de l'emploi et favoriser l'accès au droit commun dans le respect des spécificités

Objectifs :

- Coordonner les actions et les acteurs dans le cadre du PRITH
- Mobiliser les entreprises et services publics autour de l'emploi des personnes en situation de handicap sensoriel :
- Information-sensibilisation des entreprises
- Faciliter un accès rapide aux aides techniques et humaines pour compenser le handicap en situation d'accès à l'emploi
- Formation et adaptation professionnelles.

Axe 10 : Améliorer et élargir le dispositif de réponses aux personnes handicapées vieillissantes

Objectifs :

- Partager les connaissances entre professionnels (en lien avec les MDPH) et améliorer le repérage et la différenciation des besoins des personnes handicapées vieillissantes
- Proposer un panel de solutions à partir des structures existantes
- Adaptation des projets individuels et d'établissements, et du personnel (formation)
- Développer les modes d'accueil alternatifs (exemple de l'accueil familial avec une structure médico-sociale de rattachement)
- Éviter les ruptures d'accompagnement : préparer les passages ; construire des solutions partenariales.

Axe 11 : Améliorer le dispositif de réponses en matière de handicap psychique

Objectifs :

- Développer l'information grand public
- Développer la formation des personnels à domicile et en établissement
- Partage d'expériences entre professionnels et amélioration des connaissances de l'ensemble des acteurs
- Coordonner l'accompagnement médico-social et le soin – Favoriser la complémentarité de la psychiatrie/pédopsychiatrie, des réseaux spécialisés et des structures médico-sociales
- Compléter le maillage territorial en services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) et en GEM.

Axe 12 : Améliorer le dispositif de réponses en matière de troubles du spectre autistique**Objectifs :**

- Améliorer la connaissance de l'autisme en région (observation quantitative et qualitative)
- Développer la filière d'accompagnement et de prise en charge de l'autisme (domicile-établissement) :
- Créer des places ou adapter les capacités existantes (avec un cahier des charges spécifiques) et mailler le territoire (ex : besoin de places SESSAD autisme en Creuse)
- Assurer une cohérence entre les dispositifs enfants/adolescents et adultes
- Assurer une complémentarité des acteurs en s'appuyant sur le Centre Ressource Autisme et les réseaux spécialisés (RAPCEAL...)
- Information – appui technique – formation.
- Assurer une prise en charge précoce grâce au diagnostic chez le très jeune enfant.

Axe 13 : Développer l'information et la communication sur les déficiences sensorielles**Objectifs :**

- Informer les professionnels de santé et professionnels de 1^{re} ligne pour améliorer le dépistage précoce
- Informer les personnes et de leur famille sur les aides et ressources techniques et humaines existantes
- Informer les professionnels des services d'accompagnement du secteur médico-social, sur les ressources disponibles et les compétences mobilisables
- Rendre accessible les campagnes de prévention et de promotion de la santé aux personnes déficientes sensorielles.

II.3.3.2. Les préoccupations relatives aux personnes âgées**Axe 14 : Mailler les différents services et établissements autour de la personne âgée sur les territoires de proximité****Objectifs :**

- Poursuivre la couverture territoriale des SSIAD en tenant compte du rééquilibrage des taux d'équipement et de l'environnement (existence d'établissement pour personnes âgées, nombre d'infirmiers libéraux...)
- Mener prioritairement une réflexion régionale sur la saturation des places de SSIAD
- Organiser la cohérence des secteurs géographiques d'intervention, de façon à fluidifier les diverses prises en charge (réseaux soignant et médico-social, actions coordonnées des SSIAD, de l'HAD et du secteur psychiatrique)
- Mettre en cohérence la territorialité des SSIAD avec les SAAD
- Développer de nouveaux modes de prise en charge adaptés aux besoins (accueil familial, médicaliser pour partie l'accueil de jour pour les départements concernés, modes d'accueil innovants,...)
- Promouvoir le rôle d'appui des plateaux techniques des établissements au maintien à domicile
- Élaborer une charte de bonnes pratiques professionnelles des services à domicile
- Articuler les coordinations gériatriques et les coordinations gériatriques hospitalières
- Mettre en place progressivement les MDA (Maisons De l'Autonomie).

Axe 15 : Renforcer la coordination des services de maintien à domicile autour de la personne âgée

conception d'outils et procédures partagés ; mutualisation d'expériences ; conventions de partenariat.

Axe 16 : Coordonner les trajectoires transversales entre SSIAD, HAD et structures sanitaires d'expertise ou de soins**Axe 17 : Développer le soutien en fin de vie dans les EHPAD**

Formation des personnels ; partenariat renforcé avec l'HAD ; analyse des pratiques.

Axe 18 : Former et qualifier les personnels (domicile/établissement) au regard de l'évolution des besoins y compris pour l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer

- Promouvoir les métiers de l'aide à domicile :
- Faire connaître
- Former et professionnaliser les intervenants (y compris promouvoir la VAE)
- Travailler la GPEC.

Axe 19 : Prévenir l'apparition de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Information/communication (semaine Alzheimer) ; consultation mémoire ; atelier mémoire.

Axe 20 : Adapter l'équipement à la maladie d'Alzheimer

- Être vigilant sur la qualité des projets et leur mise en œuvre
- Permettre un maillage cohérent en lien avec les ressources de proximité disponibles (notamment psychiatres)
- Avoir une vision coordonnée CG/ARS sur la répartition des UHR.

Axe 21 : Promouvoir la mise en place des MAIA

II.3.3.3. Les problématiques transversales aux personnes âgées et handicapées

Axe 22 : Mettre en place des actions d'aide aux aidants

Objectifs :

- Améliorer l'information et la lisibilité des dispositifs et aides existants
- Diversifier les modes d'accueil et développer des solutions de répit
- Mettre en place des actions d'aide aux aidants (actions de prévention, de formation...).

Axe 23 : Favoriser une politique de logements construits de façon adaptable

Objectifs :

- Promouvoir la mise en place des packs domotiques (téléassistance avancée & équipement domotique) permettant entre 20 et 30 % d'évitement de chute,
- Mettre en place une équipe régionale d'évaluation ARS/CHU/Autonom'lab (proposition du CG 23).

Axe 24 : Favoriser la mobilité sur les territoires

Objectifs :

- Mettre en place une réflexion générale des transports dans une logique d'interpénétration des schémas - Décloisonner les différents types de transport
- Rappeler aux établissements qui font de l'accueil séquentiel, leur rôle dans l'organisation des transports.

Axe 25 : Articuler les prises en charge médico-sociales (champs handicap et personnes âgées) et sanitaires

Objectifs :

- Promouvoir des formations spécifiques aux questions d'articulation entre le sanitaire et le médico-social :
- Partager la connaissance des publics
- Mettre en place des formations décloisonnées interprofessionnelles
- Mettre en place une organisation coordonnée des moyens en favorisant la mutualisation de ressources
- Articuler des plateaux techniques à partir des ESMS et diffuser un guide des ressources
- Réfléchir aux modalités de mise en place d'une équipe mobile d'intervenants (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...)

- Mise en place de pôle/plateforme ressources sur des compétences très spécifiques,
- Concevoir des outils et des procédures de travail entre les différents acteurs (thèmes : Organiser la sortie d'hôpital – coordination des intervenants à domicile – préparer l'entrée en institution)
- Faciliter les collaborations sur les territoires par le biais de supports juridiques adaptés (groupement de coopération, réseaux...) et formaliser les coopérations.

Leviers :

- Élaborer un cahier des charges pour définir les axes de coopération : passerelles et échanges entre établissements, mutualisation de moyens en personnels spécifiques, équipements, formations dispensées dans les établissements, échanges de pratiques, réponse à des besoins spécifiques (handicap psychique, traumatisés crâniens)
- Travailler sur un outil de liaison concret (partage de l'information) pour permettre cette coordination et cette cohérence des interventions.

Axe 26 : Suivre la mise en œuvre de l'évaluation interne des ESMS, accompagner les ESMS pour l'évaluation externe et la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité ; situer cette procédure dans le cadre de l'évolution des besoins des usagers et d'adaptation des modes d'accueil

→ Travailler régionalement sur cette question :

Objectif :

- Élaborer un outil partagé et opposable sur l'évaluation, intégrant les indicateurs de l'ANAP.

Axe 27 : Définir les modalités permettant une planification coordonnée

- Quelle instance de concertation entre les différents plans, appels à projets, le suivi et la mise en œuvre des différents schémas ?
- Et à quel échelon territorial ?

III. PRIORITÉS RÉGIONALES – ORIENTATIONS TRANSVERSALES

III.1. LES ORIENTATIONS PERMETTANT DE FLUIDIFIER LES PARCOURS DE VIE ET DE SOINS

III.1.1. LE DÉVELOPPEMENT DES OUTILS D'OBSERVATION DES BESOINS

Afin de mieux répondre aux besoins, il importe d'avoir une meilleure connaissance quantitative et qualitative de la situation de personnes handicapées.

Les MDPH sont naturellement les acteurs privilégiés qui de part leurs décisions d'orientation mais aussi leur approche globale, peuvent concourir à mieux connaître et mieux analyser les besoins d'accompagnement en établissement et services médico-sociaux pour les enfants et adultes handicapés.

Le CREAHL a également un rôle d'expertise en la matière, ainsi que l'observatoire régional de la santé.

C'est dans ce contexte qu'il apparaît pertinent de mettre en place un observatoire avec l'appui du CREAHL pour permettre de progresser dans une mission globale et partagée des besoins et des attentes des personnes handicapées, en fédérant les acteurs ayant des compétences en la matière au plan régional.

Il conviendra :

- D'analyser les besoins collectifs dans chaque département de manière harmonisée
- De développer un système d'information performant et partagé.

La réalisation d'un état des lieux et le recensement des besoins (par tranches d'âge, par zones géographiques, liés à la scolarisation, besoins en ressources humaines, besoins et attentes des aidants...) permettra de répondre à plusieurs objectifs :

- Cerner les besoins non satisfaits sur les territoires pour optimiser l'offre
- Disposer d'informations précises sur les listes d'attente vers les structures médico-sociales pour enfants et adultes pour mieux orienter les personnes, éviter les orientations par défauts et les situations de rupture de parcours
- Mieux identifier les différents types de handicap notamment les handicaps spécifiques pour adapter le type d'accompagnement
- Favoriser un accompagnement précoce pour la petite enfance
- Apporter des réponses adaptées en terme d'orientation scolaire notamment à certains âges clés (vers 6 ans, 12 ans, 16 ans et à l'âge adulte) pour répondre aux objectifs de la loi de 2005

- Mieux repérer les personnes très lourdement handicapées vivant à domicile, repérer les personnes sans AAH
- Remédier à l'accueil par défaut en USLD ou EHPAD des personnes handicapées vieillissantes ou présentant des handicaps spécifiques.

Enfin, la mise en place d'indicateurs, (exemple d'indicateurs relatifs aux listes d'attente) doit permettre une évaluation du dispositif afin de fournir des informations à caractère quantitatif mais aussi qualitatif sur l'accompagnement des personnes (adéquation de l'orientation, diminution de l'attente...).

En ce qui concerne les personnes âgées, il convient également d'avoir des éléments permettant de disposer d'une vision prospective. Les travaux de l'ORS doivent concourir à cette demande, s'agissant plus particulièrement de la maladie d'Alzheimer, un observatoire régional dédié à cette pathologie sera mis en œuvre sous l'égide de l'ARS avec l'ORS (cf. fiche 5.4).

III.1.2. LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PRÉVENTION

Le développement de la prévention et l'ouverture des établissements à des actions de prévention sur le territoire sont des enjeux majeurs pour prévenir les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes âgées ou handicapées.

Ces risques peuvent être institutionnels associés notamment aux risques de maltraitance, des risques associés aux soins : risques sanitaires (légionnelles...), dénutrition, déshydratation, chutes, escarres, incontinence, iatrogénie médicamenteuse et psychosociaux liés au travail dans une structure médico-sociale.

Les axes d'amélioration peuvent être les suivants :

III.1.2.1. Développer la promotion de l'éducation pour la santé

- Former et sensibiliser les personnels éducatifs, soignants et administratifs aux différents aspects de l'éducation pour la santé en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées
- Garantir l'information et la prise en compte de la parole de l'utilisateur dans la mise en œuvre des programmes liés aux activités sportives, de loisirs et à la nutrition
- Analyser dans l'évaluation interne l'impact des stratégies mises en place sans oublier la consultation systématique du conseil de la vie sociale.

III.1.2.2. Promouvoir la prévention

- Favoriser l'accessibilité des personnes handicapées et des personnes âgées aux dépistages : les dépistages bucco-dentaires, auditifs et nutritionnels. Ces actions doivent être traduites dans chaque plan d'amélioration qualité
- Améliorer le diagnostic précoce : notamment dans le cadre des plans Alzheimer et Autisme
- Développer une stratégie de prévention des risques de maltraitance conforme aux axes prioritaires nationaux pilotée régionalement par l'ARS en relation avec les Préfets de département et leurs services ainsi que les Conseils Généraux. Au sein de la structure il convient d'analyser les facteurs de risque de maltraitance de manière pluridisciplinaire, élaborer des procédures anti-

cipées, de les diffuser à l'ensemble du personnel. Les procédures doivent envisager clairement les missions du directeur et le rôle de l'encadrement. Le recueil et le traitement de toutes les plaintes et les signalements doivent être mis en œuvre conformément au protocole en vigueur. De plus il faut poursuivre en partenariat avec les Conseils Généraux les programmes d'inspections.

- Gérer les risques professionnels en les identifiant, en assurant une formation à la prévention en prenant en compte la sécurité du résident (à titre d'exemple : prévention et réponses en cas de conduites violentes d'un résident)
- Prévenir des problèmes de santé par l'activité physique : lutter contre la dépendance physique, la perte d'autonomie et entretenir un lien social
- Développer la prévention des infections liées aux soins dans les établissements médico-sociaux. Le plan stratégique et le programme régional doivent donc embrasser la totalité des secteurs. La promotion du bon usage de l'antibiotique doit se poursuivre et faire partie d'un programme de gestion du risque avec l'Assurance Maladie.

III.1.2.3. Ouvrir l'établissement à et sur son environnement

- Encourager les projets innovants qui renforcent une dynamique inter générationnelle et inter associative sur le territoire
- Prendre appui sur les structures médico-sociales existantes localement qui peuvent constituer **des centres ressources** dans le cadre des actions de promotion de la santé qui favorisent l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé
- Prendre appui sur les structures médico-sociales pour maintenir localement une offre de soins ambulatoire et permettre l'accès à la télémédecine.

III.1.2.4. Prendre en compte la précarité dans la conduite des politiques médico-sociales

La situation sociale précaire est facteur de risque voire d'aggravation du handicap par un moindre accès à la prévention, par un accès insuffisant à des soins appropriés, par des écarts qui se creusent entre catégories socioprofessionnelles dès la première phase de survenue de la déficience, puis au niveau des incapacités fonctionnelles, ainsi qu'au niveau du désavantage social qui en résulte.

La situation sociale entraîne également des différences dans les solutions de prise en charge, ex : proportion d'enfants en établissement spécialisé plus importante chez les ouvriers que chez les cadres. En outre, le mode de scolarisation (milieu spécialisé/milieu ordinaire) a un impact sur le mode d'accès à l'insertion professionnelle et à l'emploi, à l'âge adulte. Le poids des contraintes financières influe également sur le choix des solutions de prise en charge, notamment chez les personnes âgées.

Devant ces constats et avec comme objectif de participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, **le Contrat Local de Santé** constitue un outil permettant de mieux répondre aux besoins de proximité de la population, aussi bien en territoire urbain qu'en secteur rural.

III.1.3. FACILITER LES PARCOURS DE SOINS

Les parcours de soins des personnes handicapées et en perte d'autonomie doivent être facilités et requérir des modalités d'accompagnement adaptées. Des difficultés réelles existent lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins courants ou plus spécifiques (ex : soins dentaires, IRM, intervention chirurgicale...)

Dans ce contexte il peut être préconisé :

III.1.3.1. Le développement des protocoles, des conventions

L'accès aux soins les plus courants (soins bucco-dentaires, ophtalmologiques, ORL...) doit être garanti. Des protocoles, des conventions avec les hôpitaux ou les spécialistes libéraux les plus proches peuvent être établis afin de permettre un accès soit aux bilans organisés par l'assurance maladie pour la population de manière générale soit pour des recours plus spécifiques.

III.1.3.2. Les consultations avancées

L'accès aux soins spécialisés doit aussi être favorisé par la mise en place de consultations avancées soit dans les Centres Hospitaliers de proximité, soit dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, ou les Pôles de santé.

La mise en place de passerelles et les échanges entre établissements médico-sociaux (enfants/adultes, adultes/adultes, personnes handicapées vieillissantes, personnes en perte d'autonomie ponctuelle, etc.) et sanitaires est aussi de nature à garantir aux usagers une meilleure prise en compte de leur parcours de soins. Il paraît important de s'appuyer sur des personnes « pivot » (par exemple l'infirmière dans les établissements médico-sociaux qui peut jouer un rôle d'interface important). L'effectivité de ces échanges doit se traduire par la mise en place de conventions ou de GCSMS entre établissements concernés.

III.1.3.3. La mutualisation des interventions des professionnels

Il convient d'encourager la mutualisation des interventions de certains professionnels (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens). Pour répondre à la problématique de la démographie médicale et paramédicale sur certains territoires ainsi qu'à celle des transports pour l'accès aux soins, la mutualisation des professionnels de rééducation et les paramédicaux qui travaillent dans les structures médico-sociales peut apporter une réponse.

La consultation spécialisée à domicile par la télémedecine (développée dans le chapitre suivant) constitue également une piste pour optimiser l'accessibilité aux soins.

III.1.3.4. L'articulation entre la psychiatrie et le secteur médico-social

Les interactions entre le secteur médico-social et celui de la santé mentale sont nombreuses et appellent à des modes de collaboration suivis et adaptés.

C'est particulièrement le cas en ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile pour l'ensemble du spectre des établissements médico-sociaux (IME, ITEP...). Le contexte de désinstitutionalisation permettant la création des services ambulatoires (CMPP et CAMSP), de services à domicile (SES-SAD) induit également de nouveaux modes de collaboration avec la pédopsychiatrie.

C'est également le cas en ce qui concerne les adultes au sein des établissements et services (SAMSAH).

Enfin il faut relever tout le développement récent de la géronto-psychiatrie qui nécessite une collaboration importante entre le secteur médico-social et la psychiatrie.

Par ailleurs, la notion de handicap psychique définie par la loi du 11 février 2005 apparaît de plus en plus prégnante au sein de la population avec des difficultés d'orientation dans des structures idoines.

La structuration des filières d'amont et des filières d'aval, les articulations entre le secteur psychiatrique et médico-social au long cours et en situation particulière, notamment de crise doivent être organisées dans une approche de filière de prise en charge et de fluidité des parcours.

Le contexte découlant du découplage entre le sanitaire et le médico-social inscrit dans la loi HPST du 21 juillet 2009 doit permettre, sous l'égide de l'ARS de définir les différents volets des articulations et collaborations indispensables.

Les évolutions suggérées doivent s'appuyer sur les éléments de contexte (découpage sectoriel, démographie médicale...) et permettre un renforcement des coopérations dans une approche de proximité qui préserve la continuité des soins intra et extra hospitaliers.

Ainsi les établissements de santé mentale ont vocation à diffuser leur expertise, leur savoir faire et les pratiques professionnelles aux équipes des établissements et services médico-sociaux.

Dans ces conditions, il importe d'avoir au sein des trois départements une organisation cohérente entre les services de santé mentale et les établissements et services qui relèvent à la fois du champ du handicap et des personnes âgées.

A cet égard, il est à noter la création depuis le 10 août 2010 du Groupement de Coopération Sanitaire Santé Mentale et Handicap du Limousin qui regroupe :

- 5 établissements publics et privés de Santé Mentale de la région: Les CH d' Esquirol, de St Vaury, de Brive, du Pays d'Eygurande, la clinique de La Jonchère
- 25 associations gestionnaires et établissements médico-sociaux publics représentant 139 établissements et services médico-sociaux.

Ce groupement aura vocation à asseoir notamment :

- L'appui technique médical en tant que de besoin auprès des ESMS
- Les filières d'admission en ESMS et au sein des établissements de santé mentale la mise en place d'équipes mobiles
- Les réponses aux situations de crise
- Les axes de formation
- La mise en œuvre le cas échéant de la télémedecine et tout autre sujet d'intérêt conjoint.

III.1.3.5. Le développement de la télémédecine

La télémédecine est définie par l'article 78 de la loi HPST. Il s'agit d'une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical.

Le décret télémédecine du 19 octobre 2010 définit les actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière. Ce texte fixe le cadre de travail de la télémédecine.

On distingue 4 types principaux d'actes de télémédecine :

- **La téléconsultation** : Un médecin donne une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé ou un psychologue peuvent être présents auprès du patient et assister le médecin
- **La télé expertise**. Le médecin sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs de ses confrères en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières
- **La télésurveillance médicale**. Un médecin interprète à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et le cas échéant prend des décisions relatives à sa prise en charge. L'enregistrement et la transmission peuvent être automatisés ou assurés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé
- **La téléassistance médicale** : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours d'un acte.

On peut ajouter à cette liste, la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins.

La télémédecine doit permettre d'améliorer le suivi et la continuité de la prise en charge globale des personnes, notamment grâce à la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle peut contribuer au développement du maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. Elle doit permettre de renforcer les politiques de prévention, l'accès au diagnostic là où la démographie médicale est peu favorable.

Pour les personnes âgées ou handicapées, elle peut s'avérer particulièrement précieuse et éviter des déplacements et garantir une prise en charge adaptée ainsi que l'accès facilité à certaines spécialités. Elle est également source de moins de contraintes, de plus de rapidité et de confort.

La télémédecine constitue une priorité forte pour la région Limousin en matière d'offre et d'accessibilité aux soins. Elle doit faire l'objet d'un programme spécifique au sein du Projet Régional de Santé et une enveloppe est mobilisable dans ce cadre.

Les différents groupes de travail mis en place pour l'élaboration de ce schéma ont mis en évidence plusieurs pistes de développement adaptées au secteur médico-social, qu'il s'agisse de personnes âgées et/ou handicapées à domicile ou en institutions.

Les axes qui pourraient être développées concernent :

- **La mise en place de téléconsultations préventive en gérontologie**. Ceci suppose une organisation entre les gériatres des hôpitaux et les EHPAD avec des plages horaires dédiées. Une expérience a été conduite en ce sens à l'EHPAD de St Laurent sur Gorre et pourrait être étendue. Ces téléconsultations pourraient concerner les personnes du territoire de proximité qui se rendrait ainsi dans l'établissement équipé pour bénéficier de cette consultation
- **Les consultations de spécialistes à distance**. L'accès à certaines spécialités est en effet délicat et générateur de déplacement et contraintes lourdes pour des personnes en perte d'autonomie et en proie à une grande fatigabilité.

Dans ce cadre on peut évoquer les consultations en matière de rhumatologie, diabétologie, cardiologie, dermatologie. Chaque Centre Hospitalier, selon ses spécialités est invité à prévoir un programme en ce sens.

- **Le développement de la télé radiologie** avec des échanges d'images en lien avec les opérateurs concernés
- **Le développement de la télé expertise** apparaît également bien adapté à la problématique des personnes âgées et lourdement handicapées
- Enfin on peut envisager avec les établissements concernés **le développement de la téléconsultation en ce qui concerne la psychiatrie**. Dans le cadre de groupements de coopération envisagés entre les centres hospitaliers spécialisés et les établissements médico-sociaux, il conviendra de prévoir un volet spécifique sur la télémédecine.

Ces différentes propositions pourront servir de base au volet médico-social du plan régional de télémédecine.

III.2. UNE NOUVELLE STRUCTURATION DE L'OFFRE

III.2.1. FAVORISER LES MUTUALISATIONS, CONTRACTUALISATIONS, COOPÉRATIONS ET COMPLÉMENTARITÉS ENTRE LES STRUCTURES

Bien qu'identifiée comme un outil privilégié, la coopération entre établissements et services médico-sociaux ne s'est pas encore déployée pleinement en Limousin.

III.2.1.1. Les caractéristiques

Si l'on recense de nombreuses conventions de partenariat, aux objets les plus divers, rares sont encore les Groupements de Coopération Sociaux ou Médico-Sociaux (GCSMS), projetés ou actifs. On dénombre ainsi fin 2010, 3 GCSMS de moyens en fonctionnement, un sur le secteur personnes handicapées en Creuse, un sur le secteur personnes âgées en Corrèze, le troisième, qui présente la particularité d'être interrégional, regroupe des structures pour déficients sensoriels, de Haute Vienne et de l'Indre.

7 GCSMS sont en projet dans la région, 1 sur le secteur personnes âgées, 4 entre structures pour personnes handicapées, 2 transversaux aux deux secteurs.

Mis à part le Groupement de coopération sanitaire « Santé mentale et Handicap », qui réunit le CH Esquirol et des structures pour personnes handicapées des trois départements, aucun de ces GCSMS n'associe le secteur hospitalier ou des professionnels de santé ambulatoires, comme la réglementation l'autorise pourtant.

Il n'existe à ce jour, sur la région, aucun GCSMS ni projet connu de GCSMS « établissement », c'est-à-dire porteur d'une autorisation.

Concernant les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui sont « à la coopération « avec soi-même » ce que les GCSMS sont à la coopération « avec les autres », la tendance est à leur généralisation, ainsi qu'à la négociation de contrats interdépartementaux, voire régionaux. Par nature, les CPOM intéressent prioritairement les gestionnaires de plusieurs établissements et services, à qui la dotation globalisée alliée à la pluriannualité budgétaire procure souplesse de gestion et possibilités de redéploiements inter-structures. A ce stade, toutefois, la réglementation ne permet toujours pas la conclusion de CPOM interrégionaux.

Enfin, la fusion, comme stade ultime de la mutualisation, n'a été menée à bout qu'à deux reprises, en Corrèze et en Haute Vienne.

Les réticences à l'encontre de la formule « GCSMS », montrent que celle-ci peut être vécue comme une étape quasi inéluctable vers la fusion. Or, si le GCSMS détient en effet, au titre de ses compétences propres, celle de « procéder à des regroupements et à des fusions », il peut également, à contrario, constituer pour de petites associations isolément peu viables, la seule vraie solution alternative à la fusion.

Le choix privilégiant le recours au mode conventionnel « classique » repose sur la souplesse de cette formule juridique, qui préserve pleinement les identités associatives des partenaires et leur liberté décisionnelle.

En revanche, les conventions présentent l'inconvénient de reposer presque exclusivement sur la bonne volonté et l'engagement d'individus et peuvent donc être remises en cause dès lors que ceux-ci changent.

Par ailleurs, d'autres éléments issus du diagnostic régional, brièvement énumérés ci-après, plaident en faveur d'une nécessaire coordination et/ou mutualisation des moyens :

- Démographie médicale et para-médicale, relative attractivité de la région
- Inégalités territoriales de prise en charge
- Inadéquation de certaines hospitalisations ou des prises en charge lors des hospitalisations de personnes handicapées ou âgées, public aux besoins spécifiques
- Ruptures de prise en charge médico-sociale de personnes handicapées lors de séjours d'hospitalisation
- Préparation insuffisante des sorties d'hospitalisation pour ces mêmes publics
- Besoins d'intervention du secteur psychiatrique dans les ESMS et plus particulièrement les EHPAD.

III.2.1.2. De l'intérêt de la coopération

La coopération relève d'une stratégie de l'intervention que les autorités publiques, au premier rang desquelles l'ARS, s'attachent à promouvoir afin de mieux faire face aux exigences de qualité, aux besoins de diversification et d'adaptation des prises en charge, tout en optimisant les ressources disponibles.

Les grands enjeux sous-tendant le développement de coopérations multimodales entre les établissements et services médico-sociaux de la région Limousin et leur environnement sont de deux ordres :

- **L'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers**, qui passe par une répartition équilibrée de l'offre sur le territoire et la fluidification des parcours. Afin de prévenir les ruptures de parcours, il convient de procéder au décloisonnement avec le secteur sanitaire, que ce soit l'offre de soins de premier recours ou le secteur hospitalier.

Si le mode d'approche privilégiait par le passé l'offre et l'institution, les nouvelles législations l'ont modifié en profondeur. Elles mettent en effet toutes l'accent sur le panier de services, l'accompagnement individualisé, la continuité et la diversification de la réponse à l'utilisateur, le maintien en milieu de vie ordinaire. Devant leur incapacité à couvrir l'ensemble des besoins, la coopération s'impose donc désormais aux ESMS comme une quasi obligation.

Les coopérations constituent en outre une réponse aux défis de la professionnalisation des structures, ainsi qu'aux problèmes de démographie professionnelle sur certains métiers rares.

- **L'amélioration de l'efficacité** dans une démarche de performance. Dans un contexte d'accroissement des prescriptions réglementaires, techniques et financières, qui s'imposent aux gestionnaires d'ESMS (objectif de « zéro déficit », démarche qualité...), certaines structures « fragiles » dépendent des autres afin d'assurer leur pérennité, d'atteindre la taille critique et la présence territoriale suffisantes pour répondre aux futurs appels à projet.

Ces deux objectifs ne sont, évidemment, pas exclusifs l'un de l'autre.

III.2.1.3. Les priorités régionales

Les rapprochements « imposés » ne sont pas un gage de réussite et il convient, dans la mesure du possible, de privilégier l'appui aux initiatives émanant des gestionnaires. C'est bien le projet commun qui doit préexister et fonder toute coopération.

Il n'en demeure pas moins que l'objectif de développement des coopérations, pour être mené à bien, passe à l'évidence par une implication forte des autorités publiques concernées, ARS et/ou conseils généraux. Il peut s'agir, soit d'impulser des projets stratégiques, soit d'accompagner, techniquement voire financièrement, dans la limite des possibilités, des rapprochements jugés pertinents et initiés par le terrain. La contractualisation, que ce soit au moyen des CPOM ou des conventions tripartites, constitue un levier utile en la matière.

- **En matière d'amélioration des prises en charge et d'adaptation de l'offre aux besoins**

Globalement, il convient de favoriser le recours aux coopérations, chaque fois que c'est pertinent, pour mettre en œuvre les axes d'amélioration identifiés dans chaque volet thématique du SROMS.

→ Par territoire de proximité :

Mettre en place des plates formes de services articulant un panel minimal de services tant dans le domaine ambulatoire, qu'hospitalier, médico-social ou sur le champ de la prévention et de l'éducation thérapeutique, destinés à répondre de manière structurée aux besoins spécifiques identifiés sur le territoire.

Ces plates formes garantiront la coordination des compétences et plateaux techniques existants, préalablement inventoriés. La réflexion autour de ces projets pourra être conduite par un groupe d'acteurs locaux volontaires, auxquels seront associées les autorités publiques, sous l'égide d'un « coordonnateur de territoire ». Ce dernier, afin de faciliter l'adhésion des intéressés, devrait être un acteur de terrain.

Pour garantir une offre, sinon identique, du moins équilibrée sur l'ensemble de la région, les travaux des groupes devront être encadrés par un cahier des charges régional.

Outre les missions précédemment citées, il appartiendra à ces groupes de définir tous axes de coopération possibles, et notamment :

- La mise en place de passerelles et d'échanges entre établissements (enfants/adultes, adultes/adultes, personnes handicapées vieillissantes, personnes en perte d'autonomie ponctuelle, etc.), afin de garantir aux usagers le droit à un projet de vie réellement individualisé et réversible
- Toute action de nature à renforcer la professionnalisation, à fidéliser les professionnels et à lutter contre l'usure : mise en place d'actions de formation mutualisées, échanges de terrain de stages, échanges de bonnes pratiques professionnelles, groupes de réflexion éthique.
- etc...

→ Au niveau régional :

La prise en charge des handicaps à faible taux de prévalence (ex : handicaps sensoriels), faisant appel à du personnel technique et spécialisé ou appelant une réponse coordonnée (ex : troubles neuro-cognitifs), impose une organisation à l'échelle de la région.

La constitution de pôles d'expertise par type de handicap (ex : handicap moteur) constitue également une initiative dont l'ensemble des acteurs concernés de la région pourraient utilement bénéficier.

- **En matière d'efficience**

Il importe de repérer en amont les structures fragiles afin de prévenir toute impasse nécessitant une solution d'urgence.

Le développement de la démarche de performance, objectivée par la mise en place de tableaux de bord et d'indicateurs expérimentés, transparents et partagés, ne pourra que contribuer à cet objectif préventif.

Par ailleurs, dans le cadre de la gestion du risque des actions seront conduites en partenariat avec l'Assurance Maladie.

III.2.2. ASSURER UN RÉÉQUILIBRAGE TERRITORIAL

La région Limousin est caractérisée par un taux d'équipement en structures pour personnes en situation de handicap (adultes, enfants) et pour personnes en perte d'autonomie supérieur à la moyenne nationale. Toutefois des disparités d'équipement entre territoires existent. Ainsi la Creuse et la Corrèze se situent dans une situation plus favorable.

Il convient de réduire les disparités en faveur de la Haute-Vienne.

Le rééquilibrage de l'offre devra permettre une réponse de proximité et une accessibilité des services. L'ARS envisage de procéder de manière marquée au rééquilibrage infra régional qui pourra se décliner à un double niveau.

- Au travers du PRIAC par une priorisation de la programmation sur la Haute Vienne
- Dans le cadre de la répartition des mesures nouvelles par la mise en place d'un « bouclier médico-social » qui fléchera à minima 50 % des mesures nouvelles sur la Haute Vienne.

Néanmoins, la seule approche par le taux d'équipement est réductrice pour appréhender une vision territoriale des besoins. En conséquence et dans la perspective de mieux concevoir la notion de rééquilibrage en lien avec les spécificités départementales, l'ARS souhaite développer d'autres indicateurs permettant une analyse fine des changements à opérer.

Cependant, il conviendra d'affiner ces indicateurs par type de structure et par type de handicap.

Enfin, l'approche du rééquilibrage territorial devra permettre de conduire à une évolution de certains établissements et services médico-sociaux. Celle-ci s'opérera pour combler des zones non couvertes notamment par transformation ou redéploiement partiel d'activités.

III.2.3. FAVORISER L'EXPÉRIMENTATION

La prise en compte des attentes des usagers, l'accent mis sur la qualité et la promotion de la bientraitance plaident pour la mise en œuvre de nouvelles modalités d'accompagnement.

L'évolution des besoins (personnes handicapées vieillissantes, handicap psychique) oblige également à revoir des modes d'interventions « classiques » et ouvre la possibilité d'expérimenter de nouvelles approches.

La mise en place d'expérimentations doit s'envisager avec le concours des acteurs des différentes politiques de santé. Des travaux seront conduits en lien avec l'Assurance Maladie notamment par rapport aux modalités de tarification des prestations.

D'une manière générale, les politiques de maintien à domicile pour les personnes âgées et handicapées amènent également à repenser les politiques médico-sociales en lien avec les collectivités concernées.

Enfin la cohérence des parcours incite également à analyser les points de rupture et à envisager des réponses pertinentes.

L'ARS souhaite dans le cadre des procédures d'appel à projets favoriser les expérimentations et les projets innovants.

Durant cette période charnière au cours de laquelle le secteur médico-social est en pleine mutation, il convient que toutes les initiatives intéressantes et concourantes à des améliorations qualitatives puissent trouver un écho auprès des décideurs publics dans le respect des dispositions réglementaires et financières fixées au plan national.

III.3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA QUALITÉ ET UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DE LA PLACE DE L'USAGER AU SERVICE DE LA BIENTRAITANCE**III.3.1. POUR UNE PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE**

La notion de bientraitance a connu un essor dans le secteur social et médico-social, à partir de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La bientraitance est envisagée comme une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'utilisateur dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. Elle nécessite d'interroger régulièrement les pratiques professionnelles, d'accepter la contradiction et la remise en cause permanente, éthique et technique, de tous les acteurs. Leurs actions et leurs engagements sont centrés sur la personne accueillie et ses proches.

La mise en place d'une politique de bientraitance passe par la réalisation d'une démarche évaluative.

Ainsi la mise en œuvre d'une démarche qualité doit s'appuyer sur une évaluation de la prise en charge qui va mesurer la conformité de la prestation au regard d'exigences spécifiques, l'impact des accompagnements et la satisfaction de l'utilisateur.

En Limousin l'évaluation dans les établissements s'amorce de manière inégale ; en 2010 une part significative des établissements et services sont impliqués dans l'évaluation interne et sur le premier trimestre 2011 un nombre très faible d'établissements ont initié la démarche d'évaluation externe.

Au vu de ce constat, un des axes forts dans ce domaine concerne la promotion de l'évaluation interne et externe en faveur des établissements et services médico-sociaux. Plusieurs pistes peuvent être explorées :

- Suivre et accompagner les établissements dans leur démarche auto évaluation
- Inscrire comme un objectif dans les contrats tripartites et les CPOM la production des rapports d'évaluation interne et externe.

III.3.2. L'EXPRESSION ET LE DROIT DES USAGERS

Dans les deux secteurs « hospitalier » et « médico-social » l'expression et le droit des usagers se déclinent dans les conditions prévues par la réglementation.

III.3.2.1. Le secteur hospitalier

Les constats dans ce secteur s'appuient sur les travaux de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) et de sa commission spécialisée sur les droits des usagers.

La CRSA évalue chaque année les conditions dans lesquelles sont appliquées et respectées les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Ce rapport comprend notamment l'analyse de la synthèse régionale des rapports des CRUQPEC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge) ainsi que les conclusions du « baromètre

des usagers » : enquête initiée par le CISS (Collectif Inter associatif sur la Santé) Limousin. Elle est destinée à connaître la perception des usagers de la région concernant la qualité de la prise en charge en hospitalisation mais aussi en consultation dans les établissements de santé.

Les principales propositions issues de ces travaux :

- Mettre en place les projets de soins individualisés,
- Poursuivre le travail d'actualisation des livrets d'accueil et d'exploitation des questionnaires de sortie,
- Assurer une information sur l'existence des maisons des usagers et sur leur rôle,
- Améliorer dans les dossiers médicaux la traçabilité des informations et des décisions
- Améliorer la prise en charge des patients notamment par le biais de la formation aux pratiques de bientraitance
- Formaliser le processus de traitement des plaintes
- Améliorer l'information sur le rôle et les missions de la CRUQPEC.

L'année 2011 est l'Année des patients et de leurs droits ; le Ministère chargé de la santé a lancé la réflexion autour de 3 missions :

- 1) faire vivre les droits des patients
- 2) la bientraitance et la qualité de service à l'hôpital
- 3) les nouvelles attentes des citoyens, acteurs de santé.

Les principales préconisations issues de ces analyses sont les suivantes :

- L'existence et l'usage des droits individuels ou collectifs des patients ne sont pas suffisamment diffusés
- La formation initiale des médecins doit comporter des éléments indispensables en matière de droits des malades
- Un annuaire avec les coordonnées des représentants des usagers doit être mis en place
- Un conseil national des usagers du système de santé doit être créé pour renforcer la démocratie sanitaire et reconnaître une expertise des associations des usagers
- Il est indispensable de travailler avec l'ensemble des professionnels sur la notion de vulnérabilité du patient hospitalisé.

III.3.2.2. Le secteur médico-social

Les constats sur ce secteur pour la région s'appuient notamment sur les résultats d'une enquête menée par l'ARS sur l'ensemble des établissements et services médico-sociaux sur la mise en place des outils qui garantissent l'exercice des 7 droits fondamentaux pour l'utilisateur déclinés dans l'article 7 de la loi 2002-02.

Cette étude fait ressortir les points de vigilance suivants :

- Une attention particulière doit être portée sur l'effectivité d'un projet individualisé dans les SSIAD, dans une moindre mesure dans les services et les établissements de l'enfance handicapée qui privilégient le projet individualisé au contrat de séjour. Le contrat de séjour est utilisé majoritairement en EHPAD
- Une réflexion est à mener sur les difficultés que rencontrent les CMPP, CAMSP, SSIAD et SES-SAD à répondre à l'obligation réglementaire d'installation d'un conseil de la vie sociale.

Une analyse qualitative des trois derniers procès verbaux des Conseil de la Vie Sociale (CVS) fournis par les structures interrogées a permis de faire les constats suivants :

Globalement, lorsque le CVS se réunit, sa composition est conforme dans 9 cas sur 10. Une grande partie des CVS dispose d'un nombre de représentants des usagers supérieur au minimum réglementaire.

Dans plus de 8 cas sur 10, le secrétariat du CVS est correctement réalisé en EHPAD, en ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail), en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) et en FAM (Foyer d'Accueil Spécialisé) et dans près de 7 cas sur 10 en IME et en ITEP.

Le suivi formalisé des propositions et des avis du CVS est quasi inexistant dans la très grande partie des établissements.

Les travaux du PSRS ont permis de mettre en exergue des réflexions sur le consentement éclairé de l'utilisateur, sur l'accès des familles à une meilleure information et sur le soutien aux aidants pour éviter les ruptures d'accompagnement à domicile.

III.3.2.3. Mettre en œuvre les dispositions législatives et réglementaires applicables

Au cours de cette dernière décennie le droit des usagers a fait l'objet d'une structuration juridique et institutionnelle importante.

• Rappel des principaux textes relatifs aux droits des usagers

- Les droits des malades et des usagers du système de santé sont définis pour l'essentiel par la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** complétée par la loi du 8 /8/ 2004 relative à la politique de santé publique, la loi du 22/ 04/ 2005 relative aux droits des malades en fin de vie, la loi HPST du 21 juillet 2009). Le code de la santé publique distingue :

Les droits de la personne (article L110 -1 et suivants du Code de la Santé Publique) : droit à la santé, droit au respect de la dignité, droit à l'égal accès aux soins, droit au respect de la vie privée, droit à la qualité des soins : prise en charge de la douleur, droit à la qualité des soins : soins palliatifs, droit à un suivi scolaire

Les droits et les responsabilités des usagers : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté, droit à l'information sur son état de santé, droit au consentement (article L.1111-4 du CSP), droit à la personne de confiance (article L.1111-6 du CSP), droit d'accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, mise à disposition d'un livret d'accueil, mise en place de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) (article L.1112-3 du CSP)

La participation des usagers au fonctionnement du système de santé Associations agréées, droit à la formation des représentants d'usagers, mise en place de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI).

• **La loi 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale précise les droits spécifiques aux usagers du médico-social et affirme la promotion des droits des usagers (Code d'Action Sociale et de Famille)

- 1 Le respect de la vie privée, de la dignité, de l'intimité et de la sécurité: Il s'agit de droits fondamentaux, c'est-à-dire de droits protégés par des normes constitutionnelles et internationales.
- 2 Le libre choix des prestations: toute personne prise en charge par des établissements ou services sociaux et médico-sociaux a le libre choix entre un maintien à domicile ou un accueil dans un établissement et entre les prestations adaptées qui lui sont offertes.
- 3 Un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé. L'utilisateur doit être en mesure, grâce à une information claire, de donner son accord concernant sa prise en charge, accord qu'il peut retirer à tout moment.
4. La confidentialité des données concernant l'utilisateur: garantir ce droit c'est être vigilant sur le recueil et la transmission des informations, c'est aussi associer l'utilisateur aux échanges écrits ou oraux, internes ou externes à l'établissement.
5. L'accès à toute information le concernant: le patient a le droit de consulter toutes les informations formalisées (écrites, réunies et conservées) relatives à sa prise en charge.
6. Une information sur ses droits fondamentaux, sur les protections légales et contractuelles dont il bénéficie et les voies de recours à sa disposition.
7. Sa participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

La loi instaure sept instruments propres à favoriser le respect des droits des usagers: le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour ou le document individuel, le conseil de la vie sociale ou autre instance, le projet d'établissement ou de service, la personne qualifiée.

Un des enjeux majeur est la mise en œuvre réelle de toutes ces dispositions qui concourent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'utilisateur. Deux grands principes guident cette politique ce sont le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains, une réponse adaptée aux besoins de chacun d'entre eux, et la garantie d'un accès équitable aux soins et à l'accompagnement sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, les lois du 2 janvier et du 4 mars 2002 se rejoignent sur de nombreux points, notamment en ce qui concerne la consécration des droits des usagers et des droits des malades.

Un des premiers défis à relever concerne l'effectivité du libre choix de l'utilisateur qui résulte de deux conditions fondamentales: une offre de prestations adaptées aux besoins et la prise en compte de ces aspirations. Il s'agit donc de garantir le libre choix et d'assurer un droit à l'accompagnement adapté.

Globalement, en Limousin les outils de la démocratie sanitaire et médico-sociale fonctionnent; l'effort doit porter sur la promotion de la participation des usagers dans toutes les instances de concertations avec une mesure de l'impact de cette action.

Les outils permettant de recenser les informations sur le respect des droits des usagers existent en Limousin. Les démarches d'évaluation continue des pratiques et des organisations doivent être comprises comme un vecteur important de la promotion de la bientraitance.

III.3.2.4. Les préconisations

→ Les orientations générales :

- Garantir le libre choix des prestations et assurer le droit à un accompagnement adapté.
- Promouvoir la participation des usagers à toutes les instances de concertation dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux
- Promouvoir l'évaluation régulière et continue des accompagnements.

→ Les orientations relatives au libre choix et à l'accompagnement adapté

La reconnaissance du droit au libre choix n'a d'intérêt pour l'utilisateur que dans la mesure où il lui est effectivement possible de le mettre en œuvre.

Il faut donc que l'utilisateur puisse formuler ses aspirations en toute connaissance de cause. Autrement dit qu'il ait une information étayée et complète pour éclairer son choix et qu'il puisse participer activement à son projet individualisé de soins.

Pour soutenir les usagers et leurs proches dans leur capacité de choix

- Faciliter l'accès à une information claire et précise :

Le champ d'activité du médico-social est vaste et les accompagnements hétérogènes. Il existe des centres de ressources liés à certains handicaps (autisme...) et des créations de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) mais pas de plate-forme d'information unique regroupant des éléments touchant aux soins, aux aides techniques et financières, aux activités d'inclusion sociale.

- Donner à l'utilisateur et à ses proches le choix de bénéficier d'une prise en charge à domicile de qualité.

Il s'agit de promouvoir l'essor de nouvelles technologies qui facilitent l'autonomie de l'utilisateur vulnérable. Il faut qu'il dispose d'une réelle possibilité d'accès à ces prestations.

Pour faciliter un accompagnement adapté inscrit dans un parcours individuel de soins

- Donner un rôle actif à l'utilisateur tout au long de son parcours
- Une participation effective à l'élaboration du projet individuel de prise en charge est indispensable pour recueillir un consentement éclairé. Dans le sanitaire le médecin doit trouver l'équilibre entre le respect du patient, le devoir impératif d'assistance et de soins et son obligation d'assurer personnellement au patient des soins conformes à la Science.

Dans le secteur médico-social l'évaluation régulière des objectifs inscrits dans le document individualisé ou le contrat de séjour doit permettre un dialogue continu avec l'utilisateur avec pour lui la possibilité de modifier ou de refuser un accompagnement.

Il peut être intégré dans chaque projet d'établissement ou de service des modalités pratiques ou des protocoles concernant la fluidité des parcours, la réactivité et l'adaptabilité afin de répondre aux besoins et aux souhaits en constante évolution des personnes handicapées.

- Respecter les droits fondamentaux dans le cadre des soins sans consentement
- Il serait souhaitable de mettre à disposition d'un large public une information sur le rôle et les missions de la personne de confiance
- L'organisation d'une réflexion éthique de proximité partagée entre les structures sanitaires, médico-sociales, les professionnels libéraux et les services d'aides à domicile serait de nature à permettre une mise en commun des questionnements et de construire des propositions d'actions. Une représentation des usagers à cette instance est recommandée.

Les axes de progrès

- Favoriser l'accès à l'information avec la création de plate-forme d'information :
 - Pour le secteur médico-social : les futures maisons de l'autonomie pourraient répondre pour partie à cet objectif
 - Pour le secteur sanitaire : favoriser la création « d'un guide » regroupant tous les éléments nécessaires pour que l'utilisateur puisse exercer ses choix
- Favoriser l'accès des personnes vulnérables au maintien à domicile par le développement de nouvelles technologies avec une juste évaluation de leurs besoins et des moyens financiers et humains nécessaires
- Promouvoir la démarche participative de l'utilisateur dans l'élaboration de son projet de soin et d'accompagnement individuel et évaluer ces pratiques : ces analyses peuvent être envisagées dans le cadre des travaux de la commission des usagers de la CRSA et du baromètre des usagers réalisé par le CISS élargi au secteur médico-social
- Développer la démarche d'éducation thérapeutique du patient qui est de nature à inciter le patient à être acteur de sa prise en charge
- Faciliter le travail des équipes des établissements sanitaire et médico-sociaux face aux problématiques liées notamment aux soins sans consentement avec la création d'espaces de réflexions éthiques de proximité regroupant l'ensemble des structures, les professionnels libéraux, les services d'aides à domicile et des représentants des usagers.

→ **Les orientations concernant la promotion de la participation des usagers**

Dans le secteur sanitaire la loi du 4 mars a instauré la création des commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) avec pour principale mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité.

La mise en place d'un conseil de la vie sociale dans les structures médicosociales s'inscrit dans la même logique de participation des usagers. Certaines structures médicosociales comme les CMPP, SESSAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, CAMSP ont des difficultés à mettre en œuvre un tel dispositif.

Un fonctionnement en file active en constante évolution et pour les CMPP une nécessaire confidentialité des processus de prise en charge ne sont pas compatibles avec le fonctionnement classique du CVS. Pour la plupart des structures on constate l'existence de cahier de liaison, de rencontres avec les familles, d'enquêtes de satisfactions.

De plus que ce soit pour les propositions émises par les CRUQPEC ou les CVS il est constaté un manque de lisibilité sur leur suivi et sur leurs impacts sur l'organisation et la qualité de la prise en charge.

Pour renforcer la démocratie sanitaire en améliorant la représentativité collective des usagers et de leur famille dans les instances notamment dans les CVS

Une des limites de l'action des CVS est un défaut de représentativité de la parole de l'utilisateur par un manque de formation des présidents des CVS sur leur rôle et leurs missions :

- Repérer les besoins de formation et mettre en œuvre des actions formatives en direction des représentants des usagers au CVS notamment pour les présidents
- S'assurer que l'ensemble des usagers puissent identifier leurs représentants et repérer ceux-ci comme des interlocuteurs privilégiés. Dans le sanitaire le développement des maisons des usagers, dans le médicosocial l'instauration d'une permanence ainsi que la mise en place d'outils pour recueillir les attentes des usagers seront de nature à faciliter les actions de représentants des usagers
- Favoriser le développement d'une démocratie participative en direct avec les usagers du médico-social.

Dans cet esprit, le déploiement de « CVS départementaux » par type de prise en charge, où s'expriment librement les usagers, peut servir cette démarche. De façon complémentaire ces forums d'expression peuvent être force de propositions sur les aspects juridiques du droit des usagers du médicosocial et sur l'aspect qualitatif de la prise en charge avec comme objectif l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Pour assurer une représentativité effective et pérenne des usagers dans des services comme les CMPP, les CAMPS et les SSIAD

- Il est repéré, pour certaines structures du médicosocial, une difficulté pour recueillir la parole collective et assurer une pérennité de cette expression dans la mesure où les durées de prise en charge correspondent à une activité de file active
- Engager rapidement une réflexion aboutissant à trouver des modes de fonctionnement pour l'installation de modalités permettant de recueillir la parole collective et de pouvoir retracer les axes d'améliorations mis en œuvre.

Pour garantir un suivi des propositions et travaux issus des CRUQPEC et des CVS

Les différents constats faits à partir des travaux concernant le rapport des usagers montrent que le suivi formalisé des propositions des CVS et des avis de la CRUQPEC doivent s'améliorer notamment dans le domaine du suivi des plaintes et des réclamations.

- Rappeler pour les CVS la nécessité d'assurer la traçabilité du suivi des propositions et des avis précédents
- Formaliser pour les GRUQPEC le processus de traitement des plaintes et offrir une information claire et précise aux membres de cette instance.

Les axes de progrès

- Mise en œuvre de formations en direction des représentants des usagers dans les instances,
- Repérer les attentes et les besoins de formations ciblés pour les représentants des usagers des deux secteurs sanitaire et médico-social y compris pour les personnes qualifiées,
- Engager rapidement une réflexion pour trouver des modes de fonctionnement permettant aux CAMSP, CMPP, SSIAD, SESSAD, SAMSAH de recueillir la parole collective et permettre une reconnaissance des droits des usagers,
- Évaluer dans le cadre des travaux menés au sein de la commission spécialisée de la CRSA les modalités de mise en place des maisons des usagers,
- Accentuer et favoriser une politique d'identification et de promotion des représentants des usagers : permanence, information sur les coordonnées des représentants. Les dispositifs mis en œuvre dans les établissements seront évalués dans le cadre des travaux menés au sein de la commission spécialisée de la CRSA,
- Déployer le dispositif « CVS départemental »

→ Les orientations relatives à la promotion de l'évaluation régulière et continue des accompagnements

La certification dans le secteur sanitaire et la démarche d'évaluation dans le secteur médico-social ont été créées pour impulser une dynamique institutionnelle de la qualité.

Dans la dernière version du manuel de certification la notion de bientraitance a été travaillée notamment sur la place de l'utilisateur. Le système de gestion des plaintes et des réclamations, la prise en charge et les droits des patients en fin de vie, l'accès du patient à son dossier seront donc évalués.

Dans le secteur médico-social la loi impose à l'ensemble des structures de réaliser une évaluation interne et externe qui, au-delà du caractère « préformaté » d'une certification, comporte une dimension qualitative qui s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Médico-sociaux).

Pour le développement d'une culture globale des droits des usagers

- Impliquer l'ensemble des acteurs notamment le corps médical. Dans le système de santé ils sont souvent les premiers acteurs de l'autonomie du patient. Ils délivrent l'information et in fine ils sont garants de la qualité des soins dispensés.

Pour promouvoir des actions de démarche d'évaluation d'amélioration de la qualité dans le secteur médico-social

- Mettre en place un système d'évaluation interne qui intègre les recommandations de l'ANESM avec un accompagnement en tant que de besoin des partenaires institutionnels (journée d'information ANESM, enquête par une équipe hors ARS sur la prise en charge médicale en EHPAD, suivi régional ARS de la montée en charge de la démarche dans les structures)
- Programmer et préparer la réalisation de l'évaluation externe qui doit être réalisée dans le respect du cahier des charges fixé par décret.
- Prévoir une organisation coordonnée dans la perspective du renouvellement des autorisations portant des résultats d'évaluation interne et externe.
- Les axes de progrès
- Prévoir dans le cursus de formation des personnels soignants et para médicaux un module sur les usagers et leurs droits
- Considérer dans l'évaluation du temps de prise en charge le temps consacré à l'information, à l'explication ; activité à part entière qui requiert l'implication du personnel soignant
- Prévoir une contractualisation des démarches d'évaluation dans les CPOM avec un suivi des indicateurs qualité/bientraitance issus de la certification et des résultats de l'évaluation dans les ESMS.

III.3.3. LES ENJEUX LIÉS À LA FORMATION

La formation constitue un enjeu important en ce qui concerne la recherche d'un meilleur accompagnement de l'utilisateur et de la promotion de la bientraitance.

Dans ce cadre, l'ARS souhaite avec ses partenaires soutenir les politiques de formation des personnels médico-sociaux.

Celles-ci relevant depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales des Conseils Régionaux qui doivent élaborer un schéma régional des formations.

L'état continue d'exercer des compétences en matière de délivrance des diplômes et de contrôle pédagogique.

Dans ce contexte, les principales orientations du schéma visent :

- À soutenir les initiatives visant à combler les déficits de professionnels par le déploiement d'une offre de formation adaptée (psychomotriciens, ertothérapeutes...) en Limousin.
- Poursuivre avec le Conseil Régional un travail prospectif visant à analyser les besoins de formation compte tenu des évolutions touchant le secteur médico-social et des priorités d'enseignements le concernant sur les questions relevant notamment de la bientraitance.

De plus certains plans nationaux nécessitent une vigilance particulière.

L'évolution des pratiques professionnelles nécessite d'améliorer la formation continue pour l'accompagnement de pathologies dont certaines font l'objet d'un plan national (TED et autisme, maladie d'Alzheimer). Le plan Alzheimer prévoit la création d'une nouvelle fonction d'assistant de soins en gérontologie pour mieux prendre en charge les patients souffrant de maladie d'Alzheimer. Cette formation dispensée en région est accessible aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques. L'ARS compte promouvoir le développement de cette formation dans la région.

Quant au plan Autisme, il est prévu une formation de formateurs afin de disposer dans chaque région de personnes ressources chargées de permettre la diffusion et l'appropriation par les différents acteurs œuvrant dans le champ de l'autisme de connaissances actualisées et validées sur l'autisme et les TED. L'ARS sensibilisera et mobilisera les institutions sanitaires, médico-sociales, de l'Éducation Nationale et le monde associatif dont les personnels sont susceptibles de bénéficier de la formation de formateurs en 2012. L'ARS proposera pour la région un pool interdisciplinaire et pluri-institutionnel de 8 personnes.

De même, il est nécessaire en lien avec les Conseils Généraux de renforcer le professionnalisme des intervenants du secteur de l'aide à domicile.

Par ailleurs, les formations de base d'AMP et d'aide-soignant dispensées par les Écoles ou Instituts de formation doivent être mieux adaptées aux évolutions des pratiques et des populations accueillies (ex: psychopathologie, troubles du comportement, autisme... évaluation, législation récente, bonnes pratiques...).

Le concours des écoles de travail social peut également être sollicité.

Enfin, l'offre actuelle de formation à destination des aidants est peu connue et peu développée en région. Le plan Alzheimer prévoit de renforcer cette formation. Dans ce cadre, l'ARS lancera un appel à candidature pour le déploiement de 46 actions de formation dès 2011.

Les défis qui se posent dans un contexte de mutation des emplois et des compétences impliquent à la fois l'ARS, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, l'Éducation Nationale, la DRJCS, l'Université, les partenaires sociaux, les employeurs, les fédérations, les OPCA et les associations. Il convient de mettre en place une animation locale avec le Conseil Régional afin de déterminer collectivement :

- Des éléments objectifs pour une meilleure connaissance des besoins et de la démographie des professionnels (action transversale avec le SROS)
- Les impacts à venir au regard de l'évolution de l'offre médico-sociale et sanitaire

- Les leviers financiers potentiels permettant de venir en appui de la programmation médico-sociale.

Pour les travailleurs handicapés, il serait nécessaire d'intégrer la valorisation des compétences, l'accompagnement de la formation et de la VAE dans un dispositif de coopération en région :

- De donner aux ESAT les moyens de développer une véritable politique de GRH des Travailleurs Handicapés,
- De développer un plan de formation qui soit considéré comme un enrichissement du parcours professionnel du travailleur handicapé au sein de l'ESAT et pas seulement lié à la sortie vers le milieu ordinaire de travail, il s'agit prioritairement de respecter son projet personnalisé.
- De veiller à la sécurisation du parcours professionnel.

Il convient également de prendre en considération la formation des professionnels des ESAT.

La co-construction d'un dispositif régional commun avec l'appui du PRITH et de l'AGEFIPH serait pertinent. Il conviendrait :

- D'évaluer et de mettre en lien les besoins, attentes des entreprises avec les projets personnalisés des travailleurs handicapés,
- D'assurer le suivi du travailleur handicapé au sein de l'entreprise pour pérenniser l'emploi.

IV. PRIORITÉS RÉGIONALES - LES ORIENTATIONS SECTORIELLES : MIEUX ACCOMPAGNER LE HANDICAP AUX DIFFÉRENTS AGES DE LA VIE

IV.1. LA PETITE ENFANCE : RENFORCER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE

La prise en charge a été abordée à partir de l'analyse de la situation des CAMSP. Les éléments de constats découlent d'une enquête menée par le CREAHL à la demande de l'ARS au cours du 1er semestre 2011.

Les constats et préconisations sont à mettre en relation avec la présentation dans le cadre du SROS sur la périnatalité.

IV.1.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

→ Les orientations nationales

La généralisation du dépistage dans la période prénatale ou périnatale est à l'origine d'une demande d'accompagnement et de soins de plus en plus précoce et pour un plus grand nombre d'enfants à risque ou en situation de handicap.

Ces soins et cet accompagnement ne peuvent pas toujours être assurés par les acteurs de « droit commun », c'est pourquoi une offre médico-sociale spécifique a été développée : les CAMSP.

Malgré leur fort développement depuis 20 ans, des inégalités territoriales d'accès à ces services persistent, liées à des problèmes de répartition sur le plan géographique, mais aussi à une inégale répartition des capacités d'intervention et de la pluridisciplinarité au sein de ces structures ou en articulation avec leurs partenaires, ne permettant pas la réalisation de l'ensemble des missions.

Une offre adaptée en CAMSP doit permettre de réaliser à la hauteur des besoins le dépistage et la prise en charge précoce pluridisciplinaire des enfants dès la naissance afin de favoriser le plein développement de leurs capacités.

Pour cela, il est nécessaire de les accompagner ainsi que leur famille, dans leur environnement, et ce, en articulation avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité et avec les structures d'accueil de droit commun des enfants de cette tranche d'âge (crèche et autres modes de garde, école maternelle).

→ Rappel du rôle et des missions des CAMSP :

Les CAMSP accueillent des enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental, ou présentant un risque de handicap.

Ils sont considérés comme des structures-pivots car ils se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles).

Leur vocation est d'être polyvalents, c'est-à-dire de s'adresser à tous les types de handicaps, mais

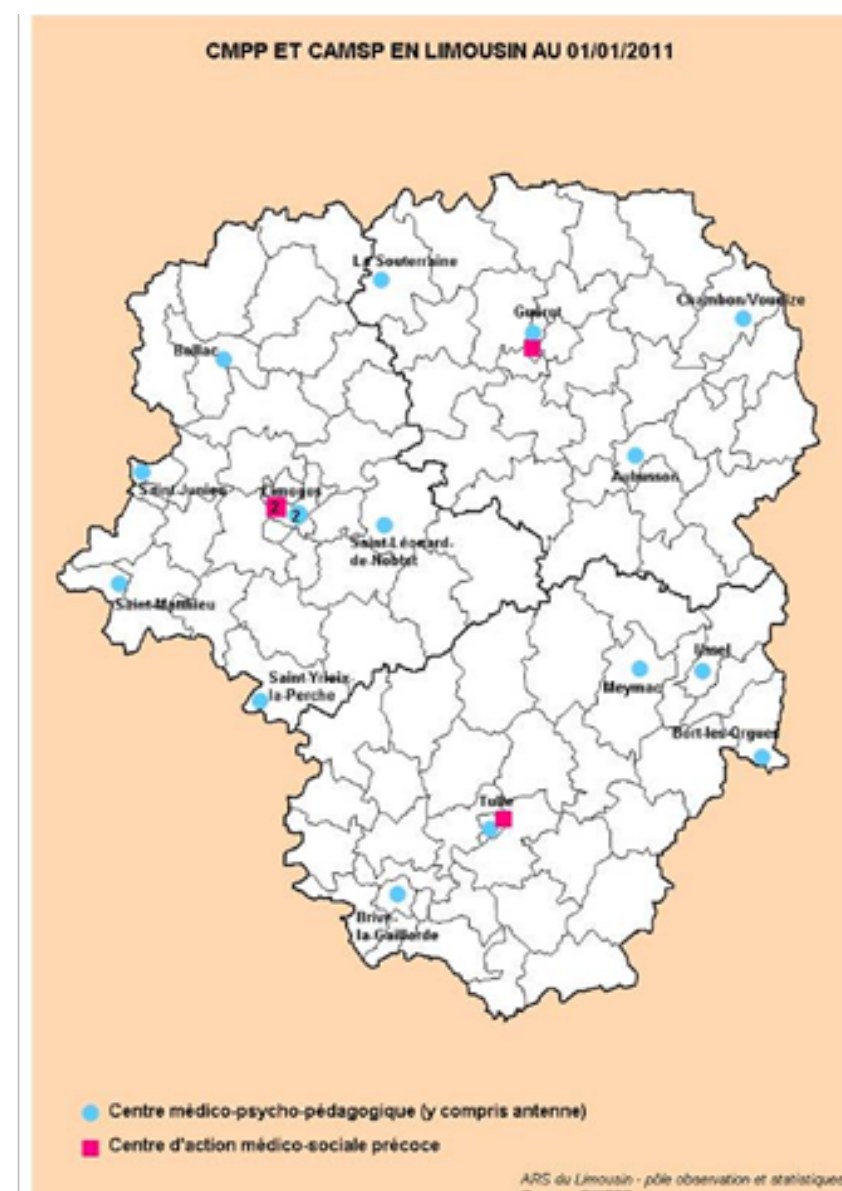
certaines ont un public plus délimité, par exemple, les enfants sourds.

- Le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou handicaps
- La prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps
- La cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps
- L'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant
- Le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative.

- Le personnel des CAMSP :

Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens.

La situation en Limousin



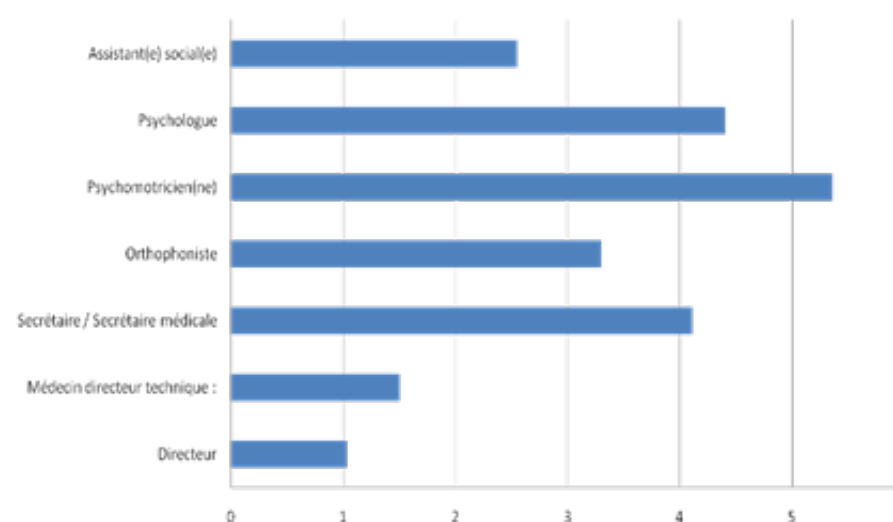
- Les agréments

La région compte 4 centres d'action médico-sociale précoce. Ils sont soit :

- Public pour la Corrèze géré par le Syndicat Inter Hospitalier Brive Tulle et Ussel (SIBTU)
- Privés et relevant de l'association des PEP en Creuse et en Haute Vienne et l'association ALSEA en Haute-Vienne.

- Présentation des plateaux techniques

spécialités professionnels présentes dans tous les CAMSP



Certaines spécialités sont présentes dans les CAMSP ou parfois mobilisées dans le cadre d'un partenariat. Les effectifs sont relativement homogènes entre 6.6 ETP et 8 ETP. Il est à noter globalement une difficulté d'accéder à certaines spécialités (pénurie de kinésithérapeutes et d'orthophonistes notamment)

- Évolution des files actives

Département	Démographie 0 – 6 ans (INSEE)	Somme des files actives	Rapport
Haute Vienne	26 571	438	1,65 %
Creuse	7 657	140	1,83 %
Corrèze	16 374	124	0,76 %

- Les activités assurées par les CAMSP – Éléments d'analyse -

Au regard des missions réglementaire sus évoquées, la situation se présente comme suit :

- **Le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou handicaps.** Cette mission est assurée par l'ensemble des structures, certaines d'ailleurs plus fortement en raison de la présence de pédiatre ou pédopsychiatre au sein de leur équipe, ou de par une coopération avec les services hospitaliers,

- **La prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps.** Il en va de même sur cette fonction qui est investie par l'ensemble des CAMSP,
- **La cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps.** Cette mission est assurée là encore par l'ensemble des CAMSP, très récemment pour celui de la Corrèze,
- **L'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant.** Cette mission est assurée dans des configurations variables par l'ensemble des CAMSP (soutien psychologique, annonce du handicap, accompagnement de parents et pour certains activités de groupe...),
- **Le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative.** Tous les CAMSP ont investi la mission « soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative » et mettent en œuvre les 2 domaines d'interventions indirectes dans les écoles et dans les lieux d'accueil de la petite enfance (sur 7 domaines).

Deux CAMSP mettent en œuvre le domaine d'intervention indirecte auprès des professionnels des lieux de socialisation et de scolarisation. Un CAMSP a pour projet le détachement d'une institutrice détachée de l'Éducation Nationale.

- Analyse de l'activité en fonction des âges

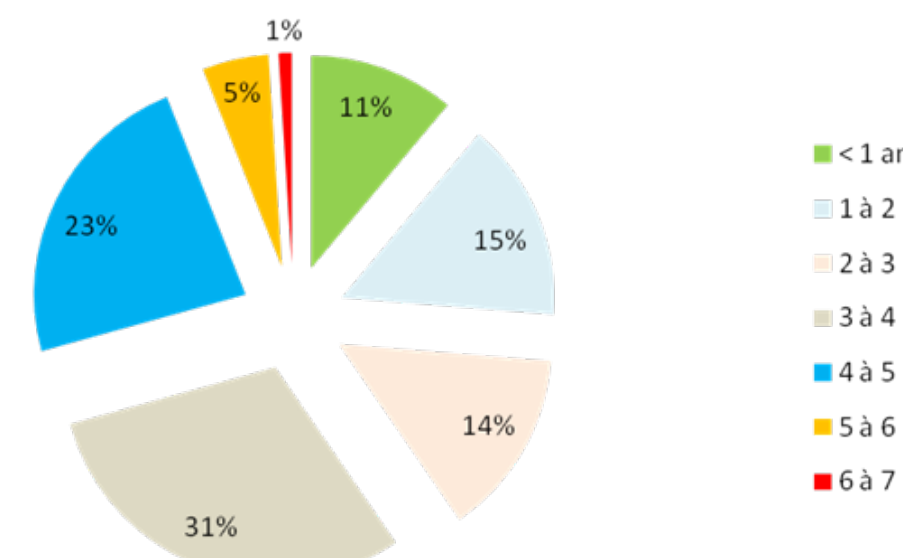
La précocité de l'accueil apparaît relative.

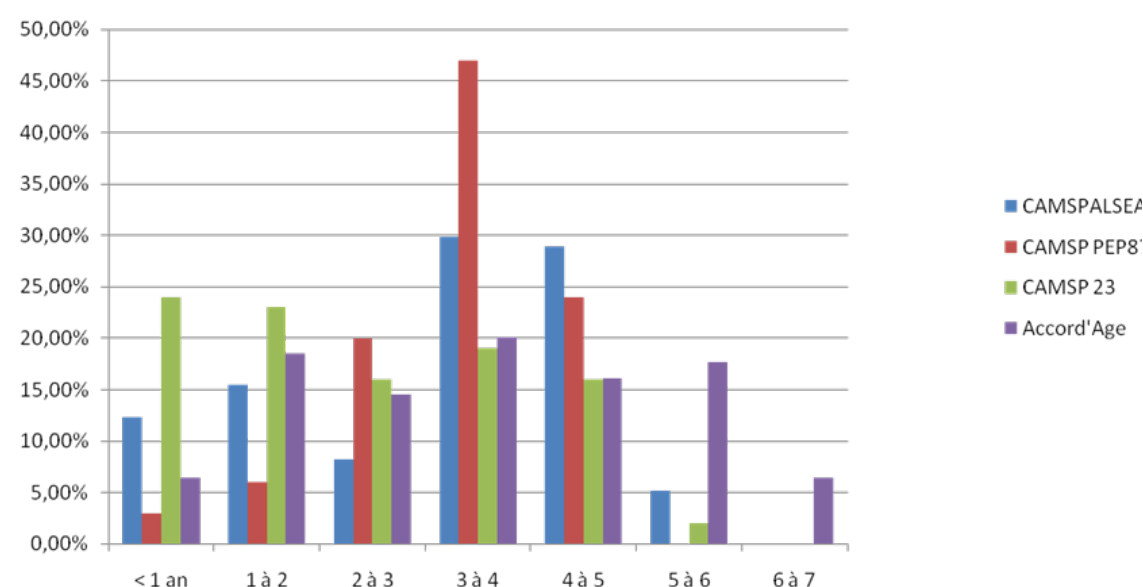
Plus de 60 % des enfants ont plus de trois ans au moment de leur admission au CAMSP (sauf pour un CAMSP où 50 % des enfants entrent après 2 ans) ce qui paraît assez tardif et correspond le plus souvent à une arrivée en milieu scolaire.

Les délais d'attente sont assez longs entre 1 et 4 mois pour une première rencontre et entre 4 et 8 mois pour un premier soin.

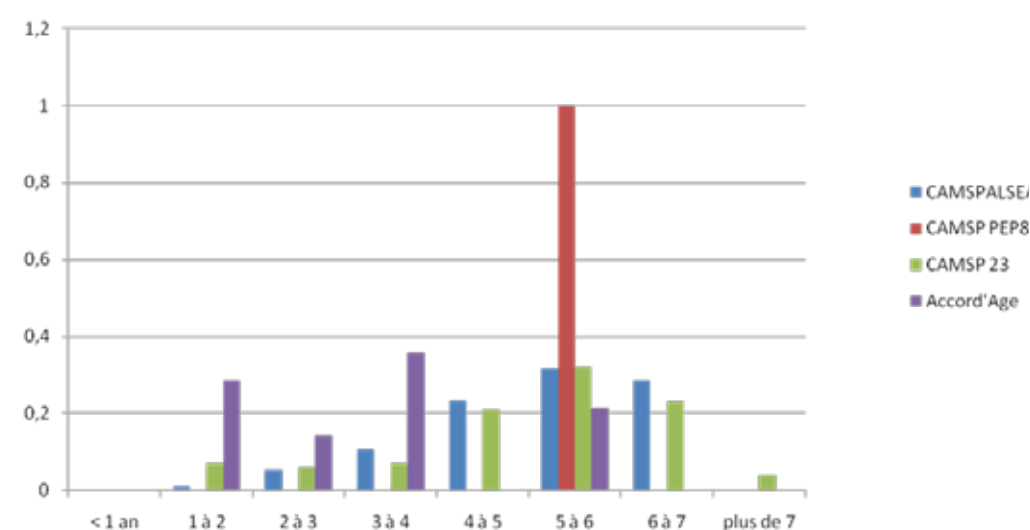
Il est à noter que les caractéristiques sont peu homogènes d'un CAMSP à l'autre ainsi qu'en témoigne le tableau ci-dessous.

Âge à l'entrée



Âge d'entrée : des caractéristiques peu homogènes d'un CAMSP à l'autre

Pour l'âge de sortie, les caractéristiques sont également peu homogènes.

Âge de sortie : des caractéristiques peu homogènes d'un CAMSP à l'autre**- Le suivi systématique des prématurés : des pratiques différentes entre les 3 départements**

Il est organisé de la façon suivante :

- En Haute-Vienne : à moins de 29 semaines
- En Creuse : à moins de 34 semaines
- En Corrèze : à moins de 33 semaines

Pour la Haute-Vienne : un suivi systématique est mis en place depuis 2006 dans le cadre de la mise en œuvre du plan périnatalité. Mais il s'agit d'un choix contraint compte tenu de la file active.

Des moyens supplémentaires seraient nécessaires pour la réalisation de bilans entre 29 semaines et 34 semaines et notamment un temps supplémentaire en psychomotricité et de psychologue.

D'une manière générale, le travail en amont avec les services de la néonatalogie est fondamental pour faciliter l'information et l'adhésion des familles et éviter les situations de rupture.

- Une priorisation des enfants présentant plusieurs déficits

Les enfants présentant un seul déficit sont réorientés. Les CAMSP prennent en charge les enfants présentant plusieurs déficits ou des situations complexes.

Les CAMSP sont des structures pivots qui sont amenés à travailler avec de nombreux partenaires. La coordination apparaît essentielle. Or à ce jour à la différence de la périnatalité, il n'existe pas de lieu de coordination formalisé.

- Une couverture territoriale perfectible

Si la couverture territoriale apparaît satisfaisante, il convient d'observer que pour certains enfants les temps de transport peuvent être importants notamment sur les zones plus défavorisées (zones de Bellac, d'Ussel, et pays des Combrailles).

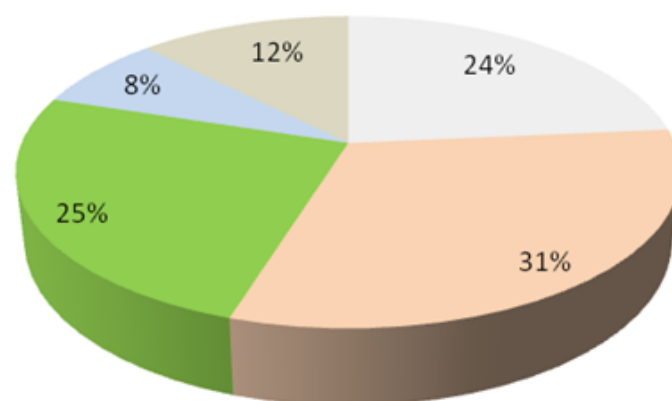
En Creuse, notamment, plus de la moitié des enfants pris en charge au CAMSP sont à plus de 60 minutes, 44 % pour la Corrèze et 30 % pour la Haute Vienne.

- Principales tendances en matière d'orientation

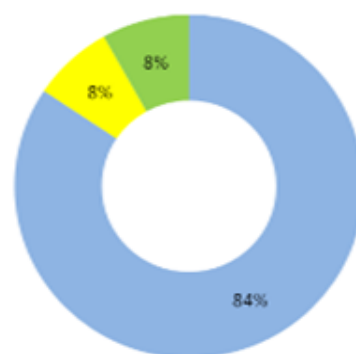
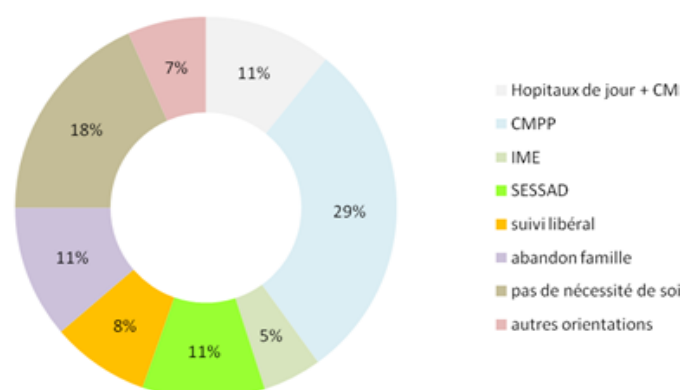
Le secteur sanitaire joue un rôle important dans les orientations vers les CAMSP :

qui oriente

PMI néonatal, mater, pédiatrie écoles, crèches parents autres

**orientation intégration**

école ordinaire IME autres

**Orientation soin à la sortie**

Près de 60 % sont suivis en milieu ordinaire (CMPP SESSAD, CMP...) et 18 % n'ont plus de besoin. Les orientations en IME sont de 5 %.

Pour certains enfants l'intégration scolaire peut correspondre à ½ journée hebdomadaire.

La situation des jeunes de 6-7 ans mérite une attention particulière. C'est en effet l'âge des apprentissages scolaires. Il y a un risque de perte de chance en l'absence de soins et de prise en charge globale pour ceux qui en ont besoin.

L'adhésion des familles et leur acceptation du handicap peut générer des difficultés dans la préparation de l'orientation à la sortie.

**- La prise en charge des familles vulnérables :
un besoin de coordination avec les services de PMI**

La prise en charge des enfants issus de milieux défavorisés doit induire un travail rapproché avec les services de PMI et les services sociaux des départements.

Les services de PMI souhaitent également que les CAMSP se déplacent sur le terrain au sein des MSD/UTAS/UTASM, pour la consultation et le dépistage.

Il est proposé de réfléchir aux modalités de mise en place d'équipes mobiles et à des prises en charge personnalisées articulant IME et Hôpital de jour.

IV.1.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

La place des CAMSP dans le dispositif de prévention et d'accompagnement des jeunes enfants est largement reconnue. Maillon essentiel de la chaîne, les CAMSP sont confrontés à des demandes fortes et diverses auxquelles ils ne sont pas toujours en capacité de répondre.

La précocité de l'intervention reste un élément clé. Elle pose la question des délais d'attente souvent trop longs pour un premier rendez vous et pour un premier soin.

L'analyse de l'activité met en évidence des disparités de pratiques assez fortes entre les CAMSP. S'ils assurent tous quasiment l'ensemble des fonctions réglementaires, leur fonctionnement, leur mode d'organisation et leurs publics peuvent être sensiblement différents.

La situation apparaît cependant contrastée. Elle est tendue sur la Haute Vienne avec des files actives importantes.

L'analyse des files actives met en évidence également des disparités assez fortes plaidant pour une remise à plat des moyens et une allocation plus optimale en fonction de l'activité constatée.

Des coopérations, des rapprochements sont à envisager pour optimiser l'offre.

La question des orientations post CAMSP et de leur effectivité est un point essentiel. Il convient de garantir une meilleure fluidité des parcours. La multiplicité des intervenants impose une coordination organisée entre les différents acteurs pour faciliter cette fluidité.

Sur les aspects financiers, les règles actuelles sont inadaptées pour certaines prises en charge en libéral ou avec d'autres structures. Les CAMSP se voient ainsi opposer des refus par les Caisses d'Assurance Maladie pour des prestations complémentaires dont l'externalisation est à défaut d'autres possibilités le seul recours envisageable.

IV.1.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

1 - La mise en place d'une instance de coordination des soins concernant la petite enfance

Les demandes de soins pour les 2-7 ans se font auprès de structures surchargées, ce qui entraîne des délais d'attente assez longs et par voie de conséquence des abandons ou des orientations inadéquates. D'une manière générale, la précocité des prises en charge est de nature à garantir la réduction des troubles. La temporalité est donc à prendre en compte de manière déterminante pour ces enfants.

Beaucoup de jeunes enfants sont suivis par des structures différentes (CAMSP, PMI, IME, SESSAD...) qui recueillent des éléments précieux pour mieux cerner l'étendue des besoins et permettre une prise en charge dans des conditions plus satisfaisantes.

Aussi, la multiplicité des intervenants relevant d'horizons institutionnels divers doit pouvoir être mieux coordonnée. La fluidité des parcours, une prise en charge plus rapide, plus globale implique de définir des filières d'orientations adaptées et pertinentes. Ceci peut permettre d'éviter des diagnostics redondants.

Ceci suppose que cette instance regroupe outre les CAMSP à minima la PMI, la pédopsychiatrie, les CMPP, les SESSAD et Instituts (IME, ITEP) prenant en charge des jeunes enfants. De plus dans des conditions à déterminer, certains services de spécialité peuvent y être rattachés.

La réflexion porte sur 2 niveaux :

- Un niveau régional de coordination des acteurs. Il s'agit là de mettre autour de la table toutes les institutions intervenant à un titre ou à un autre auprès des jeunes enfants afin de définir les conditions d'une meilleure fluidité des parcours et de suivi des enfants selon la nature parfois cumulative de leurs troubles
- Un niveau départemental, plus opérationnel et plus centré sur les situations individuelles en lien avec les MDPH. C'est également à l'échelon départemental qu'il importe de mieux organiser les filières de la petite enfance grâce à ce travail collectif qui permettra de mieux mesurer les besoins, les listes d'attente et d'envisager une répartition des rôles et des complémentarités judicieuses.

En tout état de cause, il conviendrait que cette instance, qui pourrait être nommée Commission Départementale, concerne également les enfants jusqu'à l'âge de 7 ans. La période du cours préparatoire et des apprentissages fondamentaux est en effet cruciale et permet de mieux poser des diagnostics et les indications thérapeutiques nécessaires.

Ce rapprochement des acteurs faciliterait la centralisation des données et une vision de la réalité des listes d'attente et de l'origine géographique des enfants suivis. Il permettrait d'apprécier aussi les inégalités territoriales et les mesures correctrices à mettre en place. L'ARS pourrait assurer le pilotage de cette instance.

2 - La réduction des délais d'attente en CAMSP et une meilleure fluidité des parcours

L'existence de délais d'attente assez longs constitue une réelle difficulté. Aussi il importe d'envisager une offre médico-sociale afin d'agir sur cette contrainte particulièrement préjudiciable pour certains enfants.

La mise en place de l'instance sus évoquée doit permettre d'une part une meilleure connaissance et objectivation des délais d'attente des CAMSP et des autres structures et d'autre part d'agir sur l'optimisation des filières de soins.

Plusieurs facteurs peuvent concourir à cette optimisation des soins :

- Il apparaît en effet que le passage par un CAMSP n'est pas toujours requis, certaines prise en charge peuvent relever des services de la PMI pour les plus jeunes voire de services plus spécialisés. La commission départementale sus évoquée doit permettre de mettre en œuvre les orientations pertinentes
- De même les bilans sont parfois effectués à plusieurs reprises par des intervenants. Là encore des procédures et des systèmes d'informations partagés sont à mettre en place.

L'évolution à court et moyen terme doit permettre de mieux structurer les filières d'amont particulièrement avec les services de PMI et d'aval avec les SESSAD et CMPP en lien avec les MDPH. Il semble utile de formaliser les complémentarités entre ces différents services.

Là encore la mise en place de l'instance de coordination sus mentionnée doit faciliter cette fluidité des parcours par un travail « en routine » des différents établissements et services et la gestion partagée des situations complexes.

La réflexion conduite sur l'évolution des structures médico-sociales, notamment les SESSAD doit permettre d'envisager les adaptations à conduire de l'offre de services pour garantir une meilleure réponse aux besoins.

La limitation des durées d'attente suppose que l'enfant pris en charge par les CAMSP et pour lesquels des poursuites d'activité doivent être engagées puisse trouver les relais nécessaires. Il conviendra d'apprécier, dans ce cadre, l'éventuel besoin de places de SESSAD supplémentaires et de programmer par redéploiement ou par création les extensions nécessaires.

3 - La révision des agréments des CAMSP et une meilleure adéquation missions – moyens

La comparaison des agréments des 4 CAMSP et le décalage pouvant exister avec leur activité réelle conduisent à préconiser une remise à plat de leurs agréments. Ceux-ci doivent être également en conformité avec leur capacité.

Les CAMSP ne peuvent intervenir sur tous les champs. Ils doivent par contre tous être en capacité d'assurer une fonction diagnostique et thérapeutique et ce en tant que de besoin avec une équipe ressource régionale (accès à certaines spécialités).

Le travail de mise à plat des agréments et des missions incombant à chaque structure, l'analyse de leur file active ainsi que la définition des complémentarités à mettre en place doivent permettre de définir les ressources nécessaires des différents CAMSP.

La révision des agréments doit correspondre à l'activité réelle des CAMSP afin de leur permettre :

- De mobiliser des moyens supplémentaires et de réduire les délais d'attente
- De répondre au flux des demandes
- De déterminer les informations communes à recueillir et à compiler en vue d'améliorer la mesure de l'activité des CAMSP sur les plans quantitatif et qualitatif.

C'est dans ce contexte que pourront être programmés au travers des PRIAC en tant que de besoin des moyens nouveaux leur permettant d'assurer pleinement leurs missions.

Ces évolutions sont bien évidemment à envisager avec les conseils Généraux qui sont co-financiers de ces établissements médico-sociaux.

4 - Un rapprochement des deux CAMSP de la Haute Vienne

Dans le département de la Haute-Vienne, l'existence de deux CAMSP implique de définir les relations de complémentarité avec eux.

Les deux services sont invités à envisager sous l'égide de l'ARS les modalités de leur rapprochement qui devra être formalisé par un portage juridique adapté.

5 - Un meilleur dépistage de certains handicaps, des partenariats à renforcer

La précocité du dépistage doit être recherchée pour certains types de handicaps afin de « maximiser les chances » des enfants voire des bébés concernés. Cela vaut pour les handicaps sensoriels notamment. Une réflexion régionale doit être engagée dans la perspective de garantir une intervention le plus en amont possible et également une bonne couverture territoriale. Ces interventions doivent se faire dès les maternités.

Il importe que les CAMSP envisagent leurs modalités de collaboration avec les services spécialisés notamment l'ARES.

Il en va de même pour les handicaps moteurs, un partenariat doit pouvoir être renforcé entre les CAMSP et l'APF pour faciliter la précocité des dépistages et fluidifier les filières de prise en charge par des relations régulières, des coopérations et des mutualisations de plateaux techniques.

De même il convient d'harmoniser les pratiques en matière de suivi des enfants prématurés.

6 - Un maillage territorial et des interventions accrues des CAMSP auprès des familles en difficultés au travers des contrats locaux de santé

Une réflexion doit être engagée sur le développement d'antennes ou d'équipes mobiles afin :

- D'apporter une réponse de proximité sur les territoires non pourvus
- De réduire les temps d'attente dans les sites existants.

Le rôle des CAMSP et leur condition d'intervention peut être inscrite dans les contrats locaux de santé et d'une manière générale avec les services sociaux de proximité.

IV.2. LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DÉFICIENTS INTELLECTUELS : ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE AUX BESOINS

L'Organisation mondiale de la santé, dans sa Classification internationale des maladies (CIM-10), définit le **retard intellectuel** comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.

IV.2.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Le Limousin dispose de 1048 places pour accompagner les enfants déficients intellectuels répartis en 244 places de SESSAD et 804 lits et places d'IME.

La Haute-Vienne présente la particularité d'orienter un certain nombre d'enfants hors département. En effet, au 01/11/2010, selon les données de la MDPH : sur 82 jeunes atteints de déficience intellectuelle, 64 sont orientés dans des structures de Creuse, 12 dans celles de Corrèze, 6 dans des départements hors région.

Par ailleurs, le Limousin accueille 15,8 % d'enfants originaires d'autres régions (données de l'enquête ES 2006).

Les taux d'équipement du Limousin sont supérieurs à la moyenne nationale notamment pour le département de la Creuse. La Haute-Vienne a un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale (cf. supra chapitre II).

La région présente des écarts infra régionaux importants sur le champ des personnes handicapées, la Creuse et la Corrèze présentant des taux d'équipement plus favorables que la Haute-Vienne.

Depuis 5 ans, les accompagnements en IME restent stables (+1 %) tandis qu'en SESSAD, l'évolution est très importante et atteint +41 %.

Des efforts de diversification de l'offre ont été conduits depuis 2008, la part des SESSAD représente 30 % et est équivalente au chiffre national.

Les places en internat représentent plus de 60 % (source CNSA) ce qui situe la région au-delà de la moyenne nationale de 40 % avec des disparités infrarégionales réelles (% important en Creuse et Corrèze, bien moindre en Haute-Vienne).

Des listes d'attente existent pour certains établissements et SESSAD de la région. S'agissant de la filière d'amont, le passage en SESSAD après l'accompagnement par le CAMSP manque de fluidité (voir fiche petite enfance). En ce qui concerne les « amendements Creton », le nombre de jeunes concernés est en nette diminution ces dernières années.

La loi du 11 février 2005 dans le prolongement de celle du 2/01/2002 met en avant les projets personnalisés des enfants.

La loi HPST invite à tenir compte des habitudes de vie et des souhaits des usagers et de leur famille.

Toutes ces évolutions impactent fortement les établissements (IME) qui accueillent des enfants présentant une déficience intellectuelle légère et/ou moyenne notamment.

Parallèlement il faut tenir compte de l'évaluation des besoins avec des jeunes présentant outre une déficience intellectuelle des troubles associés.

L'enjeu du SROMS est donc de conduire des adaptations permettant de répondre à des besoins diversifiés et évolutifs.

Les exigences de qualité, le développement des axes de prévention doivent également guider les évolutions du secteur.

Enfin il convient d'envisager des propositions pour les jeunes en aménagement « Creton » en lien avec les Conseils Généraux.

Les tableaux joints répertorient l'offre médico-sociale pour enfants déficients intellectuels en Limousin (lits et places installés au 01/01/2011, source : données FINESS)

SESSAD

Corrèze	
Costenègre Brive	31
GI Leclerc Tulle	18
Pistach'Tulle (ttes déficiences)	24
Ussel	11
Total	84
Creuse	
Pierre Louchet Felletin	35
Guéret	17
La Souterraine	15
Total	67
Haute Vienne	
Théodore Bac Limoges	72
APAJH Limoges	6
St Junien	15
Total	93

soit un total de **244 places** pour la région.

IME	Internat	Semi-internat
Corrèze		
Puymaret Malemort	22	38
Meyssac	55	45
Georges Pompier Ste Fortunade	50	15
La Peyrotte Ussel	22	5
Total	149	103
Creuse		
D. Forestier Felletin	30	20
La Ribe Le Grand Bourg	45	5
Grancher Guéret	46	9
Monteil au Vicomte	47	3
La Roseraie La Souterraine	35	15
Total	203	52
Haute-Vienne		
René Bonnefond Eyjeaux	35	46
Bayles Isle	30	66
St Junien	10	30
Lascaux St Laurent Les Eglises	30 internat 17 hébergement éclaté 3 placement familial	30
Total	125	172

soit un **total de 804** lits et places répartis en **477** lits d'hébergement et **327** places de semi-internat.

IV.2.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

L'accompagnement des jeunes déficients intellectuels au regard de la loi du 11 février 2005 est un enjeu majeur en terme d'inclusion scolaire. Dans ce contexte, il est nécessaire d'envisager des évolutions de l'offre de service afin de répondre aux besoins et garantir un accompagnement de qualité.

Il sera donc important de mieux repérer les besoins via les MDPH afin de cerner au plus près leur évolution et répondre à la demande.

Un autre enjeu important consiste à améliorer l'accompagnement des enfants déficients intellectuels, à mettre en place des actions qui permettent la fluidité de leur parcours de vie. Dans ce contexte, les structures SESSAD, IME-IMPRO doivent optimiser leur fonctionnement. Une coordination des différents acteurs du secteur médico-social avec l'Éducation Nationale et une évolution des pratiques professionnelles sont nécessaires.

Afin de mieux répondre aux besoins et à l'évolution de ce public, une plus grande diversification dans les propositions de modes d'accueil est nécessaire (temps partiel en internat, aménagement de la période d'ouverture).

Par ailleurs, le dispositif régional actuel en terme de capacité paraît suffisant au regard des besoins. Néanmoins, il existe un déséquilibre infra régional. Les enjeux consistent à procéder de manière marquée à un rééquilibrage infra régional en faveur de la Haute-Vienne. Au-delà de ce rééquilibrage, la réduction des disparités entre coûts à la place pour des établissements offrant des prestations semblables doit être envisagée.

De plus, des adaptations de structures, des dispositifs permettant des accompagnements spécifiques sont nécessaires pour mieux répondre aux attentes des usagers.

Le secteur médico-social doit s'adapter à ce nouveau contexte et prendre en compte les souhaits des familles.

Les parcours personnalisés doivent induire des évolutions structurelles au sein des établissements et services médico-sociaux.

IV.2.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Outre les axes développés par ailleurs dans le SROMS en ce qui concerne :

- La scolarisation (fiche « scolarisation »)
- Le développement de la prévention (chapitre III, Les priorités régionales)
- Les formations adaptées au secteur sanitaire, médico-social et social (chapitre III, Les priorités régionales)

Les priorités suivantes sont développées :

1- Accroître et diversifier l'offre de service ambulatoire et privilégier la transformation de places d'établissements en places de SESSAD en réponse aux objectifs de la loi de 2005

1.1 Optimiser la couverture territoriale des SESSAD, prévoir la mise en place de SESSAD dans les zones non couvertes, envisager les regroupements nécessaires.

1.2 Diversifier la palette de réponses en structures SESSAD avec par exemple la mise en place de dispositifs d'accompagnement destinés aux 16-20 ans (SESSAD « pro » pour les jeunes sortant d'ULIS, IMPRO, SEGPA, SESSAD). S'agissant d'insertion professionnelle, une coordination avec les Missions Locales est souhaitable.

1.3 Mutualiser les ressources des établissements et services :

- Ressources humaines : temps partagé de diététicien, qualicien, orthoptiste, formations mutualisées sur des thèmes précis (ex : les pratiques professionnelles, les actions de prévention)
- Ressources matérielles : moyens de transports (appels d'offre communs pour négocier les tarifs), locaux, maintenance informatique, balnéothérapie, salle Snoezelen.

2 - Optimiser l'accompagnement et la fluidité des parcours des enfants déficients intellectuels

2.1 Mieux préparer les jeunes à l'entrée en structures pour adultes ou à la vie professionnelle ordinaire par le renforcement des possibilités de stage et le développement des échanges entre établissements et services (enfants/adultes).

2.2 Apporter plus de souplesse dans le mode d'accompagnement des jeunes avec la mise en place de formules « à la carte » en fonction du projet de vie du jeune : temps partiel en internat, aménagement de la période d'ouverture annuelle, de l'amplitude quotidienne, accueil certains week-end, accompagnements en période de vacance scolaire. Ces réponses plurielles qui commencent à se pratiquer dans certains établissements nécessitent d'être actées dans le projet d'établissement. A cette occasion, des agréments pourront être revus.

2.3 Développer un accompagnement en périscolaire. A cet effet, les établissements et services peuvent organiser des séjours d'une ou plusieurs journées. Ces séjours peuvent se concevoir hors famille, hors institution, en petits groupes, sur des thèmes d'ouverture au monde et d'adaptation du jeune à son environnement de loisirs culturels et sportifs.

2.4 Promouvoir à la mise en place de structures intermédiaires entre le soin et l'éducatif. L'objectif est d'éviter les hospitalisations par défaut dans des structures psychiatriques pour adultes de jeunes déficients intellectuels avec des troubles psychiques. Malgré l'existence d'un certain nombre de dispositifs (accueil en hôpital de jour, suivi par le CMPP ou l'inter secteur de pédopsychiatrie) des inadéquations persistent auxquelles il convient d'apporter des solutions. Un renforcement de la coopération entre la pédopsychiatrie et les établissements ou services compétents (IME et autres services) est nécessaire.

2.5 Poursuivre et développer les actions de promotion de la santé, favoriser l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé sachant que l'aspect prévention est d'ores et déjà correctement pris en compte dans les établissements et services : visites médicales, travail sur l'hygiène, la sexualité, les addictions.

3 - Mieux répartir l'offre sur le territoire

3.1 Procéder à une meilleure répartition territoriale de l'offre et réduire les déséquilibres entre les trois départements. L'analyse des besoins met en évidence des insuffisances de places sur la Haute-Vienne.

Parallèlement certains établissements de la région (Creuse et Corrèze) sont amenés à procéder à des recrutements de jeunes résidant en Haute-Vienne.

La Haute-Vienne devra bénéficier de places d'IME par redéploiement de l'offre existante sur les départements de la Creuse et de la Corrèze, et ceci compte tenu de la sous-activité constatée dans certaines structures de ces départements.

3.2 Réduire les disparités entre coûts à la place pour des ESMS offrant des prestations semblables.

IV.3. LES INSTITUTS THÉRAPEUTIQUES ÉDUCATIFS ET PÉDAGOGIQUES : DES RÉPONSES ADAPTÉES AUX JEUNES CONCERNES

IV.3.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

La région compte 3 ITEP, un dans chaque département.

• **En Corrèze** : L'ITEP de Liginac relevant de l'association LIMAREL.

Cet établissement a une capacité de **63 places** pour enfants adolescents et jeunes adultes en internat. Il y a deux sites à Liginac pour 51 enfants et à Brive pour 12 jeunes de 12 à 18 ans. L'établissement est ouvert 211 jours sur l'année.

• **En Creuse** : L'ITEP d'Évaux les Bains relevant de l'association ALEFPA : **36 places**.

Il comprend une section ITEP de 32 places à Évaux les Bains et une section ITEP dite pro de 4 places à Guéret.

Toutes les places sont en internat. L'établissement est ouvert 202 jours sur l'année

• **En Haute-Vienne** : L'ITEP Suzanne Léger compte **67 places** dont 61 places en hébergement modulable (séquentiel, temporaire et internat de semaine) et 6 en accueil de jour

- 35 places se situent en secteur urbain ou semi urbain (soit 6 à Couzeix, 6 à Saint Junien, 6 à Landouge, 6 à Limoges Le Puy Las Rodas et 5 au Dorat). Les places d'accueil de jour sont à Limoges

- 32 places sur le site du Prat à Oradour Saint Genest.

L'ITEP Suzanne Léger a également un service de soins et d'éducation spécialisée à domicile de 15 places en 2011 dont la capacité va passer à 16 au 1er janvier 2012 pour des garçons et filles de 0 à 20 ans. L'établissement est ouvert de 208 à 210 jours sur l'année.

La population prise en charge :

- **Par tranche d'âge** (source : rapport d'activité 2010)

	ITEP 19	ITEP 23	ITEP 87	TOTAL
6-7 ans		5	3	8
8-9 ans	7	2	3	12
10-11 ans	6	6	13	25
12-13 ans	19	8	18	45
14-15 ans	22	6	23	51
16-18 ans	8	6+3 (pro)	1	18
+16 ans	2	3 (pro)	0	5
TOTAL	64	33+6 = 39	61	164

- Par sexe :

- L'ITEP de Liginiac a un agrément mixte pour prendre en charge des jeunes de 8 à 18 ans. Le public recueilli est très majoritairement masculin (89 % de garçons en 2010 et 11 % de filles)
- L'ITEP d'Évaux les Bains et son antenne de Guéret n'accueillent que des garçons
- L'ITEP Suzanne Léger a un agrément mixte

Origine Géographique :

Pourcentage de jeunes selon leur provenance (Source rapport d'activité 2010)

Origine	ITEP 19	ITEP 23	ITEP 87
Département	75 %	29 %	65 %
Région Limousin	6 %	5 %	0 %
Autres régions	19 %	66 %	35 %

La scolarisation :

Chaque ITEP dispose d'une unité d'enseignement qui prévoit les modalités et les lieux de scolarisation des enfants et des jeunes, soit en primaire, soit en secondaire. Ces unités d'enseignement prévoient également les modalités d'enseignement pré professionnelles.

IV.3.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Au regard des besoins, le dispositif en termes de capacité apparaît suffisant. Néanmoins il recèle des inadaptations.

En effet, les 3 ITEP sont positionnés (pour partie pour la Haute-Vienne depuis la délocalisation de plus de la moitié de ses places) en zone rurale relativement isolée.

Les locaux sont inadéquats, souvent onéreux et nécessitent des dépenses d'investissement pour être mis aux normes de sécurité et de confort. L'éloignement génère également des frais de transport.

Concernant les missions réglementaires des ITEP telles que prévues par le décret 2005-11 du 6 janvier 2005 et explicitées par la circulaire du 14 mai 2007, la conjugaison d'actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques est dans ses différentes dimensions partiellement assurée compte tenu des moyens et des plateaux techniques des structures.

De même, les coopérations institutionnelles existantes avec le secteur de la pédopsychiatrie notamment sont assez inégales selon les territoires.

Des liens étroits existent avec l'Éducation Nationale dans le cadre de la déclinaison des différentes modalités de scolarisation en intra et en extra établissement ainsi qu'à temps complet ou à temps partiel.

S'agissant des modes de prises en charge, certains manques peuvent être relevés dans l'organisation actuelle par exemple :

- Pour les jeunes enfants : les modalités actuelles ne sont pas toujours adaptées (éloignement, internat)
- Pour les filles : peu de possibilités dans les structures actuelles.
- Pour les jeunes adultes : les filières professionnelles sont insuffisantes. Elles constituent de véritables atouts à un temps charnière.

IV.3.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Ces différents éléments conduisent à formuler un certain nombre de préconisations en vue d'assurer une meilleure réponse aux besoins.

1 - Une prise en charge adaptée pour les plus jeunes enfants (4-8 ans)

L'entrée au cours préparatoire constitue une période importante. Pour les enfants confrontés à des troubles du comportement, les difficultés d'acquisition scolaire et de socialisation sont mieux appréhendées et caractérisables au moment des apprentissages fondamentaux.

La précocité de l'intervention est de nature à mieux prévenir l'aggravation des troubles psychologiques et à permettre la poursuite normale d'une scolarisation.

Les réponses à apporter doivent tenir compte du jeune âge et de l'environnement socio affectif des enfants. Le rôle et la participation des parents est naturellement majeur dans l'évolution du développement de l'enfant.

Pour les jeunes enfants, il convient de privilégier des interventions de soutien à domicile ou en accueil de jour. L'internat constitue une modalité de prise en charge adaptée mais qui doit être réservée à certaines situations. Il convient de préserver des capacités d'accueil à ce titre.

En tout état de cause les actions doivent être personnalisées et ajustables en fonction des situations et de leur évolution. Ceci implique également une proximité.

Parallèlement il importe d'être organisé au sein de chaque département pour permettre une prise en charge rapide.

Aussi chaque ITEP doit mettre en œuvre des modalités de fonctionnement qui répondent à cette nécessité.

2 – Privilégier la modularité de la prise en charge dans le droit fil des orientations de la loi de 2005

La pluralité, la diversité et d'une certaine façon la croissance des besoins doivent être appréhendés pour construire des réponses circonstanciées et ajustables.

Parallèlement dans ce secteur, peut être plus que dans d'autres, le découloignement et le partenariat sont impératifs entre tous les acteurs concernés.

C'est aussi tout le sens des orientations de la loi de 2005 qui doit trouver une application concrète pour ces enfants et adolescents ayant des troubles du comportement.

Aujourd'hui les structures doivent concentrer leurs actions sur le parcours de l'enfant et de l'adolescent et permettre des allers-retours successifs entre des lieux adaptés et le domicile ou le « droit commun ».

Dans ce contexte, il faut construire des réponses plurielles notamment par la mise en place :

- D'interventions à domicile
- D'accueils de jour
- De prise en charge séquentielle
- De prise en charge dans des unités de vie « délocalisées » de proximité afin de prévoir le maintien des liens avec les familles et conserver également les possibilités de scolarité dans les établissements scolaires d'origine. Ces structures concernent essentiellement les zones urbaines ou semi urbaines.

En tant que de besoin, pour répondre à cette évolution, les agréments des ITEP seront revus dans le cadre du présent SROMS. L'ITEP Suzanne léger a déjà largement mis en place ces préconisations.

3 – Prévoir la mise en place de SESSAD dans les zones non couvertes

L'intervention à domicile pour certains enfants et adolescents apparaît pertinente. Elle doit pouvoir se mettre en place dans la région au-delà des zones actuellement couvertes. Or actuellement certains territoires ne sont pas desservis. C'est le cas de la Corrèze et d'une partie de la Creuse.

Chaque département doit disposer de places de SESSAD identifiées pour les jeunes présentant des difficultés psychologiques.

La création de ces places peut s'envisager par création, extensions de services existants, notamment en Creuse ou redéploiement de places d'internat.

Des conventions entre les SESSAD doivent également être mises en place dans une démarche de complémentarité et en vue d'assurer une réponse aux besoins en optimisant les ressources. Là encore les agréments peuvent être assouplis pour permettre à des SESSAD de prendre en charge des enfants ayant des difficultés comportementales.

4 - Une mise en conformité des conditions techniques et d'organisation de fonctionnement des équipements (cf. Décret du 6 janvier 2005)

Les ITEP doivent conjuguer des actions thérapeutiques éducatives et pédagogiques. Ces trois dimensions sont interdépendantes.

Actuellement les établissements n'ont pas tous les professionnels et/ou tous les moyens permettant cette approche globale.

Il conviendra d'envisager dans le cadre du SROMS les perspectives pouvant permettre aux établissements de répondre à leurs missions à la fois éducatives, pédagogiques et thérapeutiques et donc de décliner la mise en œuvre des projets personnalisés d'accompagnement des enfants.

De plus, envisager des diversifications de l'offre de service conduit à s'interroger sur l'adaptation des équipements au regard des conditions techniques et de sécurité.

Actuellement certains locaux sont surdimensionnés et/ou inadaptés et génèrent des charges excessives.

De surcroît on peut s'interroger sur la situation géographique de certains établissements.

A moyen terme l'évolution des structures d'offre doit impliquer en corollaire une réflexion sur les implantations opportunes et les adaptations nécessaires pour une mise aux normes et ce dans une logique d'efficacité médico-économique.

Cette dimension immobilière doit être abordée dans les CPOM conclus entre l'ARS et les associations ou établissements gestionnaires.

5 - Une coopération entre les ITEP pour mieux répondre aux besoins et à la continuité de prises en charge

Afin de mieux répondre aux besoins et d'assurer une continuité de prise en charge, un rapprochement entre les ITEP peut être préconisé. Il pourra donner lieu à une formalisation sous des formes à déterminer (GCSMS, conventions...).

Cette complémentarité peut concerner plusieurs aspects et notamment :

- Les complémentarités de prise en charge
- Des échanges dans le cadre de transferts inter établissements
- Les réponses aux situations complexes.

La question de la prise en charge des filles mérite de ce point de vue une réflexion inter ITEP, compte tenu des effectifs.

La perméabilité des frontières départementales plaide également en faveur d'une coopération en vue de prendre en charge certains jeunes.

Des réunions régulières entre ITEP peuvent acter cette coopération et sa déclinaison opérationnelle notamment pour l'orientation de certains jeunes (notamment ceux pour lesquels des changements de structures seraient requis).

IV.4. LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS : LES ENJEUX POUR LE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

IV.4.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

La réaffirmation et le renforcement du droit à la scolarisation et à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun sont les points forts de la loi du 11 février 2005 (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Cette loi a fait évoluer la notion d'intégration scolaire vers la notion d'inclusion scolaire.

Les différents modes de scolarisation des enfants handicapés offrent une palette de solutions allant de l'accueil individuel en milieu ordinaire sans accompagnement particulier, jusqu'à l'accueil à temps complet en établissement médico-social, en passant par des modes intermédiaires d'accompagnement individuel ou collectif en milieu ordinaire : aide d'un auxiliaire de vie scolaire, accompagnement médico-social par un SESSAD, classes adaptées (CLIS, ULIS), unités d'enseignement. Quel que soit le lieu d'accueil de l'élève, le lien avec son établissement scolaire de référence perdure.

Le décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L.351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° et 3° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles étend et généralise des dispositifs et des pratiques de coopération entre les acteurs du service public de l'éducation et du secteur médico-social en matière de scolarisation des élèves handicapés. Cette coopération favorise le parcours individualisé de l'élève, adapté à ses besoins et susceptible d'être aménagé tout au long de sa scolarité.

L'article D 312-10-13 du décret précise que le DDASS (ARS dorénavant) et l'inspecteur d'Académie organisent un groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, adolescents ou jeunes adultes handicapés qu'ils président conjointement. Ce groupe technique est chargé du suivi, de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation. A ce titre, il établit un état des moyens consacrés par les ministères à cette scolarisation et à son accompagnement, ainsi qu'une prévision de l'évolution de la population scolaire concernée. Il fait également le bilan des actions en matière de formation des personnels de chacun des ministères concernés. Un rapport des travaux menés par ce groupe technique est présenté annuellement devant le comité départemental consultatif des personnes handicapées et le conseil départemental de l'Éducation Nationale.

L'arrêté interministériel du 2 avril 2009 met en place, au sein de l'établissement médico-social, sanitaire ou scolaire, les unités d'enseignement qui permettent la scolarisation des enfants dont l'état de santé ou l'importance du handicap ne permet pas de recevoir cette formation à temps plein en milieu scolaire ordinaire.

La création d'une unité d'enseignement est prévue dans le cadre d'une convention entre les représentants de l'organisme gestionnaire et l'État. La convention précise le projet pédagogique de l'UE qui est élaboré sur la base des projets personnalisés de scolarisation. Les UE sont organi-

sées soit dans les locaux d'un établissement scolaire, soit dans les locaux d'un établissement ou d'un service médico-social, soit dans les locaux des deux établissements et services. Les moyens d'enseignement dont sont dotées les UE sont fixés par l'inspecteur d'Académie sous la forme d'une dotation globale en heures d'enseignement. Cette allocation de moyens est examinée dans le cadre du groupe technique départemental évoqué supra.

L'article D312-10-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale comprennent les créations et transformations d'établissements ou de services nécessités par l'amélioration des dispositifs de scolarisation des élèves handicapés. A ce titre ils précisent également le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services médico-sociaux (L312-11, 2°, 3° et 11°), les établissements de santé (L6111-1 du code de la santé publique) et les établissements scolaires.

L'équipement régional

La situation régionale au regard des équipements en ce qui concerne les enfants atteints de handicaps est répertoriée dans la deuxième partie du SROMS « le contexte régional, état des équipements départementaux ».

Les éléments issus des données de l'Éducation Nationale (rectorat 2010)

L'inclusion scolaire est au cœur du dispositif pour les enfants et jeunes atteints de handicaps. Avec la loi de 2005, c'est le milieu scolaire qui adapte sa pédagogie et met tout en œuvre pour inclure les élèves handicapés.

Divers constats émergent :

- Des élèves nombreux en milieu ordinaire avec 1813 élèves scolarisés (en incluant les CLIS et ULIS (ex UPI))
- Une stagnation dans les établissements spécialisés. Les unités d'enseignement (UE) dans les établissements médico-sociaux interviennent en complémentarité du milieu ordinaire par voie de convention entre l'Éducation Nationale, ainsi qu'avec les services de pédopsychiatrie. Ces conventions sont en cours de finalisation dans les trois départements
- Une forte augmentation des dispositifs ULIS et SEGPA dans les établissements scolaires du 2nd degré (14 ULIS en 2005, 25 en 2010). Des besoins émergent en dispositifs ULIS dans les lycées, notamment en lycées professionnels
- Le temps consacré à la scolarisation en milieu ordinaire est majoritairement à temps complet
- À l'inverse, les trois quarts des élèves scolarisés dans les unités d'enseignement des établissements sont scolarisés à temps partiel
- Les élèves atteints de troubles des fonctions cognitives sont les plus nombreux et rencontrent le plus de difficultés à suivre un cursus ordinaire
- Une forte augmentation des troubles psychiques (TED, autismes...) et des troubles spécifiques des apprentissages (dys...) est constatée
- Dans l'académie en 2010, 25 % des élèves reconnus handicapés par la CDDPAH ont un suivi par un SESSAD

- Des AVS (auxiliaire de vie scolaire) peuvent être affectés auprès d'un élève sur notification de la MDPH après décision de la CDAPH. L'Éducation Nationale assure leur formation, ce qui représente plus de 60 heures d'adaptation à l'emploi. Actuellement, avec 400 personnes, l'évolution est exponentielle (+ 15% 2009). Jusqu'à ce jour, les demandes étaient globalement satisfaites mais au vu du nombre de notifications croissant, des problèmes de recrutement des personnes pourraient se poser.

La mission des AVS est d'accompagner les élèves dans leur scolarisation sur des tâches très précises (aide à l'écriture, lors des activités physiques, lors de l'interclasse...) qui ne relèvent pas d'une prise en charge médico-sociale.

IV.4.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Les enjeux posés par la loi du 11 février 2005 sont de nature à garantir la scolarisation des élèves atteints de handicap dans le milieu scolaire ordinaire chaque fois que cela est possible.

Il convient donc d'adapter le dispositif médico-social à cette évolution par la recherche d'une plus grande souplesse de fonctionnement et une diversification des modes d'accompagnement des jeunes.

Le partenariat existant entre les structures médico-sociales relevant de la compétence de l'Agence Régionale de Santé et les services de l'Éducation Nationale nécessite d'être renforcé. Le suivi des évolutions, les réajustements à envisager pour l'amélioration de la scolarisation des élèves atteints de handicap doivent permettre de répondre aux besoins ressentis et ainsi garantir un accompagnement de qualité du public concerné.

Certaines situations nécessiteront d'être examinées en priorité pour pouvoir :

- Repérer les situations sans solution liées à des demandes de scolarisation ainsi que le type de problématiques (déscolarisation, absence d'accompagnement médico-social)
- Repérer les situations d'institutionnalisation non choisies
- Détecter les situations de rupture de parcours (ex : 6 ans, 12/14 ans, 18/25ans).

IV.4.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

A partir du diagnostic et des enjeux évoqués, plusieurs préconisations sont formulées afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins.

1 - Une coopération entre l'Éducation Nationale et les services de la Santé afin de mieux articuler la politique de scolarisation

1-1 la mise en place d'une plateforme de coopération

Dans le cadre des nouvelles orientations relatives à la scolarisation des enfants handicapés, l'Éducation Nationale a mis l'accent sur le développement des CLIS, des ULIS et des SEGPA. Pour les enfants et adolescents scolarisés au sein de ces unités, il convient, selon les orientations de leurs projets individualisés, de compléter la prise en charge sur le volet éducatif et le volet sanitaire.

Aussi les articulations entre les dispositifs Éducation Nationale et ceux relevant du champ de l'ARS (IME, SESSAD) sont à mettre en œuvre pour répondre à cet objectif.

Dans ce cadre, il est préconisé la constitution de plateforme de service visant à assurer une prise en charge globale et cohérente des jeunes concernés, dans le respect des indicateurs posés par les MDPH.

Ceci suppose une réflexion sur l'organisation territoriale de l'offre conjointement entre les autorités académiques et sanitaires.

1-2 la mise en place des groupes techniques départementaux

Le développement des outils de coopération constitue un axe fort. Il convient de mettre en place entre l'Inspection Académique et l'ARS les groupes techniques départementaux chargés du suivi en lien avec les MDPH, de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation. Une harmonisation est nécessaire entre les départements ainsi que la constitution d'un groupe de pilotage au niveau de l'ARS pour fédérer les travaux.

2 - Le développement de l'inclusion scolaire sous ses différentes formes

2-1 le renforcement de la coopération avec le développement des unités d'enseignement

Il est nécessaire de renforcer le partenariat au travers des unités d'enseignement et des modalités de scolarisation existantes, de favoriser les passerelles entre les IMPRO, les collèges, les lycées, de favoriser la mise en place de classes externalisées en établissement scolaire ordinaire.

2-2 le renforcement de la coopération entre les structures pour enfants et celles pour adultes

Pour apporter une meilleure réponse en termes d'insertion professionnelle, il est important de développer les passerelles entre le milieu scolaire et le milieu professionnel par le biais de conventions entre lycées et ESAT pour des stages, entre IMPRO et collèges, par la création de SESSAD « pro ».

L'orientation des jeunes vers les CFA (structures de droit commun) ainsi que les VAE en coordination avec les ESAT doit être privilégiée afin de mieux cerner l'employabilité en milieu ordinaire des jeunes (voir fiche « travailleurs handicapés » et « insertion professionnelle »).

2-3 La prise en compte de la spécificité de certains handicaps

Il peut être mis en place des dispositifs pour troubles « dys » (dyslexie, dysphasie, dyspraxie) lesquels sont en augmentation dans les structures.

Une prise en charge globale pour les enfants et les familles serait nécessaire. Cet accompagnement doit passer par un développement des SESSAD et doit s'articuler avec les CMPP et l'Éducation Nationale.

Par rapport au handicap moteur, il peut être envisagé une plate-forme d'offre de services diversifiée telle que les structures de répit, l'accès aux CSFA (voir fiche « handicap moteur »). De manière plus générale, il est nécessaire de mieux accompagner les jeunes ayant de graves difficultés de scolarisation (voir fiche ITEP, autisme et TED).

3 - Le renforcement du lien entre le scolaire et le périscolaire

Il est important de prévoir des dispositifs hors temps scolaire pour accompagner les enfants ainsi que les parents hors temps scolaire.

En effet, à titre d'exemple, certains enfants ne peuvent bénéficier de la cantine ou de la garderie compte tenu de la nature de leur handicap.

L'offre de loisirs doit aussi être plus accessible. Celle-ci est déjà organisée en Corrèze via l'association AMIS 19 et nécessite d'être développée dans les autres départements.

IV.5. LA DÉFICIENCE SENSORIELLE : DECLINAISONS LOCALES DU PLAN NATIONAL

IV.5.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

LE DEFICIT AUDITIF

Données nationales relatives aux déficients auditifs

Le Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes et malentendantes : publié le 10 avril 2010 prévoit 3 axes déclinés en 52 mesures :

- Prévenir, dépister et accompagner lors de la découverte d'une déficience auditive
- Mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie
- Rendre notre société accessible aux personnes sourdes ou malentendantes

Un enfant sur 1 000 naît chaque année en France avec une déficience auditive ou est dépisté en tant que tel avant l'âge de 2 ans, soit 700 enfants par an.

On estime par ailleurs à **6.6 %** de la population (soit 4.09 millions de personnes) le nombre de français souffrant d'un déficit auditif, dont **88 %** sont devenus sourds ou malentendants au cours de leur vie.

- **483 000 personnes** sont atteintes de **déficience auditive profonde ou sévère (0.78 %** de la population), se répartissant ainsi :
- 111 600 personnes atteintes de déficience auditive profonde (perte supérieure à 90 décibels), soit 0.18 % de la population
- 372 000 personnes atteintes de déficience auditive sévère (perte comprise entre 70 et 90 dB) soit 0.6 % de la population
- 600 000 malentendants portent un appareil auditif (**14.7 %** des déficients auditifs)

80 000 (**16.6 %** des personnes atteintes de déficience auditive profonde ou sévère) pratiquent la langue des signes française. Les recommandations de la **HAS** relatives à la surdité de l'enfant relative à l'accompagnement des familles et au suivi de **l'enfant de 0 à 6 ans**, ont été publiées le 3 mars 2010.

Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services prenant en charge des **enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave**, sont énoncées par les articles D312-98 à D312-110 du code de l'action sociale et des familles.

Données régionales sur le handicap auditif**Estimation des effectifs**

L'application des taux de prévalence nationaux à la région Limousin (739 000 habitants) donne les résultats suivants :

- Déficients auditifs : 48 774
- Personnes atteintes de déficience auditive profonde ou sévère : 5 764

Une étude de besoins en matière d'hébergement des personnes âgées dépendantes déficientes sensorielles, publiée en septembre 2009, a été conduite pour la Fondation CEMAVIE par l'ORS du Limousin.

L'estimation des effectifs en Limousin des personnes âgées de 60 ans ou plus atteintes d'une déficience auditive **profonde ou totale** selon les prévalences de l'enquête HID (Handicaps- Incapacités-Dépendances) de l'INSEE est la suivante :

Age	Limousin
60-74 ans	1 020
> ou = 75 ans	3 452
Total	4 472

Toujours selon l'enquête HID, l'estimation des effectifs en Limousin des personnes âgées de 60 ans ou plus atteintes d'une déficience auditive profonde ou totale avant leurs 20 ans est la suivante :

Age	Limousin
60-74 ans	151
> ou = 75 ans	120
Total	271 (soit 6 % des déficients auditifs de 60 ans et plus)

Estimation des effectifs en Limousin des personnes âgées de 60 ans ou plus **hébergées en institution et atteintes d'une déficience auditive profonde ou totale** :

Age	Limousin
60-74 ans	60
> ou = 75 ans	628
Total	688

L'offre médico-sociale spécifique pour le handicap auditif en Limousin**→ Haute-Vienne**

L'ARES : Association régionale d'éducation sensorielle, Institut Aimé Labrégère, 1 rue Henri Barbusse 87 000 Limoges gère l'Institut pour déficients auditifs :

4 places sont autorisées et installées actuellement en semi-internat

L'ARES, Institut Aimé Labrégère gère également un SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce) -SSEFIS (Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire)

- SAFEP : 2 places
- SSEFIS : 31 places
- Total **33 places** autorisées et installées

A noter que l'association ARES gère également un SAFEP/SAAAIS de 20 places

L'ARES a constitué avec l'AIDAPHI (association de la région Centre) un GCSMS en 2009 avec mutualisation de moyens pour le SAFEP/SSEFIS/SAAAIS de Châteauroux (Indre).

La MDPH 87 fait état dans son rapport 2010 des orientations suivantes :

- SSEFIS : 17
- SAFEP : 1
- IES (Institut d'éducation sensorielle) : 5

→ Corrèze

SESSAD École Louis Pons, 26 avenue Louis Pons 19 100 Brive la Gaillarde géré par l'APAJH :

- **11 places** autorisées et installées pour déficience auditive : acquisition, autonomie, intégration scolaire.

Ce SESSAD dispose également de 11 places pour déficients visuels et de 18 places pour déficients moteurs (total : 40 places)

Équipe d'éducation spécialisée et de soins à domicile : **EESAD**, 20 quai de Rigny 19 000 Tulle géré par l'ADPEP :

- **5 places** autorisées et installées pour déficience auditive : accompagnement familial, éducation précoce

Ce SESSAD dispose également d'une place pour déficients visuels et de 12 places pour déficients moteurs (total : 18 places).

- **EESAD** : 13 avenue Émile Duclaux 19 100 **Brive la Gaillarde** géré par l'ADPEP :

- 3 places autorisées et installées pour déficience auditive : accompagnement familial, éducation précoce.

Ce SESSAD dispose par ailleurs de 3 places pour déficients visuels et de 22 places pour déficients moteurs et 4 places pour polyhandicap (total 32 places).

Il existe donc au total 19 places autorisées et installées en SESSAD pour déficients auditifs en Corrèze.

On note un taux d'occupation inférieur à 50 % de ces places de SESSAD.

→ Creuse

SESSAD Déficiants auditifs : Groupe scolaire Aristide Guéry, 4 place Varillas 23 000 Guéret, - géré par l'APAJH 23.

- 12 places autorisées et installées pour déficience auditive

Le taux d'occupation de ce SESSAD est de 100 %.

Le schéma départemental creusois « personnes en perte d'autonomie » 2010-2015 envisage un projet d'établissement spécialisé pour les malentendants, avec les moyens technologiques adaptés et la formation du personnel nécessaire.

En conclusion il existe une seule structure agréée SAFEP/SSEFIS pour la région : Institut Aimé Labrégère à Limoges.

En Corrèze les SESSAD de l'APAJH 19 et de l'ADPEP 19 se partagent les prises en charge en fonction de l'âge.

En Creuse le SESSAD de l'APAJH 23 assure les prises en charge.

Il n'existe pas de SAVS/SAMSAH, ESAT entièrement spécialisés pour les déficients auditifs dans la région.

L'APSAH (Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et autres Handicapés) ayant son siège à Aixe sur Vienne 87 700, accueille des déficients auditifs :

- **L'ESAT de l'APSAH** à Limoges accueille **2 déficients auditifs** ; un moniteur d'atelier est formé à la langue des signes
- **Le CRP (Centre de rééducation professionnelle) et le Centre de Préorientation de l'APSAH** situés à Aixe sur Vienne 87 700 ont accueilli **7 déficients auditifs** en 2009/2010. Il y a un traducteur en langue des signes et un formateur formé à la langue des signes.

Il convient de relever **l'absence de codeur en LPC** (Langage parlé complété) spécifique pour la région.

Ce type de professionnel est pourtant prévu à l'article D312-103 du CASF pour les établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave.

L'apprentissage de la langue des signes (LSF) est possible en Haute-Vienne.

Scolarisation des élèves ayant un handicap auditif

Le rapport établi par le Rectorat sur la scolarisation des élèves handicapés paru en octobre 2010 recense 70 élèves sourds au niveau de l'académie.

- La répartition des élèves handicapés ayant un handicap auditif est la suivante :

Maternelle	19 %
École élémentaire	56 %
Collège	24 %
Lycées	1 % (3 élèves au total dont 1 en lycée professionnel, 1 en lycée agricole)

- La répartition des MPA (matériels pédagogiques adaptés) par type d'établissement est la suivante :

- École élémentaire : 29 %
- Collège : 57 %
- Lycée : 12 %

LE DEFICIT VISUEL**Données nationales relatives aux déficients visuels**

Le plan 2008-2011 « Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la cité » comporte 3 axes déclinés en 22 mesures :

- Vivre dignement avec le handicap
- Vivre de façon autonome
- Vivre pleinement sa citoyenneté

La France compte 1 700 000 déficients visuels (enquête HID de l'INSEE de 1999, publiée en octobre 2000) : cela signifie que près de **3 français sur 100** sont confrontés à des problèmes de vision.

Parmi eux, on compte **207 000 malvoyants profonds et aveugles soit 0.37 % de la population**.

30 % des déficients visuels souffrent d'un polyhandicap ou d'un trouble associé.

La prévalence augmente avec l'âge :

- **20 %** des personnes âgées de 85 à 89 ans connaissent une déficience visuelle grave
- **38 %** à partir de 90 ans.

La moitié des déficients visuels sont des personnes âgées de plus de 60 ans.

Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services prenant en charge des **enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité** sont énoncées par les articles D312-111 à D312-122 du code de l'action sociale et des familles.

En octobre 2002 la HAS a publié des recommandations sur le dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant de moins de 6 ans pour prévenir l'amblyopie (baisse plus ou moins marquée de l'acuité visuelle, sans lésions apparentes de l'œil et qui ne peut être compensée optiquement).

Des recommandations de la HAS ont été publiées en septembre 2001 pour le traitement de la **dégénérescence maculaire liée à l'âge**. La DMLA est la 1^{re} cause de malvoyance et de cécité chez les personnes de plus de 50 ans. De nouvelles recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique doivent être publiées en décembre 2011.

Données régionales sur le handicap visuel**Estimation des effectifs**

Si l'on applique les taux de prévalence nationaux à la région Limousin (739 000 habitants) on obtient les données suivantes :

- Déficients visuels : 22 170
- Malvoyants profonds et aveugles : **2 734**

Une étude de besoins en matière d'hébergement des personnes âgées dépendantes déficientes sensorielles, conduite pour la Fondation CEMAVIE, par l'ORS du Limousin a été publiée en septembre 2009.

L'OMS définit 6 catégories de déficience visuelle selon la vision du meilleur œil :

- La catégorie **1** correspond à une déficience visuelle modérée pour les individus avec moins de 3/10° et plus de 1/10°
- La catégorie **2** correspond à la déficience visuelle sévère pour les individus avec moins de 1/10° et plus de 1/20°
- Les catégories **3 à 5** correspondent à **la cécité** : la classification dépend du degré d'absence de vision comme notamment la perception de la lumière (son absence place l'individu en catégorie 5).

L'enquête HID menée par l'INSEE distingue :

- **Les aveugles** : personnes avec une absence totale de la vision ou une seule perception de la lumière et qui se déclarent « totalement aveugles », « partiellement aveugles » ou « malvoyantes »
- **Les malvoyants profonds** : personnes identifiées comme malvoyantes d'après un questionnaire sur les capacités et qui se déclarent « totalement aveugles » ou « partiellement aveugles »
- **Les malvoyants moyens** : personnes identifiées comme malvoyantes d'après le questionnaire et qui se définissent comme telles
- **Les malvoyants légers** : personnes identifiées comme malvoyantes mais qui ne se déclarent pas d'incapacité.

Estimation des effectifs en Limousin des personnes âgées de **60 ans ou plus** définies comme aveugles ou malvoyants profonds selon les prévalences de l'enquête HID :

Age	Aveugles	Malvoyants profonds	Total
60-79 ans	213	639	852
> ou = 80 ans	845	2 016	2 681
Total	1 058	2 655	3 713

Estimation des effectifs en Limousin des personnes âgées de **60 ans ou plus hébergées en institution** et définies comme aveugles ou malvoyants profonds : (critères de l'enquête HID).

Age	Aveugles	Malvoyants profonds	Total
60-79 ans	34	102	136
> ou = 80 ans	135	323	458
Total	169	425	594

L'offre médico-sociale spécifique pour déficients visuels en Limousin

→ Haute-Vienne

SAFEP-SAAAIS géré par l'Institut Aimé Labrégère/**ARES**, 1 rue Henri Barbusse 87 000 Limoges

- SAFEP : 2 places
- SAAAIS : 18 places

Total : 20 places autorisées et installées

L'ARES dispose par ailleurs de 4 places en semi-internat pour déficients auditifs et de 33 places de SAFEP/SSEFIS pour déficients auditifs.

La MDPH de la Haute-Vienne signale **5 orientations en SAAAIS en 2010**.

Les déficients visuels représentent 7.5 % des demandes de PCH.

Institut de formation en kinésithérapie (**IFMK**) : formation DE Masseur-Kinésithérapeute :

APSAH, 6 Allée de la Cornue 87 000 Limoges : **65 places**

→ Corrèze

SESSAD École Louis Pons, 26 avenue Louis Pons 19 100 **Brive la Gaillarde** géré par l'APAJH 19 :

- **11 places** pour déficience visuelle, acquisition, autonomie, intégration scolaire

Le SESSAD dispose par ailleurs de 11 places pour déficients auditifs et de 18 places pour déficients moteurs (total 40 places).

EESAD (Équipe d'éducation spécialisée et de soins à domicile), 20 quai de Rigny 19 000 **Tulle**, géré par l'**ADPEP 19** :

- **1 place** pour déficience visuelle, accompagnement familial, éducation précoce

Le service dispose par ailleurs de 5 places pour déficients auditifs et de 12 places pour déficients moteurs (total 18 places).

EESAD 19 100 Brive la Gaillarde géré par l'**ADPEP 19** :

- **3 places** autorisées et installées pour déficience visuelle, accompagnement familial, éducation précoce.

Le service dispose par ailleurs de 3 places pour déficients auditifs, 22 places pour déficients moteurs et de 4 places pour polyhandicap : total : 32 places

Il existe donc au total 15 places de SESSAD pour déficients visuels en Corrèze. On note une sous occupation de ces places : taux d'occupation de l'ordre de 60 %.

→ Creuse

Il n'y a **aucune place de SESSAD**. Les enfants et les adolescents vont dans l'Allier et le Puy de Dôme.

Pour les personnes âgées, le schéma départemental creusois « personnes en perte d'autonomie » 2010-2015, envisage la création d'un **établissement spécialisé pour les malvoyants** en perte d'autonomie avec les moyens technologiques adaptés et la formation du personnel nécessaire.

En conclusion il existe un seul établissement agréé SAAAIS pour la région : SAAAIS de Limoges.

Il y a deux SESSAD pour déficients visuels en Corrèze qui se partagent les prises en charge en fonction de l'âge.

Aucune structure n'existe en Creuse.

Il n'existe pas de SAVS/SAMSAH, d'ESAT entièrement spécialisés pour les déficients visuels dans la région.

L'APSAH (Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et autres Handicapés) a été créée pour prendre en charge des personnes aveugles et malvoyantes. Elle dispose :

- D'un ESAT à Limoges qui accueille **12 déficients visuels** sur 129 places
- D'un centre de pré-orientation, situé à Aix sur Vienne 87 700 de 15 places : **7 déficients visuels accueillis en 2009/2010**
- D'un Institut de Formation en Masso-kinésithérapie (IFMK) **exclusivement réservé aux déficients visuels : 15 places en préparatoire et 50 places en formation**
- D'un centre de rééducation professionnelle à Aix sur Vienne 87 700 de 160 places : **12 déficients visuels accueillis en 2009/2010**
- D'un foyer d'hébergement de 39 places à Limoges
- D'un SAVS à Limoges de 24 places.

Il existe **4 instructeurs en locomotion** pour la région :

- 2 à la Mutualité : celle-ci gère un service de rééducation/réadaptation basse vision à l'hôpital de jour Baudin, 14 rue Messenger 87 000 Limoges
- 1 à l'Institut Aimé Labrégère/ARES de Limoges
- 1 à **l'école limousine de chiens guides d'aveugles** à Limoges – Landouge.

Il y a **un instructeur en activité de vie journalière** à l'ARES/Institut Aimé Labrégère de Limoges.

A noter l'existence de 2 associations nationales pour déficients visuels présentes en Limousin : l'association **Voir Ensemble** et l'association **Valentin Haüy**.

Scolarisation des élèves déficients visuels

Le rapport établi en octobre 2010 par le Rectorat, sur la scolarisation des élèves handicapés apporte les éléments suivants :

Les enfants malvoyants représentent 2 % de l'ensemble des enfants scolarisés.

Répartition des élèves handicapés déficients visuels par type d'établissement :

Maternelle	12 %
École élémentaire	50 %
Collège	26 %
Lycée	9 %
Lycée professionnel et lycée agricole	3 %

Répartition des MPA (Matériel Pédagogique Adapté) par type d'établissement :

- École élémentaire : 44 %
- Collège : 44 %
- Lycée : 12 %

14 % des demandes de MPA relèvent du handicap visuel (rapport MDPH 87/2010).

IV.5.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Il convient en premier lieu d'assurer dans la région la mise en œuvre des plans nationaux. Ceux-ci comportent un panel de mesures ne relevant pas de la compétence exclusive de l'ARS.

Le dépistage à tous les âges de la vie doit être amélioré. Un projet de loi a été déposé sur le dépistage néonatal obligatoire de la déficience auditive. Une fois le dépistage effectué, l'accompagnement des personnes et des familles doit être organisé.

Des inégalités territoriales sont constatées dans la prise en charge : il existe un seul SAFEP/SSEFIS et un seul SAFEP/SAAAIS pour la région. Une sous occupation est constatée pour les SESSAD de Corrèze.

Compte tenu des faibles effectifs d'enfants déficients sensoriels, il apparaît nécessaire d'optimiser les organisations et de mutualiser les moyens humains et techniques.

La spécificité des déficiences sensorielles implique une formation des personnels dans les structures qui sont amenées à les accueillir. L'accès aux soins et à la prévention nécessite pour les déficients sensoriels des interfaces adaptés (interprètes en LSF, codeurs en LPC, vélotypistes, Braille, synthèse vocale...)

Une information sur les déficiences sensorielles est souhaitable pour le grand public. Pour les déficients sensoriels il apparaît opportun de communiquer sur les aides humaines et techniques existantes.

IV.5.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION**1 - Améliorer le dépistage et l'accompagnement des déficiences sensorielles à tous les âges de la vie.**

Le PSRS prévoit de mettre en place **un centre de diagnostic et d'organisation de la prise en charge de la surdité avec la participation active des parents et des associations.**

1.1. Le dépistage néonatal de la déficience auditive doit être effectué dans toutes les maternités à J + 2.

Au besoin, un accompagnement médico-social des familles doit être réalisé.

Les parents doivent être informés de l'intérêt de la stimulation et de l'éducation auditive précoces et des possibilités d'implant cochléaire.

Ils peuvent être orientés vers le CAMSP ou le SAFEP « déficients auditifs » (prise en charge des enfants de la naissance à 3 ans).

Ils doivent être accompagnés pour effectuer le choix d'un projet éducatif : Communication en langue française (français parlé soit avec code LPC, soit avec français signé), ou communication bilingue (français écrit et LSF).

1.2. Le dépistage des déficiences visuelles chez l'enfant doit être réalisé selon les recommandations HAS.

L'accompagnement des familles, au besoin sur le plan psychologique est nécessaire.

Comme pour le déficit auditif, une synergie entre sanitaire et médico-social est nécessaire.

1.3. Le dépistage des déficiences sensorielles vers l'âge de 60 ans et en EHPAD

Vers l'âge de 60 ans ce dépistage peut être effectué en médecine de ville ou en médecine du travail avant le départ en retraite.

Dans les EHPAD les recommandations de bonnes pratiques peuvent être appliquées notamment en matière d'aides auditives.

2 - Constituer un pôle régional de ressources humaines et techniques accessibles en proximité pour la prise en charge des enfants et adolescents déficients sensoriels

Un rapprochement entre l'institut Aimé Labrégère de Limoges et les SESSAD de Corrèze et de Creuse doit être recherché afin d'assurer une prise en charge de qualité et de proximité dans les 3 départements.

Certains personnels ou aides techniques disponibles uniquement au niveau régional pourraient compléter les moyens locaux.

Ces personnels spécialisés se déplaceraient localement selon les besoins.

Un codeur en LPC devra être recruté pour la région.

3 - Favoriser l’insertion professionnelle et sociale des déficients sensoriels en milieu ordinaire

Si le travail en milieu protégé est nécessaire, un établissement ou service (ESAT, SAVS/SAM-SAH...) par département pourrait développer des compétences pour l’accompagnement des déficients sensoriels pour partie de sa capacité.

4 - Former les personnels des ESMS à l'accueil des déficients sensoriels afin d'améliorer les conditions d'accueil de ces derniers notamment en EHPAD.

5 - Sensibiliser d’une part le grand public sur les déficiences sensorielles par des campagnes de communication adaptées et informer d’autre part les personnes handicapées sur les aides humaines et techniques possibles.

6 – Renforcer l’offre de proximité pour les handicaps sensoriels (notamment visuels) sur la Creuse.

IV.6. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP MOTEUR : DES ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES

IV.6.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

La région Limousin compte des structures médico-sociales susceptibles d’accueillir des enfants et adultes pour une capacité totale de 538 places réparties comme suit :

Département	ESMS Enfants	Lieu	Capacité installée
19	- SESSAD Louis Pons - APAJH	Brive	18 places
	- ESSAD - ADPEP	Brive	22 places
	- ESSAD - ADPEP	Tulle	12 places
TOTAL			52 places
23	- SESSAD	Guéret	16 places
TOTAL			16 places
87	- SESSD Vanteaux	Limoges Couzeix Couzeix	41 places
	- SATVA		41 places
	- SATVA		15 places
	- IEM sans trouble associé		101 places dt 91 internat
	- IEM avec troubles associés	Beaune les Mines	75 places dt 30 internat
TOTAL			273 places
TOTAL GÉNÉRAL			341 places

Département	ESMS Adultes	Lieu	Capacité installée
19	- SAVS APF	Malemort	70 places
TOTAL			70 places
23			0 place
87	- SAPHAD Handas APF	Limoges	61 places
	- Foyer de vie	Feytiat	1 AT 5 AJ 20 internats
	FAM Handas APF	Limoges	15 internats 1 HT
	FAM Handas APF	Aixe sur Vienne	11 internats 1 HT
	FAM Delta Plus	Rilhac Rancon	12 internats
TOTAL			127 places
TOTAL GÉNÉRAL			197 places

Certains de ces établissements et services ayant une vocation plus large n’accueillent que pour partie de leur capacité des personnes souffrant de déficiences motrices.

L'évolution des capacités installées est la suivante :

Les enfants handicapés (année 2009 non prise en compte dans STATISS)

Handicap Moteur	01/01/2005	01/01/2006	01/01/2007	01/01/2008	01/01/2010	Évolution
Déficients moteurs	181	181	181	167	176	-3 %
Établissements pour déficients moteurs	Non recensés	181	181	167	176	-3 %
SESSAD	342	380	410	431	481	41 %

L'approche quantitative des besoins est actuellement aléatoire. En effet, les MDPH ne disposent pas de données fiables et partagée de la liste d'attente départementale afin d'analyser au plus près les besoins en ESMS.

Pour le département de la Haute-Vienne, il est à noter que les IEM du 87, distants de 10 km, n'ont pas de liste d'attente. Le recrutement pour l'IEM de Beaune les Mines est régional et concerne aussi les départements limitrophes. Celui de Couzeix accueille ¼ de Haut-Viennois et ¾ de jeunes de la région Limousin et départements limitrophes.

Le SESSD 87 a une liste d'attente de 4 à 5 jeunes mais qui s'estompe au fil de l'année avec les enfants qui quittent le service. Une inégalité spatiale de l'offre est posée à travers le SESSD qui certes à une vocation départementale, mais qui n'accompagne pas les personnes au delà de 30 à 40 km.

Au niveau du Foyer de Vie, la liste d'attente serait de 20 personnes mais elle manque de fiabilité. Le Foyer de Vie est en aval des ESMS à la fois au plan local (IEM) et en aval d'un IMPRo situé à Valençay (Indre) mais également en aval des associations d'accompagnement à domicile (APF, AFM). Le Foyer de Vie a un recrutement départemental pour 60 % et 75 % pour le Limousin.

L'IEM de Couzeix a 12 jeunes en aménagement CRETON pour lesquels il n'y a pas de réponse en ESAT avec hébergement ou Foyer de vie. Quant à l'IEM de Beaune les Mines 3-4 jeunes sont maintenus en aménagement CRETON. Les sorties sont plus faciles avec des orientations en MAS ou FAM.

Le SESSAD de Guéret (23) d'une capacité de 16 places a 7 jeunes sur liste d'attente. Le SESSAD se trouve en difficulté depuis septembre 2010 pour recruter du personnel (enseignant spécialisé non remplacé, psychomotricienne en congés maternité). De plus, le département n'a pas de Foyer de Vie d'où des dérogations pour une entrée en EHPAD ce qui pose problème en terme de cohabitation et de réponse à un projet de vie.

Un besoin d'appartements collectifs est avancé tant pour la Creuse que pour la Haute-Vienne. Enfin, le département de la Creuse ne dispose pas de SAVS pour Handicap Moteur.

Le département de la Corrèze à travers le SESSAD Louis Pons éprouve les mêmes difficultés de recrutement de personnel et indique avoir une liste d'attente sans plus de précision.

Pour les adultes il y a un SAVS géré par l'APF.

IV.6.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Au regard de l'analyse de l'existant, l'enjeu majeur réside dans la recomposition de l'offre sur le territoire Limousin afin de répondre aux besoins et attentes des usagers mais également en permettant la mutualisation des ressources au profit de la qualité de l'accompagnement.

Cette recomposition doit s'appuyer sur :

- L'évolution du cadre législatif (loi du 11 février 2005)
- Les manques repérés en terme de solution temporaire de répit pour les familles (Accueil temporaire) et de service permettant aux personnes en situation de handicap moteur très dépendantes de vivre à domicile en réalisant leurs projets, grâce à une coordination de leurs soins et un accompagnement médico-social personnalisé et contractualisé.

De même, l'implication des services au maintien à domicile sera un axe fort à développer dans un parcours de vie à travers la coordination des interventions et la formation dans une approche humaine.

Enfin, la priorité dans les modes de prise en charge doit naturellement être donnée à l'intégration scolaire des enfants handicapés moteurs lorsque les soutiens nécessaires à l'adaptation des modes et des rythmes d'enseignement sont assurés par l'Éducation Nationale en lien avec les structures médico-sociales et sanitaires.

IV.6.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

1) L'évolution des besoins conduit à préconiser une recomposition de l'offre médico-sociale en Haute-Vienne concernant les sept établissements et services gérés par l'APF financés par l'Assurance maladie à savoir :

- L'Institut d'Éducation Motrice de Grossereix à Beaune les Mines (IEM)
- L'Institut d'Éducation Motrice Scolaire et Universitaire Gervais de Lafond à Couzeix (IEMSU)
- L'Accueil temporaire de Beaune les Mines
- Les Services d'Accueil Temporaire de Vacances Adaptées de Beaune les Mines et de Couzeix (SATVA)
- Le Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile de Haute-Vienne, à Limoges (SESSD)
- Le Service de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile pour les Personnes Handicapées à Limoges (SSIAD).

Il apparaît nécessaire de rapprocher les deux IEM ce qui permettrait de mutualiser les ressources.

Ces évolutions devront être actées par la signature d'un CPOM entre l'ARS et l'APF et ainsi redéfinir l'offre de service en une plate-forme unique pour des réponses multiples afin de créer de la fluidité dans les parcours (sortie Foyer de vie, structure de répit).

2) Un vrai enjeu porte sur le travail protégé (ESAT). A cet effet, il est nécessaire de développer des prises en charge adaptées au handicap moteur en aménageant les postes de travail et en formant les professionnels.

3) Il peut être envisagé la création d'un **Centre Ressource en matière de Handicap Moteur** pour répondre aux professionnels et aux personnes/familles en termes d'expertise, de conseils, d'accompagnement et de formation. Ce centre permettra également d'améliorer la communication à propos du handicap moteur et de promouvoir une représentation positive des personnes handicapées. Faire connaître et sensibiliser au handicap moteur est une nécessité.

4) Afin de favoriser le maintien à domicile, il convient :

- D'accroître les compétences des intervenants (aidants naturels et professionnels) en leur proposant des outils pédagogiques et des formations sur les spécificités liées au handicap moteur (exemple : manipulation). Le personnel de l'APF est prêt à former et à apporter ses connaissances
- De développer la domotique
- De proposer des « structures de répit » à travers l'accueil temporaire, l'accueil séquentiel et l'accueil de jour.

L'ARS en lien avec ses partenaires notamment les représentants des usagers conduira un plan d'actions en ce sens. De même en tant que de besoin des places de SAMSAH pourront être créées.

IV.7. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES ET SOUFFRANT DE HANDICAPS RARES DANS LA RÉGION : DES ACCOMPAGNEMENTS ADAPTES

IV.7.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Définition du polyhandicap (annexe XXIV ter d'octobre 1989, modifiée et codifiée à l'article D312-83 du code de l'action sociale et des familles) :

« **Le polyhandicap** est un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ».

Le polyhandicap est à distinguer du plurihandicap : association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles et du surhandicap : surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant ou autre atteinte sensorielle, ou viscérale.

Définition du handicap rare (Article D.312-194 du CASF).

« Sont atteintes d'un **handicap rare** les personnes présentant l'une des configurations de déficiences ou de troubles associés, dont le taux de prévalence n'est pas supérieur à un cas pour 10 000 habitants et relevant de l'une des catégories suivantes :

- 1° L'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave
- 2° L'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves
- 3° L'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves
- 4° Une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience
- 5° L'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, telle que :
 - a) Une affection mitochondriale
 - b) Une affection du métabolisme
 - c) Une affection évolutive du système nerveux
 - d) Une épilepsie sévère ».

Le schéma national 2009-2013 pour l'accompagnement des handicaps rares indique que la majorité des personnes souffrant d'un handicap rare vivent à domicile avec un recours aux aides techniques et humaines difficile à organiser. La population en établissement est difficile à quantifier.

Le schéma mentionne l'existence de 3 centres de ressource nationaux sur les handicaps rares (Paris, Loos lès Lille, Migné-Auxances près de Poitiers).

Dans la région Limousin, il faut noter qu'il n'y a pas d'établissement affecté à la prise en charge du handicap rare.

L'équipement régional

La situation régionale au regard des équipements en ce qui concerne les personnes enfants et adultes atteints de polyhandicap est répertoriée dans le chapitre II du SROMS « le contexte régional ».

Les structures pour enfants atteints de polyhandicap disposent en Limousin d'une capacité de 134 lits et places installés et répartis ainsi :

Corrèze	
Étab. polyhandicapé Peyrelevade	62 places
IME Puymaret à Malemort	12 places
EESSAD à Brive :	4 places
TOTAL :	78 places

Creuse	
SESSAD Bertha Roos à La Souterraine :	7 places
TOTAL :	7 places

Haute-Vienne	
SESSAD Bertha Roos à Isle	10 places
Étab. Bertha Roos	39 places
TOTAL :	49 places

Les personnes adultes polyhandicapées sont accueillies dans les MAS et FAM, structures dans lesquelles on trouve aussi des personnes avec d'autres types de handicaps (déficience intellectuelle profonde, autisme, troubles du psychisme).

Le taux d'équipement du Limousin en MAS est très supérieur à la moyenne nationale avec des inégalités dans la répartition infra-régionale. Parallèlement le taux d'équipement en FAM est inférieur à la moyenne nationale et la répartition infrarégionale est inégale.

Des carences en terme de réponse aux besoins et de qualité d'accompagnement à la fois pour les personnes lourdement handicapées et celles atteintes de handicaps rares sont constatées :

- À la sortie d'établissements pour enfants, certains ne trouvent pas de solution adaptée à leur projet de vie dans les dispositifs existant et par défaut retournent au domicile familial sans accompagnement
- Un certain nombre de besoins sont mal pris en compte du fait de leur rareté (maladies orphelines et autres handicaps rares).

IV.7.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Dans le domaine du polyhandicap et des handicaps rares, des évolutions d'offre de service sont nécessaires pour répondre aux besoins et garantir un accompagnement de qualité du public concerné. Un enjeu majeur consiste à mieux repérer ces besoins via les MDPH (voir chapitre III « priorités régionales ») et à améliorer la lisibilité pour différencier les différents types de handicaps lourds. En effet, cette absence de lisibilité peut conduire à des orientations inadéquates.

La mise en place d'actions destinées à fluidifier les parcours de vie grâce à une plus grande diversification dans les propositions de modes d'accueil doit être favorisée (accueil de jour, temporaire, d'urgence).

L'amélioration de la prise en charge médicale et hospitalière est essentielle et se heurte à un certain nombre de difficultés qu'il est nécessaire de lever.

Par rapport au handicap rare, les objectifs du schéma national sur les handicaps rares sont les suivants :

- Augmenter quantitativement et qualitativement les compétences et ressources collectives sur les handicaps rares
- Structurer territorialement les expertises et les accompagnements médico-sociaux.

• IV.7.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Au regard des enjeux évoqués, plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés.

1 - La mise en place d'un observatoire des besoins et l'évolution des modes d'accompagnement seront de nature à optimiser l'accompagnement des personnes lourdement handicapées.**1.1 - Mieux repérer les besoins**

- Mieux repérer les personnes très lourdement handicapées vivant à domicile et notamment les personnes sans AAH (Allocation Adultes Handicapés)
- Exploiter les données de l'enquête ES 2010 afin de sérier les types de handicaps à partir de la déficience principale (langage OMS) et les compléter par l'élaboration d'un outil régional simple répertoriant les différentes déficiences. Un groupe de travail réunissant les établissements médico-sociaux concernés peut être constitué à cet effet
- Réaliser une étude sur une cohorte pour mieux connaître la population et l'équipement en structures nécessaire.

1.2 - Optimiser l'accompagnement des personnes

- Favoriser un accompagnement précoce avec l'appui des CAMSP (voir fiche « petite enfance »)
- Préparer par des stages la sortie du dispositif d'accueil pour enfants vers les structures pour adultes
- Remédier à l'accueil par défaut en USLD ou EHPAD des personnes souffrant de handicaps spécifiques lourds (maladie neurologique invalidante, Chorée de Huntington, sclérose en plaque...)

2 - Diversifier les modes d'accueil

Pour mieux accompagner les personnes très lourdement handicapées à travers leur projet de vie et prendre en compte le besoin de répit des familles, un besoin de diversification des modes d'accueil doit être pris en considération. Il sera nécessaire de :

2.1 Développer l'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'accueil d'urgence dans les structures pour enfants et pour adultes.

2.2 Pour les enfants plus particulièrement :

- Favoriser les passerelles entre l'accompagnement SESSAD et en établissement par l'accueil séquentiel, favoriser l'accompagnement en SESSAD pour les très jeunes
- Envisager pour l'accompagnement des plus petits des temps spécifiquement adaptés selon les projets individualisés
- Développer les places d'internat et l'accueil d'urgence en Haute-Vienne
- Développer selon les besoins les accueils de jour.

2.3 Pour les adultes :

- Favoriser l'accueil non permanent (accueil de jour, accueil séquentiel, hébergement temporaire) pour mieux préparer le jeune ainsi que sa famille) à la vie en établissement, mettre en place un dispositif d'accueil d'urgence temporaire, favoriser les sorties, retours à domicile (week-end, vacances), coupler l'accueil familial avec l'accueil temporaire notamment en Haute-Vienne
- Optimiser l'accompagnement médico-social en s'appuyant sur des structures de type SAMSAH pour favoriser le maintien à domicile

3 - Veiller à un maillage cohérent sur l'ensemble du territoire des structures pour adultes

Prévoir une répartition équilibrée des places de MAS sur le territoire régional. Un renforcement du nombre de places en faveur du département de la Haute-Vienne est à privilégier.

4 - Améliorer la prise en charge médicale et hospitalière

4.1 Compte tenu de la fréquence des moments de « crise » chez les personnes lourdement handicapées, il y a lieu de favoriser l'accès aux soins psychiatriques de proximité grâce à l'intervention d'équipes mobiles. Cela suppose une collaboration formalisée entre les structures médico-sociales et les établissements psychiatriques (cf. handicap psychique).

Il est à noter qu'il existe un projet de centre ressources à la MAS Saint Exupéry géré par le CH d'Esquirol. Une cellule de coordination composée de professionnels spécifiquement formés à la prise en charge du polyhandicap et des troubles du comportement chez les patients handicapés (autistes...) intervient auprès des établissements médico-sociaux lors de moments de crise de résidents. Il s'agit d'évaluer la situation et de mettre en place une prise en charge tant psychiatrique que somatique avec une possibilité si nécessaire d'organisation d'un séjour de rupture soit

au CH d'Esquirol, soit à la MAS St Exupéry. Cette organisation va être déployée dans le cadre du GCS Santé Mentale et Handicap et pourrait prendre davantage d'ampleur en étant assimilée à un centre ressources.

- 4.2** Prendre en compte l'évolution des diagnostics (traitement de certains handicaps rares, maladies dégénératives, formes d'épilepsie...) qui induisent des traitements nouveaux et onéreux (nouvelles molécules, antipsychotiques).

5 - Disposer d'une meilleure connaissance des situations des personnes atteintes de handicap rare

Cette connaissance doit permettre d'envisager des réponses pour chaque situation.

Le schéma national préconise plusieurs axes d'amélioration :

- Diffusion de l'information, repérage des situations, évaluation spécialisée sur l'ensemble du territoire
- Diagnostic en région, mise en réseau des compétences, développement de l'offre de service à domicile et en établissement. Ceci passe par un renforcement de l'accompagnement à domicile, une définition des objectifs d'accueil en établissement et le développement d'une offre adaptée.

Leur déclinaison au niveau régional est la suivante :

- 5.1** Identifier les besoins d'intervention non satisfaits
- 5.2** Afin d'éviter les orientations par défaut, les inadéquations de prise en charge et répondre aux besoins d'accompagnements adaptés, les structures peuvent s'appuyer sur les centres ressources régionaux et nationaux (expertise)
- 5.3** Disposer d'un guide avec l'appui des centres de ressources sur le handicap rare pour repérer ces populations, procéder à une évaluation pour poser un diagnostic affiné.

IV.8. LES PERSONNES HANDICAPÉES, ADULTES DÉFICIENTS INTELLECTUELS : QUELS ENJEUX EN TERMES D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICE ?

IV.8.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

L'Organisation mondiale de la santé, dans sa Classification internationale des maladies (CIM-10), définit le retard intellectuel comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.

Les structures susceptibles d'accueillir des personnes handicapées adultes déficientes intellectuelles sont de trois sortes :

- Établissements de travail protégé : ESAT
- Établissements centrés sur l'hébergement : foyers de vie, foyers d'hébergement, Foyers d'Accueil Médicalisés, Maisons d'Accueil Spécialisées
- Services d'accompagnement : SAVS, SAMSAH.

Pour les structures FAM et SAMSAH, les compétences sont conjointes. Les enjeux s'inscrivent donc dans une logique de complémentarité avec les Conseils Généraux. Il est à noter que les besoins et offres liés à cette déficience renvoient à des thématiques abordées de manière spécifique dans le présent schéma, à savoir : insertion professionnelle, personnes handicapées vieillissantes, coopérations sanitaires et médico-sociales et mutualisation.

Pour ces différentes structures, les capacités installées sont présentées dans le chapitre II « le contexte régional ».

IV.8.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

L'analyse des enjeux s'appuie sur les schémas départementaux des Conseils Généraux dont les principales orientations sont les suivantes :

- Adaptation et diversification des modes d'accueil
- Information et accompagnement des familles et des aidants
- Amélioration de la qualité des prises en charge
- Accès aux services de proximité et maillage des dispositifs
- Coordination et continuité des prises en charge entre secteurs sanitaire et médico-social
- Amélioration de la formation des professionnels
- Observation du secteur en termes de connaissance des besoins des publics (rôle des MDPH).

Dans le domaine de la déficience intellectuelle chez les adultes, il est nécessaire d'envisager les évolutions d'offres de service afin de répondre aux besoins ressentis et ainsi garantir un accompagnement de qualité du public concerné.

Cette meilleure connaissance des besoins et de leur évolution passe par un travail de partenariat avec les MDPH.

Un autre enjeu consiste à optimiser l'accompagnement des personnes adultes handicapées, à mettre en place des actions qui permettent la fluidité de leur parcours de vie, notamment lors du passage des jeunes en structures pour adultes ou dans la vie professionnelle ordinaire ainsi que lors de l'avancée en âge.

Afin de mieux répondre aux besoins et à l'évolution de ce public, une plus grande diversification dans les propositions de modes d'accueil est nécessaire.

En effet, les plus jeunes délaissent de plus en plus un hébergement en internat et privilégient l'accueil de jour, la vie en appartements. Les plus âgés ont des difficultés pour rester en ESAT à temps plein et doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement tel que l'accueil séquentiel.

IV.8.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Au regard des enjeux ciblés, plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés.

1 - Optimiser l'accompagnement des personnes et la fluidité des parcours

1.1 Diversifier les propositions de mode d'accueil et d'accompagnement afin d'adapter l'offre à l'évolution et à la diversité des publics accueillis (jeunes, déficients intellectuels présentant un handicap psychique, personnes handicapées vieillissantes). Les actions suivantes peuvent être envisagées :

- Développer l'accueil de jour pour répondre à la demande des populations plus jeunes, proposer un panel de solutions (hébergement intermédiaire).

Ces dispositifs paraissent plus facilement réalisables en zone urbaine car moins liés à la contrainte des transports

- Développer l'accueil temporaire, l'accueil d'urgence, l'accueil séquentiel en foyer d'hébergement, les places d'externat dans les MAS en réponse à une demande des familles.

1.2 Développer des dispositifs permettant des accompagnements spécifiques :

- Accueil familial pour personnes handicapées adossé aux structures médico-sociales
- Mise en place de SAMSAH adaptés pour le maintien à domicile des personnes déficientes intellectuelles lourdement handicapées
- Organisation de MAS en centres ressources. L'objectif est d'ouvrir les établissements sur leur environnement. Les MAS doivent ainsi pouvoir constituer des centres relais pour la réalisation par exemple d'actions de formation, de promotion de la santé ou toute autre action répondant à un besoin. (cf. également supra "les personnes lourdement handicapées: l'amélioration de la prise en charge médicale et hospitalière).

2 - Privilégier le maintien à domicile avec un accompagnement adapté

2.1 Privilégier, dans le cadre de la transformation des structures ou de création de capacités nouvelles, les services de maintien à domicile (SAMSAH) en complémentarité des dispositifs d'aide à domicile ou service d'accompagnement à la vie sociale sous responsabilité des Conseils Généraux. La coordination entre les services de maintien à domicile est préconisée.

2.2 Élargir les contours du territoire en dehors des frontières régionales, favoriser les partenariats avec les régions limitrophes lorsque cela répond à une logique d'offre de proximité qui permet d'optimiser les coûts, d'améliorer l'accessibilité, de maintenir les liens sociaux et familiaux.

2.3 Favoriser en lien avec les Conseils Généraux le développement de nouvelles technologies telles que la domotique.

3 - Améliorer la prise en charge des soins en milieu hospitalier

3.1 Mutualiser les professionnels de rééducation et paramédicaux qui travaillent dans les structures médico-sociales pour apporter une réponse aux problèmes de pénurie de professionnels.

3.2 Garantir l'accessibilité à l'offre de 1er recours en organisant les transports, en particulier dans les zones rurales enclavées.

IV.9. DES RÉPONSES ADAPTÉES POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'AUTISME ET DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) - OMS, l'autisme et les troubles qui lui sont apparentés sont regroupés en « troubles envahissants du développement » caractérisés par un développement anormal ou déficient, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : les interactions sociales réciproques, la communication et le comportement (au caractère restreint et répétitif). Les TED se caractérisent par une diversité des troubles et manifestations (« spectre autistique »), allant de « l'autisme typique », associé ou non à une déficience intellectuelle, au syndrome d'Asperger (haut niveau).

Concernant l'autisme et les TED, les taux de prévalence sont encore difficiles à manier, du fait principalement de l'évolution de leurs définitions, ayant depuis plusieurs décennies considérablement élargi le périmètre de ces pathologies.

Les taux de prévalence issus de revues de littérature internationale font état en 2003 d'un taux de :

Taux pour 1 000 enfants	
Autisme	1
Ensemble des TED	2,7

Des publications récentes font état d'un taux plus élevé pour l'ensemble des TED, pouvant aller jusqu'à 6 ou 7/1 000. Les chercheurs s'accordent à dire que cette apparente augmentation est en fait liée à l'élargissement des critères et une meilleure reconnaissance des troubles autistiques, notamment parmi les jeunes sans déficit intellectuel.

IV.9.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Le plan 2008-2011 répond à des enjeux qualitatifs et quantitatifs forts, articulant les champs éducatifs, pédagogiques et sanitaires. La participation des personnes avec TED et autisme et des familles est impliquée dans un grand nombre d'actions. Le plan répond à ces enjeux selon un ordre de priorités échelonnées dans la durée.

Il comporte **trois axes majeurs** :

- **Axe 1. Mieux connaître pour mieux former**
- **Axe 2. Mieux repérer pour mieux accompagner**
- **Axe 3. Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne**

La circulaire du 27 juillet 2010, détaille plus particulièrement :

- L'animation régionale du plan par la mise en place d'un Comité Technique Régional Autisme,
- Les missions et rôles des centres de ressources pour l'autisme (CRA),
- L'organisation territoriale de l'offre de service pour le diagnostic, le soin et l'accompagnement.

La région Limousin est dotée d'un Centre Régional de Diagnostic et de Ressources pour l'Autisme (CRDRA). Ses missions, en référence à la circulaire du 8 mars 2005, sont :

- Le diagnostic et l'évaluation de l'autisme et des troubles envahissants du développement de l'enfant et de l'adulte (consultations multidisciplinaires en vue d'un diagnostic, bilans, évaluations et réévaluations approfondies, conseil médical),
- L'accueil et le conseil des personnes et de leur famille (mise à disposition de la liste régionale des personnes et structures ressources dans tous les domaines : thérapeutique, éducatif, scolaire, associatif et administratif ; aide et soutien dans le choix et le suivi d'un projet de vie),
- L'organisation de l'information et de la formation à l'usage des professionnels et des familles, dans le respect des règles éthiques et scientifiques (création d'une base de données documentaires, en collaboration avec les autres centres de ressources ; diffusion de l'information sur l'évolution des connaissances en matière de diagnostic, de soin, d'éducation et de recherche ; contribution à l'organisation de formations en direction de différents publics et à la sensibilisation aux besoins spécifiques des enfants et adultes autistes,
- L'animation d'un réseau régional par l'organisation de conférences et de groupes de réflexion thématiques
- La mise en œuvre et l'appui de recherches et d'études (participation à des projets de recherche),
- Le conseil et l'expertise nationale.

Le CRDRA s'est restructuré et a réellement démarré son activité dès 2010. Les personnes autistes et leurs familles s'appuient désormais sur cette structure référente et clairement identifiée.

La région est dotée de ressources « dédiées à l'autisme » à vocation régionale et départementale.

En région

Un Réseau d'Aide à la Prise en Charge Éducative de l'Autisme en Limousin (RAPCEAL) dont l'objet est d'offrir aux personnes autistes du Limousin (enfants, adolescents ou adultes) une aide complémentaire à des prises en charge soit partielles, soit en l'attente. L'idée générale est de fournir un complément d'aide et non de remplacer les structures existantes. Les objectifs poursuivis sont d'aider au développement de compétences chez la personne autiste et d'améliorer sa qualité de vie.

En département

→ Corrèze

Scolaires	Médico-sociales
CLIS Cité des roses (Brive) ; Turgot 2 (Tulle), La Jaloustre (Ussel)	IME avec section autiste : Puymaret (Malemort 7 places), la Peyrotte (Ussel 6 places), Peyrelevade (36 places)
ULIS d'Arsonval (Brive), Lycée Professionnel Agricole (Naves)	SESSAD Autiste Départemental (20 places dont 13 financées)
Classe expérimentale Joliot Curie – Tulle (6 enfants entre 6 et 12 ans). Le RIPIesi intervient. Programme TEACH depuis septembre 2010. Passerelle avant passage en CLIS	RIPIesi Autiste (Tulle, Ussel, Brive, Aubusson 18 places)
	MAS « AGEFP du Pays de Brive » Varetz avec une section autiste 10 places
	MAS « Maison d'Hestia » Autiste St Setiers 18 places + 1 place accueil temporaire + 1 place internat semaine.
TOTAL	117 places

Le RIPI esi est un Service expérimental d'accompagnement dans le milieu ordinaire pour enfants et adolescents avec TED (milieu familial, scolaire et de loisirs). Des week-ends de « décompression » sont également organisés (week-ends où les enfants et adolescents seront accueillis hors de leur domicile).

→ Creuse

Scolaires	Médico-sociales
CLIS Jean-Macé (Guéret)	IME Grancher avec une section autiste (Guéret 6 places dont 2 financées)
	MAS de la Valette à St Vaury : 28 places
	RAPCEAL/RIPlési : interviennent sur le département de la Creuse (Rapcéal pour le Nord du département et RIPlési pour le sud du département 18 places)
TOTAL	52 places

→ Haute-Vienne

Scolaires	Médico-sociales
CLIS Louise de Marillac (Limoges)	IME R. Bonnefond (Eyjeaux 14 places)
ULIS Ozanam (Limoges)	SESSAD Départemental F. Lormier (15 places)
CLIS du Roussillon (ouverture septembre)	MAS d'Aixe sur Vienne (12 places)
TOTAL	41 places

Le total général est de 210 places.

Cette offre est complétée par l'intervention de structures sanitaires et associatives telles que le pôle universitaire de pédopsychiatrie, les CAMSP, les CMPP, les Services d'Accueil Familial Thérapeutique (Brive et St Vaury), le centre de psychothérapie « la petite maison » de Guéret, les hôpitaux de Jour pour enfants (Brive, Aubusson, la Souterraine, Guéret); les CATTP, le Centre de Guidance Infantile de la Corrèze, l'association INTEGR'ADOM en Corrèze, AMIS 19, TRAMPO-LINE 19 et ALISEA 87.

La prise en charge et l'identification des besoins en région

Il est apparu qu'au sein d'une même organisation de travail, des ruptures dans l'accompagnement existaient dès lors qu'il n'y avait pas de structures dédiées. Une continuité dans l'accompagnement doit être assurée.

De même, il est apparu nécessaire d'identifier des indicateurs robustes (exemple : l'indicateur relatif aux listes d'attente dans les établissements et services médico-sociaux, qui est un indicateur de pression de la demande, n'est pas à ce jour disponible auprès des MDPH ou des ESMS) permettant une identification collective des besoins des personnes autistes et présentant des troubles envahissants du développement (ex : accompagnement des adultes et des 14/20 ans).

Il en est de même sur la difficulté de répondre à la demande des ESMS concernant l'évaluation des adultes. Le CH Esquirol répond au coup par coup. La création d'un centre d'expertise est évoquée. (Il est fait référence au CEAA Centre Expertise Autistes Adultes du Dr Fiard à Niort) Ce type de structure permet des séjours de répit, et une étude « à froid » des troubles comportementaux. Il comprend aussi un examen somatique pour évaluer l'état de santé afin de s'assurer qu'aucune pathologie douloureuse n'est à l'origine des comportements difficiles. Le SERFA pourrait intervenir. Il s'agit d'un service de rééducation fonctionnelle en milieu ordinaire de personnes atteintes d'autisme de tous âges et de tous niveaux. Ce service ambulatoire proposera d'intervenir en milieu ordinaire. Actuellement, il n'est pas autorisé faute de financement.

Enfin, il est fait état d'un manque de spécialisation des SAVS dans le cadre du maintien des adultes en milieu ordinaire et d'un manque de formation des Auxiliaires de Vie Scolaire à la prise en charge des personnes autistes/TED.

IV.9.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

L'approche quantitative et qualitative est un enjeu majeur pour la construction et le choix des réponses médico-sociales/sanitaire/scolaire adaptées aux personnes et ainsi éviter les orientations par défaut.

L'organisation territoriale de l'offre dans la région doit avoir pour objectif de favoriser la continuité du parcours de soin et d'accompagnement de la personne, pour éviter les ruptures de prise en charge et améliorer l'accès aux ressources existantes.

Du point de vue de la scolarisation, les progrès constatés doivent être poursuivis, notamment par le développement des services d'accompagnement et par la recherche d'une articulation toujours plus étroite entre l'école ordinaire et le secteur de l'éducation spéciale.

La circulaire du 5 mars 2005 a contribué à positionner, au niveau régional, les équipes hospitalières qui sont associées au CRA pour réaliser sa mission de diagnostic et d'évaluation complexes, de recherche et de formation. L'analyse de l'activité de ces équipes a montré qu'elles intervenaient encore trop en première intention.

Ce constat conduit à repositionner l'intervention respective des différents acteurs intervenant dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme.

Un besoin particulier s'exprime en matière de personnes ressources susceptibles d'assurer une formation adaptée aux spécificités des TED, aux handicaps qu'ils génèrent et aux réponses que différentes méthodes d'intervention sont susceptibles d'apporter aux personnes qui en souffrent.

Disposer de personnes ressources à l'échelle de la région, susceptibles de décliner rapidement et sans attendre la mise à jour, forcément longue, des référentiels de formation initiale et continue auprès des différents professionnels engagés dans les prises en charge et l'accompagnement des personnes avec TED, la diffusion de connaissances actualisées sur l'autisme au regard des pratiques, et de favoriser le travail de collaborations interinstitutionnelles est un enjeu majeur.

Il conviendra de développer la formation « labellisée » de formateurs ou personnes ressources, déjà impliqués dans une pratique en lien avec l'EHESP et le CRA du Limousin.

Par ailleurs, il importe de renforcer au niveau régional et des territoires :

- Le rôle des acteurs de proximité, médecins de ville, services de PMI, CAMSP, CMPP notamment, pour le repérage des troubles et l'orientation précoce vers les équipes multidisciplinaires compétentes en matière de diagnostic, mais aussi pour le suivi de proximité
- La coordination des interventions pour assurer un parcours de soin et un projet personnalisé de compensation adaptés, à même d'apporter des réponses diversifiées prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne, thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques et professionnels, tant pour les enfants et adolescents que pour les adultes.

Enfin, une bonne articulation entre les professionnels et les aidants, une reconnaissance du rôle, de la place, et des compétences de chacun est nécessaire afin que puisse se créer autour des personnes accompagnées une alliance favorable au meilleur accompagnement possible.

IV.9.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

1 - Réaliser un diagnostic territorial de l'offre, des besoins et de la demande en lançant une enquête régionale auprès des Établissements et Services Médico-Sociaux afin de repérer :

- Le nombre des personnes accueillies par défaut dans les ESMS de la région
- Les tensions exprimées.

Cette même démarche sera menée auprès des structures sanitaires et scolaires.

Quant au CRA, il établira un bilan en matière de diagnostic et d'évaluation (enfants/adultes).

A partir des résultats de cette étude, l'ARS s'engagera à créer ou développer si nécessaire des places adaptées en diversifiant l'offre d'accueil sans perdre de vue le maillage territorial. Une attention particulière sera portée à l'accompagnement des 14/20 ans et à la prise en charge des adultes.

2 - Consolider durablement le centre ressource autisme en région et lui confier les missions suivantes (cf. circulaire du 27 juillet 2010)

2.1 Le développement du diagnostic et l'évaluation

- Il convient de favoriser la création d'Antennes CRA départementales pour les diagnostics-évaluations de première intention et ainsi repositionner le CRA sur sa mission de diagnostic-évaluation comme organisme de recours pour les cas complexes. Le CRA assurera la supervision des antennes départementales (notion d'optimisation des connaissances)
- Le CRA devra former les CAMSP/CMPP susceptibles d'intervenir en première intention en matière de diagnostic, d'évaluation et de prise en charge de l'autisme
- En outre, le CRA devra développer un pôle adulte pour poser des diagnostics d'autisme, champ qu'il a actuellement peu investi
- Enfin, un centre d'expertise autisme articulé au CRA pour l'évaluation des troubles du comportement et de soutien à l'accompagnement des adultes en ESMS (équipe mobile rattachée au centre d'expertise) doit être réfléchi.

2.2 L'organisation de la coordination et les articulations

Le CRA devra développer des coopérations avec les MDPH et l'Éducation Nationale. L'objectif étant de construire des pratiques communes pour mieux accompagner, améliorer la qualité des évaluations réalisées par les MDPH et de s'engager à servir les intérêts de la personne au regard de son projet de vie.

Il convient également de prévoir des conventions entre les services sanitaires et médico-sociaux et ainsi engager les partenaires.

2.3 L'information et la formation

Le CRA devra élaborer un livret « autisme » pour chaque structure dédiée à l'autisme. L'accès aux ressources mobilisables devra être ainsi amélioré.

Le CRA devra s'engager dans la formation des AVS.

De plus, il convient de développer l'information et la formation des professionnels, de favoriser les formations interdisciplinaires, avec le socle commun des connaissances de l'HAS. Cette mission s'exercera particulièrement par la mise en œuvre de la mesure 5 du plan autisme qui prévoit une formation de formateurs, permettant de disposer de personnes ressources à l'échelle des régions. Le CRA sera un relais important de cette action, notamment par l'appui qu'il apportera à la déclinaison des formations en région.

Enfin, le CRA devra également soutenir les familles et les aidants afin qu'elles puissent se faire une opinion juste pour opérer des choix, être alertées sur les dérives et dangers de certaines offres pratiquées, être guidées, formées et aidées dans leur démarche.

3 - Développer une offre de service adaptée et favoriser les prises en charge expérimentales

La connaissance des besoins tant en ce qui concerne les enfants que les adultes doit être de nature à éclairer les décisions quant au développement des places nécessaires et aux conditions adaptées pour répondre aux besoins des personnes concernées.

L'ARS, avec l'expérience du CRA et avec ses différents interlocuteurs sur cette question, favorisera les projets expérimentaux du plan national.

IV.10. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LE HANDICAP PSYCHIQUE

IV.10.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Le handicap psychique quelle définition ?

L'existence du handicap psychique est reconnue par la loi du 11 février 2005. Il s'agit d'une inadaptation sociale due aux conséquences des maladies psychiques graves et chroniques : schizophrénies, psychoses, troubles bipolaires, troubles obsessionnels compulsifs, névroses invalidantes. Il est fait référence aux personnes qui subissent des limitations d'activité dans leur vie quotidienne ou des restrictions dans leur participation sociale, en lien avec une altération des fonctions psychiques.

Le handicap psychique n'affecte pas directement les capacités intellectuelles mais plutôt leur mise en œuvre. Il est toujours associé à des soins. Ses manifestations sont essentiellement variables dans le temps. On peut citer un extrait du livre de Gérard Zribi et Jacques Sarfaty (2008) : Handicapés mentaux et psychiques, définissant le handicap psychique :

« Un dysfonctionnement de la personne caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale. Les troubles psychiques sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie (ou de dépendance) des personnes. »

Certains malades mènent une existence normale, d'autres vivent de manière plus ou moins permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales : on parle alors généralement de personnes handicapées psychiques ».

L'offre en Limousin

Au-delà des structures évoquées dans la présentation générale de la région, il convient de mentionner les structures ayant une vocation spécifique pour les personnes handicapées psychiques notamment :

- Pour les SAMSAH, un SAMSAH en Haute-Vienne géré par l'Association PRISM, de 39 places autorisées et 20 places installées, deux SAMSAH en Corrèze celui de la Fédération d'associations corréziennes d'aide aux personnes handicapées (100 places) et celui de la Fondation Jacques Chirac (60 places)
- Un **Centre de préorientation** en Haute-Vienne à Aixe sur Vienne géré par l'APSAH (Association pour la promotion sociale des aveugles et autres handicapés) de 15 places dont 11 en internat et 4 en semi-internat qui accueille des personnes cérébrolésées afin de poursuivre leur réinsertion sociale et/ou professionnelle)
- **Pour les ESAT**, l'ESAT L'Envol en Haute-Vienne spécialisé dans les troubles du caractère et du comportement qui a une capacité de 72 places. En Corrèze, les ESAT du Puy Grand et de la Vézère comportent des places pour les déficients psychiques : 4 places à l'atelier du Puy Grand à Chamboulive et 6 places à l'atelier de la Vézère.

Le Limousin dispose de **8 Groupements d'entraide mutuelle (GEM)** : - 3 en Corrèze, 2 en Creuse et 3 en Haute-Vienne.

En matière de logement des personnes souffrant de troubles psychiques, le Limousin dispose de maisons relais. Des expérimentations de résidences d'accueil pour personnes ayant un handicap psychique sont en cours en Limousin.

Il peut être évoqué également le dispositif des Familles Gouvernantes géré par l'UDAF 87 qui vise à maintenir des personnes à domicile. Il s'agit d'un dispositif alternatif (mise à disposition d'un logement, accompagnement par une « gouvernante ») pour la prise en charge globale d'adultes handicapés bénéficiant d'une mesure de protection exercée par le service des tutelles de l'UDAF 87.

De même on peut mentionner l'existence dans chaque département d'une **maison des adolescents** (MDA) prévue dans le plan de santé des jeunes de 16 à 25 ans. Le Limousin dispose d'une MDA par département.

Enfin, il convient d'ajouter la création d'un groupement de coopération entre des structures médico-sociales et la Psychiatrie. Le GCS Santé mentale et handicap comprend 30 membres, représentant 144 établissements sanitaires et médico-sociaux.

IV.10.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

D'une manière générale le nombre de personnes concernées à des degrés divers est en croissance. L'évolution de la société (précarité...) constitue une explication souvent mise en avant.

La particularité du handicap psychique rend délicate toute appréhension fine des besoins. Sa variabilité va de pair avec l'imprévisibilité des situations. Les degrés d'autonomie sont variables dans le temps avec des aggravations et des améliorations possibles.

La question de l'accès aux soins et à la prévention apparaît tout à fait essentielle :

L'observance des traitements est une préoccupation en matière de handicap psychique. L'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage doit être développée.

De même l'articulation avec la psychiatrie est tout aussi déterminante. Les consultations psychiatriques doivent être accessibles et les prises en charge éventuellement assurées par des équipes mobiles intervenant à domicile.

Les ruptures de parcours doivent être évitées en anticipant les évolutions. De même, les orientations par défaut dans des structures inadaptées ne sont pas satisfaisantes. L'offre doit être développée en tenant compte de la particularité de ce handicap et des réponses qu'il appelle.

IV.10.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION**1 - Mieux cerner les besoins en matière de handicap psychique**

Actuellement il est difficile d'approcher les besoins. La spécificité de ce handicap dit « invisible » et la diversité des réponses à mettre en place face à des situations imprévisibles et évolutives rend délicat toute appréhension fine des besoins. Aussi, avec le projet de mise en place d'un observatoire en lien avec les MDPH (voir partie III « Les orientations régionales »), un travail particulier sur ce type de handicap est à construire.

2 - Favoriser l'accès à des soins psychiatriques de proximité grâce à des consultations avancées ou à l'intervention d'équipes mobiles

Ceci suppose une collaboration formalisée entre d'une part les établissements et services médico-sociaux et les établissements psychiatriques selon des modalités à envisager conjointement.

Le GCS santé mentale et Handicap peut assurer cette fonction en Haute-Vienne et des organisations de ce type sont préconisées dans les autres départements, (notamment le groupement de coopération sanitaire de réhabilitation sociale et médico-sociale en cours en Corrèze).

3 - Anticiper les évolutions en organisant des séjours de contact dans les établissements médico-sociaux avant l'admission définitive des patients

Dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens, les structures concernées sont invitées à prévoir ces modalités d'admission progressive si besoin.

4 - Adapter les rythmes de travail en ESAT en développant le temps partiel, l'accueil séquentiel, l'accueil progressif

Les ESAT accueillant des personnes handicapées psychiques doivent permettre dans leur projet d'établissement des modalités d'accueil adaptées.

5 - Prévoir la création de places adaptées en MAS, FAM, SAMSAH, ESAT et envisager les conditions d'un financement de certaines actions (ex actions de coordination pour les Familles Gouvernantes).

- La création de places de SSIAD pour handicapés psychiques peut également être envisagée
- La création de places de SAMSAH en Creuse qui en est dépourvue apparaît également nécessaire dans le cadre des orientations nationales
- Le développement des GEM qui constituent des formules pertinentes peut être également envisagé.
- Les services de maintien à domicile nécessiteront d'être associés à la coordination avec les autres acteurs.

IV.11. TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ET INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES**IV.11.1. SITUATION ACTUELLE : ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC**

La loi du 11 février 2005, permet à toute personne en situation de handicap de pouvoir s'épanouir et de mettre en place un projet de vie. L'exercice d'une activité professionnelle est un élément de ce projet de vie pour un grand nombre de personnes handicapées. Le principe de non discrimination en raison de son handicap est réaffirmé.

Pour cela les dispositifs de droit commun, en priorité, et les dispositifs spécifiquement dédiés, le cas échéant, peuvent être mobilisés.

Cette insertion professionnelle passe par :

- Des emplois en milieu protégé avec la mobilisation de postes en ESAT. Aujourd'hui, en région Limousin, 1 900 travailleurs handicapés travaillent dans ces établissements et environ 700 sont sur liste d'attente (490 en Haute-Vienne, 120 en Creuse et 80 en Corrèze, chiffres MDPH communiqués fin février 2011)
- L'accès à des formations en CRP. Le limousin porte des établissements de pré orientation qui sont soit généralistes ou spécialisés mais qui dispensent aussi des formations pré qualifiantes et qualifiantes. 405 stagiaires entrent chaque année dans une action de formation provenant de l'ensemble du territoire national suite à des décisions CDAPH. Le nombre d'entrées en formation dans les CRP représente 30 % du nombre total d'entrées des TH en formation en Limousin
- La mobilisation des services médico-sociaux en appui ou en complémentarité pour l'insertion en milieu ordinaire de travail. Les différents services (SAVS, SESSAD, Services de suite, SAMSAH) sont des outils nécessaires pour faciliter et rendre durable une insertion professionnelle et/ou un maintien dans l'emploi.

Le limousin compte 2 800 demandeurs d'emploi en ESAT. Ce chiffre est en augmentation de +7,33 % sur un an et un demandeur d'emploi sur dix est travailleur handicapé, 38 % ont plus de 50 ans, 49 % sont chômeurs de longue durée et 26 % ont un niveau de formation infra 5.

Équipements médico-sociaux permettant l'accompagnement professionnel des personnes en situation de handicap**ESAT**

Une capacité régionale de 1 900 places, répartie par département comme suit :

Creuse	ESAT « Les Méris » AUBUSSON	98 places
	ESAT « André Ozanne » EVAUX-LES-BAINS	23 places
	ESAT « James Marangé » LA SOUTERRAINE	40 places
	ESAT « Marie Jouannet » SAINT-SULPICE-LE-GUERETOIS	90 places
	ESAT « Masgerot » SAINT-SULPICE-LE-GHERETOIS	103 places
	soit un total de :	354 places
Corrèze	ESAT Ateliers de Croisy ARGENTAT	47 places
	ESAT Le Glandier ARNAC-POMPADOUR	43 places
	ESAT La Saule BORT-LES-ORGUES	63 places
	ESAT « Puy Grand » CHAMBOULIVE	27 places
	ESAT « La Vézère » SAINT-BRIANCE	35 places
	ESAT « Les ateliers du Vallon » EYGURANDE	73 places
	ESAT ADAPEI MALEMORT-SUR-CORREZE	120 places
	ESAT ADAPEI TULLE	61 places
	ESAT ADAPEI USSEL	47 places
	ESAT SAINT-BONNET-LA-RIVIERE	24 places
	ESAT SAINT-AULAIRE	8 places
	ESAT « La source » SORNAC	74 places
	ESAT « Le Moulin du Soleil » TULLE	70 places
	soit un total de :	692 places
Haute-Vienne	ESAT « André Chevalier » BELLAC	40 places
	ESAT EYMOUTIERS	50 places
	ESAT CDTPI ISLE	150 places
	ESAT APSAH LIMOGES	129 places
	ESAT « L'Envol » LIMOGES	72 places
	ESAT DELTA PLUS (ex ESAT AD GEST 87 à Beaubreuil	
	LIMOGES -62 places et « Les Chênes » à PANAZOL - 120	182 places
	places	20 places
	SAT SOFAITE LIMOGES	60 places
	ESAT « Les Seilles » SAINT-JUNIEN	101 places
	ESAT SAINT-JUST-LE-MARTEL	50 places
	ESAT SAINT-LAURENT-LES-EGLISES	
	soit un total de :	854 places

CRP

Une capacité régionale de 452 places, répartie par département comme suit :

Haute-Vienne	CAP AIXE-SUR-VIENNE	160 places
	Centre de préorientation AIXE-SUR-VIENNE	15 places
	IFMK LIMOGES	65 places
	ERP « Féret-du-Longbois LIMOGES	212 places
	soit un total de :	452 places

SAMSAH

Une capacité régionale de 180 places, répartie par département comme suit :

Corrèze	SAMSAH Basse et moyenne Corrèze	100 places
	SAMSAH Haute-Corrèze	60 places
	soit un total de :	160 places
Haute-Vienne	SAMSAH PRISM	20 places
	soit un total de	20 places

SAVS

Une capacité régionale de 1 137 places, répartie par département comme suit :

Creuse	SAVS GUÉRET	30 places
	SAVS AUBUSSON	92 places
	SAVS LA SOUTERRAINE	30 places
	soit un total de :	152 places
Corrèze	SAVS Basse et moyenne Corrèze	330 places
	SAVS Haute-Corrèze	100 places
	SAVS MALEMORT-SUR-CORREZE	70 places
	soit un total de :	500 places
Haute-Vienne	SAPHAD APF LIMOGES	61 places
	SAPHAD DELTA PLUS ex AD GEST 87 LIMOGES	45 places
	SAVS du SAT Hors murs LIMOGES	20 places
	SAVS APSAH LIMOGES	24 places
	SAPHAD EYMOUTIERS	40 places
	SAVS EYMOUTIERS	35 places
	SAPHAD ISLE	50 places
	SAVS SAINT-JUNIEN	25 places
	SAVS SAINT-LAURENT-LES-EGLISES	29 places
	SAVS DELTA PLUS ex AD GEST 87 LIMOGES	25 places
	SAPHA BELLAC	40 places
	SAVS BELLAC	36 places
	SAVS DELTA PLUS ex PANAZOL	15 places
	SAVS SAINT-JUST-LE-MARTEL	40 places
	soit un total de :	485 places

Diagnostic**Une évolution des publics concernés**

Une évolution du public des ESAT liée :

- Au vieillissement des travailleurs handicapés dont l'accroissement proportionnel de la fatigabilité induit une forte demande d'adaptation des temps de travail et d'aménagement des postes de travail
- A l'augmentation du nombre de personnes accueillies souffrant de troubles psychiques, induisant des modifications de l'organisation du travail pour s'adapter aux besoins fluctuants des travailleurs présentant ce type de déficience
- A la durabilité du handicap, induisant des perspectives d'orientation vers le milieu ordinaire très faibles : 95 % des travailleurs handicapés accueillis en ESAT sont dans cette situation
- Une évolution du public des CRP également vers un plus grand nombre de personnes présentant des déficiences psychiques et/ou des troubles comportementaux
- Un constat similaire en amont du secteur adulte, dans les structures accueillant les enfants et les jeunes, chez qui des troubles sévères du comportement et des difficultés psychiques sont le plus souvent associés à la déficience qui a fait l'objet de l'orientation.

IV.11.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Les besoins des publics sont en évolution. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces changements : le vieillissement des personnes handicapées, l'introduction par la loi de 2005 de la notion de handicap psychique, les attentes particulières exprimées par les publics issus de la nouvelle génération.

De ce fait, l'adaptation de l'offre à l'évolution des besoins constitue un des axes forts de facilitation des parcours professionnels des personnes en situation de handicap. Cette adaptation de l'offre passe par :

- La diversification des modes d'accueil et d'accompagnement (temps partiel en ESAT, accueil séquentiel en foyer d'hébergement...)
- La diversification des activités (les mises à disposition, les détachements, les prestations de service...)
- La création de structures intermédiaires dédiées à l'accompagnement des personnes handicapées vers une insertion professionnelle en milieu ordinaire.

La mise en œuvre de ces accompagnements alternatifs de l'offre nécessite un assouplissement des passerelles au sein du milieu protégé et entre milieu protégé et milieu ordinaire et un renforcement des modalités de collaboration entre le milieu protégé et le milieu ordinaire. Le renforcement de la concertation entre les acteurs chargés de mettre en œuvre au niveau de la région les politiques médico-sociales et les politiques relative à l'intégration professionnelle constitue une des clefs de la réussite de cette collaboration.

Au-delà de la facilitation des parcours entre milieu ordinaire et milieu protégé, la collaboration doit également être renforcée dans l'accompagnement quotidien et continu de la personne, d'une part, entre acteurs des champs médico-social et sanitaire, notamment sur le champ du handicap psychique et du traumatisme crânien, et, d'autre part, entre le secteur enfants et adultes, afin

d'éviter les ruptures de prise en charge au moment du passage du secteur de l'enfance à celui des adultes.

La formation constitue un levier majeur dans la mise en œuvre des politiques d'accompagnement des travailleurs handicapés et de leur insertion professionnelle, réaffirmé par les dispositions du décret n° 2009-565 du 20 mai 2009, relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés accueillis en établissements ou services d'aide par le travail.

Compte-tenu des enjeux, les actions de formation doivent d'être développées, tant concernant les personnes accueillies en ESAT que concernant les équipes chargées de les accompagner, et ce afin de favoriser la professionnalisation et la mobilité des travailleurs en ESAT, notamment par l'accès aux démarches de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et par des actions de soutien, d'accompagnement et de formation.

La formation des usagers pourra pertinemment s'appuyer sur le développement d'une nouvelle offre de formation par les structures de reconversion professionnelle en direction des publics ESAT, à travers une modularisation des formations proposées et une adaptation de leur contenu à l'évolution et à la diversification des publics. Cette nouvelle offre développée par les CRP présenterait, en outre, l'avantage de pallier la baisse d'activité que connaissent ces structures depuis plusieurs exercices budgétaires du fait, notamment, de la minoration des moyens alloués à la rémunération des stagiaires. Dans ce contexte, les CRP/ERP seront pris en compte dans le contrat de projet de développement des formations (Région/État).

La professionnalisation des équipes pluridisciplinaires devra s'appuyer sur deux axes majeurs :

- Développer un outil commun d'évaluation des compétences des travailleurs, afin de fluidifier les parcours des travailleurs handicapés
- Permettre aux équipes de mieux appréhender les particularités des différents handicaps, notamment ceux relatifs à la déficience psychique et aux traumatismes crâniens, afin de proposer des accompagnements adaptés aux capacités et aux attentes des travailleurs handicapés.

Par ailleurs, la multiplicité des acteurs œuvrant dans le champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées et la complexité de leurs missions complémentaires appelle la réalisation d'outils permettant d'améliorer la lisibilité des interventions, notamment l'élaboration d'un document regroupant tous les dispositifs participant à l'insertion professionnelles des personnes en situation de handicap (par type de structures, par territoires, par type de publics, par mode d'accès et d'orientation,...).

Enfin, et en complémentarité avec la nécessité de remédier à l'inéquité territoriale des équipements et de l'offre de service, il apparaît fondamental de développer des dispositifs, innovants ou expérimentaux, permettant des accompagnements spécifiques, d'une part sur le champ de la déficience psychique, du traumatisme crânien et du vieillissement des travailleurs, et d'autre part, et tout particulièrement dans le cadre d'une réflexion sur la place de la valeur travail dans l'appréciation de la réussite de l'insertion, sur le champ de l'alternative à l'insertion professionnelle à travers la réalisation d'activités reconnues utiles socialement et économiquement, mais néanmoins déliées à des contraintes de la rentabilité.

IV.11.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION**1. Diversification de l'offre et des modes d'accueil**

- Développer les temps partiel et les accueils séquentiels en ESAT, en prenant en compte le fait que ces types d'accueil induisent une majoration du nombre de personnes accueillies, ce qui majore le temps d'accompagnement des travailleurs handicapés. La création de sections annexes d'ESAT pourrait être un appui important
- Pour répondre aux besoins de jeunes sortant d'IME
- Dans la préparation de la cessation d'activité professionnelle des travailleurs handicapés (retraite) et constituer une passerelle vers des accompagnements/relais adaptés pour le suivi « retraite »
- Pour des personnes ayant des difficultés psychiques.

Un renforcement des SAVS (type SAPHAD) et la création de SAMSAH (actuellement inexistant en Creuse) permettraient de poursuivre l'accompagnement sans rupture

- Assouplir les dispositifs d'orientation des personnes présentant des déficiences psychiques et des personnes cérébro-lésées afin de permettre un accompagnement s'adaptant aux fluctuations de capacités de ces personnes
- Développer des dispositifs, innovants ou expérimentaux, proposant une alternative à l'insertion professionnelle permettant des accompagnements spécifiques, notamment sur le champ de la déficience psychique, du traumatisme crânien et du vieillissement des travailleurs, en substituant la notion « d'activités préoccupationnelles » à celle « d'activités occupationnelles »
- Favoriser les expérimentations en matière de travail protégé et diversifier la palette de réponses proposées par les ESAT (ESAT Hors les Murs...)
- Mettre en place un groupe de travail MDPH/ESMS/ARS/CG afin de définir les modalités d'une orientation plus souple de la personne handicapée répondant mieux à l'évolution et/ou à la fluctuation de ses besoins et de ses capacités.
- Prendre en compte le vieillissement des travailleurs avec la mise en place de sections d'animation pour favoriser la préparation à la retraite.

2. Renforcement des passerelles au sein du milieu protégé et entre milieu protégé et milieu ordinaire :

- Créer les conditions d'une mise en œuvre effective du droit au retour, en autorisant les sureffectifs dans les ESAT sans compromettre le versement de l'aide au poste (articulation Agence Régionale de Santé et Agence de Services et de Paiement)
- Flécher au sein des ESAT un volume de places « passerelles », permettant aux travailleurs handicapés de définir leurs parcours professionnels de manière progressive en 3 étapes :
 - Évaluation au sein de l'atelier de passerelle
 - Entraînement ou réentraînement au travail en temps partagés entre des activités réalisées en atelier « passerelles » et dans les autres ateliers de l'ESAT
 - Mise en situation professionnelle dans les ateliers des ESAT

- Mobiliser les mesures (dispositifs et aides financières) d'adaptation à l'emploi du milieu ordinaire pour les personnes orientées en milieu protégé
- Réduire les inégalités territoriales en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap vers des activités sociales et professionnelles (SAMSAH ou SAVS type SAPHAD).

3. Renforcer les mutualisations et coopérations :

- Améliorer la lisibilité, notamment par la réalisation d'un document regroupant les coordonnées et les missions de tous les dispositifs participant à l'insertion professionnelles des personnes en situation de handicap (par type de structures, par territoires, par type de publics, par mode d'accès et d'orientation,...) dans la région Limousin
- Renforcer la concertation et la coopération entre les acteurs chargés de mettre en œuvre au niveau de la région les politiques médico-sociales et les politiques relatives à l'intégration professionnelle
- Mettre en place une coordination régionalisée des ESAT.
- Organiser un groupe de travail ESAT/secteur psychiatrique afin de renforcer l'effectivité de la collaboration médico-sociale et sanitaire et de mieux définir les besoins et les attentes de chacun, notamment sur le champ du handicap psychique et du traumatisme crânien
- Formaliser les coopérations médico-sociales entre les secteurs enfants et adultes, notamment en ce qui concerne l'accès des jeunes aux machines dangereuses (interdites dans les structures enfance) afin de permettre une continuité dans l'acquisition des compétences professionnelles
- Favoriser la coopération entre les structures de travail protégé sur les questions ayant un intérêt commun (recherche, formation, etc..).

4. Développer la formation, tant concernant les personnes accueillies en ESAT que concernant les équipes chargées de les accompagner :

- S'appuyer sur les compétences des structures de reconversion professionnelles pour mettre en œuvre les dispositions du décret du 20 mai 2009 (relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés accueillis en établissements ou services d'aide par le travail) en développant une nouvelle offre de formation en direction des publics ESAT :
- Adapter le contenu des formations proposées à l'évolution et à la diversification des publics accueillis en ESAT
- Développer un outil commun d'évaluation des compétences des travailleurs à travers la mise en place en Limousin du dispositif « Différent et Compétent », en lien avec les dispositions du décret précité, étant précisé que le dispositif pourra être expérimenté sur deux axes métiers représentatifs de ceux existants dans les ESAT (par exemple : espaces verts et blanchisserie)
- Favoriser la professionnalisation des équipes pluridisciplinaires afin de mieux appréhender les particularités des différents handicaps, notamment ceux relatifs à la déficience psychique et aux traumatismes crâniens
- Prendre en compte les CRP/ERP dans le contrat de projet de développement des formations (Région/État).

IV.12. LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES DES RÉPONSES A CONSTRUIRE

IV.12.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Éléments de cadrage nationaux

Selon l'étude menée par la CNSA en octobre 2010, intitulée « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes ». **Le vieillissement des personnes handicapées suit le vieillissement de la population générale même si certaines** spécificités peuvent être soulignées (ex : les personnes polyhandicapées ont l'espérance de vie la plus altérée).

La population dans les établissements médico-sociaux est globalement plus âgée notamment en ESAT et en foyer d'accueil médicalisé.

Le vieillissement d'une personne handicapée génère des besoins différents selon qu'elle a vécu à domicile ou en établissement.

Un consensus existe sur l'âge de 40 ans comme âge à partir duquel une certaine vigilance s'impose et où peut débuter un processus de vieillissement. **La loi de financement pour 2010** (LF 2009-1673 du 30 décembre 2009, JO du 31 décembre 2009), dans son article **136**, prévoyait que le Gouvernement met en œuvre, avant le 31 décembre 2010, un dispositif de suivi des établissements et services visés au 5° (ESAT) et au 7° (MAS, FAM, SAMSAH, SSIAD pour personnes handicapées) du I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui accueillent ou dont bénéficient les **personnes handicapées de quarante ans ou plus**.

Ce dispositif rend compte chaque année de l'évolution des sources de financement de ces structures, de leur nombre et du nombre de places qu'elles offrent, **selon les types de déficiences des « personnes handicapées »**.

L'offre médico-sociale spécifique en Limousin

On trouve actuellement 3 FAM en **Corrèze** ayant des places dédiées pour personnes handicapées vieillissantes :

FAM 19 140 Faugeras Condat sur Ganaveix	16 places
FAM de Puymaret 19 rue Jacquard 19360 Malemort sur Corrèze	12 places
FAM 1 route de Beaune 19290 Sornac	16 places
TOTAL :	44 places

En **Haute-Vienne** on a 47 places dans 2 établissements :

FAM Le Mazet 87590 Saint Just le Martel	15 places
FAM géré par le Comité Perce-Neige Route de Bellevue, 87310 Saint Laurent sur Gorre	32 places
TOTAL :	47 places

En **Creuse** aucune place n'est affichée pour les handicapés vieillissants.

Le total général est de **91 places pour la région**.

La région dispose de 112 places de **SSIAD pour personnes handicapées** :

- 53 places en Haute-Vienne
- 33 places en Corrèze
- 26 places en Creuse

En ce qui concerne les **Foyers de vie** (Foyers occupationnels), **39 places en Corrèze** sont à destination des personnes âgées :

- 15 places à la Résidence Le Lierre à 19290 Sornac
- 12 places à la Résidence Les Myosotis 19340 Eygurande
- 12 places au Foyer occupationnel La Valade à 19370 Chamberet

En **Haute-Vienne**, plusieurs services **peuvent prendre en charge** des personnes handicapées au-delà de 60 ans. Il s'agit :

- du SAPHA de Bellac : 40 places
- du SAPHAD de l'ARSSE à Eymoutiers : 40 places
- du SAPHAD du CDTPI à Isle : 50 places
- du SAPHAD Delta plus à Limoges : 45 places

soit un total de : 175 places.

Par ailleurs, des **sections d'animation** sont mises en place au sein de foyers d'hébergement. Elles s'adressent aux travailleurs handicapés vieillissants qui n'ont pas encore atteint l'âge de la retraite et qui exercent leur activité à temps partiel. La section d'animation permet de préparer la mise en retraite.

Sections d'animation en Haute-Vienne :

- Foyer d'hébergement de Limoges (Delta Plus) : 5 places,
- Panazol (Delta Plus) : 10 places, foyer d'hébergement
- St Just le Martel (Fondation des Amis de l'Atelier) : 5 places,
- Foyer d'hébergement de St Laurent les Eglises (ARAI) : 6 places

Certains EHPAD disposent de **lits pour personnes handicapées vieillissantes** notamment :

- La Chênaie : 87430 Verneuil sur Vienne : 8 places sur un total de 76 places
- Résidence Les Jardins de l'Étang 6 rue Pierre Pradoux 19460 Naves : 15 places sur un total de 60 places
- Le Jardin de Bagatelle, avenue Charles de Gaulle, 19210 Lubersac : 12 places sur un total de 71 places.

IV.12.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

La question du vieillissement des personnes handicapées constitue une préoccupation forte des différents schémas départementaux. L'allongement de l'espérance de vie est à l'origine d'une augmentation des besoins pour les personnes handicapées vieillissantes.

Ces besoins doivent être repérés aussi bien à domicile qu'au niveau de chaque structure.

A partir de l'âge de 40 ans sont dépistés les signes du vieillissement dans ses aspects physiques, psychologiques et sociaux.

La question de l'âge ne se pose pas de la même façon que pour le reste de la population et les solutions à mettre en place doivent s'inscrire dans une fluidité des parcours de vie. Elles peuvent être plurielles et bousculer les organisations traditionnelles des structures.

Différentes réponses peuvent être envisagées, avec le concours des services à domicile et les établissements sous des formes variables (ex : Concertation et conventionnement inter structures PA/PH, mutualisation des moyens et développement du travail en réseau avec les familles d'accueil et les dispositifs d'accueil temporaire, appui des établissements auprès des services à domicile...).

La formation des personnels est nécessaire pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Elle doit également s'adresser aux aidants naturels et aux accueillants familiaux. Pour soulager les aidants, le développement de structures de répit est à prévoir (ex. accueil temporaire, accueil de jour ou de nuit...).

L'accès à la prévention et aux soins ne doit pas être inférieur à celui dont bénéficie la population générale notamment à celles qui sont socialement défavorisées.

IV.12.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION**1 - Accompagner le maintien à domicile :**

Le développement de places de SSIAD ou de SAMSAH en complément des actions prévues par les Conseils Généraux telles que le développement des SAVS ou de la domotique notamment, peut concourir à permettre le maintien à domicile des personnes handicapées vieillissantes. Certaines préconisations formulées dans la 3e partie : les orientations transversales concernent particulièrement les personnes handicapées vieillissantes notamment :

- La connaissance des besoins qui reste à ce jour à affiner
- Le développement de la prévention notamment la prévention du vieillissement par des activités adaptées
- Le recours à la télémédecine.

2 - Envisager le développement de places spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes :

Il s'agit notamment de places médicalisées au sein de foyer de vie, de places de foyer d'accueil médicalisées ou encore d'unités spécifiques au sein des EHPAD. Les créations de places dans ce cadre seront envisagées de manière coordonnée avec les Conseils Généraux. Une attention particulière sera portée sur la Creuse qui ne dispose pas de places (en FAM notamment) pour personnes handicapées vieillissantes.

Des GCSMS peuvent être mis en place pour éviter les ruptures d'accompagnement et trouver les solutions adéquates.

3 - Encourager le travail à temps partiel dans les ESAT :

Dans la mesure où il constitue une modalité pertinente permettant un maintien de l'activité adaptée aux capacités des travailleurs handicapés, le développement du temps partiel, variable, modulable et personnalisé constitue une orientation qui doit être développée (voir fiche Les travailleurs handicapés et l'insertion professionnelle).

4 - Permettre la création de structures expérimentales ou de répit pour les aidants familiaux ainsi que le développement de places d'hébergement temporaire :

Des projets expérimentaux permettant de prendre en charge de façon personnalisée et adaptée aux besoins sociaux et de santé des personnes handicapées vieillissantes, pourront être créés soit par évolution de structures existantes soit par création dans le cadre de procédures d'appels à projets mises en œuvre à cet effet. Par ailleurs, l'appui des MAIA peut être envisagé selon les orientations nationales préconisées.

V. PRIORITÉS RÉGIONALES - LES ORIENTATIONS SECTORIELLES : RÉPONDRE AUX DÉFIS DU VIEILLISSEMENT EN LIMOUSIN

ELEMENTS DE CONTEXTE

Des éléments de présentation sur le plan de la santé et des pathologies permettent de mieux cerner la situation des personnes âgées en Limousin.

Ainsi selon les indications de l'ORS on peut relever les caractéristiques suivantes :

En ce qui concerne la mortalité et la morbidité

L'espérance de vie à la naissance se situe dans la moyenne nationale (2007) : 77,2 ans chez les hommes (vs 77,5), 84,5 ans chez les femmes (vs 84,3), mais sensiblement plus faible en Creuse. Les pathologies cardio-vasculaires chez les 75 ans ou plus constituent la première cause de décès à cet âge et une situation locale relativement médiane par rapport aux autres régions, avec un taux comparatif de mortalité un peu plus élevé (de manière beaucoup plus nette en Creuse).

Les cancers chez les 75 ans ou plus sont là encore une situation relativement médiane par rapport aux autres régions en matière de mortalité (taux comparatif exactement identique au taux national) mais, par contre, le taux comparatif d'admission en ALD est plus élevé qu'au niveau national et, au contraire, le taux comparatif de séjours hospitaliers est sensiblement plus faible.

En ce qui concerne les chutes et lésions traumatiques, on observe tous les ans, près de 5 200 séjours hospitaliers et 191 décès chez des 75 ans ou plus.

Par ailleurs le Limousin est particulièrement concerné par la **maladie d'Alzheimer** et les troubles apparentés, avec plus de **16 000** cas estimés et 4 100 nouveaux cas tous les ans (voir supra partie la prise en charge de la maladie d'Alzheimer).

Enfin il faut relever que la région est également particulièrement concernée par le **suicide chez les personnes âgées**.

En ce qui concerne les handicaps sensoriels, la situation se présente comme suit :

- Malvoyance et cécité : un nombre de personnes de 65 ans ou plus aveugles estimé entre 1 000 et 1 500 en Limousin, un cumul d'aveugles et malvoyants profonds estimé quant à lui dans une fourchette de 3 000 à 6 300 dans la région
- Déficience auditive et surdité : un nombre estimé à 4 500 personnes de 60 ans ou plus en Limousin atteintes d'une déficience auditive profonde ou totale.

En ce qui concerne les recours hospitaliers

En moyenne il faut compter, un séjour hospitalier en MCO tous les 2 ans chez les personnes âgées, avec un taux comparatif sensiblement plus faible qu'au niveau national chez les 75 ans ou plus.

Le Limousin a l'un des taux de séjours hospitaliers en MCO chez les 75 ans ou plus les plus faibles de l'hexagone. On peut illustrer ce moindre recours hospitalier en mentionnant un taux d'hospitalisation pour cataracte nettement inférieur à la moyenne nationale et 1,6 fois plus faible que dans certaines régions.

Prévalence et sévérité de la perte d'autonomie

En 2010, on estime à **16 300 personnes de 60 ans ou plus présentant une dépendance** (près de 8 % de la population de cette tranche d'âge), nombre qui devrait avoisiner 20 300 en 2030 ; parmi ces personnes, près de **6 900 présentent une dépendance sévère** (GIR 1 et 2), soit plus de 3 % de cette tranche d'âge, elles devraient être plus de 8 500 en 2030. **Une personne de 75 ans ou plus sur 4 à domicile présente une certaine perte d'autonomie, dépendance marquée pour 17 %**. A 75 ans, une personne sur six vivant à domicile est dépendante, à 85 ans, c'est le cas de 4 sur dix, à 95 ans de 3 sur quatre.

V.1. LE MAINTIEN A DOMICILE : QUELS ACCOMPAGNEMENTS EN APPUI DES POLITIQUES DÉPARTEMENTALES

V.1.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

L'accroissement de la population âgée et sa volonté exprimée de rester à domicile le plus longtemps possible rend nécessaire de structurer le réseau des intervenants et d'impulser la coordination des acteurs du domicile.

L'étude menée par l'ORS fin 2010 met en évidence les éléments suivants :

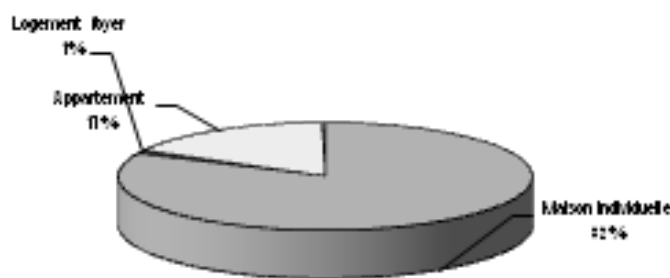
Dans leur immense majorité, les personnes de 60 ans ou plus vivent à domicile (95 %). Toutefois, à partir de 80 ans, ce n'est plus le cas que de 86 % d'entre elles, 14 % vivant en collectivité (y compris logements-foyers). La Creuse est le département où la proportion de personnes vivant en collectivité est la plus élevée, soit sous l'effet d'une plus forte proportion de personnes très âgées, soit sous l'effet d'un éloignement géographique des descendants apparaissant comme l'une des régions où cette proportion était la plus élevée.

Proportion de personnes de 60 ans ou plus vivant en collectivité
selon la tranche d'âge et le département

	60-74 ans		75-79 ans		80 ans ou +		Total 60 ans ou +	
	N ²	%	N	%	N	%	N	%
Corrèze	561	1,4	408	3,2	2 523	13,6	3 500	4,9
Creuse	398	1,8	390	4,1	1 769	16,5	2 463	6,1
Haute-Vienne	714	1,3	495	2,9	3 153	12,9	4 438	4,6
Limousin	1 640	1,4	1 233	3,3	7 467	13,9	10 415	5,0
France métropole	127 961	1,6	77 308	3,5	408 140	14,0	616 721	4,7

L'enquête de 2005 de l'ORS montre que 82 % des 75 ans ou plus vivant à domicile sont en maison individuelle, 17 % en appartement, 1 % en logement foyer.

Type de logement occupé par les 75 ans ou plus vivant à domicile en Limousin. ORSL 2009



Même si elles sont peu nombreuses, un certain nombre de personnes âgées vivent dans des logements sans confort. C'était le cas en 1999 (source Insee) de 5,2 % des 75 ans ou plus du Limousin, soit environ 4 300 personnes qui vivaient dans un logement sans WC intérieur, ce qui plaçait la région au 4e rang des régions métropolitaines pour l'occupation de logements sans confort par des personnes âgées.

En 2006, 21 % des personnes âgées de 60 à 74 ans **vivent seules**. Cette proportion augmente avec l'âge : 33 % entre 75 et 79 ans, 41 % à partir de 80 ans. Quel que soit l'âge, elle est légèrement plus faible en Limousin qu'au niveau national. De plus, la proportion apparaît relativement homogène au sein des trois départements.

Proportion de personnes de 60 ans ou plus vivant seules à domicile
selon la tranche d'âge - % -

	60-74 ans	75-79 ans	80 ans et +
Corrèze	20,6	33,0	40,5
Creuse	23,0	33,9	39,1
Haute-Vienne	21,4	33,5	41,3
Limousin	21,4	33,4	40,6
France métropole	22,0	34,3	42,6

(ORSL, INSEE 2006)

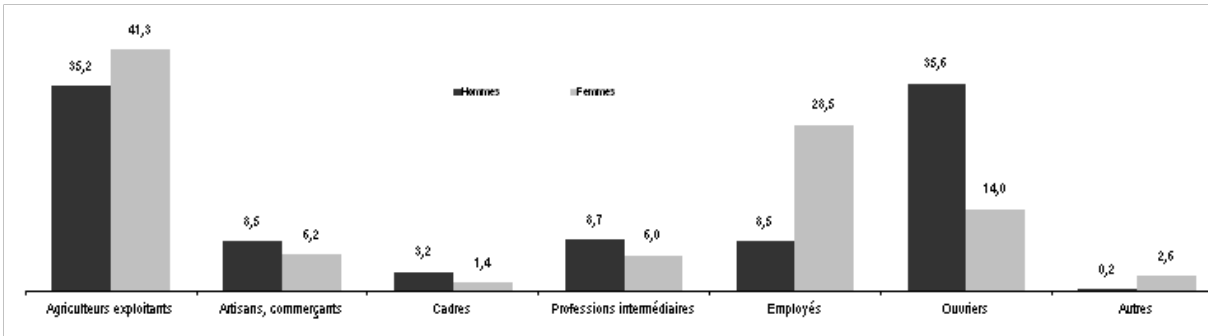
Proportion de personnes de 60 ans ou plus vivant seules à domicile
selon l'âge, le sexe et le département - % -

	60-74 ans		75-79 ans		80 ans +	
	H	F	H	F	H	F
Corrèze	14,3	26,0	18,5	43,2	22,2	50,1
Creuse	18,7	26,8	20,1	44,2	23,8	47,5
Haute-Vienne	14,6	27,5	18,8	44,2	23,0	50,7
Limousin	15,3	26,8	18,9	43,8	22,9	49,9
France métropole	14,2	28,8	17,3	46,0	22,9	52,3

(ORSL d'après FNORS et INSEE 2006)

L'empreinte rurale en Limousin est attestée par le fait que 41 % des hommes et 35 % des femmes qui avaient une activité professionnelle étaient agriculteurs/trices. Chez les hommes, on compte cependant autant d'anciens ouvriers. A l'opposé, les cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires ne correspondent qu'à 12 % des hommes et 7 % des femmes.

Profession anciennement exercée par les 75 ans ou plus
vivant à domicile en Limousin



ORS 2005 (% sur 1 098 personnes (93 %) ayant exercé une profession)

En population générale, le **taux de pauvreté** à 60 % défini par l'INSEE place en 2006 le Limousin au 6e rang des 22 régions métropolitaines par importance décroissante du taux : 14,1 % de la population concernée contre 13,2 % au niveau national. Si la Haute-Vienne et la Corrèze apparaissent en position médiane, en revanche, la Creuse est l'un des départements où ce taux est le plus élevé de l'hexagone (18,4 %, 6e rang sur 96).

On remarquera par ailleurs, spécificité limousine, que le taux de pauvreté chez les 75 ans et plus est par contre nettement supérieur au taux relevé en population générale : 23 % des Creusois de 75 ans et plus et 17 % des Corrèziens de cet âge sont en dessous du seuil de pauvreté.

Toutefois, pouvoir rester chez soi le plus longtemps possible nécessite de réunir plusieurs conditions déterminantes à un maintien à domicile de qualité dont des services à la personne, un habitat adapté, des solutions de répit.

Au plan national, plusieurs dispositions inscrivent le maintien à domicile comme objectif de politique publique dont notamment

- Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 qui préconise le développement de l'offre de services et de soins : services d'aide et d'accompagnement à domicile, d'accueils de jour de gardes itinérantes de nuit ou encore des adaptations des institutions sanitaires et médico-sociales pour les rendre plus accessibles
- Le Plan Alzheimer 2008-2012 qui repose sur plusieurs mesures dont le développement et diversification des structures de répit, le renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés ou encore l'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies.

Au niveau territorial, le maintien à domicile constitue une priorité des schémas départementaux

- La mise en place d'équipements domotiques et d'aides technologiques
- Le développement des filières pour mailler les différents services et établissements autour de la personne âgée sur les territoires de proximité,
- Une meilleure couverture territoriale des SSIAD en tenant compte de l'environnement (existence d'établissement pour personnes âgées, nombre d'infirmiers libéraux...)
- La mise en cohérence des secteurs géographiques d'intervention, de façon à fluidifier les diverses prises en charge (réseaux soignant et médico-social, action des SSIAD, de l'HAD et du secteur psychiatrique)
- Le développement de nouveaux modes de prise en charge adaptés aux besoins (accueil familial, modes d'accueil innovants, nuits et week-end...)
- Clarifier les missions et les compétences des intervenants à domicile et améliorer la coordination SAAD/SSIAD
- La création d'aides spécifiques aux transports pour des besoins ponctuels indispensables qui ne peuvent être pris en charge par l'APA
- La formation des personnels (domicile/établissement) au regard de l'évolution des besoins.

Les schémas mettent également en évidence des problématiques fortes telles que la démographie médicale et para médicale sur certains territoires, la question des transports pour l'accès aux soins, les cohérences territoriales entre les différents découpages des secteurs (SSIAD SAAD, CLIC...).

De plus, la CARSAT favorise également la diversification des projets immobiliers permettant des modes d'accueil entre le domicile et l'institution (appartements d'accueil pour un hébergement temporaire) avant de réintégrer le domicile, groupe de logements individuels, grâce à des aides d'investissement pour la construction, la modernisation par le biais de l'accessibilité ou l'équipement.

Dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, la MSA peut apporter une aide, sous conditions de ressources pour l'adaptation du logement (petits travaux). Elle dispose également d'un prêt à l'amélioration de l'habitat de 4 000 €, également sous conditions de ressources. Des aides complémentaires peuvent être attribuées en fonction des situations, des partenariats départementaux.

Les Conseils Généraux conduisent également des politiques d'aide au logement. La MSA expérimente des actions avec le Conseil Général de la Haute-Vienne.

En matière de développement de la téléassistance et de la domotique visant à améliorer la sécurité et le confort de personnes âgées à domicile (packs domotiques...) des projets sont conduits avec l'Association, Autonom Lab. Dans le domaine de l'apport des nouvelles techniques favorisant la sécurité du maintien à domicile il convient de souligner le rôle de cette association. Celle-ci est engagée dans la création et l'expérimentation de projets innovants pour compenser la perte d'autonomie chez les personnes âgées ou handicapées. Sa démarche vise à fédérer les initiatives régionales en mettant en relation des industriels, enseignants, chercheurs, hospitaliers, aidants, collectivités et des représentants des « usagers ».

Il est important de souligner que la domotique ne doit pas se substituer à l'aide humaine mais vient en complément. Elle peut répondre aux besoins des personnes âgées afin de permettre à celles-ci d'améliorer leurs conditions de vie à domicile et de retarder ou d'éviter leur entrée en établissement.

V.1.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

La question du maintien à domicile est à appréhender en tenant compte de l'allongement de l'espérance de vie et les conditions différées de perte d'autonomie.

Elle conduit à réfléchir aux solutions souples et adaptées au sein du domicile avec les aides humaines et techniques idoines et également en tant que de besoin à des alternatives telles que les accueils de jour ou séjours de répit.

Il convient également d'envisager des opportunités en matière de solutions intermédiaires de logements adaptés, dont l'existence concourt à limiter le recours à des solutions plus lourdes d'hébergement. (Ex : logements au cœur d'un bourg).

Le maintien à domicile doit se concilier avec une qualité de vie pour les personnes comme pour leurs aidants. L'intervention des professionnels au domicile peut être multiple. La coordination/l'articulation des interventions est un impératif pour garantir des réponses de qualité. En effet, la multiplicité et la diversité de ces acteurs rendent souvent difficiles le partage de l'information autour des modalités de prise en charge de la personne. Il est donc nécessaire d'instaurer un outil de liaison entre les intervenants du domicile. Ce support, appartenant à la personne, permettrait d'une part de disposer d'une vision globale et partagée de sa situation et d'autre part de connaître la nature des interventions effectuées afin d'en anticiper les ajustements éventuels.

La question de la formation apparaît fondamentale. La politique en la matière relève des compétences du Conseil Régional, mais également des Conseils Généraux en charge de la coordination gérontologique et de l'ARS sur le champ sanitaire et médico-social.

Le Limousin est une région pilote dans le domaine des nouvelles technologies pour les personnes en perte d'autonomie.

V.1.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION**1 - Développer la prévention primaire (chutes, médicaments, nutrition)**

En amont, et pour éviter ou retarder l'entrée dans la dépendance, les comportements favorables à la santé sont à développer. Il convient d'informer, de conseiller, d'éduquer et de rendre acteur les personnes âgées. **Les associations, les établissements et professionnels de santé et médico-sociaux** peuvent être des relais de proximité au déploiement des actions de prévention.

Les actions « Bien vieillir », financées par la CNSA, visant des actions de prévention pour prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités et maintenir ou favoriser l'investissement des personnes âgées dans la vie sociale pourront être déployées sur le territoire (ateliers équilibre et prévention des chutes, ateliers mémoire, nutrition, activité physique adaptée, le bon usage des médicaments).

Cette problématique est à inscrire dans le schéma régional de prévention. Ces actions sont à articuler avec celles développées par les collectivités territoriales.

Il conviendra de mettre en cohérence les systèmes de prévention et domotique avec les services de maintien à domicile.

Enfin compte tenu des orientations prises par les collectivités locales en lien avec les différents acteurs professionnels sur la mise en place des nouvelles technologies, il conviendra au travers de cette orientation de conforter le rôle du Limousin en tant que région pilote.

2 - Mettre en cohérence la territorialité des SSIAD avec les SAAD

La cohérence territoriale doit permettre de faciliter la coordination des interventions et elle doit s'opérer en lien avec les Instances de Coordination (CLIC, Instances de gérontologies).

Cette coordination doit servir également à positionner chaque service dans ses missions propres. Les SSIAD doivent notamment mettre en œuvre une politique de gestion des « sorties » qui doit s'intégrer dans une continuité de prise en charge en lien notamment avec les HAD.

3 - Favoriser les rapprochements de SSIAD

L'ARS favorisera les coopérations et les mutualisations entre les différents SSIAD de la région et ce afin d'assurer la pérennité de leur fonctionnement dans de bonnes conditions.

4 - Promouvoir les modes d'accueils alternatifs

L'état des lieux sur l'Accueil de Jour mené par le national a conduit en une restructuration de l'offre. Les nouvelles modalités de fonctionnement des accueils de jour vont donner lieu à des seuils réglementaires. Un projet de décret fixe notamment une capacité minimale (6 places pour les accueils de jour adossés à un EHPAD et 10 places pour un accueil de jour autonome).

De plus, il est prévu la majoration de 30 % du forfait journalier de transport financé par l'assurance maladie en contrepartie de l'obligation de mise en œuvre d'un dispositif de transport adapté ou, à défaut, d'une atténuation du tarif journalier pour les familles qui assurent elles-mêmes le transport de leur malade.

Il conviendra dans un premier temps de **réaliser une analyse de l'offre existante** sur les territoires en matière d'hébergement temporaire et d'accueil de jour en identifiant notamment les **facteurs de réussite et les causes d'échec** de cette offre de service en région.

Il faut envisager de promouvoir les modes **d'accueil alternatifs** et en améliorer la lisibilité (familles d'accueil,...).

Enfin, l'ARS devra **diversifier les modalités de prise en charge dans le cadre d'expérimentations** (bus itinérant d'accueil de jour, accueil de nuit, garde itinérante nocturne, halte répit, baluchonage, « maison de retraite à domicile »). Maison de retraite à domicile: l'idée est de mettre en place avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, un service 24h/24h et 7 jours sur 7 sur le modèle de l'hospitalisation à domicile. Ménage, repas, linge, et soins adaptés: la personne âgée bénéficiera des mêmes services que dans une maison de retraite, avec de surcroît un interlocuteur unique qui se chargera de tout.

V.2. LES EHPAD UNE OFFRE ENRICHIE ET DIVERSIFIÉE

Les évolutions à moyen terme visent à garantir les conditions d'une offre en EHPAD adaptée aux besoins et aux attentes de la population.

V.2.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

La situation dans la région se présente comme suit :

Des taux d'équipement relativement significatifs mais avec des disparités fortes.

La région compte 124 EHPAD, 49 en Corrèze, 35 en Creuse et 40 en Haute-Vienne. La capacité globale est de 8852 lits installés dont 149 lits d'hébergements temporaires.

39 établissements publics et privés sont dotés de places d'accueil de jour pour personnes âgées pour une capacité globale de 163 places installées.

Par ailleurs il existe 23 foyers- logements, 13 en Haute-Vienne, 9 en Corrèze et 1 en Creuse pour une capacité globale de 1 016 lits d'hébergement dont 4 d'hébergement temporaire.

De même il y a 4 établissements d'hébergements temporaires tous situés en Corrèze pour un total de 42 places.

Au total la région compte 13 723 places en structures pour personnes âgées de 75 ans ou plus.

Le taux d'équipement global est de 148,3 soit supérieur au niveau national pour les mêmes structures d'âge (145, 8 France entière). Il est à noter la disparité significative entre la Corrèze (168,2) et la Creuse (165,8) d'une part et la Haute-Vienne (125,4) d'autre part.

Le taux d'équipement en accueil de jour est également supérieur à la moyenne nationale (1,7 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 0,9 pour la France entière). Il demeure cependant relativement modeste.

Plusieurs projets ont fait l'objet d'un avis favorable du CROSMS et font l'objet soit d'arrêtés de rejet en attente de financement, soit d'autorisation avec début d'exécution.

La situation des équipements est assez contrastée mais force est de constater l'état de vétusté de certains établissements. Une mise aux normes de sécurité et d'accessibilité est mentionnée dans les trois schémas départementaux.

V.2.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Les EHPAD connaissent des évolutions depuis ces dernières années: publics de plus en plus dépendants, prévalence des pathologies neuro-dégénératives.

Ils constituent une réponse d'aval post hospitalière pour des personnes dont le maintien à domicile n'est plus envisageable.

Parallèlement les politiques concernant la dépendance tant à domicile qu'en établissement, doivent prendre en considération les dimensions économiques et contributives des usagers qui ne sont pas en capacité de faire face aux charges financières liées à l'hébergement en institution.

De plus, pour répondre aux attentes des usagers, l'évaluation des EHPAD doit intégrer la nécessité d'accueils modulables, soit de jour soit temporaire, formule insuffisamment exploitées à ce jour.

Par ailleurs face à des situations lourdes, les établissements doivent être en capacité de proposer les prestations requises en termes de soins et d'accompagnements notamment pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

La complémentarité des parcours avec le secteur sanitaire doit connaître des évolutions.

Enfin les EHPAD ont un rôle à jouer dans les politiques de santé publique concernant la prévention sous diverses formes (cf. chapitre III - Orientations permettant de fluidifier les parcours de vie ou de soins) et doivent s'ouvrir à un environnement de proximité.

V.2.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Plusieurs préconisations peuvent être envisagées qui s'appuient sur les différents schémas des Conseils Généraux.

1 - Poursuivre le développement des lits d'EHPAD dans le cadre des orientations des schémas gérontologiques départementaux

La Haute-Vienne accuse un retard d'équipement en EHPAD qu'il est nécessaire de combler à court et moyen terme. Le schéma gérontologique prévoit la création de 1 000 places à l'horizon 2015.

Si les besoins apparaissent plus urgents sur Limoges et son agglomération la programmation à conduire de concert avec les autorités départementales de la Haute-Vienne devra également concerner des territoires où des besoins subsistent notamment Saint Yrieix la Perche et Saint Junien.

Parallèlement dans le cadre des orientations du schéma gérontologique de la Creuse, il conviendra de finaliser les opérations de Guéret.

Enfin s'agissant de la Corrèze la programmation dans le cadre du PRIAC s'appuiera sur les orientations du futur schéma de l'autonomie. D'ores et déjà dans le cadre du présent schéma régional d'organisation médico-sociale, il conviendra d'expérimenter le projet de maison de retraite à domicile.

2 -Expérimenter de nouvelles modalités de prises en charge des personnes âgées et développer l'alternative à l'institution

Afin de répondre aux attentes de la population qui souhaite retarder l'admission en établissement, il convient d'expérimenter des modalités qui permettent de garantir une prise en charge de la dépendance avec les conditions optimales de sécurité et de confort.

Dans ce cadre l'ARS souhaite soutenir dans le cadre des futures procédures d'appel à projets :

- Les projets articulant le maintien à domicile et l'institution tel le projet de maison de retraite à domicile présenté par la Fondation des Caisses d'Épargne
- Les projets s'appuieront sur des services à domicile en garantissant des réponses en termes de continuité des soins et de prise en charge d'aggravation de la dépendance.

De plus doivent être développés les accueils de jour dans le respect des seuils réglementaires. Chaque territoire de proximité doit bénéficier d'au moins 6 places d'accueil de jour. Sur les terri-

toires urbains, ce développement doit être plus significatif.

De même au sein de chaque territoire de proximité une offre de lits d'hébergement temporaire et d'accueil séquentiel pour des durées variables adaptées aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants doit être mise en place soit par création soit par reconversion.

3 - Renforcer la coordination avec les instances locales (CLIC)

Afin de fluidifier le parcours des personnes âgées selon la temporalité de leurs besoins, le partenariat doit être renforcé avec les instances de coordination locale en tenant compte du nouveau contexte issu de la loi HPST, de la mise en place de l'ARS et du découpage territorial arrêté par le Directeur Général de l'ARS après avis de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie).

Au-delà de ces modalités de coopération, les EHPAD et les SSIAD sont invités à mutualiser leur compétence et renforcer leur coopération.

4 - La mutualisation des compétences et le renforcement des coopérations

Afin de répondre aux exigences :

- De qualité faisant appel à des compétences spécifiques (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, qualitatif)
- Du respect des normes dans les différents domaines
- De promouvoir des bonnes pratiques qui supposent un effort continu de formation du personnel
- De complémentarité des réponses entre les différents offreurs de service médico-sociaux
- De maîtrise des coûts dans un contexte d'optimisation des dépenses.

Les EHPAD et les SSIAD doivent envisager de conclure des groupements de coopération médico-sociale.

5 - Intensifier l'ouverture des EHPAD à et sur leur environnement et accompagner leur développement en tant que centres de ressources

Les EHPAD doivent s'inscrire dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique, doivent être à même de proposer à la population du territoire des activités et des services de proximité.

Ainsi les établissements doivent engager ce mouvement d'ouverture :

- Par la promotion d'actions de prévention, ex : proposer des activités physiques adaptées, des activités de stimulation intellectuelle et cognitives
- En développant les lieux intergénérationnels en intra ou en extra établissements
- En prévoyant des animations ou des activités culturelles dans le cadre d'une dynamique territoriale en partenariat avec les acteurs de proximité
- En associant les proches des résidents aux activités proposées.
- En favorisant les solutions alternatives (type foyer logement) pour faire la passerelle entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation.

Ces démarches d'ouverture doivent permettre aux usagers des échanges avec l'extérieur dans différents registres.

Parallèlement elles visent également à proposer aux personnes extérieures de participer à certaines activités avec les résidents de l'EHPAD.

V.3. CONSOLIDER LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES

V.3.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Le cadre réglementaire des filières 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.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé.

Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales. De même, la filière gériatrique assure une fonction diagnostique et thérapeutique, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer.

Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- D'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale. Ces prises en charge sont assurées en consultations, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue suivant qu'il s'agit d'une situation clinique aiguë relevant d'un bilan court programmable et d'une réinsertion rapide ou bien d'une situation clinique aiguë nécessitant un bilan approfondi ou une réadaptation, voire une institutionnalisation
- D'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée
- D'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance
- D'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré-hospitalisation.

Outre ces missions, une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées.

Les composantes de la filière gériatrique

De par sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont **le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés** aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), **les soins de longue durée**.

V.3.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Plusieurs constats peuvent être effectués s'agissant de la mise en place des filières gériatriques dans la région.

Des évolutions importantes ont été conduites ces dernières années dans la mise en œuvre du précédent SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) mais les filières demeurent souvent incomplètes. Seul le CHU dispose d'une filière complète.

Les Centres Hospitaliers de Guéret, Brive, Tulle et Ussel ne disposent pas soit d'unité de consultation, soit d'unité d'hospitalisation de jour. A noter que seule l'équipe mobile de Tulle intervient en extra-hospitalier.

L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement.

Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif.

Les réseaux de santé « personnes âgées » peuvent aussi venir très utilement compléter l'organisation territoriale en filière et favoriser la mise en place d'une réelle coordination des professionnels.

Une filière de soins gériatriques revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes et une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins. En ce sens la valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes âgées.

Les perspectives démographiques en Limousin imposent une anticipation de la structuration des filières gériatriques et une coordination efficace entre les différents partenaires notamment les instances de coordination et les CLIC relevant de la compétence des Conseils Généraux.

L'enjeu du projet Régional de Santé est de fluidifier autant que faire se peut ce parcours en amont et en aval.

Cette approche centrée autour du parcours de vie de la personne avec une exigence de bien-traitance appelle des réponses en termes de coordination et d'organisation sur notamment les aspects suivants :

L'évaluation gériatologique. Actuellement une pluralité d'intervenants évalue la situation des personnes. L'approche globale intégrant les dimensions médicales, sociales, environnementales n'est pas toujours suffisamment présente.

Force est de constater également que, même si le Limousin est une région où comparativement **les hospitalisations** des personnes âgées sont moins importantes, **certaines peuvent être évitées.**

Certains passages aux urgences se font par défaut de réponses adaptées au sein du premier recours. Le caractère délétère de ces passages est maintes fois relevé. Des réponses d'anticipation méritent d'être envisagées. Avec plus de 33 000 passages en 2010 dont plus du quart au CHU, une progression régulière, tous les ans, la situation appelle une organisation adaptée au sein de la région.

De même, la prise en charge des **personnes psychotiques vieillissantes ou de la démence des personnes âgées** doit être envisagée dans le cadre d'une articulation pertinente avec la psychiatrie.

Enfin toute **l'articulation avec le secteur des EHPAD** constitue un enjeu majeur du bon fonctionnement des filières gériatriques. **Les EHPAD** se situent en effet en aval et en amont des filières gériatriques. Ils interviennent dans les évaluations, ont à gérer des situations de décompensation, de perte d'autonomie, de nécessité qui doit trouver des réponses au sein des filières gériatriques hospitalières.

Il en va de même pour **l'ensemble du secteur de l'aide à domicile**, les services de soins notamment dont le rôle quotidien implique un partenariat avec les différentes filières gériatriques.

Il importe d'avoir une structuration opérante des filières d'aval soit en SSR ou dans le secteur médico-social ou dans des unités de soins de longue durée.

Tels sont les principaux enjeux s'agissant des filières gériatriques au sein de la région.

V.3.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

1 - Une consolidation territoriale des filières gériatriques

Au sein de la région, il convient de parachever la mise en place de filières gériatriques complètes ayant vocation à être labellisées.

Dans le droit fil des orientations du précédent SROS, la couverture territoriale des filières gériatriques pourrait être la suivante sachant qu'à ce jour, seul le CHU dispose d'une filière complète.

Sites	Établissement support de la filière	Composante de la filière à mettre en place	Échéance	Observations
Département de la Corrèze				
BRIVE	CH BRIVE	Mise en place d'une unité d'hospitalisation de jour Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2014	Projet s'intégrant dans la restructuration du pôle gériatrique du CH
TULLE	CH TULLE	Mise en place d'une unité de consultation gériatrique	2012	
USSEL	CH USSEL	Unité de consultation et d'hospitalisation de jour Structuration de l'équipe mobile de gériatrie et intervention en extra hospitalier	2012 -2013 2012 2013	
Département de la Creuse				
Ensemble du département	CH GUÉRET	Mise en place d'une unité d'hospitalisation de jour Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2012	
Département de la Haute Vienne				
Saint-Yrieix	CH St YRIEIX	Unité d'hospitalisation de jour Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2012	
Saint Junien	CH St JUNIEN	Mise en place d'un court séjour gériatrique Intervention de l'équipe mobile en extra hospitalier	2012	

2 - Définir les conditions de l'évaluation gériatrique au sein de chaque territoire

La question de l'évaluation apparaît essentielle. Il est nécessaire pour bien appréhender la situation d'une personne âgée d'avoir une vision globale incluant les dimensions médicales, sociales, environnementales et psychologiques.

Cette évaluation doit être individualisée. Elle doit faire l'objet de révisions périodiques.

Ceci suppose une coordination des différents intervenants (médecins traitants, environnement familial, CLIC). Or, il a été relevé que plusieurs services évaluent dans des domaines différents, sans forcément se coordonner.

Des « staffs » avec les CLIC ou les instances de coordination gérontologiques existantes sont parfois prévus. De même dans certains endroits, il existe un numéro d'appel unique.

Ce constat vaut également pour les admissions en EHPAD. Les informations sont souvent partielles ou incomplètes sur les états de santé réels des personnes.

Ce défaut de coordination pose la question du rôle de chaque partenaire de la chaîne et de la nécessité d'avoir un espace identifié permettant d'avoir une approche globale réelle.

Le CHU a mis en place une Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV) qui a en charge cette mission d'évaluation d'ensemble. Son action est circonscrite à Limoges et sa zone proche. Ce dispositif est actuellement expérimental et ses financements ne sont pas stabilisés. Pour autant, il s'agit là d'une démarche qui répond à ce souci d'exhaustivité dont le déploiement pourrait être envisagé mais dans un cadre financier pérenne.

Il pourrait aussi être prévu la mise **en place au sein des territoires de proximité des pôles d'évaluations gériatriques. Les demandes d'évaluations pourraient émaner des médecins traitants et des acteurs du soutien à domicile et notamment des CLIC et réseaux de santé.**

Plusieurs supports peuvent être envisagés pour ces lieux d'évaluation :

- Soit au sein des **unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique** qui ont des missions de prévention, de diagnostic et d'évaluation des personnes de + de 75 ans sur le territoire dans le cadre des filières de soins gériatriques
- Soit par les **équipes mobiles de gériatrie** dès lors qu'elles sont amenées à intervenir en extra-hospitalier
- Soit **dans le cadre des courts séjours gériatriques** qui constituent un point essentiel de coordination des filières gériatriques
- Soit dans le cadre d'un déploiement plus large de l'UPS AV dans la région dans des conditions à déterminer
- Soit dans le cadre **d'unités d'hospitalisations de jour** qui peuvent proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée pour notamment les patients des EHPAD à la demande du médecin traitant ou coordonnateur.

3 - Élargir les missions des équipes mobiles de gériatrie à l'extra hospitalier

L'intervention en extra hospitalier des équipes mobiles est de nature à permettre d'optimiser le recours à l'hospitalisations des personnes âgées. Elle peut être envisagée auprès des EHPAD sur sollicitation des médecins coordonnateurs ou des médecins traitants.

L'équipe mobile doit assurer les missions suivantes :

- Évaluation gérontologique
- Orientation vers la filière gériatrique
- Conseiller et informer les équipes soignantes.

De même les équipes mobiles ont vocation à assurer des consultations avancées dans certains Centres Hospitaliers voire EHPAD.

Elles peuvent également apporter des conseils auprès des médecins traitants et aux EHPAD avec la mise en place d'un numéro de régulation téléphonique.

L'activité extra hospitalière des équipes mobiles de gériatrie, doit s'envisager progressivement et selon les ressources disponibles et des contextes territoriaux.

4 - Envisager le déploiement de l'UPS AV au sein de la région

L'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse de Vieillesse vise à prévenir la rupture de l'autonomie et à évaluer l'impact sanitaire des actions de prévention.

Elle a été mise en place par le CHU et s'adresse aux plus de 75 ans ou de 65 ans poly pathologiques.

Une équipe composée d'un gériatre, d'une infirmière coordonnatrice réalisent une évaluation de l'autonomie de la personne avec s'ils le souhaitent la présence du médecin traitant.

Cette évaluation de la santé et de l'environnement de vie de la personne permet de définir un plan d'actions en fonction des besoins. L'intervention d'autres professionnels peut être envisagée (ergothérapeutes, psychologues, services à la personne).

Les conditions de cette évaluation peuvent donner lieu à un protocole avec les services des Conseils Généraux en charge de la coordination gérontologique.

Cette démarche doit être étendue dans des conditions à préciser. Des relais de l'UPS AV pourront être mis en place dans le cadre d'une plateforme régionale.

La poursuite à partir du CHU des expérimentations de nouvelles technologies à domicile ou en institution préfigurerait la mise en place d'une plateforme régionale d'autonomie et santé.

5 - La prévention des hospitalisations conventionnelles par la mise en œuvre d'Unités de Recours et de Soins Gériatriques (USRG) et une articulation avec les services d'HAD

5.1. La mise en place dans chaque département d'au moins une Unité de Recours et de Soins Gériatriques.

Mise en place suite à un accord entre médecins coordonnateurs des EHPAD et les gériatres du CHU, cette unité spécifique dépendant du CHU de Limoges permet une prise en charge gériatologique des résidents d'EHPAD en situation d'urgence paramédicale.

Elle constitue un relais des équipes soignantes médico-sociales dans la mesure où il y a une discontinuité des soins infirmiers en EHPAD.

Elle accueille des résidents pour des pathologies diagnostiquées et leur assure une prise en charge médicale et paramédicale adaptée et constante. La durée moyenne de séjour est de 8 jours.

L'évaluation conduite a mis en évidence la satisfaction des EHPAD. Ce dispositif permet d'éviter des hospitalisations et concourt à la fluidité des parcours des personnes âgées. Il est accessible par un numéro dédié à l'intention des EHPAD.

L'USRG mise en place par le CHU a une capacité de 15 lits (de soins de suite gériatriques).

Des lits d'USRG doivent être mis en place à Guéret et en Corrèze soit à Brive, soit à Tulle (à déterminer). Des numéros d'appel dédiés pour les EHPAD seraient alors à prévoir.

5.2. Les conditions d'un partenariat avec les services d'HAD

L'hospitalisation à domicile constitue un maillon important de la filière gériatrique dont le développement doit se poursuivre notamment en zone rurale. Elle nécessite cependant la présence de l'entourage familial ou social de la personne âgée.

Le niveau de médicalisation est élevé et les patients sont très dépendants, polypathologiques voire, en fin de vie. Plusieurs axes mériteraient d'être développés :

- Dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées nécessitant des soins spécifiques (pansements complexes, nutrition antérale, assistance respiratoire, soins de nursing) sur prescription du médecin traitant en lien avec le réseau de gérontologie et/ou après évaluation par l'équipe de l'UPSAV ou de l'UMG
- Dans le cadre de sorties d'hospitalisation ou d'urgence. Un travail d'anticipation entre les Centres Hospitaliers et les services d'HAD au sein d'une collaboration formalisée peut être envisagé. Une convention doit permettre de définir les modalités précises d'intervention de l'HAD
- Dans le cadre d'un partenariat entre les EHPAD. Des conventions de partenariat peuvent être également envisagées notamment sur les aspects concernant la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. L'ARS prévoit de mettre en œuvre un dispositif de suivi de ce partenariat avec l'HAD avec les différents acteurs au sein de chaque territoire de proximité.

La réduction des hospitalisations conventionnelles peut donc s'envisager grâce au déploiement de l'HAD auprès des personnes âgées.

6 - Développer la complémentarité avec les services de psychiatrie

Les services de psychiatrie et les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent renforcer leurs liens dans le cadre de la politique gérontopsychiatrique.

L'organisation de la gérontopsychiatrie doit reposer sur plusieurs niveaux :

- **Au niveau régional** : le pôle régional du sujet âgé au CH Esquirol ;
- **Au niveau intersectoriel** : les établissements d'Eygurande, Saint Vaury et Esquirol à Limoges ont vocation à renforcer leur partenariat et leur investissement en matière de géronto-psychiatrie selon les modalités suivantes :
 - **Appui aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes** dans le cadre de conventions prévoyant les actions de soutien, les conditions d'accessibilité aux soins des personnes démentes et d'appui en situation de crise.

La création ou l'extension des missions des GCSMS peut formaliser ce partenariat.

- **Création de lits d'EHPAD psychiatriques** pour patients psychotiques vieillissants. Un projet est actuellement en cours sur le Centre hospitalier du Pays d'Eygurande.

Ces dispositions sont complétées par les mesures spécifiques concernant la prise en charge de la maladie d'Alzheimer (voir partie correspondante).

7 - Les urgences gériatriques : quelles préconisations ?

7.1 En amont : le passage aux urgences non requis par la situation sanitaire de la personne âgée doit être évité. L'activité gériatrique des services d'urgence est importante ainsi qu'en témoignent les chiffres de 2010 (source ORULIM). Pour les personnes âgées qui arrivent aux urgences par défaut, le caractère délétère est souvent mis en exergue et les contraintes pour les services d'urgence réelles. Plusieurs pistes méritent d'être approfondies telles que :

7.2 Des filières d'admission directe dans les services de court séjour qui doivent être envisagées dans le cadre de réseaux de santé associant les EHPAD et les Centres Hospitaliers. Au sein de chaque territoire de proximité ou plus largement si les équipements sanitaires ne le permettent pas, il y a lieu d'envisager des accords locaux décrivant les conditions locales de mise en œuvre de ces dispositions,

7.3 La para médicalisation de nuit dans les EHPAD ou l'astreinte doit permettre de prévenir une orientation vers les urgences de nuit. Cette couverture para médicale peut s'envisager dans le cadre d'une mutualisation inter établissements,

7.4 La mise en place au sein de chaque département d'une unité de recours et de soins gériatriques (voir plus haut).

8 - L'accueil aux urgences et le partenariat avec les services d'urgence

Plusieurs constats ont été mis en exergue. Afflux de personnes âgées, situations liées à des altérations de l'état général pour lesquelles l'urgence n'est pas une réponse adaptée, motifs sociaux, défaut de permanence des soins.

Dans ce contexte les évolutions suivantes peuvent être préconisées :

8.1 Renforcement du partenariat des EHPAD avec le réseau des urgences RÉSURGENCE

Aussi il est proposé :

- L'organisation de rencontres régulières entre les médecins urgentistes et les médecins coordonnateurs en vue de prévoir et d'organiser les modalités de leurs échanges notamment :
- Les conditions de sollicitation des urgences
- La formation du personnel sur les situations d'urgence
- Les conditions du retour post urgence
- La prise en charge nocturne
- L'organisation de filières de prise en charge.

8.2 Au sein des services d'urgence

Dans la mesure du possible il y a lieu de prévoir :

- La présence de l'UMG ou un moins d'un gériatre
- Les conditions d'accueil adaptées selon les flux des personnes accueillies. Au sein du CHU, le circuit d'admission pour les personnes âgées pourrait être individualisé éventuellement au sein d'autres établissements également selon leur configuration.

9 - La post urgence et les filières d'aval

Plusieurs préconisations peuvent être formulées :

9.1 La mise en place de lits de post urgences gériatriques.

Il en existe actuellement au CHU : cette unité dont la durée moyenne de séjour est de 4 jours dans l'attente d'une solution d'aval. Ce dispositif pourrait être étendu à l'ensemble des hôpitaux ayant des services d'urgence à raison de 1 à 3 lits selon les besoins, étant entendu qu'il s'agit là d'une solution transitoire.

9.2 Au sein des EHPAD, la mise en place de lits dédiés à l'hébergement temporaire avec si besoin un suivi par les équipes mobiles de gériatrie.

9.3 Dans le cadre des SSR, des filières d'accès direct à partir des urgences gériatriques des conventions avec certains établissements disposant de SSR à orientation gériatrique.

V.4. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LA MALADIE D'ALZHEIMER

La **maladie d'Alzheimer** est une atteinte chronique, d'évolution progressive, d'une partie du cerveau, caractérisée par une altération intellectuelle irréversible aboutissant à un **état démentiel**.

La **dégénérescence nerveuse inéluctable**, due à la diminution du nombre de neurones avec atrophie du cerveau et présence de « **plaques séniles** », caractérise biologiquement cette maladie.

La maladie d'Alzheimer touche plus de 800 000 personnes en France et le nombre de malades est en augmentation constante avec 160 000 à 225 000 nouveaux cas par an.

À partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont concernés. 70 % des cas de démence sont liés à la maladie d'Alzheimer, qui touche, dans 1 % des cas, également des personnes âgées de moins de 60 ans.

Compte tenu de la structure d'âge de sa population, le Limousin est particulièrement concerné par la maladie d'Alzheimer. D'après une étude menée par l'ORS, en 2006 on estime à près de 16 400 le nombre de personnes de 65 ans ou plus atteintes de démence dans notre région (9,7 % de cette tranche d'âge et 2,2 % de l'ensemble de la population).

Parmi elles, 11 000 à 13 000 seraient atteintes de la maladie. On estime à 4 100 nouveaux cas tous les ans. En 2030, dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la démence et d'une espérance de vie inchangée chez les malades, du simple fait des évolutions démographiques, le taux de prévalence atteindrait 28,8 pour 1 000 habitants soit 21 300 personnes atteintes.

On constate des taux de prévalence plus élevés en Creuse (2,9 %) et sur les territoires de proximité de Bourgneuf, Saint-Yrieix-la-Perche ainsi que sur le Haut-Limousin.

V.4.1. SITUATION ACTUELLE : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Le plan Alzheimer 2008-2012 a été élaboré sur la base des travaux de la Commission présidée par le Professeur Joël Ménard. Il a pour ambition de mieux connaître, mieux diagnostiquer et mieux prendre en charge la maladie. Il insiste sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants.

Le plan est décliné en 44 mesures autour de trois axes majeurs :

Axe 1 - Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants

Axe 2 - Connaître pour agir

Axe 3 - Se mobiliser pour un enjeu de société

Des mesures phares déployées en région Limousin

Le diagnostic précoce de la maladie

Huit consultations mémoire sont implantées en région au sein des hôpitaux/cliniques dont un CM2R pour les cas dits « complexes ». On constate une nette amélioration du maillage régional des **structures diagnostiques** (cf. carte).

Cependant, les consultations mémoires constituées d'équipes pluridisciplinaires peuvent manquer de certaines ressources (assistant social).

De plus, les délais d'attente semblent trop longs d'où l'intérêt de développer les consultations mémoire relai qui permettent un repérage et un suivi de proximité et ainsi dégager l'activité des consultations mémoire.

Les structures spécifiques d'hébergement

- Sur le secteur médico-social

866 places en 2011 sont dédiées en EHPAD aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dont 150 places d'AJ et 76 d'HT. Deux établissements sont entièrement dédiés aux personnes atteintes de cette maladie.

Depuis l'années 2010, l'on note l'ouverture **d'Unités d'Hébergement Renforcées** (UHR) et **des Pôles d'Activité de Soins Adaptés** (PASA) en EHPAD. Au 31 décembre 2010, le Limousin compte 4 PASA et 1 UHR.

- Sur le secteur sanitaire :

Deux nouveaux dispositifs complètent la palette de l'offre notamment pour répondre aux situations de crise : **les Unités Cognitivo-Comportementales** (UCC) rattachées aux Services de Suite et de Réadaptation (SSR) : une UCC est située au CH de Brive et une autre UCC est prévue en octobre au CHU de Limoges et les **Unités d'Hébergement Renforcé** (UHR) en USLD (Unités de Soins de Longue Durée) pour les patients nécessitant des soins médicaux techniques importants : une UHR est implantée au CH de Brive.

Le soutien à domicile aux personnes atteintes et à leurs proches

Le maintien à domicile est un souhait largement exprimé par les personnes. Pour faciliter la prise en charge à domicile la région a encouragé le déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires, spécialisées dans la prise en charge des malades d'Alzheimer à domicile. En Limousin, 3 équipes spécialisées Alzheimer à domicile sont autorisées et installées. Ces structures de stimulation à domicile sont utiles pour les malades jeunes (âgés de moins de 65 ans) qui ne trouvent pas leur place en AJ.

De plus l'amélioration du soutien à domicile s'exerce grâce aux nouvelles technologies développées par les départements.

La coordination entre tous les intervenants

Une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement doit permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant aussi à la situation de chaque famille. Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation. La région Limousin a déployé en 2011 une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) sur le territoire de la Haute-Vienne.

Le soutien aux aidants

Le rôle des aidants est primordial. Il passe en premier lieu par la disponibilité de services et de professionnels assurant soins et accompagnement. De nombreuses structures proposent l'aide aux aidants que ce soit en UCC, par les CLIC, les instances de coordination, en EHPAD, par le biais des consultations mémoire et les associations (France Alzheimer).

Si la politique de soutien aux aidants se met progressivement en place, les dispositifs d'accueil temporaire et d'accueil de jour constituent un apport très important aux aidants, en termes de répit et de lien avec des professionnels de la prise en charge. Il convient de renforcer en lien avec les Conseils Généraux les accueils de jour (153 places), les hébergements temporaires (120 places) et toutes les formes de séjour de répit (baluchonnage, plate forme de répit).

Informier et sensibiliser le grand public

Les efforts de communication entrepris ces dernières années ont amélioré la connaissance du

public face au fléau que représente la maladie d'Alzheimer. La « Semaine de la maladie d'Alzheimer » financée suite aux Assises Régionales (mai 2009), s'est déroulée en Haute Vienne (2009), en Creuse (2010) et prochainement en Corrèze (2011). Cette campagne vise à « changer le regard » du public pour une meilleure acceptation et une meilleure prise en charge des personnes malades.

V.4.2. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES ENJEUX

Face à la maladie d'Alzheimer, les enjeux sont multiples. Il convient de connaître pour agir et ainsi améliorer la qualité de vie des malades et des aidants en s'appuyant sur :

- La recherche développée par le CM2R
- Le diagnostic précoce et l'annonce de la maladie afin que les personnes puissent préparer leur avenir et être un acteur à part entière dans leur prise en charge thérapeutique
- Une meilleure coordination des différents acteurs de la maladie grâce au dispositif intégré MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer) afin que le suivi du malade soit le meilleur possible
- Un renforcement des actions de maintien à domicile par des formations à destination des aidants mais aussi par la création de structures de répit « correspondant aux besoins des patients et des attentes des aidants » tout en développant l'aide professionnelle à domicile
- Une prise en charge des malades mieux adaptée dans des PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) et des UHR (Unités d'Hébergement Renforcée)
- L'information et la sensibilisation du grand public ainsi que la promotion d'une réflexion éthique.

V.4.3. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement doit permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant aussi à la situation de chaque famille.

Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation. Le plan Alzheimer permet progressivement de mettre en place une véritable filière pour les patients atteints de la maladie. A cet effet, il convient de :

1 - Développer la connaissance de la maladie et de l'accompagnement

- 1.1** Créer un observatoire régional partagé afin de recueillir des données statistiques, des informations et des éléments sur la maladie d'Alzheimer. Il est en effet intéressant de rassembler les informations éparses pour être capable de suivre à la fois la prévalence de cette maladie, le nombre de structures qui sont capables d'y répondre et mesurer la montée en charge du plan en Limousin
- 1.2** Soutenir le répertoire régional Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins Alzheimer (ALOIS) des ressources Alzheimer qui correspond à un vrai besoin. Le site de l'ARS Limousin pourrait être également un relais
- 1.3** Développer les campagnes de communication.

2 - Promouvoir le repérage et le diagnostic précoce de la maladie

- 2.1 Renforcer les consultations mémoires existantes et le CM2R en développant notamment la recherche
- 2.2 Développer les consultations mémoires relais,
- 2.3 La place du médecin traitant, de par sa connaissance du malade et de son environnement, constitue le pivot de l'organisation des soins. En conséquence, il convient d'améliorer l'implication des médecins généralistes avec les structures de diagnostic pour une prise en charge optimale des patients avec l'aide du réseau COGLIM,
- 2.4 Développer les campagnes d'information sur l'enjeu du diagnostic.

3 - Informer et coordonner l'accompagnement par le déploiement sur le territoire du dispositif intégré MAIA et ainsi

- 3.1 Fluidifier le parcours des personnes par une information et un suivi renforcé,
- 3.2 Constituer un guichet unique d'orientation pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes malades,
- 3.3 Favoriser les alternatives à l'hospitalisation en secteur aigu par une meilleure visibilité des structures pour l'usager et les professionnels et une meilleure coordination,
- 3.4 Mettre en place des conventions entre les structures spécialisées Alzheimer et les structures en amont et en aval (les services d'hospitalisation aigus, les UCC, les services de psycho gériatrie et toutes les équipes mobiles HAD et soins palliatifs) qui sont des alternatives à une hospitalisation classique pour cette population fragile.

4 - Conforter, développer et diversifier une prise en charge adaptée en établissements

- 4.1 Recenser les « unités Alzheimer » existantes en EHPAD et USLD et mettre en place une charte de qualité,
- 4.2 Réintroduire et développer l'intervention de la psychiatrie en EHPAD et au domicile sur l'ensemble du territoire,
- 4.3 Développer les PASA (26 à l'horizon 2012), UHR/EHPAD (2 à l'horizon 2012), UHR/USLD (4 à l'horizon 2012),
- 4.4 Prendre en compte les populations de malades aux besoins particuliers: malades jeunes (ayant débuté leur maladie avant 65 ans).

5 - Favoriser le maintien à domicile et diversifier les solutions de répit

- 5.1 Développer 9 SSIAD renforcés sur le territoire,
- 5.2 Développer la domotique en s'appuyant sur les pôles de compétence régionaux (MASTER en Domotique, Pôle Domotique, Autonom'Lab,...), en partant des besoins de la personne et des aidants naturels et professionnels qui l'entourent pour bien intégrer la réflexion éthique à chaque cas (exemples: « planchers intelligents permettant de localiser une personne sans la démarche intrusive d'une caméra, cryptage d'informations),

5.3 Structurer et mettre en conformité les Accueils de Jours,**5.4 Développer les plates formes de répit,****5.5 Expérimenter un service d'aide au répit et de soutien des aidants à domicile (baluchonnage).**

6 - Accentuer les actions de prévention (activités physiques, nutrition, activités mentales, maintien des liens sociaux) en agissant sur les projets institutionnels des établissements (médico-sociaux et sanitaires) pour la réflexion et la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé. Il convient d'introduire une exigence de surveillance (ex: dénutrition). dans les projets institutionnels.

7 - Soutenir les aidants

Lancer un appel à candidatures pour 46 actions (mesure 2) sur « La formation des aidants familiaux » visant à offrir aux familles qui accompagnent un parent atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation aidant-aidé.

Cette action doit être conduite en lien étroit avec les conseils généraux.

CHAPITRE II

«Addictologie »

I. PRÉAMBULE

Le Code de la santé publique (articles L1434-1 et L1434-2) stipule que le projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Le projet régional de santé est constitué :

- 1°) d'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
- 2°) de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
- 3°) de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

L'ARS du Limousin a fait le choix **d'inscrire le volet « addictions » de façon transversale aux trois schémas** : schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation sanitaire et schéma régional médico-social.

À ce titre, le volet « addictions » doit apporter des réponses aux orientations du PSRS dont la priorité est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, au travers de ses trois axes stratégiques structurants :

- Agir favorablement sur les déterminants socio - environnementaux de santé (prévention par la promotion de la santé)
- Garantir l'accès pour tous, sans perte de chances, à une offre de santé de qualité :
 - Prévention - éducation à la santé/dépistage - vaccination/éducation thérapeutique/veille et alerte sanitaires
 - Soins hospitaliers et ambulatoires
 - Soins et accompagnement médico-social
- Garantir la continuité et la lisibilité de la prise en charge dans le respect du droit des usagers.

Ces axes s'inscrivent dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

II. CONTEXTE

II.1. LA DÉFINITION DES ADDICTIONS - REPRÉSENTATION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la dépendance comme :

« Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DMS-IV) présente l'addiction comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an :

- Une tolérance (ou accoutumance) impliquant une augmentation des doses pour un effet similaire, ou un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial ;
- Un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage ;
- Une incapacité à gérer sa propre consommation, l'usager consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait ;
- Des efforts infructueux pour contrôler la consommation ;
- Un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit ;
- Les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne ;
- Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Selon Claude Olievenstein¹ : les conduites addictives font intervenir trois types de facteurs qui interagissent : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive). Ainsi toute intervention visant à modifier ces conduites doit se déployer sur ces trois domaines.

Pour Michel Reynaud², parler de pratiques addictives permet de s'extraire de représentations stigmatisantes à plusieurs niveaux puisqu'il s'agit alors de tenir compte du type d'usage qu'un sujet fait d'un produit et non plus du simple fait qu'il consomme même chroniquement et donc qu'il est « toxicomane », « alcoolique »...

Ce qui signifie que l'addiction, ce n'est pas le produit lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet.

Il paraît donc nécessaire de distinguer plusieurs niveaux dans les modes de consommation : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

L'usage ne peut être considéré comme une pathologie, certaines formes d'usages comportent cependant des risques.

L'usage à risque : les risques peuvent être classés en deux catégories :

- Situationnels (conduite de véhicule, grossesse...)
- Quantitatifs (consommation au-delà d'une certaine quantité). La consommation est régulièrement excessive.

L'usage nocif : se caractérise par la concrétisation des dommages liés à la prise de risques.

L'abus/usage nocif : l'abus est défini par le DSM-IV, l'usage nocif dans la CIM-10.

À ce stade, il apparaît difficile de parler de maladie car il s'agit d'un état réversible en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur. Il existe malgré tout des complications multiples (somatiques, psychiques, familiales, sociales...). Le comportement de consommation peut donc déjà être considéré et traité comme pathologique.

La dépendance : selon Fouquet, « impossibilité de s'abstenir de consommer ».

On distingue la dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit. C'est l'expression d'un besoin majeur ou incontrôlable : le craving.

La dépendance physique définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de substances pour éviter le syndrome de manque lié à la privation de produit.

Elle se caractérise par l'apparition d'un syndrome physique de sevrage et l'apparition d'une tolérance de consommation.

La dépendance est, au sens phénoménologique, une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire. Le sujet se livre à son addiction, malgré la conscience aiguë qu'il a – le plus souvent – d'abus et de perte de sa liberté d'action, ou de leur éventualité.

Ces distinctions permettent de cibler spécifiquement les différents champs d'intervention, entraînant néanmoins une prise en charge décloisonnée et multidisciplinaire.

Cela implique la notion de soins intégrés (de soins de généraliste, de spécialités, de médico-social, de social et de services).

¹ Pr Claude OLIEVENSTEIN : psychiatre ; auteur d'ouvrages sur les addictions

² Pr Michel REYNAUD : psychiatre et chef du département de psychiatrie et d'addictologie à l'Hôpital Universitaire Paul Brousse (APHP) ; auteur d'ouvrages sur les addictions

II.2. LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

Les orientations politiques majeures concernant les addictions découlent de :

→ **La loi n° 70-1320 du 31/12/70**, codifiée au livre IV de la troisième partie du Code de la santé publique, qui réprime, en les distinguant, l'usage et le trafic de stupéfiants. Les substances stupéfiantes sont inscrites dans une liste déterminée par la Commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale.

→ **La loi n° 2007-297 du 5/03/07** relative à la prévention de la délinquance qui prévoit en particulier :

- Qu'un usager de stupéfiants peut être contraint à se soigner ou se faire suivre par le juge d'instruction ou le Procureur de la République
- Et qu'un dépistage de la toxicomanie dans les entreprises ou établissements effectuant des transports publics peut être réalisé par la police judiciaire.

→ **La loi n° 2009-879 du 21/07/09** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui prévoit plusieurs mesures sur l'alcool et le tabac et dont le non respect est assorti de sanctions.

Les 10 mesures sur l'alcool sont les suivantes :

- Interdiction de vente d'alcool aux mineurs (extension de l'interdiction de 16 à 18 ans)
- Interdiction des opens-bars
- Interdiction de vente de boissons alcooliques à emporter dans les points de vente de carburants
- Obligation de formation pour la vente de boissons alcooliques à emporter entre 22h et 8h et assimilation de la vente à distance à une vente à emporter
- Renforcement des pouvoirs des agents de contrôle
- Renforcement du pouvoir du maire d'interdire la vente d'alcool à emporter de nuit sur le territoire de sa commune
- Réglementation des « happy hours »
- Encadrement de la publicité sur internet

Les 5 mesures sur le tabac portent sur :

- Interdiction de vente de produits du tabac ou ingrédients aux mineurs (extension de l'interdiction de 16 à 18 ans)
- Interdiction des cigarettes aromatisées
- Interdiction d'implantation de débits de tabac dans les zones dites protégées
- Interdiction de vendre du tabac dans les galeries marchandes des hypers et supermarchés des départements d'outre mer (DOM)
- Renforcement des pouvoirs des agents de contrôle sur les mesures sur le tabac

Par ailleurs, **la loi n° 2010-476 du 12/05/2010** relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne a pour objet notamment de limiter et d'encadrer l'offre et la consommation des jeux pour prévenir le jeu excessif ou pathologique et protéger les mineurs.

Deux plans de lutte contre les addictions ont permis de mieux organiser les dispositifs de prévention et de prise en charge, dans une approche globale :

→ **Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du ministère de la Santé**, pour un coût total de 385 M€ (77 M€/an sur 5 ans), définit 6 priorités :

- Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé par la mise en place : de consultations et d'équipes de liaison en addictologie dans les hôpitaux dotés d'une structure d'urgence, d'un service d'hospitalisation en addictologie pour chaque territoire de santé de plus de 500 000 personnes, d'un pôle universitaire d'addictologie dans chaque CHU.
- Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux, tout en contribuant à améliorer leur efficacité par : la création de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et le renforcement des structures de prévention et d'accompagnement existants.
- Mieux coordonner les 3 secteurs de suivi et d'accompagnement du patient : hospitalier, ambulatoire et médico-social, notamment en intégrant l'addictologie dans les réseaux de santé.
- Développer la prévention : promotion du repérage, interventions précoces en médecine générale, prévention de la consommation de substances psycho-actives pendant la grossesse.
- Renforcer la formation des professionnels : inscription de modules d'addictologie en formation initiale et continue.
- Renforcer et coordonner la recherche en addictologie.

Ce plan intègre, pour la première fois, le jeu en tant que pratique addictive³.

→ **Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011** vise à faire reculer les consommations de drogues illicites et les consommations excessives d'alcool en France.

Il se décline en cinq grands axes d'action :

- Prévenir, communiquer, informer ;
- Faire appliquer la loi ;
- Soigner, insérer et réduire les risques ;
- Former, chercher, conserver ;
- Agir au plan international.

³ Expertise collective sur les dangers de l'addiction au jeu réalisée par l'INSERM. Préconisation : mieux diagnostiquer les pathologies liées au jeu, organiser une meilleure prévention et une bonne prise en charge du problème

Ce plan étend le domaine de la prévention, par des mesures pouvant avoir un effet dissuasif sur les consommations : renforcement de la confiance des adultes dans leur capacité à protéger les plus jeunes des consommations ou des modes de consommations dangereux, mise en place des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, réduction de l'offre d'alcool aux mineurs pour lutter contre le « binge drinking » (alcoolisation massive express).

Le plan prévoit également de conduire des actions contre la culture illicite de cannabis et l'offre de drogues sur Internet (mise en place, au niveau européen, d'une structure permettant de mieux gérer les biens criminels saisis), de renforcer la coopération policière et douanière.

Par ailleurs, le plan diversifie le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des addictions en ciblant les populations exposées et vulnérables, et au risque accru de contamination de l'hépatite C tout en étudiant, dans une démarche pluridisciplinaire les différentes causes de ces parcours.

Enfin, une évaluation est prévue en 2011, à partir d'objectifs opérationnels assortis d'indicateurs de mise en œuvre et d'efficacité.

Plusieurs circulaires détaillent la mise en œuvre des orientations nationales :

- En application du plan addictions 2007-2011, **la circulaire n° DGS/6B/DHOS 102/2007/203 du 16 mai 2007** établit l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie (volets médico-social et sanitaire, la ville, la place des réseaux de santé), l'articulation de ce dispositif et enfin le suivi et l'évaluation.
- En complément, **la circulaire n° DHOS/02/2008/299 du 26/09/2008** porte sur la filière hospitalière de soins en addictologie. Elle précise les rôles et articulations de chaque volet du dispositif sanitaire par des référentiels de prise en charge et de soins.
- **La circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008** concerne la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- **L'instruction n° DGS/MC2/DGOS/RA/2010/390 du 17/11/2010** relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention définit les modalités de coordination et d'organisation, au niveau local, de cette prise en charge adaptée et globale des personnes détenues afin de clarifier le rôle des différents intervenants.

Cela vise le dépistage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins dans lequel sont coordonnés le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques. La continuité des soins doit être préparée à la sortie de détention.

- S'agissant de la santé des élèves, **la circulaire n° 2003-210 du 1er/12/2003** intègre la prévention des conduites addictives comme participant à l'éducation à la santé, dans le cadre de la continuité éducative (de l'école primaire au lycée). Sont ainsi prévus, sous l'autorité des proviseurs et des principaux, des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Ce sont des instances au sein desquels siègent des personnels et des élèves de l'établissement, des parents d'élèves et des représentants de la commune et de la collectivité territoriale de rattachement.

Les actions de prévention, programmées dans le cadre des CESC, sont menées à l'interne par les personnels volontaires, des associations agréées et des partenaires institutionnels, notamment les policiers formateurs anti drogues (PFAD) ou les gendarmes formateurs relais anti drogues (FRAD), ainsi que le personnel de pédopsychiatrie avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie et le personnel des maisons des adolescents.

À l'initiative du Ministère de l'Éducation nationale, de la Direction générale de l'enseignement scolaire et de la MILDT, le guide d'intervention en milieu scolaire « prévention des conduites addictives » constitue un appui à la mise en œuvre de la politique de prévention dans les établissements scolaires et offre aux différents intervenants des repères pour l'action.

Pour sa part, l'Enseignement agricole développe un programme de prévention globalisée conduit par la Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche (DGER) du Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Pêche (MAAP).

À noter **cinq autres plans connexes** :

- Le plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012
- Le plan national Cancer 2009-2013
- Le plan national Santé des Jeunes 2010-2014
- Le plan VIH/SIDA IST 2010-2014
- Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

En termes de **recommandations sur l'addictologie** :

- La Haute Autorité de Santé (HAS) propose un panel de documents de diverses natures, en fonction des sujets traités : démarche d'évaluation des pratiques, recommandation pour la pratique clinique, recommandation de bonne pratique, fiche de bon usage de médicaments (ex. Champix)...
- L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a publié, en avril 2010, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur « la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie ».

III. ÉTAT DES LIEUX

III.1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES – CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LEUR RETENTISSEMENT SUR LA SANTÉ

Les substances addictives sont en particulier la cocaïne, les opiacés, les amphétamines, le cannabis, l'alcool éthylique, le tabac, les somnifères. D'autres formes de dépendances, sans produit ou comportementales, s'ajoutent : les jeux vidéos, le jeu pathologique, l'achat compulsif, les troubles des conduites alimentaires, les dépendances affectives et l'addiction sexuelle, la dépendance au travail...

La consommation de tabac, d'alcool et de drogues demeure un problème de santé majeur en Limousin, comme ailleurs. Elle constitue également des facteurs de risque de problèmes sociaux non négligeables.

III.1.1. LE TABAC

La région est relativement épargnée par la consommation de tabac.

Par rapport au niveau national, le Limousin montre :

- Une consommation régulière légèrement plus faible en population générale ;
- Une sous-mortalité liée au tabac (cancer bronchique, bronchite chronique obstructive, maladies ischémiques) significative dans la plupart des secteurs, sauf en Haute-Corrèze et dans le Sud creusois ;
- Chez les jeunes une situation comparable au niveau national : près des ¾ des jeunes de 17 ans ont expérimenté le tabac et plus du 1/3 en consomment quotidiennement (plus chez les garçons) ;
- Un volume régional de vente au niveau de la moyenne nationale mais des ventes qui ont moins baissé qu'ailleurs entre 2001 et 2006 (- 26 %).

III.1.2. L'ALCOOL

Certains indicateurs sont légèrement plus défavorables en Limousin.

- En population adulte, les chiffres de consommation sont un peu plus élevés en Limousin qu'ailleurs et situent la région dans les 4 à 6 premières parmi les 22 régions métropolitaines.

Ceci est vrai aussi bien pour la proportion de consommateurs quotidiens que pour la proportion de consommateurs ponctuels de quantités importantes.

- Chez les jeunes de 17 ans, l'usage régulier d'alcool (au moins 10 fois par mois) place le Limousin pareillement entre la 4e et la 6e position sur 22, chez les garçons (17 % vs 14 %). Quant aux ivresses régulières (>10/an), elles sont le fait de 11 % des garçons de 17 ans (12 % au niveau national) et de 6 % des filles (5 % au niveau national). Enfin, s'agissant de la fréquence des

consommations ponctuelles excessives (au moins 6 verres en une seule occasion), le Limousin apparaît en situation tout à fait médiane parmi les régions françaises. Par contre, les garçons s'adonnant de manière très régulière à cette pratique (au moins 10 fois par mois), sont plus nombreux en Limousin qu'ailleurs (6 % contre 3,8 % au niveau national, 3e région sur 22). 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.

- Le taux de mortalité liée à l'alcool est voisin du niveau national chez les hommes, il est inférieur au taux national chez les femmes mais connaît de grandes variations infra-régionales, avec des taux sensiblement plus importants dans le Sud creusois, la Haute-Corrèze et le Haut-Limousin.

Données complémentaires :

Résultats du PHRC « **Statut alcoolique 24 mois après une demande de sevrage en psychiatrie au CH Esquirol de Limoges⁴** »

- Les demandeurs de sevrage sont plutôt :
 - Des hommes
 - Jeunes
 - Insérés (45 % travaillent)
 - Vivant seuls (39 %)
- 37 % ont un état dépressif au moins 1 fois au cours du suivi
- 11 % ont un diagnostic de trouble schizotypique
- Évolution de : l'abstinence :
 - 6e mois 57 % d'abstinents
 - 1 an 40 %
 - 18 mois 46 %
 - 2 ans 48 %
 - De 0 à 24 mois : 10 % abstinents, 23 % non abstinents, 67 % abstinents intermittents
- Variables associées :
 - Age : chance x 6 d'être abstinent à 1 an si > 60 ans
 - Genre : chance x 6 d'abstinence à 2 ans si femme

⁴ PHRC régional 2005, Dr D. Malauzat, suivi de cohorte (330 personnes alcoolodépendantes venues en sevrage au CH Esquirol) mars 2006-septembre 2009, objectif : après une demande de sevrage en milieu psychiatrique, déterminer à 24 mois (et par suivis semestriels) le statut alcoolique du participant et les caractéristiques cliniques, sociales, de consommation de soins associées

Étude cas-témoins sur les ivresses éthyliques mise en place par le pôle de pédopsychiatrie du CH Esquirol de Limoges en lien avec les urgences de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant :

Cette étude s'est intéressée à la relation au risque qu'ont les adolescents pris en charge au sein d'une structure de soins pour une alcoolisation aigue comparés à une population d'adolescents témoins. Le recueil des données pour les « témoins » s'est déroulé d'avril à juin 2008 au sein des établissements scolaires de Haute-Vienne. Pour les « cas » le recueil des données s'est effectué d'avril 2009 à août 2010. Ce dispositif a demandé un travail d'étroite collaboration entre le service d'Urgences de l'HME et les pédopsychiatres. Thèse de Zoé Zabraniecki 2010.

III.1.3. LE CANNABIS ET LES DROGUES ILLICITES (HORS CANNABIS)

Les indicateurs positionnent le Limousin parmi les dernières régions en termes de consommation et d'expérimentation

Le Limousin se situe au dernier rang en matière de consommation régulière de cannabis à 17 ans (**5 %** vs 7 % métropole).

La fréquence d'expérimentation du cannabis est parmi les plus faibles en population générale (**26 %** vs 31 % France).

42 % des garçons et 34 % des filles de 17 ans ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Ces proportions sont inférieures à celles relevées au niveau national.

Sur l'ensemble des jeunes de 17 ans, le Limousin se situe au 17e rang des régions de métropole avec **38 %** d'expérimentateurs contre 42 % en France.

L'expérimentation d'autres drogues par les jeunes ne diffère pas du niveau national, hormis celle des poppers, un peu plus fréquente (**8 %** vs 5 %), et celle de l'ecstasy qui est un peu plus rare (2 %).

Les taux de vente de subutex, méthadone et stéribox sont inférieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale, de même que le taux de consommateurs de drogues pris en charge dans les structures sanitaires et sociales et que le taux annuel d'infractions à la loi sur les stupéfiants.

III.1.4. LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES, L'ADDICTION AUX JEUX ET AUTRES

Les troubles des conduites alimentaires en Limousin : vers la structuration d'un dispositif régional de prévention et de soins

L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont des troubles du comportement alimentaire. Ces troubles du comportement alimentaire sont d'origine multifactorielle et s'observent à l'occasion de facteurs déclenchants non spécifiques chez des sujets ayant des vulnérabilités psychiques, biologiques et familiales. Ils sont souvent associés à un trouble important de la perception de l'image du corps.

La Haute Autorité de la Santé (HAS) en France a édité des recommandations en juin 2010 afin de repérer plus précocement et prendre en charge efficacement l'anorexie mentale. Ces recommandations visent à :

- Améliorer l'accompagnement du patient et de son entourage ;
- Améliorer la prise en charge et l'orientation initiale des patients ;
- Améliorer la prise en charge hospitalière lorsqu'elle est nécessaire et la prise en charge post-hospitalière.

En Limousin, il n'existe aucune structure reconnue de prise en charge spécialisée des Troubles des Comportements Alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie) pour les adultes.

Cette activité, en augmentation croissante depuis plusieurs années, est actuellement prise en charge dans une unité de 4 lits dédiés pour l'accueil de patients adultes, au sein du pôle d'addictologie. Les adolescents sont pris en charge dans les services de pédopsychiatrie ou de pédiatrie de la région (CH de Brive, CH de Tulle, CH de Guéret, CHU de Limoges, CH La Valette à Saint-Vaury) et au CH Esquirol dans le pôle de pédopsychiatrie.

L'articulation entre le pôle de pédopsychiatrie du CH Esquirol et le service adulte se situe autour de l'âge de 18 ans où doit s'effectuer le relais.

L'analyse des données d'activité des dernières années montre l'insuffisance de capacité en lits dédiés TCA entraînant :

- Un accueil des patients dans des unités non spécifiques du CH Esquirol,
- Un allongement de la durée de séjour au CHU en particulier en médecine interne B avant transfert au CH Esquirol,
- Un maintien de jeunes adultes dans des services de pédiatrie ou de pédopsychiatrie,
- Un transfert de patients hors région, rendant difficile le contact avec la famille,
- Des délais d'attente importants avant l'hospitalisation.

Le CH Esquirol, dans le cadre du Pôle d'Addictologie de niveau 3, a déposé à l'ARS un projet visant à structurer une réponse régionale psychiatrique avec ses partenaires du public et du privé face à ce problème de santé que constituent les TCA.

Le projet prévoit :

- Une unité d'hospitalisation complète de 15 lits,
- Une unité d'hospitalisation de jour de 5 places,
- L'organisation de l'ambulatorio avec la mise en place d'une équipe de prévention et de liaison dédiée.

Jeux vidéo et internet : de nouveaux comportements à prendre en compte

Quelques chiffres en France⁵ : 26 % des 8-14 ans passent plus de 4 heures par semaine à jouer ; 34 % des 15-18 ans utilisent internet pour jouer.

Face au manque de données épidémiologiques, il est impossible aujourd'hui d'estimer l'ampleur du phénomène « d'addiction » concernant ce type de jeux, en France comme ailleurs.

Les experts recommandent donc d'effectuer des études en population générale après avoir au préalable défini les concepts et outils permettant de repérer les joueurs problématiques et pathologiques dans ce secteur.

Le rapport d'information parlementaire diffusé fin mai 2011 sur la mise en application de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne confirme que, s'agissant de jeu excessif, le phénomène est encore mal cerné en France. Les résultats d'une étude de prévalence sur les jeux d'argent en ligne menée par l'INPES et l'OFDT seront intégrés fin 2011 dans le « Baromètre Santé 2010 ».

Ce rapport précise que les moyens des structures de prise en charge sont encore insuffisants et que le prochain plan 2012-2016 de prévention des addictologies devrait proposer l'affectation de nouveaux moyens financiers aux CSAPA et aux centres de référence sur le jeu pathologique.

III.1.5. LA GESTION DES RISQUES LIES A L'UTILISATION DES PRODUITS

En Limousin, la mise en place des CSAPA et du CAARUD a contribué à améliorer la gestion des risques liés à l'utilisation des produits.

À noter les partenariats mis en place, notamment :

- Entre le PAL et les associations AIDES et ENTRAIDÉS,
- Entre le PAL et le CHU (service d'hépatogastroentérologie)
- Entre l'ERP Féret du Longbois et les différentes institutions sur des projets de santé publique (individuels ou collectifs)

À noter également l'accès au « fibroscan » du CH Esquirol, en partenariat avec le CHU (service de gastro-entérologie).

VHC/VIH et addictions : un partenariat indispensable

Concernant le VHC, la collaboration entre le PAL et le service d'hépatogastroentérologie du CHU vise en particulier le dépistage.

Ce dépistage concerne les usagers de drogues par voie intra-veineuse ou par voie nasale anciens et en cours, même de façon occasionnelle.

Il a pour objectifs :

- D'améliorer l'efficacité des traitements : prévenir les complications de l'évolution spontanée et allongement de l'espérance de vie
- D'augmenter la réponse par le traitement précoce
- De permettre la sensibilisation à l'arrêt de l'alcool et la vaccination contre les autres virus hépatotropes
- De limiter les risques collectifs

Ce partenariat couvre aussi les prises en charge médico-psycho-sociales : lors du traitement, prise en charge des troubles psychiatriques (prévalence troubles psychiatriques > 20 %, pour la dépression elle est variable selon les études de 0 à 58,6 %)

Ce travail mené permet également un accès aux soins plus large des personnes vulnérables, en allant vers les patients qui ne seraient pas pris en charge et en les accompagnant dans les soins. La démarche auprès de ce public est à renforcer.

Concernant le VIH, le Service des maladies infectieuses du CHU a recours au PAL en cas de problème précis.

S'agissant du couple « VIH-usagers de drogues », il est relevé néanmoins que le service en voit de moins en moins.

III.1.6. LES PRODUITS DOPANTS**Un phénomène marginal en Limousin**

Les statistiques sur l'usage de produits dopants sont rares et les chiffres relevés en Limousin à l'occasion de 2 enquêtes abordant ce thème n'ont pas pu être comparés à des chiffres nationaux.

Les données chiffrées montrent qu'il s'agit d'un phénomène loin d'être négligeable, les consommations étant très liées à l'importance de la pratique sportive : le recours ponctuel concerne le quart des étudiants pratiquant un sport en compétition et seulement 7 % reconnaissent une consommation répétée.

La mission de prévention s'opère en Limousin principalement dans le domaine sportif via l'antenne médicale de prévention du dopage (AMPD). Elle est implantée au CHU de Limoges.

Les AMPD sont chargées d'une mission de soins aux sportifs ayant eu recours aux pratiques dopantes ou étant susceptibles de l'être. Leur mode de fonctionnement est calqué sur celui des centres de dépistage du SIDA (consultations anonymes et gratuites).

Si, dans le cadre des consultations, un risque important concernant la santé du patient est détecté, l'anonymat peut être levé afin d'effectuer des examens complémentaires et de prendre en charge sa pathologie en collaboration avec le médecin traitant.

Ce dispositif spécialisé pour sportif est hors champ répressif et son indépendance par rapport aux fédérations sportives est un atout, tout comme sa proximité territoriale.

Durant les trois dernières années, l'antenne AMPD du Limousin n'a pas été confrontée à un tel problème et le recours au correspondant psychiatre n'a jamais été nécessaire.

⁵ Source : DGS/INSERM

III.1.7. LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (ANXIOLYTIQUES – ANTIDÉPRESSEURS)

La situation régionale est particulièrement atypique

La forte consommation de médicaments psychotropes⁶ est une spécificité limousine qui ne trouve pas son explication dans des données épidémiologiques (**28 %** vs 24 % France). La région est au premier rang national pour la consommation des anxiolytiques (tranquillisants, hypnotiques) (**21 %** vs 17 %) mais aussi des antidépresseurs (**12 %** vs 10 %).

L'expérimentation de tranquillisants à 17 ans⁷ positionne également le Limousin en tête des régions (**23 %** vs 18 % France). Chez les garçons (**18 %** vs 14 %) comme chez les filles (**29 %** vs 23 %), la région se situe au premier rang en termes de consommation de tranquillisants chez les jeunes, bien au-dessus des moyennes nationales.

Bénéficiaires traités par anxiolytiques et antidépresseurs⁸ en Limousin :

	Nombre de bénéficiaires traités par anxiolytiques			Nombre de bénéficiaires traités par antidépresseurs		
	2008	2009	% 2009 par rapport à la population	2008	2009	% 2009 par rapport à la population
Corrèze	46 519	46 120	19 %	24 586	24 811	10 %
Creuse	25 474	25 299	20 %	13 354	13 242	11 %
Haute-Vienne	71 614	70 789	19 %	39 778	40 008	11 %
LIMOUSIN	143 607	142 208	19 %	77 718	78 061	10,50 %

III.1.8. LES ADDICTIONS ET LE TRAVAIL

Malgré l'insuffisance des données, la situation semble préoccupante

Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), saisi par la MILDT sur « l'usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail – enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection » fait état dans son rapport du 5 mai 2011 des informations suivantes :

- Les données disponibles sur les addictions en milieu de travail sont très diversifiées, le plus souvent parcellaires et insuffisantes ;
- Sur le plan des risques en milieu de travail, l'alcool est impliqué dans 10 à 20 % des accidents de travail déclarés ;

- Les médecins du travail, les directeurs des ressources humaines (DRH) des entreprises, la MILDT s'accordent sur l'usage de plus en plus préoccupant des produits illicites : cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines... hors et en entreprise ; dans le contexte professionnel, environ 10 % des salariés consommeraient régulièrement ou occasionnellement des produits illicites ;
- Les résultats issus d'une étude longitudinale d'une cohorte de salariés montrent que 6,1 % d'entre eux prennent un médicament psycho-actif, plus de la moitié d'entre eux sont en outre consommateurs réguliers d'alcool et 10 % consomment occasionnellement du cannabis ;
- Une autre étude sur la conduite dopante en milieu professionnelle montre que 20 % des salariés utilisent un médicament pour être « en forme au travail », que 12 % en prennent sur leur lieu de travail pour traiter un « symptôme gênant », et que 18 % en utilisent « pour se détendre au décours d'une journée difficile ».

Le CCNE estime que le dépistage des drogues au même titre que l'alcool et les abus de médicaments psychotropes est souhaitable pour certains postes « de sécurité » mais ne doit pas être généralisé.

Le CCNE souligne le rôle du médecin du travail dans son appréciation de l'aptitude à l'emploi, la justification pour certains postes d'une politique de détection systématique en cas de risques particuliers et le respect absolu du secret médical.

Élaboré par le Ministère du Travail, le 2e Plan Santé au Travail 2010-2014 intègre le développement d'une politique de prévention active des risques professionnels dont les risques psycho sociaux.

Les addictions au travail sont souvent associées à la réponse d'une personne, salariée ou non, à une situation de stress au travail.

Souvent, elles sont incluses dans ce champ plus large des risques psycho sociaux dont la violence psychologique au travail.

Ces risques professionnels ont rarement une origine mono factorielle, mais résultent d'un cumul ou association de plusieurs risques voire d'une interaction entre plusieurs causes et éléments :

- Inhérents à la personne elle-même – situation personnelle importée dans le milieu professionnel ;
- Propres à la situation de travail ou aux conditions de travail – contraintes organisationnelles et de productivité, objectifs trop élevés, contexte de précarité professionnelle, travail posté ou isolé, postes de travail à risques élevés ou à fortes responsabilités...

⁶ Source : CNAMTS, consommation et pratiques de prescription - 2000

⁷ Source : OFDT, enquête ESCAPAD 2008 – exploitation régionale CIRDD Limousin

⁸ Source : données inter régimes URCAM/ARS

L'addiction peut être la conséquence d'une stratégie d'adaptation (dite de « coping ») via la répétition de consommations ou de comportements permettant de faire face aux contraintes et situations difficiles :

- Recours à une « automédication » pour passer le cap :
 - Utilisation de produits psycho actifs à usage réglementé : tabac, alcool, médicaments, stimulants ;
 - Utilisation de produits psycho actifs interdits : cannabis et dérivés, opiacés, cocaïne, solvants volatils et autres produits illicites ;
 - Poly consommation des produits psycho actifs : les plus courantes étant alcool et/ou tabac, cannabis, médicament ;
- Modification du comportement pour faire diversion ou en solution de contournement : aucun produit utilisé d'où addiction dite comportementale : techno dépendance, dépendance affective et « workaholisme⁹ », dont le premier stade est le « burn out », (relation pathologique caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus
 - De temps et d'énergie et ce, en dépit des conséquences négatives sur la santé et sur la vie personnelle affective et familiale).
- Acquisition :
 - À l'occasion de « pots », repas d'affaires... faisant partie intégrante de la culture du métier, en facilitant le lien social ou la production.

À noter le manque de visibilité du poids des risques d'origine professionnelle sur la santé des populations et sur les inégalités sociales de santé

III.1.9. LES ADDICTIONS ET LA GROSSESSE

La nécessité de généraliser le dépistage

20 à 25 % de la population toxicomane est féminine sur la période de toxicodépendance entre 15 et 40 ans.

Le plan addictions 2007-2011 souligne le fait que les conduites addictives sont pourvoyeuses de nombreux problèmes au cours de la grossesse et après la naissance. Au-delà des grands syndromes malformatifs qui ont permis de décrire le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), elles sont la première cause de retards de développement psychomoteur et de handicaps en France. L'on s'attachera à remarquer la fréquence des morts in utero. Enfin, ces grossesses à risque sont souvent de découverte tardive.

En outre, les conduites addictives impliquant la consommation de substances psychoactives chez les mères de très jeunes enfants sont également source de carences diverses, nécessitant un suivi particulier.

Enfin, elles sont souvent victimes de nombreux préjugés.

⁹ Ou « workaholism », Marc VALEUR, Dan VELEA, Revue TOXIBASE N° 6, juin 2002.

Il convient de distinguer les comportements addictifs avec et sans drogues. Si le contexte actuel insiste sur la prise de toxiques au cours de la grossesse (tabac, alcool, cannabis, opioïdes, cocaïne, psychotropes...), il ne faut pas oublier les troubles engendrés par les addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires : anorexie, boulimie, vomissements ; addictions informatiques, au sport, sexuelles...).

Au regard de ces constats, les propositions d'amélioration vont dans le sens du dépistage, le plus souvent par le biais d'outils adaptés au produit consommé, de l'information et de l'accès aux soins.

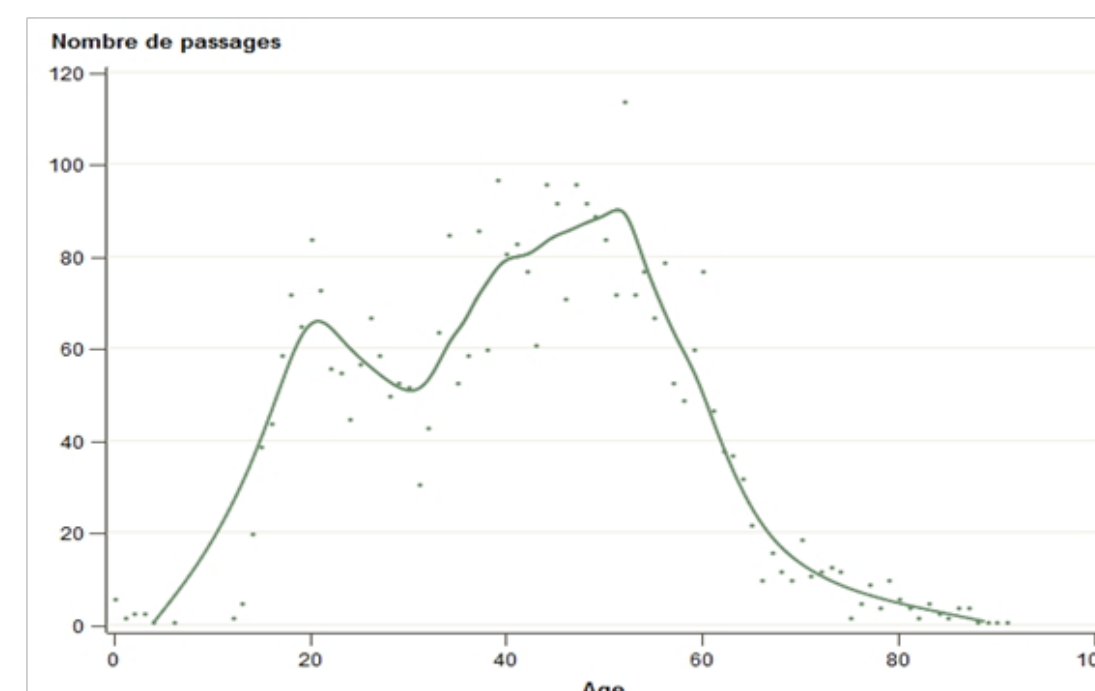
III.1.10. LES ADDICTIONS AUX URGENCES

L'activité urgences¹⁰ en Limousin en lien avec les phénomènes addictifs constatés chez le patient au cours des trois dernières années est quasiment constante.

Année	Nombre de passages addictions	Nombre de passages total	% d'activité addictions
2008	3 625	174 530	2,1 %
2009	3 960	181 973	2,2 %
2010	3 548	181 115	2 %

Répartition des pathologies : l'examen des pathologies codées en diagnostic principal met en avant une majorité des pathologies en lien avec l'alcool.

Age des patients : le nombre de passages le plus important concerne les personnes autour de 50 ans. À noter toutefois un premier pic aux alentours de 20 ans.



¹⁰ Source : Observatoire régional des urgences en Limousin (ORULIM)

Répartition en Limousin : près de la moitié de l'activité régionale se fait au CHU adulte, mais semble en légère baisse sur les 3 dernières années, contrairement à ce que l'on observe à Brive et Guéret.

Nom de l'établissement	Nombre de passages addictions 2010	% 2010	% 2009	% 2008
CHU LIMOGES	1 697	47,8 %	53,8 %	57,6 %
CH BRIVE	591	16,7 %	14,8 %	12,6 %
CH GUÉRET	445	12,5 %	10,5 %	8,3 %
CH TULLE	244	6,9 %	5,9 %	6,2 %
CH SAINT-JUNIEN	168	4,7 %	4,4 %	3,6 %
CH USSEL	165	4,7 %	3,9 %	4,2 %
HÔPITAL MÈRE ENFANT	90	2,5 %	1,8 %	2,5 %
CL CROIX BLANCHE	79	2,2 %	2,1 %	2,0 %
CH SAINT-YRIEIX	68	1,9 %	2,8 %	3,1 %
CL CHÉNIEUX	1	0,0 %		
TOTAL	3 548	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Orientation des patients : une population hospitalisée importante. Le recours à la police, gendarmerie est non négligeable.

Devenir du patient après les urgences	Nombre de passages addictions 2010	% 2010	% 2009	% 2008
Hospitalisation vers UF	2 059	58,0 %	49,3 %	44,9 %
Retour domicile	829	23,4 %	24,6 %	36,8 %
Police, Gendarmerie	373	10,5 %	18,3 %	9,5 %
Transfert vers autre établissement	149	4,2 %	4,1 %	5,1 %
Fugue	71	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Sortie contre avis médical (SCAM)	47	1,3 %	1,4 %	1,1 %
Parti sans attendre	17	0,5 %	0,4 %	0,6 %
Décès	2	0,1 %		
TOTAL	3 547	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Adresseur du patient : dans plus d'un cas sur deux, c'est le SAMU-centre 15 qui est sollicité.

Adresseur du patient	Nombre de passages addictions 2010	% 2010	% 2009	% 2008
Centre 15 (régulation libérale)	1 247	35,2 %	35,5 %	41,1 %
Lui-même, tiers	727	20,5 %	19,1 %	10,4 %
SAMU	623	17,6 %	16,0 %	8,3 %
Police, Gendarmerie	451	12,7 %	17,9 %	26,3 %
Médecine libérale	385	10,9 %	8,8 %	10,3 %
SOS Médecin Limoges	69	1,9 %	1,6 %	1,9 %
Inter Hospitalier	20	0,6 %	0,5 %	0,5 %
Intra Hospitalier	7	0,2 %	0,3 %	0,7 %
Service social	5	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Administration pénitentiaire	4	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Infirmière libérale (domicile, scolaire...)	4	0,1%	0,2%	0,2%
TOTAL	3 542	100,0 %	100,0 %	100,0 %

III.2. RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS D'ADDICTOLOGIE

III.2.1. LE RÔLE DE LA MÉDECINE DE VILLE

La prise en charge des addictions par la médecine de ville est nécessaire car c'est une médecine de proximité, susceptible d'entendre, pour certains, les demandes et les besoins des consommateurs de produits psycho-actifs.

Il est noté la volonté des médecins généralistes de s'impliquer dans les addictions, notamment par le biais de la formation médicale continue assurée par le Pôle d'addictologie du Limousin (PAL) principalement. Plusieurs, bien identifiés, en tant qu'alcoologues, et les psychiatres libéraux assurent des prises en charge en matière d'addiction.

D'une façon générale, le constat va dans le sens d'un **nécessaire renforcement de la formation médicale continue sur les addictions auprès de la médecine de ville** :

- Pour améliorer la perception négative des addictions
- Pour faciliter l'approche motivationnelle
- Pour faciliter les transferts vers les structures de prise en charge (continuum)
- Pour accompagner les prescriptions.

III.2.2. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

L'offre médico-sociale est en voie d'achèvement

Elle s'organise autour :

- De 5 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :

Haute-Vienne :

- CSAPA Bobillot (toxicomanie)
- CSAPA – ANPAA 87 (alcool)

Corrèze :

- CSAPA (toxicomanie)
- CSAPA ANPAA 19 (alcool)

Creuse :

- CSAPA

- D'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) dont le périmètre d'intervention est la Haute-Vienne
- De 8 appartements de coordination thérapeutiques (ACT) autorisés et financés en totalité en 2011 et gérés par le CH Esquirol à Limoges.

Les consultations délocalisées des CSAPA permettent d'assurer le maillage sur l'ensemble du territoire. Cette couverture est toutefois inégale :

- La Haute-Vienne bénéficie d'un maillage à la fois en alcoologie et en toxicomanie, hormis sur le secteur sud-est du département en alcoologie,
- La Creuse dispose de consultations délocalisées en alcoologie, la consultation de toxicomanie est assurée uniquement sur Guéret,
- La Corrèze présente le même dispositif que la Creuse, avec un secteur non couvert autour d'Égletons.

III.2.3. L'OFFRE SANITAIRE

Conformément au plan national des addictions 2007-2011 et à la circulaire du 16 mai 2007, la structuration sanitaire est graduée autour de trois niveaux :

- Le niveau I, de **proximité**, pour la réalisation de sevrages simples, l'activité de liaison et les consultations.
- Le niveau II, de **recours**, doit répondre aux besoins d'au plus 500 000 habitants pour la prise en charge aiguë d'addictologie, le sevrage et les soins résidentiels complexes et les soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR) spécialisés en addictologie.
- Le niveau III, **régional et hospitalo-universitaire**.

Ce dispositif sanitaire doit s'organiser¹¹ en filière hospitalière assurant des soins cohérents et gradués sur un territoire donné. Ses différentes composantes répondent à des référentiels d'organisation précis, conçus comme étant des objectifs à atteindre et non des normes opposables.

En Limousin, d'importantes améliorations sont réalisées au niveau de la structuration sanitaire des addictions (centres hospitaliers, hôpitaux psychiatriques, CMN Sainte-Feyre, cliniques psychiatriques La Jonchère et Châtelguyon) :

- Par le développement des différents types de prise en charge (consultations, équipes de liaison, sevrage, SSR...),
- La généralisation du partenariat,
- Le rôle régional conforté du CH Esquirol qui assure les 3 niveaux de prise en charge.

Des besoins restent cependant non couverts :

- Difficulté de prise en charge,
- Liste d'attente importante,
- Inadéquation entre la demande de soins et les moyens mis à disposition,

L'organisation de la filière addictions en Corrèze est en cours de concertation.

Des projets sont en cours de déploiement :

- Déploiement d'une filière de soins pour les Troubles des Conduites Alimentaires
- Hospitalisations complètes et partielles pour les prises en charge individuelles (sevrage) à la Clinique de la Jonchère

¹¹ Selon les dispositions de la circulaire du 26/06/2008

- Pour mémoire : 20 lits SSR spécialisés pour la prise en charge des conduites addictives autorisés et installés et 10 places d'hospitalisation de jour restant à financer (CH Esquirol) ; 10 à 15 lits SSR spécialisés – segment alcool pour la Corrèze prévus dans le précédent SROS.

- En projet : 10 lits SSR spécialisés en addictologie en Creuse.

L'activité PMSI SSR

En l'absence de structures SSR spécialisées en addictologie, les données PMSI SSR 2009 font néanmoins état de 55 séjours¹² répartis entre la Corrèze pour 21 séjours, la Creuse pour 6 séjours et la Haute-Vienne pour 28 séjours.

Les séjours de même nature effectués hors Limousin (fuites) pour les patients résidant en Limousin s'élèvent à 135. La majorité de ces séjours sont effectués en Poitou-Charentes (SSR La Gandillonnerie) et en Midi-Pyrénées (Clinique du Relais).

L'activité PMSI MCO

Séjours classés en GHM "Toxicomanies non éthyliques avec dépendance", "Ethyliisme avec dépendance", "Ethyliisme aigu", "Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances", "Cirrhoses alcooliques" effectués en Limousin (quelque soit le lieu de résidence du patient)

Dpt	ETS	2009		2010	
		Nb de séjours	%	Nb de séjours	%
19	CENTRE HOSPITALIER BRIVE	315	15,6%	355	15,1%
	CENTRE HOSPITALIER TULLE	94	4,7%	144	6,1%
	HOPITAL LOCAL BORT LES ORGUES	5	0,2%	15	0,6%
	CENTRE HOSPITALIER USSEL	105	5,2%	106	4,5%
	CMC LES CEDRES BRIVE	11	0,5%	7	0,3%
	CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE	8	0,4%	0	0,0%
	SYNDICAT INTERHOSP BRIVE TULLE USSEL	9	0,4%	21	0,9%
23	CENTRE HOSPITALIER GUERET	289	14,3%	319	13,6%
	CENTRE HOSPITALIER AUBUSSON	6	0,3%	5	0,2%
	CENTRE HOSPITALIER BOURGANEUF	22	1,1%	18	0,8%
	CLINIQUE DE LA MARCHE	14	0,7%	24	1,0%
	CLINIQUE CROIX BLANCHE AUBUSSON	35	1,7%	41	1,7%
87	CHU LIMOGES	925	45,8%	1095	46,6%
	CENTRE HOSPITALIER ST-JUNIEN	90	4,5%	112	4,8%
	CENTRE HOSPITALIER ST-YRIEIX	61	3,0%	56	2,4%
	CLINIQUE FRANÇOIS CHÉNIEUX	11	0,5%	17	0,7%
	CLINIQUE DES EMAILLEURS	3	0,1%	2	0,1%
	CLINIQUE DU COLOMBIER	7	0,3%	6	0,3%
	HOPITAL INTERCOM. DU HAUT-LIMOUSIN	8	0,4%	6	0,3%
TOTAL Limousin		2018	100,0%	2349	100,0%

¹² Séjours ayant en Manifestation Morbide Principale ou en Affection Étiologique une codification de syndrome de dépendance ou troubles mentaux liés à l'alcool effectués en Limousin (quelque soit le lieu de résidence du patient)

Les équipes de liaison en addictologie :

	CH St Junien	CH St Yrieix	CHU Limoges	CH Esquirol	ClinChénieux	Clin la Jonchère	CH Tulle	CH Brive	CH Ussel	CH Pays d'Eygur-ande	CH Guéret	CH St Vaur	CMN Ste Fevre	Clin Chatelgu-yon	Clin Croix Blanche
Etablissement de santé disposant d'une structure des urgences autorisée	oui	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	oui
Etablissement doté d'une équipe de liaison en addictologie	non	non	non	oui	non	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non
SI OUI															
ETP existants au 31/12/2010				0,8		0,5	0,2	0,2							
ETP d'IDE existants au 31/12/2010				4,5		0,5	1,15	1,15							
Autres ETP non médicaux existants au 31/12/2010						0,2	0,25	0,25							
Nombre total de patients en 2010				586		250	405	405							
SI NON, convention avec un établissement de santé ayant une ELSA ?	non	non	non		oui	non			NR	non			non	oui	non
Si oui, non de l'établissement					CHU									CH St Vaur	

Enquête nationale auprès des établissements

Sur 9 établissements de santé disposant d'une structure des urgences autorisée, seuls 2 sont dotés d'une équipe de liaison en addictologie (ELSA). Cette situation s'explique par la place prépondérante des établissements de santé psychiatriques dans la prise en charge des addictions.

En Corrèze :

- Les CH de Brive et de Tulle sont dotés à la fois d'une structure des urgences et d'une ELSA,
- Le CH d'Ussel ne dispose pas d'une ELSA car il bénéficie de l'intervention de proximité du réseau en alcoologie de Haute-Corrèze.

En Creuse :

- Les 2 établissements disposant d'une structure des urgences (CH Guéret et Clinique de la Croix Blanche) ne sont pas dotés d'une ELSA ; le département n'est doté d'aucune ELSA dans la mesure où aucun autre établissement ne propose ce type de prise en charge, y compris le CH de Saint-Vaury.

En Haute-Vienne :

- Aucun établissement de santé doté d'un service des urgences (CH Saint-Junien, Saint-Yrieix, le CHU et Clinique Chénieux) n'a mis en place une ELSA du fait de l'intervention des équipes du CH Esquirol ; à noter en outre l'intervention de l'équipe de la Clinique de la Jonchère en réponse notamment aux cliniques de Limoges.

Tout renforcement en ELSA devrait bénéficier en priorité au département de la Creuse en premier lieu et au CHU en second lieu, en articulation avec la psychiatrie.

À noter que le CMN Sainte-Feyre dispose d'un centre d'aide au sevrage tabagique (CAST), à disposition de tous les fumeurs, hospitalisés dans l'établissement ou non. Le CAST participe à la prévention du tabagisme en partenariat avec l'inspection académique. Le CAST intervient aussi dans les entreprises pour la mise en place de la démarche « entreprise sans tabac ».

Les consultations :

	Alcool	Tabac	Drogues	Médica- ments	Jeux (dont jeux en ligne	Autres
CH Saint-Junien	OUI					
CH Saint-Yrieix	OUI	OUI				
CHU	OUI	OUI				
CH Esquirol	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI (boulimie)
Clin La Jonchère	OUI					
CH Tulle	OUI					
CH Brive	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
CH Ussel	OUI					
CH Pays Eygurande	OUI	OUI	OUI	OUI		
CH Guéret	OUI	OUI	OUI	OUI		
CH Saint-Vaury	OUI		OUI	OUI	OUI	
CMN Sainte-Feyre		OUI				
Clin Châtelguyon	OUI		OUI	OUI	OUI	

Enquête nationale auprès des établissements

Une majorité d'établissements sanitaires propose des consultations en alcoologie.

La population peut accéder dans les trois départements aux différents types de consultations :

- En Corrèze, aux CH de Brive et du Pays d'Eygurande
- En Creuse, au CH de Saint-Vaury et à la clinique Châtelguyon
- En Haute-Vienne, au CH d'Esquirol.

Ce dispositif vient en complément des consultations délocalisées assurées par les CSAPA.

L'hospitalisation pour sevrage simple :

Activité 2010	CH Guéret	Clinique La Jonchère	CHPE	CH Brive	Clinique Châtelguyon
Nombre total de lits	Pas de lits dédiés	Activité intégrée en psy	10	4 (*)	16
Nombre total de séjours	78	493	110	59	722
Nombre total de patients	70	386	110	59	193

(*) : Activité de sevrage simple restreinte pour cause de travaux au sein de l'hôpital.

Enquête nationale auprès des établissements

Activité pour sevrage complexe :

Deux établissements assurent cette activité :

- Le CH Esquirol
- Le CH du Pays d'Eygurande

III.2.4. LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR LES UNITÉS DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA)

4 établissements pénitentiaires :

- **1 centre de détention** à Uzerche (19) de 600 places pour hommes majeurs
 - UCSA rattachée au CH de Tulle
 - Intervention psychiatrique assurée par le CHPE
- **3 maisons d'arrêts :**
 - Guéret : 38 places pour hommes majeurs dont quartier semi-liberté (7 places)
 - UCSA rattachée au CH de Guéret
 - Intervention psychiatrique assurée par le CH de Saint-Vaury
 - Tulle : 49 places pour hommes majeurs dont quartier semi-liberté
 - UCSA rattachée au CH de Tulle
 - Intervention psychiatrique assurée par le CHPE
 - Limoges : 81 places (quartier hommes majeurs : 60 places – quartier femmes : 10 places – quartier mineurs : 6 places – quartier semi-liberté : 5 places)
 - UCSA rattachée au CHU
 - Intervention psychiatrique assurée par le CH Esquirol

En matière **d'organisation des soins somatiques et d'adaptation des politiques de santé publique**, il est à noter :

Quelques points forts

- Réalisation de visites des entrants
- Suivi des personnes placées en quartier disciplinaire
- Dépistage

Quelques mesures correctives demandées

- Amélioration des actions de prévention et de réduction des risques
- Actualisation des protocoles de soins
- Amélioration de la prise en charge psychiatrique

La prise en charge des addictions en détention (cf. instruction ministérielle du 17/11/2010) est multidisciplinaire et s'appuie en particulier sur les UCSA et les CSAPA. Les temps de prise en charge recouvrent :

- Le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction
- Le diagnostic posé par un professionnel spécialisé en addictologie
- La définition d'un projet de soins adapté, si besoin spécialisé, accessible dans le cadre de la détention qui intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitement de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, le suivi psychologique
- La préparation à la sortie
- La réduction des risques infectieux
- L'application de la politique nationale de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé, déclinée au niveau local.

Un protocole organisationnel local est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée et présenté dans le comité de coordination de l'établissement pénitentiaire. Il est validé par le directeur général de l'ARS.

La transmission d'un rapport d'activité annuel est obligatoire.

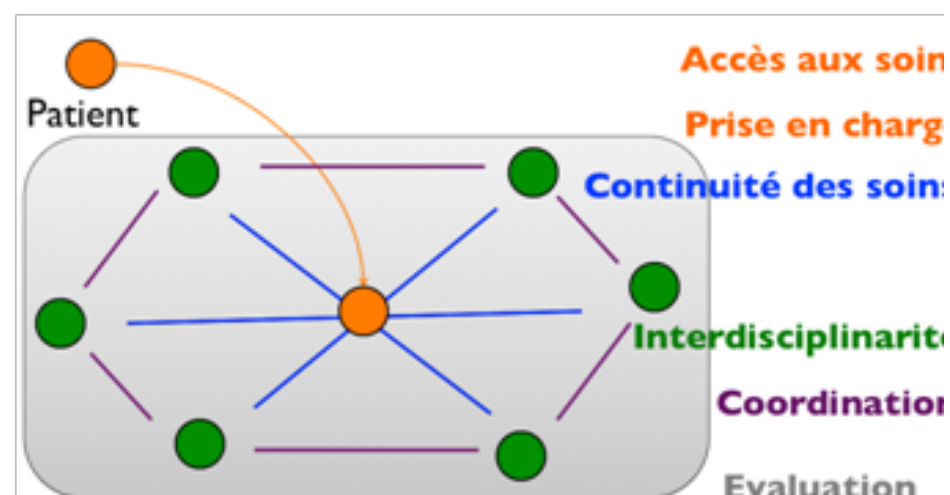
La réalisation de l'instruction ministérielle est suivie au travers des indicateurs suivants :

- Existence d'un bilan addictologique systématique pour chaque entrant (mention dans le dossier médical),
- Existence d'un protocole local,
- Nomination de la personne coordonnatrice (mention dans le protocole),
- Nomination du CSAPA référent (mention dans le protocole),
- Réalisation d'au moins deux réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du protocole où toutes les structures parties prenantes seront représentées.

III.2.5. LES RÉSEAUX DE SANTÉ EN ADDICTOLOGIE

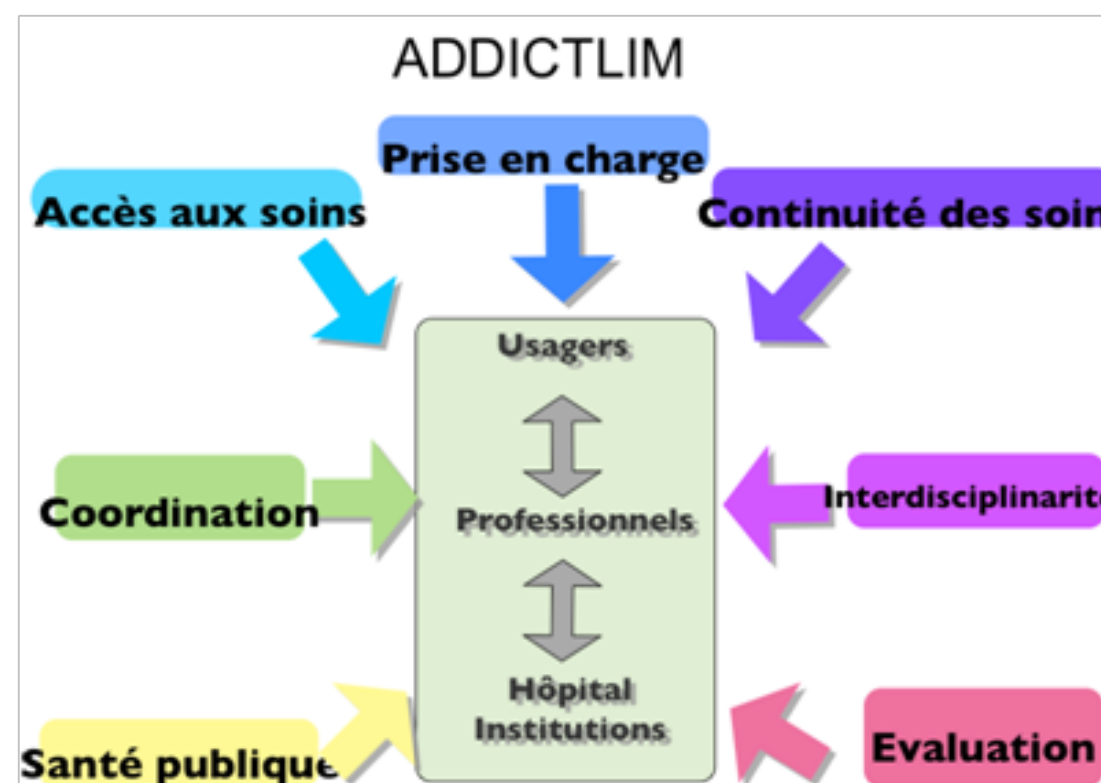
Issus de la loi du 4 mars 2002 relative aux malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont pour missions :

- De favoriser l'accès aux soins des usagers du système de santé
- D'assurer la continuité des soins
- D'organiser leur coordination
- De garantir l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires
- De développer une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins
- De participer à des actions de santé publique
- De procéder à des actions d'évaluation



Deux réseaux en addictologie sont financés en Limousin par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) :

Le Réseau de Soins Ville Hôpital en Addictologie (RSVHA), géré par l'association Toxicomanie Soins Réseau de la Haute-Vienne (TSR87), appelé à devenir un réseau à vocation régionale, sous sa nouvelle appellation « **ADDICTLIM** ». Il contribue au maillage des acteurs en addictologie : libéraux (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, hospitaliers/institutions, associations d'usagers, structures spécialisées en addictologie (CSAPA, équipes de liaisons en addictologie...)



Le Réseau en Alcoologie de Haute-Corrèze :

- Constitue une structure ressource en matière d'informations sur la pathologie alcool
- Offre un espace d'écoute et de parole à toute personne se sentant concernée directement ou indirectement par ce problème
- Reçoit les patients adressés et décide, en concertation avec ces derniers et les partenaires concernés, d'une prise en charge personnalisée
- Propose des suivis psychologiques individuels, des bilans médicaux, des visites à domicile
- Guide les acteurs qui le demandent dans la prise en charge des patients

III.2.6. LE SECTEUR ASSOCIATIF

Les associations sont multiples et variées. Elles ont un rôle incontournable car elles sont souvent à l'initiative d'actions légitimées au niveau national et sont inscrites dans le dispositif de prise en charge.

Leur action repose sur des valeurs communes : accueil, écoute, disponibilité et bénévolat, partage et liberté, tolérance, responsabilisation, confidentialité.

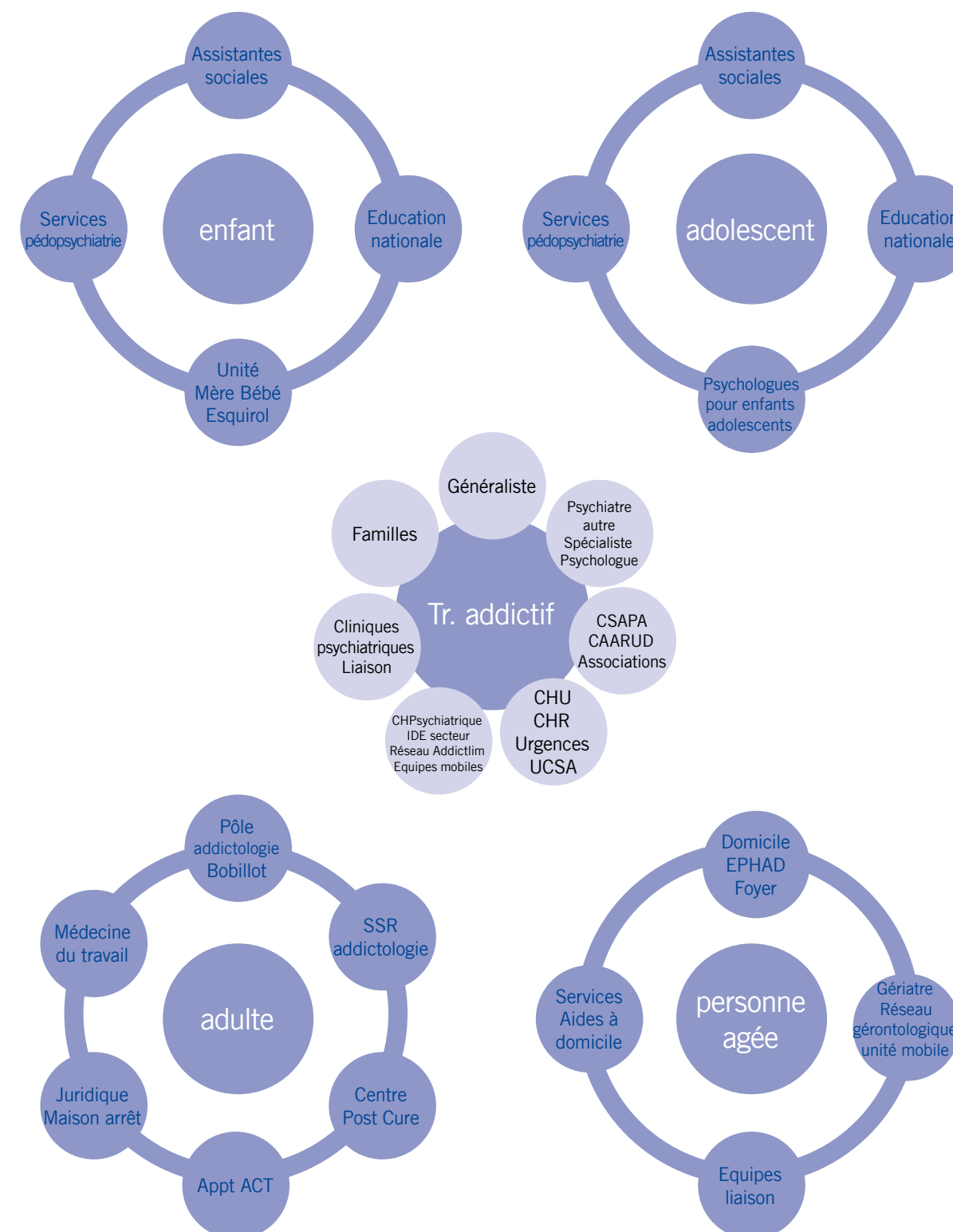
Leur intervention se concrétise sous la forme suivante :

- **Permanences** : lieux d'accueil, téléphone
- **Visites**, accompagnement individuel dans les structures de soins, à domicile, en milieu carcéral, en centres d'hébergement ou sur le lieu de travail
- **Réunions** : d'information, de partage, groupes de paroles, activités conviviales
- **Littérature** : livres, brochures, dossiers, site internet.



III.3. LES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE

Les filières de prise en charge, présentées de façon schématique et non exhaustive, sont abordées sous l'angle de catégories de population (enfant et adolescent, adulte et personnes âgées).



Concernant **l'adolescence**, plusieurs filières sont possibles au sein du dispositif de pôle de pédopsychiatrie qui propose une offre de soin variée avec soit :

- Une prise en charge en ambulatoire :
 - Consultations au sein du Centre Psychologique de Clinique Infantile
 - Consultations à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant pour les consultations d'urgences
 - Consultations au Centre de la Mère et de l'Enfant
- La Maison des Adolescent.

Toutes ses structures proposent une offre de soins pour des consultations individuelles ou en groupe ; et le fait que chaque structure dépende du même et unique Pôle de pédopsychiatrie permet de faciliter le travail de liaison interne. Ce dispositif permet d'être dans l'action la plus appropriée face à la clinique de chaque situation. De plus le service travail en étroite collaboration avec plusieurs partenaires dont les services sociaux et l'éducation nationale.

- Une prise en charge au cours d'une hospitalisation :
 - En pédiatrie
 - En psychiatrie au sein de l'unité de soins Villa Bellevue qui propose une prise en charge à l'échelle régionale avec 21 lits d'hospitalisation à temps plein ou séquentielle.

En plus de pôle de pédopsychiatrie, le secteur associatif fait également partie des filières de prise en charge possible, notamment avec les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP).

III.4. LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE – LA PROMOTION DE LA SANTÉ - LA PRÉVENTION

Le champ de la prévention dans le domaine des addictions est complexe à divers titres :

- Le public visé est varié : jeunes, étudiants, milieu du travail, population en situation précaire, milieu carcéral, contrevenants...
- Il est investi par de nombreux acteurs : CAARUD, CSAPA, ANPAA, pôle addictologie du Limousin (PAL) du CH Esquirol, pôle de pédopsychiatrie du CH Esquirol, Éducation nationale et Enseignement agricole, IREPS, secteur associatif en particulier la Ligue contre le Cancer...
- Il recouvre différentes modalités d'actions, en fonction du public ciblé : séances d'information, de sensibilisation, création de groupes relais, manifestations publiques (conférences-débat, forums...), stages collectifs, chroniques radio, formation des professionnels et futurs professionnels, etc.
- La multiplicité des déterminants des conduites addictives conduit à promouvoir des actions de prévention dont l'impact immédiat n'est pas visible mais dont l'efficacité n'est pas à mettre en doute.

Le partenariat est plus ou moins formalisé, notamment avec l'Éducation nationale, sous forme de convention (ex : convention entre l'inspection académique 87 et l'ANPAA 87 ; « Prévenir ensemble » en Corrèze entre l'ANPAA 19, le CSAPA Drogues illicites, l'IREPS DD 19, La Ligue contre le cancer et la Mutualité Française).

Au niveau institutionnel, le partenariat doit être développé entre les différents acteurs du champ de l'addictologie, éventuellement par le biais d'une convention, sous couvert de la MILDT et de l'ARS.

À noter que le pôle de compétence en éducation et promotion de la santé en Limousin (PEPS Limousin) regroupe 14 partenaires autour d'une convention de partenariat et une Charte déclinant les principes éthiques énoncés par la Charte d'Ottawa.

La réglementation et les orientations nationales ont conforté les dispositifs de prévention et de réduction des risques liés aux addictions.

Au niveau régional, les actions de prévention sont importantes, particulièrement dans les milieux scolaires. Elles **sont à poursuivre**, en particulier :

- Le milieu festif est à développer, la difficulté portant sur l'évaluation de l'impact des actions de prévention dans ce domaine.
- Le milieu étudiant.
- Le milieu carcéral pour la réduction des risques.
- Le milieu du travail doit être développé, en ciblant certains segments (chauffeurs routiers, secteur agricole), sachant que le point d'entrée ne relève pas toujours de la prévention des addictions.
- Le respect de la loi sur le tabagisme.
- Le travail avec les parents et les adultes de l'entourage des jeunes (sur les différentes zones urbaines et les zones rurales).
- La communication, en réfléchissant sur de nouveaux modes de communication pour en améliorer l'impact, notamment en direction des jeunes (ex. Manga développé par l'INPES, recours à internet, recours au conseil académique de vie lycéenne...).

Les déterminants socio environnementaux conduisant aux pratiques addictives sont à mieux prendre en compte, **dans une approche promotion de la santé**.

Plusieurs déterminants socio environnementaux peuvent entrer en ligne de compte dans une conduite à risque d'abus d'alcool chez les adolescents et notamment le **rôle de l'entourage familial**. Il a été démontré que des liens entre des événements négatifs dans la famille comme des divorces, décès, pertes d'emplois, entraîneraient un dysfonctionnement familial et une consommation d'alcool à l'adolescence. Une pathologie psychiatrique familiale peut jouer un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive. De plus, des études rétrospectives ont également conclu que les antécédents familiaux d'alcoolisme étaient des facteurs de risques majeurs pour l'alcoolisme chez l'enfant et l'adolescent.

Les consommations alcooliques parentales excessives auraient un impact sur celles de l'adolescent : elles pourraient devenir aussi excessives et déboucher sur un usage abusif avec une dépendance à l'âge adulte.

Un support parental adapté serait un facteur protecteur de ces consommations abusives. La

famille joue un rôle protecteur important, par son fonctionnement, les liens intrafamiliaux, le type d'éducation, le support parental.

Au niveau de l'éducation, on peut penser que plus les parents posent des règles pour structurer les activités de leurs enfants, plus les prévalences de problèmes liés aux consommations d'alcool sont faibles.

Les groupes de pairs peuvent également jouer un rôle facilitateur dans la consommation d'alcool. En effet, le groupe de pairs est un lieu où l'expérimentation paraît possible. Les jeunes tendent de plus en plus à boire en bandes, ce qui peut également être un « moyen de mieux s'intégrer au groupe ». Dans le groupe de pairs, l'alcool est valorisé, le fait « de tenir l'alcool » suscite l'admiration des autres, et « la consommation entre copains procure le sentiment délicieux de la transgression ».

Il existe, également, l'hypothèse d'un risque relatif accru chez les jeunes en **difficultés sociales**.

Les jeunes sans emplois et non scolarisés, ont un vécu différent par rapport à leurs pairs « occupés » : moins bien soignés, malgré une plus grande vulnérabilité psychique, et des problèmes physiques plus nombreux. « Les consommations de produits licites et illicites, les recherches répétées d'ivresse et de défonce, les polyconsommations, les violences subies ou agies, les conduites sexuelles à risques sont plus fréquentes, et il semble que l'environnement familial soit significativement plus fragile et moins protecteur. La situation de ces jeunes semble un mode d'installation dans la précarité, et les risques, notamment en terme de consommation ».

Concernant la **consommation d'alcool et la scolarité**, les adolescents consommateurs d'alcool se situent souvent dans une dynamique d'échec familial et scolaire ; la consommation problématique d'alcool est associée à un parcours scolaire imposé en scolarité préprofessionnelle.

Les enseignants peuvent même être confrontés à des alcoolisations aiguës pendant les cours. « L'alcoolisation des jeunes adolescents est plus flagrante lorsqu'ils viennent des milieux défavorisés ; on les retrouve dans des classes professionnelles ou préprofessionnelles plutôt que dans les filières longues. A l'inverse, chez les étudiants et les élèves des grandes écoles, l'alcoolisation concerne les milieux favorisés ».

Pour finir, certains troubles psychopathologiques sont plus fréquemment retrouvés chez les jeunes consommateurs de substances psychoactives, ce qui pose la question de leur rôle prédisposant ou vulnérabilisant. Les relations entre l'usage des toxiques et les manifestations psychopathologiques sont complexes, puisque la consommation de substances peut en être la cause ou la conséquence.

Les méthodes, les outils validés en matière d'éducation pour la santé et spécifiques aux addictions ne sont pas toujours connus et/ou utilisés.

La **démarche qualité** dans ce domaine reste à développer. À titre d'exemple, le guide élaboré par l'INPES est un support méthodologique permettant d'harmoniser les pratiques des professionnels de la prévention.

III.5. L'ARTICULATION AVEC LA JUSTICE ET LES CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

La mise en œuvre régionale, bien qu'hétérogène, s'appuie sur les dispositifs existants.

L'articulation entre le secteur judiciaire et la santé se fait essentiellement par le biais de l'obligation de soins et de l'injonction thérapeutique, mais aussi au niveau de l'insertion.

Plusieurs actions sont mises en œuvre :

- Stages de sensibilisation concernant la prise de produits illicites sont organisés de façon différenciée pour les mineurs et les majeurs
- Interventions appropriées avec les policiers formateurs anti-drogue, les Formateurs Relais Anti-Drogue (FRAD), les avocats ou les représentants de la justice dans les milieux scolaire et étudiant
- Intervention dans les UCSA
- Animation de groupes de parole, sur le mésusage de l'alcool
- Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique, à destination des personnes sous main de justice ayant commis des crimes ou délits sous l'emprise de l'alcool, afin d'entraîner un changement comportemental vis-à-vis de l'alcool
- Présence de l'ANPAA 19 aux audiences et aux ordonnances pénales dans les locaux du TGI (convention) relatives aux délits routiers sous alcoolémie positive.

Le partenariat s'est largement amélioré mais doit être consolidé et formalisé :

- Développer l'information auprès des acteurs de la justice sur la prise en charge sanitaire des troubles addictifs
- Améliorer la collaboration entre le monde judiciaire et la médecine de ville
- Faciliter le recours à la psychiatrie dans le cadre des injonctions de soins
- Généraliser le travail justice, addiction, insertion.

À noter les conventions existantes spécifiques aux infractions à la législation sur les stupéfiants, concernant les mineurs :

En Creuse convention signée entre Le préfet, le procureur de la République, le DPJJ, le CH de Saint-Vaury et l'ANPAA.

En Corrèze, convention signée entre le préfet, le procureur, le président du tribunal de grande instance de Brive, le DPJJ, le CH Brive

Par ailleurs, il est relevé que les données statistiques régionales sont difficilement accessibles.

Les conséquences judiciaires

L'état des lieux réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (septembre 2007) fait état de la situation suivante pour le Limousin :

- Pour les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), tous produits confondus¹³, le Limousin est en dessous de la valeur nationale (122,7 pour 202 au niveau national pour 100 000 personnes de 15 ans ou plus en 2005).

Pour les ILS liées à l'usage de cannabis, ce nombre est de 115,4 pour 181,8 au niveau national.

Les données en Limousin pour les ILS liées à l'usage de l'héroïne sont peu significatives (1,5 pour 9,1).

Concernant les interpellations pour ivresse sur la voie publique (nombre d'interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans en 2004), le Limousin présente le nombre le plus bas par rapport aux autres régions (8,7 pour 16,7 au niveau national).

S'agissant des accidents avec alcool, la proportion d'accidents corporels avec alcool en 2005 du Limousin est identique à celle du niveau national (9,8 %) ; la situation est quasiment la même pour la proportion d'accidents mortels avec alcool (28,8 pour 28,1 au niveau national).

À titre indicatif, les données 2010 concernant les mineurs sont les suivantes :

- 34 jeunes concernés par l'obligation de soins pour la Creuse
- 44 jeunes pour la Corrèze
- Entre 80 et 100 pour la Haute-Vienne

III.6. LES COMPLÉMENTARITÉS ET LES PARTENARIATS

Le développement des réseaux autour de la toxicomanie, de l'alcoologie et de la tabacologie et plus récemment des addictions a favorisé la coopération des médecins et psychiatres hospitaliers, des professionnels de santé libéraux, des pharmaciens, des infirmiers, des psychologues et autres intervenants.

Plusieurs textes incitent à poursuivre et à formaliser ce partenariat.

Ainsi, la circulaire interministérielle du 28/04/2011 recommande, dans son annexe 3, d'inciter les promoteurs d'ACT à développer des partenariats :

- Avec des dispositifs répondant à d'autres besoins (de l'hébergement social aux dispositifs pour personnes handicapées) afin de favoriser la diversité des réponses aux besoins d'hébergement des personnes malades en situation de précarité ;
- En s'appuyant sur les réseaux et structures spécialisés en addictologie afin de développer les compétences internes tant dans le diagnostic que dans la prise en charges des publics dits « difficiles »
- Pour mieux répondre aux problèmes de logement de certaines populations (personnes usagères de drogue, personnes migrantes séropositives, personnes sortants de prison), en veillant à former le personnel aux problématiques qui leur sont spécifiques.

¹³ A noter que les statistiques des infractions à la législation sur les stupéfiants dépendent à la fois du trafic et de l'activité des services répressifs (police, gendarmerie, douanes).

Un autre exemple de collaboration concernant la prise en charge et la continuité des soins des personnes incarcérées ayant des conduites addictives doit s'appuyer :

- Entre les équipes des CSAPA, du CAARUD et les UCSA mais aussi le SMPR de Poitiers et le SPIP
- Et les acteurs des différents champs : médico-social, hospitalier (addictologie, somatique, psychiatrie), médecine de ville, secteur social et politique de la ville, justice...

III.7. LA FORMATION ET LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE

Le plan 2007-2011 addictions prévoit la création d'un pôle d'addictologie dans chaque centre hospitalo-universitaire, correspondant au niveau III du dispositif sanitaire. Il permet la coordination de la clinique avec les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...) et la recherche fondamentale. Ce pôle travaille en relation avec les autres pôles de l'hôpital et notamment les centres d'évaluation et d'information sur la Pharmacodépendance.

Financée en 2008, cette mission est dévolue au CH Esquirol qui assure un service de recours de niveau II et un centre régional de référence, de formation et de recherche.

Le CHU de Limoges doit participer au fonctionnement du pôle d'addictologie du Limousin (PAL), par une mise en commun des projets de recherche et des actions de formation, dans le cadre d'un partenariat formalisé par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie.

Au titre de la recherche, le PAL participe actuellement à 2 PHRC :

- En tant que coinvestigateur sur l'étude MET-BUP, PHRC national 2009¹⁴ (CH Esquirol, Dr Villéger – Service de pharmacologie et toxicologie du CHU Limoges)
- Au PHRC interrégional BDNF – Alcool 2011¹⁵ (promoteur : CH Esquirol, Dr Nubukpo)

Le PAL participe à des recherches cliniques en partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Il est investigateur de programmes EPP au sein du CH Esquirol. Certaines structures souhaitent s'inscrire dans un projet de recherche, avec le PAL (ex. CSAPA 23).

Au titre de la formation, plusieurs constats sont à formuler :

- L'offre de formation est essentiellement garantie par le PAL :
 - Intervention au sein de la formation médicale initiale et continue : médecine, DCEM1, séminaires aux internes, pharmacie, DU de psychiatrie, FMC pour le réseau.
 - En partenariat avec l'Association Bobillot, formations menées en direction de tous les professionnels susceptibles d'être confrontés à des problèmes d'addictologie.
 - Interventions réalisées dans les IFSI, les IRFE, les écoles de sage-femme, les IFAS.

¹⁴ Étude de la consommation de psychotropes illicites et d'alcool chez des patients traités par buprénorphine haut dosage et méthadone à partir de prélèvement de cheveux – Recherche d'une contribution pharmacogénétique à une faible efficacité des médicaments de substitution

¹⁵ Évolution des taux sériques de Brain-Derived Neurotrophic Factor au cours des 6 mois suivant un sevrage chez des sujets alcoolodépendants en fonction de l'abstinence.

À noter également le rôle des ANPAA qui assurent des formations d'addictologie, au sein des entreprises et dans le monde du travail, auprès des travailleurs sociaux et des professionnels de santé (formation de stagiaire, infirmière, médecin, FMC...).

- Les besoins de formation sont exprimés :
 - Dans la perspective notamment de susciter chez les soignants, une véritable culture des addictions au sein des établissements (actions de sensibilisation, de professionnalisation...);
 - Afin de mieux répondre aux difficultés de la médecine de ville (faciliter l'orientation des patients...).

III.8. QUELQUES DONNÉES FINANCIÈRES

	2009	2010	2011
Structures médico-sociales : CSAPA, CAARUD	2 006 850 €	2 527 527 €	2 543 501 €
Enveloppe prévention	409 183 €	442 142 €	243 204 €
Enveloppe FIQCS (réseaux)			
- RSVHA	145 600 €	142 300 €	239 251 €
- Alcoologie de Hte-Corrèze	102 578 €	184 913 €	182 217 €
Crédits MILDT	131 758 €	110 758 €	93 718 €
TOTAUX	2 795 969 €	3 407 640 €	3 301 891 €

L'identification incomplète des moyens dédiés à la prise en charge des addictions dans les établissements de santé ne permet pas d'intégrer les éléments financiers relatifs au secteur sanitaire. Ils comprennent différentes sources : financement à l'activité, dotation annuelle de financement, mission d'intérêt général (MIG).

IV. DIAGNOSTIC – ENJEUX

Diminuer les risques sanitaires (mortalité précoce et comorbidités psychiatriques et somatiques) et les coûts socio-économiques élevés -alcool et tabac majoritairement-, en intensifiant les actions plus particulièrement en Creuse.

- Par la poursuite et le développement :
 - Des actions de prévention/promotion/éducation santé à destination de la population,
 - Des actions de réduction des risques

En ciblant :

- Le milieu professionnel
- Le domaine des très jeunes et des jeunes (cf. taux de suicides et conduites ordaliques)
- Le domaine des addictions aux psychotropes – à internet – aux jeux pathologiques...
- Le domaine particulier des âgés et très âgés
- La population des détenus
- Par le renforcement des prises en charge et par une meilleure répartition de l'offre de soins (consultations, capacités d'hospitalisation, ressources humaines...)
- Par le renforcement de la formation : permettre l'accès à une formation universitaire en addictologie en région (reconnaître l'addictologie comme une discipline universitaire régionale en lien avec la psychiatrie)
- En facilitant l'intersectorialité – articulation entre le réseau, les structures sanitaires, les structures médico-sociales, le social...
 - En mettant l'accent sur l'approche sociale
 - En favorisant et facilitant le partenariat avec le secteur associatif de type « association alcool assistance
 - En développant le partenariat avec le service de pédopsychiatrie de Limoges notamment au travers de la maison des adolescents et l'équipe mobile de pédopsychiatrie du CH Esquirol
 - En développant le partenariat avec les maisons des adolescents de la Corrèze et de la Creuse.

V. RECOMMANDATIONS

V.1. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, ACTIONS ET INDICATEURS DE SUIVI

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
AGIR FAVORABLEMENT SUR LES DÉTERMINANTS SOCIO - ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ (PRÉVENTION PAR LA PROMOTION DE LA SANTÉ)	Tendre vers une connaissance globale des addictions par la mise en place d'un dispositif d'observation des pratiques addictives et plus généralement d'un suivi de l'activité et des ressources (prévention, activité sanitaire et médico-sociale...) afin de mieux orienter la politique régionale	Mise en place d'un dispositif de suivi de l'activité et des ressources, en partenariat avec les acteurs concernés, intégré dans la plateforme régionale Santé Limousin	Mise en place effective de l'observatoire et production d'un rapport annuel
	Dont l'analyse de la pratique et de la population adolescente afin d'ajuster au mieux la prise en charge des adolescents vus pour alcoolisation.	Intervention systématique des pédopsychiatres avec remise d'un <u>questionnaire d'évaluation pour tous les adolescents admis aux urgences de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant pour alcoolisation</u>	Nombre annuel d'adolescents admis aux urgences de l'HME pour alcoolisation Nombre annuel d'interventions de pédopsychiatres
	Mieux prendre en compte les déterminants socio-environnementaux, dans une approche promotion de la santé	Intégrer la problématique des addictions dans les actions de promotion et d'éducation pour la santé développées au niveau régional dans le cadre du Schéma Régional de Prévention (SRP)	Non déterminé (nd)
AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION, À LA PROMOTION ET À L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	Améliorer la connaissance, le partage et l'utilisation des méthodes et outils validés en matière d'éducation pour la santé spécifiques aux addictions	Utiliser <u>en priorité la plateforme régionale Santé Limousin</u> comme support de communication et de diffusion, et les autres structures régionales ressources (réseau ADDICTILIM, CIRRD Limousin, Pôle régional d'éducation et de promotion pour la santé (PEPS))	Création d'un espace « addictions » dans la plateforme régionale Santé Limousin
	Faciliter le repérage et l'intervention précoces	Promouvoir <u>le recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)</u> auprès des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, etc) : • actions de formations, intégration dans la FMC • diffusion de supports d'information, d'outils...) • mise en place d'une EPP spécifique	Recensement des actions menées
		Former les intervenants en périnatalité au repérage des conduites addictives	Tendre vers 100 % d'intervenants en périnatalité formés
		Grossesse : Avant la grossesse : • Lors de la consultation en médecine générale • En consultation de gynécologie • En consultation aux CSAPA ou lors d'hospitalisation le cas échéant... Pendant la grossesse : <u>l'entretien prénatal précoce</u> constitue un moment privilégié pour faire le point sur la consommation de <u>tabac</u> et <u>d'alcool</u> (dépistage et prise en charge).	nd

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION, À LA PROMOTION ET À L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (SUITE)	Faciliter le repérage et l'intervention précoces (suite)	Enfants et adolescents : Faciliter le partage d'une culture commune des intervenants du champ de la prévention autour : • Du <u>guide d'intervention en milieu scolaire</u> • Des compétences psycho-sociales en adaptant un langage et des actions spécifiques à la particularité du public adolescent qui a un rapport différent de la population adulte Renforcer les actions de sensibilisation et de prévention intégrées dans un projet, en particulier en direction des élèves et ce, le plus précocement possible (dès l'élémentaire) ; en veillant à faire plus de prévention que d'incitation, ce qui implique le recours à du personnel qualifié	nd
	Poursuivre les actions de gestion des risques liés à l'utilisation des produits	Adapter le mode de dépistage aux pratiques des usagers de drogues	nd
		Faciliter le dépistage sans prise de sang, ou auto prélèvement Faciliter l'interface dans le suivi des patients, via la mise en place du <u>dossier partagé</u> (à l'instar du dossier tabac existant)	Cf. DMP
	Contribuer à l'application de la loi et des décrets d'application sur le tabac	Mener des actions de communication pour rappeler la loi auprès : • Des distributeurs de tabac • Des responsables de lieux recevant du public...	Pendant la durée du PRS, nombre d'actions de communication menées par l'ARS.
		Intégrer le respect de la loi sur le tabac dans les différentes actions de formation, dans les interventions auprès des jeunes...	nd
	Poursuivre les actions de prévention en développant les mesures dans certains domaines	Milieu du travail, plus particulièrement sur certains segments (chauffeurs routiers, secteur agricole) : Poursuivre l'intervention du centre d'aide au sevrage tabagique (CAST) du CMN Sainte-Feyre dans le cadre de la démarche « entreprise sans tabac ». Étendre le « projet Bernis » à d'autres entreprises Améliorer l'interface avec les médecins du travail et autres partenaires afin d'engager des pistes d'actions communes	• RA du CAST • Nombre d'entreprises inscrites dans le dispositif • Nombre d'actions partenariales et nature des actions

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION, À LA PROMOTION ET À L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (SUITE)	Poursuivre les actions de prévention en développant les mesures dans certains domaines (suite)	Milieu festif et milieu étudiant : • Renforcer les interventions et programmer des maraudes • Assurer la diffusion du guide réalisé par l'Union Nationale des Mutuelles Étudiantes régionales (USEM) concernant spécifiquement les soirées étudiantes et du guide d'organisation des manifestations festives réalisé en partenariat entre la CPAM de la Creuse et les services de l'État : - Organiser des sessions d'information sur les risques liés à la pratique festive à destination des lieux ressources¹⁶ dans ce domaine - Établir la liste des principaux organisateurs de manifestations festives afin de proposer des sessions d'informations spécifiques - Communiquer sur les guides par le biais des sites internet des lieux ressources et autres • Favoriser l'émergence de projets de prévention multipartenaires ; • Organiser la concertation entre les services de l'Université, le SUMPPS, le CROUS et les promoteurs spécialisés dans la prévention des addictions pour mettre en place des projets ciblés ayant pour objectifs de faire baisser les consommations de produits psychoactifs, de réduire les comportements addictifs et de favoriser le repérage des lieux de prise en charge • Former des étudiants relais • Suivre les recommandations du rapport de Martine DAOUST, février 2011, sur les soirées étudiantes festives et week-ends d'intégration • Dans le cadre du programme « culture santé », susciter des projets culturels autour des jeunes et les addictions (ex : exposition de l'œuvre de Pierrick SORIN sur le Binge drinking 2012-13 commandée par l'ANPAA)	Bilans à réaliser dont un final au terme du PRS

¹⁶ « lieux ressources » : structures auxquelles s'adressent généralement les organisateurs de fêtes (services municipaux et préfectoraux, comités des fêtes, fédérations sportives départementales, établissements universitaires, corporations étudiantes, CROUS)

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION, À LA PROMOTION ET À L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (SUITE)	Poursuivre les actions de prévention en développant les mesures dans certains domaines (suite)	Milieu carcéral pour la réduction des risques : - Faciliter l'intervention du CAARUD auprès des personnes détenues - Convention de partenariat précisant les modalités d'intervention à établir entre le CAARUD et le CD d'Uzerche et les maisons d'arrêt de la région	Formalisation de la convention et nombre d'interventions
		Travail avec les parents (sur les différentes zones urbaines et les zones rurales) : - Poursuivre les réunions d'informations, sensibilisation au sein des établissements scolaires concernant les risques liés à l'usage de produits stupéfiants - Proposer des interventions en collaboration, ou à la demande des municipalités - Faciliter le partenariat de terrain entre les CSAPA et la CAF, la CPAM, familles rurales et autres - Renforcer les interventions des CSAPA dans certains quartiers d'habitation ou zones géographiques.	Bilans
	Mieux utiliser le vecteur de la communication comme outil de la prévention	Communication : engager une réflexion sur de nouveaux modes de communication pour en améliorer l'impact, notamment en direction des jeunes (ex : Manga développé par l'INPES, recours à internet, recours au conseil académique de vie lycéenne...)	nd
GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS, SANS PERTE DE CHANCES, À UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ : - PRÉVENTION - ÉDUCATION À LA SANTÉ/ DÉPISTAGE - SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES - SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL	Tenir compte de l'évolution des besoins de la population afin d'adapter l'offre de prévention et de soins	Addiction aux jeux vidéo et internet : - Mener une étude régionale en population générale à partir des outils validés permettant de repérer les joueurs problématiques et pathologiques - Développer la formation des professionnels de l'addictologie à cette thématique	Réalisation de l'action
		Addictions des personnes âgées : - Mener une étude régionale afin de mieux cerner les besoins - Engager une démarche d'EPP - Formaliser et diffuser des recommandations de bonnes pratiques dans ce domaine	Réalisation des actions

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS, SANS PERTE DE CHANCES, À UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ : • PRÉVENTION - ÉDUCATION À LA SANTÉ/ DÉPISTAGE • SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES • SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL (SUITE)	Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des addictions par la médecine de ville	Développer les campagnes de sensibilisation aux recommandations de bonnes pratiques auprès des médecins généralistes Développer la collaboration sur l'observation des pratiques Travailler en partenariat : URPS et assurance maladie, par le biais des délégués santé-prévention	Bilans
	Mettre en place un réseau régional Ville-hôpital des addictions en capacité d'assurer un maillage territorial, par le biais de relais de proximité, et par la mise en commun, à terme, des moyens des réseaux spécifiques "addictions" existants, dans un objectif d'efficience	Conforter la vocation du réseau Addictlim par la mise en adéquation des moyens avec ses nouvelles missions régionales Améliorer la connaissance autour du réseau régional : missions, membres, activité... Prévoir les conditions de mutualisation des ressources des réseaux existants (réseau alcoologie de Haute-Corrèze et réseau Addictlim)	Reconnaissance régionale et financement subséquent nd nd
	Conforter l'offre médico-sociale	Faciliter l'accès à la prise en charge des addictions dans le secteur médico-social : Mettre en place des consultations addictologie dans les établissements médico-sociaux confrontés à cette problématique et/ou faciliter l'intervention des équipes spécialisées	Nombre de structures médico-sociales bénéficiaires de prestations des équipes spécialisées
		Permettre au CAARUD d'assurer une vocation régionale en réponse aux besoins des départements de la Creuse et de la Corrèze	Reconnaissance régionale et financement subséquent
		Poursuivre la démarche d'évaluation interne et externe	Respect de la programmation régionale

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS, SANS PERTE DE CHANCES, À UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ : • PRÉVENTION - ÉDUCATION À LA SANTÉ/ DÉPISTAGE • SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES • SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL (SUITE)	Poursuivre la structuration graduée de l'offre sanitaire	Renforcer l'offre de soins ambulatoire : • Faciliter la mise en place de consultations • Faciliter l'accès à l'hospitalisation de jour, par la reconnaissance de places dédiées à l'addictologie, au plus près des besoins de la population	- Nombre de nouvelles consultations - Nombre de nouvelles places de jour
		Développer les prises en charge des adolescents : • En hospitalisation et en hébergement d'aval • Renforcer les consultations jeunes consommateurs, en particulier pour assurer une couverture régionale	Bilan
		Améliorer l'accès au sevrage complexe : 2 établissements sanitaires assurent les sevrages complexes (CH Esquirol, CH du Pays d'Eygurande) : • Améliorer la communication sur les missions de ces deux établissements • Améliorer l'organisation des unités afin de réduire les délais d'attente • Conforter cette activité par une reconnaissance contractuelle dans le cadre des nouveaux CPOM et dans le respect du cahier des charges régional à paraître	Bilan annuel de l'activité de sevrage complexe
		Améliorer l'accès au sevrage simple : • Conforter les unités existantes (Clinique la Jonchère, CHPE, CH Brive, Clinique Chatelguyon) et procéder à la reconnaissance contractuelle dans le cadre des nouveaux CPOM • Étendre le maillage par l'identification de lits dédiés MCO et psychiatriques, en corrélation avec l'activité réalisée par les établissements (CH Ussel, CH Guéret, CHU, CH Saint-Junien et CH de Saint-Vaury) et procéder à la reconnaissance contractuelle dans le cadre des nouveaux CPOM et dans le respect du cahier des charges régional à paraître	Bilan annuel de l'activité de sevrage simple

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS, SANS PERTE DE CHANCES, À UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ : • PRÉVENTION - ÉDUCATION À LA SANTÉ/ DÉPISTAGE • SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES • SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL (SUITE)	Poursuivre la structuration graduée de l'offre sanitaire (suite)	Conforter le dispositif de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en addictologie, en étendant le maillage territorial sur la Corrèze et la Creuse : • En Corrèze : 10 à 15 lits SSR implantation sur le site d'Eygurande, en coopération avec les établissements sanitaires du département et avec l'appui du centre de recours et d'expertise régional • En Creuse : 10 lits SSR implantation sur le site de Saint-Vaury, en coopération avec les établissements sanitaires du département et avec l'appui du centre de recours et d'expertise régional Prévoir l'articulation des SSR spécialisés en addictologie avec le centre mémoire régional et les consultations mémoire pour les problèmes cognitifs	Autorisations et financement subséquent en fonction des moyens régionaux
		Permettre la mise en place d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), dans les établissements disposant d'une structure d'urgences, en fonction des besoins (adéquation avec l'activité), des dispositifs préexistants, des financements (MIG) : • Programmation ELSA au niveau régional en fonction des financements MIG dédiés, en priorité en Creuse et au CHU, en articulation avec la psychiatrie • Bilan de l'activité ELSA existante • Respect du cahier des charges	Bilan
		Renforcer les moyens dédiés à la prise en charge des addictions, ceux de l'équipe de prévention et de l'équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison du CH Esquirol pour mieux répondre à la montée en charge des besoins émanant des établissements scolaires et universitaires.	nd
		Favoriser l'accès aux soins dans les régions rurales : • Intégrer les consultations de spécialistes (addictologie) dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et favoriser leur installation, en priorité dans les zones non couvertes par les dispositifs sanitaires et médico-sociaux • Faciliter l'accès aux spécialistes via les CMP • Renforcer l'intervention de la psychiatrie de liaison • Organiser l'offre territoriale dans les territoires de proximité	Bilan

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS, SANS PERTE DE CHANCES, À UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ : • PRÉVENTION - ÉDUCATION À LA SANTÉ/ DÉPISTAGE • SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES • SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL (SUITE)	Poursuivre la structuration graduée de l'offre sanitaire (suite)	Adapter l'offre sanitaire aux besoins : Faciliter la mise en œuvre du dispositif régional de prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), dans le cadre du pôle d'addictologie du CH Esquirol, comprenant une unité d'hospitalisation complète, une unité de jour, une équipe de prévention et de liaison dédiée	Autorisation et finance-ment subséquent en fonction des moyens régionaux
		Permettre la mise en place de la filière hospitalière : • Par la reconnaissance administrative de l'addictologie à travers la constitution d'un pôle addictologie dans les établissements concernés • Par la définition d'un volet « addictions » dans leur projet d'établissement • Par la traduction dans les CPOM de la stratégie des établissements de santé : type d'addictions, niveau de structuration, adéquation des moyens mis en œuvre : plateau technique, consultations, ELSA... Organiser, de façon concertée, la structuration du dispositif d'addictologie en Corrèze (Brive, Tulle, Ussel, CHPE)	Bilan spécifique
	Faciliter l'accès aux structures d'addictologie et en améliorer la reconnaissance	Identifier des personnes ressources : • Dans chaque établissement de santé concerné et dans chaque maternité • En service de pharmacovigilance	Vers 100 % de personnes ressources identifiées
	Améliorer les dispositifs de prévention en articulation avec l'offre sanitaire	Prendre en compte l'addictologie dans les contrats locaux de santé , en lien avec la psychiatrie	Réalisation de l'action
		Les centres hospitaliers et les cliniques doivent se mobiliser dans les actions de prévention, en particulier celles concernant les addictions	Bilan des actions de prévention développées par les ES
		Intégrer l'éducation thérapeutique aux soins pour diminuer les risques de rechute Formaliser l'éducation thérapeutique du patient	Nombre de projet d'éducation thérapeutique formalisé sur le nombre de patients suivis

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS, SANS PERTE DE CHANCES, À UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ : • PRÉVENTION - ÉDUCATION À LA SANTÉ/ DÉPISTAGE • SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES • SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL (SUITE)	Mieux prendre en compte l'entourage du patient (famille, proches...)	Renforcer l'aspect social de la prise en charge, en tenant compte de la souffrance de l'entourage en : • Facilitant l'accueil au sein des structures de soins et l'offre d'aide (personnel formé) • Guidant vers des associations de soutien	Nombre de personnel formé à la prise en charge de l'entourage
	Améliorer la connaissance du dispositif de prévention et prise en charge des addictions (complexité et diversité)	Créer un espace d'information « addictions » dans la plateforme régionale Santé Limousin permettant notamment de décliner et d'actualiser les différents dispositifs et ressources : • Offre sanitaire (consultations, ELSA, sevrages...) secteur libéral : - liste des mé decins généralistes impliqués et/ou formés (alcoo-logues...), - liste des infirmiers impliqués et/ou formés • Offre médico-sociale, y compris les consultations délocalisées • Secteur social, secteur associatif	Réalisation de l'action
	Garantir la qualité de la continuité des soins à travers un système d'information partagé des professionnels intervenant auprès du patient pris en charge au titre de l'addictologie	Mettre en place le dossier patient partagé	Réalisation de l'action
	Poursuivre la démarche de démocratie sanitaire initiée à l'occasion de l'élaboration du volet « addictions » du PRS et pérenniser l'échange et la concertation entre les professionnels de terrain (secteurs médico-social, social, sanitaire, associations de prévention), les institutions publiques (État, assurance maladie...), usagers.	Mettre en place un groupe de travail permanent « addictions » de la CRSA, à partir du groupe de travail du PRS (rappel : absence de commission régionale addictions en Limousin) chargé en particulier d'évaluer la mise en œuvre des recommandations du volet addictions du PRS	Réalisation de l'action
RENFORCER LE PARTENARIAT	Au niveau institutionnel, développer le partenariat entre les différents acteurs du champ de l'addictologie	Formaliser le partenariat autour d'une stratégie commune spécifique aux addictions, entre l'ARS, les représentants territoriaux de la MILDT, le Rectorat, la Justice	Réalisation de l'action
	Coordonner les dispositifs, structures et réseaux en addictologie et en cancérologie au regard de la fréquence des cancers évitables chez les patients présentant des conduites addictives, notamment une alcoolisation chronique et/ou un tabagisme.	Cancérologie : À l'issue du traitement anticancéreux, le problème de l'addiction doit être abordé et pris en charge : proposer une consultation en addictologie, orienter vers la structure et/ou le professionnel adéquats. Étendre la formation en addictologie aux équipes de cancérologie.	Nombre de personnes issues des équipes de cancérologie formées en addictologie

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
RENFORCER LE PARTENARIAT (SUITE)	Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables	Pour les personnes en situation de précarité : Formaliser la coopération entre les structures de prise en charge sanitaires et médico-sociales d'addictologie : • Avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) • Et les Équipes mobiles psychiatriques pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion (EMPP) Formaliser le partenariat entre les équipes d'addictologie et les structures relevant du social et de l'insertion professionnelle Intégrer les PASS et les EMPP au réseau régional Addictlim	Conventions
		Pour les personnes placées sous main de justice : • Étendre la formation en addictologie aux équipes des établissements pénitentiaires • Améliorer le suivi à la sortie de prison en facilitant : - Le relais avec la médecine de ville - L'admission en SSR pour la prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives	Nombre de personnes issues des équipes pénitentiaires formées en addictologie
		Pour les adolescents : Poursuivre et formaliser le partenariat entre les équipes d'addictologie, la pédopsychiatrie, les maisons des adolescents	Conventions
		Pour les personnes présentant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques : • Poursuivre et formaliser le partenariat entre les équipes d'addictologie et les équipes psychiatriques • Renforcer le partenariat entre les équipes d'addictologie et la médecine de ville	nd
		Pour les personnes prises en charge en ACT : • Développer les partenariats avec des dispositifs répondant à d'autres besoins (de l'hébergement social aux dispositifs pour personnes handicapées) afin d'améliorer la fluidité des parcours • S'appuyer sur des partenariats avec les réseaux et structures spécialisés en addictologie pour développer les compétences internes tant dans le diagnostic que dans la prise en charge des publics dits « difficiles » • Permettre et adapter l'accueil à certaines populations confrontées au problème du logement (personnes usagères de drogue, personnes migrantes séropositives, <u>personnes sortants de prison</u>) par le développement de partenariats adaptés et la formation du personnel aux problématiques qui leur sont spécifiques	Bilan de l'activité des ACT

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
RENFORCER LE PARTENARIAT (SUITE)	Organiser la mise en réseau des structures médico-sociales en addictologie	- Élaborer une convention de partenariat (CSAPA et CAARUD) aux fins d'harmonisation et de partage. - Examiner la possibilité d'approfondir le rapprochement entre les deux CSAPA de la Corrèze et les deux CSAPA de la Haute-Vienne. - Dans le cadre du GCS Santé Mentale et Handicap du Limousin existant, organiser le partenariat autour de l'addictologie.	Convention
PROMOUVOIR LES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES ET LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE	Renforcer l'offre de formation	- Développer les <u>journées à thèmes</u> contribuant à améliorer les pratiques professionnelles - Dans le champ de la prévention, inscrire les formations sur les addictions dans une approche plus large éducation pour la santé, promotion de la santé - Ouvrir les formations sur la problématique des addictions et des conduites à risques des <u>jeunes</u> - Favoriser les actions de formation inter institutionnelles - Former les <u>professionnels de l'Éducation nationale</u> au repérage des conduites addictives chez les enfants (enseignants, infirmiers, médecins) - Former les intervenants en première ligne, notamment les <u>travailleurs sociaux</u>, le personnel des centres de loisirs... - Former les <u>médecins généralistes</u> au recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) et à l'<u>entretien motivationnel</u> - Former les <u>pharmaciens</u> et les <u>assistantes sociales</u>... - Développer la formation sur les nouvelles addictions (internet et jeu pathologique, troubles des conduites alimentaires).	Bilan
		Mettre en place une formation universitaire : DU en addictologie sur Limoges.	Réalisation de l'action
	Faciliter l'accès à la formation	Faciliter l'accès au Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC) pour les internes de spécialités, le CH Esquirol étant habilité pour recevoir des stagiaires.	Réalisation de l'action
		Faciliter l'accessibilité à la formation par le recours notamment à la visio-conférence.	Réalisation de l'action

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
PROMOUVOIR LES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES ET LA RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE (SUITE)	Susciter chez les soignants, une véritable culture des addictions au sein des établissements	Généraliser la formation et les actions de sensibilisation dans les établissements de santé	Nombre de personnel formé dans les ES (équipe soignante)
	Conforter la vocation de niveau 3 dans le cadre du partenariat entre le CH Esquirol et le CHU, en tant que centre de référence, d'enseignement et de recherche en addictologie	Conforter la formation universitaire par la création d'un poste de PU-PH en addictologie	Réalisation de l'action
		Initier des programmes de recherche dans le champ de la prévention, en associant l'Université et les professionnels de terrain (médecins généralistes, structures médico-sociales, équipes hospitalières...) pour développer des programmes « recherche-actions » ¹⁷	Nombre de programmes de recherche développés
		Initier des programmes de recherche épidémiologique en ciblant les personnes âgées, les jeunes, les hépatites, l'interface addictions et psychiatrie	
		Étendre la recherche clinique à l'aspect sociologique	Réalisation de l'action
		Renforcer les ressources du niveau 3 par l'attribution de moyens complémentaires en priorité sur un poste (ARC)	
DÉVELOPPER LA DÉMARCHE QUALITÉ	Généraliser la démarche EPP	Cibler des actions d'EPP relatives à la prise en charge des addictions : • Dans les services d'urgences • Dans les établissements sanitaires • Dans les structures médico-sociales • Dans le secteur libéral	
	Mieux agir sur les comportements par rapport à la consommation de psychotropes	Dans le cadre des missions du réseau ADDICTLIM, accompagner les prescripteurs (formation/information, bonnes pratiques...)	Bilan de l'activité du réseau
		Suivre l'évolution des consommations d'anxiolytiques et d'anti-dépresseurs par grandes classes d'âges (données du dispositif régional de suivi de l'activité et des ressources)	Cf. indicateurs
S'APPUYER SUR UN SYSTÈME D'INFORMATION UTILE AUX ACTEURS CONCERNÉS PAR LES ADDICTIONS	Mettre en place un système d'information partagé	Cf. mise en place d'un dispositif régional de suivi de l'activité et des ressources	Réalisation de l'action
	Mettre en place un système sécurisé de circulation de l'information entre les acteurs	Diffuser la culture de soins intégrés : Dans l'attente du dossier médical partagé, faciliter le partage d'informations, de manière sécurisée -du généraliste, spécialiste au médecin scolaire et médecine préventive-. Dossier articulé pour une intégration de la spécialité de chacun en ville, aux urgences, à l'hôpital...	Réalisation de l'action
	Faciliter le recours à la télé expertise	Permettre aux structures délocalisées d'accéder à l'avis d'experts en addictologie, dans le cadre de la gradation des soins : • Maisons de santé pluriprofessionnelles • Consultations CSAPA délocalisées...	Bilan
	Faciliter le recours à la visio-conférence dans le cadre de la formation		Réalisation de l'action

¹⁷ cf. par ex. étude menée sur l'alcoolisation des adolescents et les ivresses pathologiques par le pôle de pédopsychiatrie et l'HME

AXES STRATÉGIQUES DU PSRS	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VOLET « ADDICTIONS »	ACTIONS PROPOSÉES	INDICATEURS
OUVRIR LA DÉMARCHE ÉTHIQUE AUX ADDICTIONS	Inscrire la problématique des addictions dans les dispositifs à mettre en place dans la région, structurés autour d'un espace régional d'éthique comprenant : • Un centre régional d'éthique (centre de ressource, documentation, veille juridique, enseignement, aide à la construction d'une réflexion éthique,...) • L'organisation de <u>groupes de réflexion éthique de proximité</u>, partagée entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les professionnels de santé libéraux, etc. • Proposition de thèmes : grossesse et addictions : préjugés des soignants, des proches, des acteurs socio-éducatifs – compétence de la femme ayant une conduite addictive à être mère (pour les soignants, pour la famille, pour les proches, pour l'équipe, pour la femme elle-même) – grossesse sur investie (tout changer pendant la grossesse) – aide socio-éducative ou peur du signalement		Bilan spécifique
S'INSCRIRE DANS LA DÉMARCHE D'EFFICIENCE RÉGIONALE	Prévoir des dispositifs de prise en charge combinant réponse aux besoins de proximité et périmètre régional	Cf. propositions : • CAARUD à vocation régionale • Réseau régional	Réalisation de l'action

V.2. FICHE SYNTHÉTIQUE – VOLET SROMS : ADDICTIONS

Diagnostic régional succinct

Épidémiologie

La consommation **de tabac, d'alcool et de drogues** demeure un problème de santé majeur en Limousin, comme ailleurs. Elle constitue également des facteurs de risque de problèmes sociaux non négligeables.

Concernant le tabac, il faut relever que près des ¾ des jeunes de 17 ans en Limousin ont expérimenté le tabac et plus du 1/3 en consomment quotidiennement (plus chez les garçons).

Concernant l'alcool, la région se situe dans les 4 à 6 premières parmi les 22 régions métropolitaines. 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.

Concernant les drogues illicites dont cannabis, les indicateurs positionnent le Limousin parmi les dernières régions en termes de consommation et d'expérimentation. La proportion de jeunes garçons de 17 ans déclarant un usage régulier de cannabis est néanmoins de 13 %.

Concernant **les troubles des conduites alimentaires, l'addiction aux jeux et autres**, malgré l'activité croissante, il n'existe, en limousin, aucune structure reconnue de prise en charge spécialisée des troubles des comportements alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie) pour les adultes; les addictions aux jeux et internet constituent de nouveaux comportements à prendre en compte.

Concernant **les médicaments psychotropes (anxiolytiques – antidépresseurs)**: la situation régionale est particulièrement atypique.

La forte consommation de médicaments psychotropes¹⁸ est une spécificité limousine qui ne trouve pas son explication dans des données épidémiologiques (**28 %** vs 24 % France). La région est au premier rang national pour la consommation des anxiolytiques (tranquillisants, hypnotiques) (**21 %** vs 17 %) mais aussi des antidépresseurs (**12 %** vs 10 %).

L'expérimentation de tranquillisants à 17 ans¹⁹ positionne également le Limousin en tête des régions (**23 %** vs 18 % France). Chez les garçons (**18 %** vs 14 %) comme chez les filles (**29 %** vs 23 %), la région se situe au premier rang en termes de consommation de tranquillisants chez les jeunes, bien au-dessus des moyennes nationales.

Concernant **le travail et les addictions**: malgré l'insuffisance de données, **la situation semble préoccupante**. Sur le plan des risques en milieu de travail, l'alcool est impliqué dans 10 à 20 % des accidents de travail déclarés; dans le contexte professionnel, environ 10 % des salariés consommeraient régulièrement ou occasionnellement des produits illicites; selon une étude sur la conduite dopante en milieu professionnel, 20 % des salariés utilisent un médicament pour être « en forme au travail », 12 % en prennent pour traiter un « symptôme gênant », 18 % en utilisent « pour se détendre au décours d'une journée difficile ».

Organisation existante :

L'offre médico-sociale s'organise autour :

• De 5 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

HAUTE-VIENNE (2)

- CSAPA Bobillot (toxicomanie)
- CSAPA – ANPAA 87 (alcool)

CORRÈZE (2)

- CSAPA (toxicomanie)
- CSAPA ANPAA 19 (alcool)

CREUSE (1)

- CSAPA toutes addictions

- D'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) dont le périmètre d'intervention est la Haute-Vienne;
- De 8 appartements de coordination thérapeutiques (ACT) autorisés et financés en 2011, gérés par le CH Esquirol à Limoges.
- Les consultations délocalisées des CSAPA permettent d'assurer le maillage sur l'ensemble du territoire. Cette couverture est toutefois inégale :
 - La Haute-Vienne bénéficie d'un maillage à la fois en alcoologie et en toxicomanie, hormis sur le secteur sud-est du département en alcoologie
 - La Creuse dispose de consultations délocalisées en alcoologie, la consultation de toxicomanie est assurée uniquement sur Guéret
 - La Corrèze présente le même dispositif que la Creuse, avec un secteur non couvert autour d'Égletons.

Objectifs régionaux spécifiques

- Diminuer les risques sanitaires (mortalité précoce et comorbidités psychiatriques et somatiques) et les coûts socio-économiques élevés -alcool et tabac majoritairement- en intensifiant les actions plus particulièrement en Creuse.

¹⁸ Source: CNAMTS, consommation et pratiques de prescription - 2000

¹⁹ Source: OFDT, enquête ESCAPAD 2008 – exploitation régionale CIRDD Limousin

Schéma cible de l'organisation médico-sociale régionale de l'addictologie

Permettre au CAARUD d'assurer une vocation régionale en réponse aux besoins des départements de la Creuse et de la Corrèze

Mettre en place un comité régional de suivi des produits de substitution

Renforcer l'accès au dépistage de proximité VIH, hépatites :

- VIH : grâce aux associations habilitées, pour les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion
- Permettre au CAARUD la réalisation du diagnostic biologique de l'infection du VIH/Sida par le Test rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans les situations d'urgence, dans le respect des textes

Adapter le mode de dépistage aux pratiques des usagers de drogue

- Faciliter le dépistage sans prise de sang, ou auto prélèvement

Faciliter l'interface dans le suivi des patients, via la mise en place du dossier partagé

Faciliter l'accès à la prise en charge des addictions dans le secteur médico-social

- Mettre en place des consultations addictologie dans les établissements médico-sociaux confrontés à cette problématique

Favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales :

- Faciliter l'accès aux spécialistes via les CMP
- Renforcer l'intervention de la psychiatrie de liaison, notamment auprès des structures médico-sociales d'addictologie

Renforcer les consultations jeunes consommateurs, en particulier pour assurer une couverture régionale et faciliter le recours à l'équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison.

Organiser la mise en réseau des structures médico-sociales en addictologie

- Élaborer une convention de partenariat (CSAPA et CAARUD) aux fins d'harmonisation et de partage

Examiner la possibilité d'approfondir le rapprochement entre les deux CSAPA de la Corrèze et les deux CSAPA de la Haute-Vienne, voire la possibilité de créer un GCSMS.

Modalités/actions spécifiques de coordination ville-hôpital-médico-social

S'appuyer sur les réseaux existants :

- Le Réseau de Soins Ville Hôpital en Addictologie (RSVHA), géré par l'association Toxicomanie Soins Réseau de la Haute-Vienne (TSR87), appelé à devenir un réseau à vocation régionale, sous sa nouvelle appellation « ADDICTLIM ». Il contribue au maillage des acteurs en addictologie : libéraux (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, hospitaliers/institutions, associations d'usagers, structures spécialisées en addictologie (CSAPA, équipes de liaisons en addictologie...)
- Le Réseau en Alcoologie de Haute-Corrèze :
 - Constitue une structure ressource en matière d'informations sur la pathologie alcool
 - Offre un espace d'écoute et de parole
 - Reçoit les patients adressés et décide, en concertation avec ces derniers et les partenaires concernés, d'une prise en charge personnalisée (suivis psychologiques individuels, bilans médicaux, visites à domicile)
 - Guide les acteurs qui le demandent dans la prise en charge des patients

Renforcer le 1er recours :

Promouvoir le recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) auprès des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, etc) :

- Actions de formations, intégration dans la FMC
- Diffusion de support d'information, d'outils...
- Mise en place d'une EPP spécifique

Développer les campagnes de sensibilisation aux recommandations de bonnes pratiques auprès des médecins généralistes

Mieux agir sur les comportements par rapport à la consommation de psychotropes : dans le cadre des missions du réseau ADDICTLIM, accompagner les prescripteurs (formation/information, bonnes pratiques...)

Créer un espace d'information « addictions » dans la plateforme régionale Santé Limousin permettant de décliner et d'actualiser les différents dispositifs et ressources dont le secteur libéral (médecins généraliste impliqués et/ou formés (alcoologues...), infirmiers impliqués et/ou formés, officines...)

Pour les personnes placées sous main de justice : améliorer le suivi à la sortie de prison en facilitant le relais avec la médecine de ville

Pour les personnes présentant des co-morbidités somatiques et/ou psychiatriques : renforcer le partenariat entre les équipes d'addictologie et la médecine de ville

Ouvrir la démarche éthique aux addictions, au niveau du centre régional d'éthique et des groupes de réflexion éthique de proximité associant notamment les professionnels de santé libéraux.

Organiser le partenariat en faveur des publics vulnérables :

avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les Équipes mobiles psychiatriques pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion (EMPP), les structures relevant du social et de l'insertion professionnelle.

Création/suppression d'implantations
prévues : aucune

Projets(s) de coopération
- CSAPA et CAARUD
Réseau ADDICTILIM et réseau
en Alcoologie de Haute-Corrèze

V.3. SUIVI ET ÉVALUATION

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) prévoit, au-delà des commissions spécialisées, la constitution de groupes de travail permanents. Ces groupes réunissent des membres de la CRSA et des personnes choisies en raison de leur compétence ou de leur qualification au regard des questions pour lesquelles ils ont été constitués. Ils peuvent recueillir tous avis utiles dans les domaines dont ils sont chargés.

La fiche « addictions » du guide méthodologique pour l'élaboration du SROMS préconise de créer un groupe de travail de la CRSA sur cette thématique, afin de disposer d'un lieu d'échange et de concertation dans la continuité des commissions régionales addictions (CRA).

Création d'un groupe de travail permanent « addictions » de la CRSA

Dans ce nouveau contexte, le groupe de travail « addictions » permet de se substituer à la Commission régionale des addictions (CRA) ²⁰, non mise en place en Limousin.

Il aura pour mission d'assurer la mise en œuvre des recommandations du volet « addictions », d'en assurer le suivi et son évaluation.

²⁰ Prévue dans la circulaire du 28 février 2008, la CRA constitue une instance de concertation, d'échanges et d'information dans le cadre du suivi des politiques publiques en matière d'addictions, du dispositif de prise en charge et des pratiques professionnelles. Elle doit permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social, associatif et la médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée et planifiée.

ANNEXES

« MÉTHODOLOGIE ET COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL »

I. VOLET « PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PERSONNES ÂGÉES »

GRUPE DE TRAVAIL « MUTUALISATIONS ET CONTRACTUALISATIONS »

Mme Isabelle AMEDRO	ARS du Limousin/pilote
Mme Violaine VEYRIRAS	ARS du Limousin/copilote
Dr BELLEC	directrice médicale CMPP Creuse (PEP 23)
Mme BERGHE Clotilde	chargée de mission autonom lab/87
M. BLANCHARD Jean-Pierre	CFDT (CHU Limoges)
M. BLANCHON Franck	PEP 87
M. BOUCHARD Raphaël	directeur CH St Yrieix/87
M. BOUCHER	directeur EMESD/Isle 87
M. BOUYAT Jean Michel	directeur EHPAD Chateauneuf/87
Mme BOUYASSE Corinne	directeur Général APAJH 87
M. BRUNOOGHI	directeur RAVS Ussel/19
Mme Anne BRYCHE	chef de service ESAT la Saule Bort les Orgues/19
Dr BUCHON	médecin coordonnateur EHPAD BUGEAT/19
M. BUISSON	directeur ARES Limoges
Mme BUSSIERE	APF/SAVS Malemort/19
M. CASIMIR	CDTPI Isle/87
M. CLAVE	président Urpep Limousin
M. DARTHOUX Pascal	directeur EHPAD CHAMBON/23
Mme DEBORD	cadre de santé EPDA du Glandier/19
M. DEMARTIAL	président AREHA
Mme DESBORDES Sonia	directrice EHPAD Nantiat/87t
Mme DESCHAMPS Gaëlle	directrice ESAT hors mur SOFAITE-SAVS-SAGEST Trisomie 21/87
M. DEVEAUD	association de Faugeras/19
Mme DIOP Josette	cadre de santé EHPAD Chateauneuf/87
M. DURET Jean Paul	directeur général AD GEST 87
Dr EICHLER	médecin CHU
M. ELION	PSDT APAJH 23

Melle ERGAND	directrice CDTPI Isle/87
M. FARGES Jean-Marie	directeur FAM HANDAS Limoges/87
Mme FERRY Françoise	CAMSP ALSEA/87
Mme le Dr FOUHETY	médecin ORPEA/87
M. FOUSSETTE	président APAJH 87
M. GENTY	directeur HIHL/87
Mme GRANVAL	cadre de santé CH Tulle/19
Mme GUENIN	CMPP TULLE/19
Mme HAMMANN Monique	sous directeur Conseil Général 87
Mme LABORIE	attachée administrative CHS Esquirol/87
M. LACHENAUD	directeur général PEP 19
Mme LAUZE MARTIN	directrice EHPAD Brive/19
M. LEVEQUE F.	président Afd 87
Mme LEYRIS	directrice EHPAD Bugeat/19
Mme MARGNOUX Stéphanie	fondation caisse d'épargne de la solidarité Limousin
M. MARIOT	directeur Centre accueil les Lauriers
Mme MIKEC	directrice EHPAD Beaulieu sur Dordogne/19
Mme MISSIAEN Alice	chargée de mission DT 19
Mme MOUTAUD Cécile	secrétaire générale Pôle Jeunesse CG 23
M. PLANCKE	directeur Général APAJH 23
M. PONTICAUD Anthony	responsable pôle organisation et régulation de l'offre, ARS du Limousin
M. PRIOURET	directeur ALEFPA pôle enfance
Mme SMADJA Paule	adjointe technique ALEFPA pôle enfance Limousin
Mme THEVENOT	cadre IDE EHPAD BUGEAT/19
M. TRIME Yvan	délégué territorial adjoint DT 19
Mme VENTEJOU C.	directrice ORPEA/19
M. VERGER Philippe	directeur adjoint CHU
Mme VILLEGGER Nicole	directrice La Chénaie/87
Mme ZALOGA	directrice Résidence La Courtine/19
Mme ZAPATA Annie	ADAPEI 23 directrice pôle ESAT

GRUPE DE TRAVAIL « EXPRESSION ET DROITS DES USAGERS »

Mme LASCAUX François	ARS Limousin/pilote
Mme DOMINGE Laurence	ARS Limousin/pilote
Mme AUFERT Françoise	cadre infirmier EHPAD MERLINES/19
M. BERTON Gilles	UDAF 87
M. BONNET François	directeur EHPAD Merlines/19
Mme BONNET Pascale	SSIAD Lappleau

M. BORDENAVE Sébastien	UDAF 87
Mme BOREL Marie-Christine	IASS/ARS Limousin
Mme BROTHALER Sabine	référent qualité CDTPI à Isle/87
Pr CATANZANO Gilbert	CHU
M. CHABERNEAU Joël	CEL/AFM
M. CLAVE Henri	directeur CMPP St Junien/PEP 87
Mme COUDERT Stéphanie	Santé service limousin
Mme DAUDON Bernadette	IDE coordonatrice SSIAD Guéret/23
Mme DIEZ Anne	AD GEST 87
Mme GAY Isabelle	directrice pôle établissement CCAS Brive/19
M. GRAZZIANI Marcel	CISS LIMOUSIN
Mme LAMBERT-HEDUY Caroline	CHU
Mme LANSAC Fabienne	CFDT (clinique Chénieux) 87
M. LHOMOND Pierre	directeur CMPP87/PEP 87
M. SOULET Philippe	directeur Centre Habitat Eygurande/19
M. SOUTHON Christian	APF/87
M. TERREFOND Michel	APF/87
M. VIGIER Jean Claude	APAJH/président CVS Mas d'Aixe/87
Mme XAVIER	CODERPA 23
Mme ZAPPATA Annie	directrice ADAPEI 23

GROUPE DE TRAVAIL « DÉPISTAGE PRÉCOCE »

M. NEGRIER François	ARS du Limousin/pilote
Mme le Dr BARBOSA Térésa	CAMSP de l'ALSEA/87
M. le Dr BEDU Antoine	HME/CHU
Mme BELLON M. Caroline	CAMPS des PEP 87
M. BLANCHON Franck	directeur Général PEP 87
M. BLERON Claude	directeur administratif CMPP CAMSP 23
Mme le Dr Dr BOURRAT Marie-Michèle	CMPP de Limoges
Mme BOYER Murielle	EMESD/SESSAD/87
Mme FERRY Françoise	CAMSP de l'ALSEA/87
Mme le Dr FONMARTY-CAS-SAGNE Séverine	directeur médical CAMPS tulle/19
Mme FOURNIER Marie Françoise	directrice Enf. Fam. et Jeun. CG 23
Mme FRICONNET Claudine	APF/87
Mme GENESTE Stéphanie	ARES/87
Mme GROUILLE Martine	RECTORAT/Limoges
Mme GUENIN Carole	CMPP TULLE/19

Dr GUTH	SESSAD PEP 19
Mme HARNAIS Mireille	puéricultrice périnatalité Corrèze
Mme HENIAU-MARQUET	CG 87
Mme LAFON Sylvia	CFDT (CHS Esquirol)
Mme LASCAUX	CMPP BRIVE/19
M. LOSSOUARN Gilbert	président Trisomie 21/87
Mme MAUGEIN Laurence	ADAPEIC 19
Mme PICQUET Maylis	CHU
Mme MILOR Evelyne	MIR ARS Limousin
Mme PATRIS Caroline	CREAHIL/87
M. ROGER Patrick	directeur SESSD (APF)
Mme le Dr SOUCHAUD Fabienne	CHS Esquirol
Dr ZANIN Roland	pédopsychiatre Corrèze/19

GROUPE DE TRAVAIL « ENFANTS DÉFICIENTS INTELLECTUELS »

Mme SARRE Evelyne	ARS du Limousin/pilote
Mme NADAUD-VIDAL Dominique	CREAHIL/copilote
M. BOSDEVIGIE	PEP 87
Mme CHASSAGNARD Marie-José	conseillère auprès recteur académie de Limoges
M. COURTY Jean-Michel	trésorier APAJH 87
Mme COUTY-PENICAUD Laurence	directrice adjointe IME LASCAUX APAJH 87
Mme DANA	ADAPEI 19
Mme GAY Vanessa	EMSP St Junien/87
Mme GODEFROY Claire	SESSAD Guéret/23
M. LABESSE Jean-Claude	directeur IME GRANCHER APAJH 23
Mme LACHAUD Marguerite	CFDT-SESSD-APF Limoges
Mme PERISSE Nathalie	directrice IME SESSAD St Junien/87
M. PRADIER Philippe	IME Grancher 23
Mme SMADJA	adjointe technique ALEFPA Pôle Enfance Limousin
Mme TRONCHE Roselyne	SESSAD ADPEP 19
Mme VALLAT Elizabeth	EMESD Isle/87
M. VARENNE Jean-Dominique	référent scolarisation MDPH 87

GROUPE DE TRAVAIL « ITEP »

M. NEGRIER François	ARS/pilote
M. ARQUEY Daniel	ITEP Evaux les Bains/23
M. CURIA Valério	ITEP LIMAREL/18
Mme DOIZON Chantal	SESSAD/APAJH 23

M. LEVEQUE Bertrand	inspecteur éducation nationale 87
M. MAUBERT Allain	CFDT creuse
Mme ORIOL Laurence	cadre de santé CH Evaux/23
Mme PASCAL Valérie	ITEP Saint Léger/23
Dr PONSONNARD Anne	assistante pôle pédopsychiatrie CHS Esquirol/87
Dr ROCHE Jean-François	pédopsychiatre/CHS Esquirol/87

GROUPE DE TRAVAIL « SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS »

Mme SARRE Evelyne	ARS du Limousin/pilote
Mme PATRIS Caroline	CREAHIL/copilote
M. BEGUIER Joël	AMIS 19
M. BŒUF Jean-Luc	directeur IEM Couzeix APF/87
M. BOUYERON Daniel	directeur pédagogique IME La Roseraie ALEFPA/23
Mme CADARIO	CFDT (CHS Esquirol)
Mme CHASSAGNARD Marie-José	conseillère auprès recteur académie de Limoges
M. CLAVE Claude	président URPEP LIMOUSIN
Mme DAULHAC	ADAPEI 19
M. DOLLE Luc	directeur IME MEYSSAC PEP 19
Mme FOUSSETTE	administrateur APAJH 87
Mme FRICONNET Claudine	APF/87
Mme GAY Vanessa	IME Saint Junien/87
Mme HOUSSIER Dominique	directrice adjointe CMPP de Limoges "PEP 87
M. LABESSE Jean-Claude	directeur IME SESSAD APAJH 23
Mme LE GRAND Martine	EMESD Isle/87
M. LEVEQUE Bertrand	inspecteur Education Nationale 87
Mme MARTINERIE Dominique	directrice SESSAD PEP 19
Mme MAUGEIN Laurence	cadre socio-économique IME Puymaret ADAPEIC/19
Mme NOUGER Nelly	secrétaire CFDT infirmière psy CHS Esquirol
Mme PERISSE Nathalie	directrice IME Saint Junien/87
M. RUCHAUD Jean-Pierre	coordinateur SESSAD APAJH 87
M. VARENNE Jean-Dominique	référent scolarisation MDPH 87

GROUPE DE TRAVAIL « DÉFICIENCES SENSORIELLES »

Dr BRO Jacques	ARS Limousin/pilote
Mme AUBOUX Catherine	coordonnatrice SESSAD/APAJH 23
M. BONNET François	directeur EHPAD Le Chavanon Merlines/19
M. BUISSON Luc	directeur ARES Limoges
Mme CARO Evelyne	responsable SESSAD APAJH 19 Brive

Mme CHASSAGNARD Marie-José	conseillère auprès recteur académie de Limoges
Mme FEBVRE Blandine	DT 87 ARS Limousin
M. FRANCOIS Dominique	ingénieur ARS Limousin
Mme GENESTE Stéphanie	adjointe direction ARES Limoges
Dr HABRIAS Michel	gériatre
M. LANIER François	prés. Association Voir Ensemble
M. LABESSE Jean Claude	directeur SESSAD déficients auditifs 23
Mme MASSE Isabelle	orthophoniste SESSAD APAJH 19 Brive
M. MORIZIO Pascal	directeur IFMK/APSAH Limoges
Mme SABOURDY Marie Annick	présidente Mutualité Française Limousine
Mme VINCENT Nathalie	éducatrice spécialisée SESSAD/APAJH 23

GROUPE DE TRAVAIL « HANDICAP MOTEUR »

Mme ROY-MARCOU Hélène	ARS Limousin/pilote
M. BLONDEL Henri	APF délégation départementale de Haute-Vienne
M. BŒUF Jean-Luc	directeur IEM APF Couzeix/87
Mme CARO Evelyne	SESSAD APAJH 19
M. LABESSE Jean-Claude	directeur IME Grancher – Guéret/23
M. MORELLE Bernard	APAJH 23
M. TOUILLEZ Gilles	APF délégation départementale de Haute Vienne
M. SOUTHON, Christian	directeur Foyer APF à Feytiat/87
M. VEZINE Noël	APF délégation départementale de la Corrèze

GROUPE DE TRAVAIL « PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES ET SOUFFRANT HANDICAPS RARES »

Mme SARRE Evelyne	ARS du Limousin/pilote
Mme BAYET Sylvie	directrice MAS Clugnat APAJH 23
M. BRUNIE Eric	secrétaire général Union Régionale CFDT/23
Mme DANA Valérie	ADAPEI 19
M. ENGEL Dominique	directeur Bertha Roos 87 et ALEFPA pôle enfance
M. FARGES Jean-Marie	directeur FAM HANDAS APF 87
Mme JULIA Anne-Marie	directrice adjoint CHS Esquirol/87
Mme LOUAISEL Catherine	directrice adjointe MAS Aixe APAJH 87
Mme MAIGNE Isabelle	éducatrice spécialisée Foyer de vie Faugeras/19
Mme MARTINERIE Dominique	directrice SESSAD/PEP 19
Dr MOREAU Laetitia	Conseil Général 87 PA-PH
Mme PAULIAC Christelle	stagiaire FAM HANDAS Limoges
Mme PEYROL Amélie	FAM Faugeras/19

Mme PRADOT Marie-Laure	chef de service FAM HANDAS Limoges
Mme ROBERT Liliane	vice Présidente APAJH 23
M. WILD Alain	directeur IME/MAS Peyrelevade Fondation Chirac/19

GROUPE DE TRAVAIL « AUTISME »

Mme ROY-MARCOU Hélène	ARS Limousin/pilote
Mme ETIENNE Nathalie	Pilote/CRA Limousin
Mme BEUNE Marisol	Soleil Corrèzien
Mme CHASSAGNARD Marie-José	conseillère auprès recteur académie de Limoges
Mme CHASSAGNE	CH Eygurande/19
Mme CHAZAL Liliane	Autisme 23
Mme DAMBON Joé	directrice Maison d'Hestia St Setiers/19
M. ENGEL	directeur ALEFPA pôle enfance
M. FARGES Jean-Marie	directeur FAM/HANDAS à Aix/87
Mme FEBVRE Blandine	DT 87
M. GRACIA Robert	CHS Esquirol/87
M. GUILLOTEAU Soizic	autisme 87
Mme JULIA Anne Marie	CHS Esquirol/87
M. LABESSE Jean-Claude	directeur IME/SESSAD Guéret/23
M. LAMIRAND Dominique	AGEF du Pays de Brive
M. LEVEQUE Bertrand	inspecteur – Inspection Académique Limoges
M. LORENZI Raphaël	CH Eygurande/19
Mme le Dr MACE Geneviève	GCSMS Autisme France
Mme MARQUET Ghislaine	ADPEP 87
Mlle MARTINERIE Dominique	SESSAD PEP 19
M. MAURY Philippe	conseil général 19
Mme MAUGEIN Laurence	IME Puymaret - ADAPEIC
Mme MAZIERES Odile	APAJH 87
Mme MERPILLAT Samantha	Foyer de vie Faugeras/19
Mme MORGAT Catherine	EMAAF
Mme PAPON Patricia	MAS/APAJH 87
Mme PATRIS Caroline	CREAHIL/87
Mme PLAS Isabelle	conseillère médicale DT 19
Dr TALLIER Frédéric	médecin coordonateur MDPH 23
Dr TAPIE Philippe	RAPCEAL
Mme TRONCHE Roselyne	SESSAD PEP 19
Dr VAILLANT Anne-Marie	CATTP – CH Brive/19
Mme VALETTE Florence	Hôpital de jour - CH Brive/19
M. VARENNE	référent scolarisation MDPH 87

M. VITIS Hervé	directeur ESAT Eymoutiers/87
M. WILD Alain	directeur IME/MAS Peyrelevade/19
M. ZANIN Roland	CH Brive/19

GROUPE DE TRAVAIL « HANDICAP PSYCHIQUE »

Dr BRO Jacques	ARS Limousin/pilote
M. AUCOUTURIER Jean-Paul	directeur des soins CH Eygurande/19
M. AUPETIT Laurent	AD GEST 87/ALAED Limoges
Mme BOISVERT Jeanine	cadre supérieur socio-éducatif CHS Esquirol/87
M. BALLAY Alain	direction des soins CH Eygurande/19
Dr CASTAING Marie-Astrid	EMESD Isle/87
Dr CHALAUX Patrick	CHG CORNIL/19
Dr CONCHARD Françoise	MDPH87
M. CONTINSUZAT Joël	ADAPEI Corrèze
Mme DEBORD Annick	cadre de santé EPDA du Glandier/Beyssac/19
Mme DESBORDES Aurélie	CDTP/SAPHAD Glandon/87
Mme DESBORDES Marie-Hélène	MISP/ARS Limousin/DT 87
M. DUMONT Quentin	médiateur social de rue/CCASS Brive/19
Mme DUSSARTRE-BOUGNO-TEAU Aurélie	directrice soins et santé Limoges
Dr FONTANIER David	CHS Esquirol/87
Mme GASMAND Marie Claude	pôle PA/PH conseil général 87
M. GUY Olivier	école Feret du Longbois Limoges
Mme LAROCHE Marie France	Association Française des T.C./87
M. LOUIS Christian	CH Brive/19
Mme MALINVAUD Dorothée	infirmière coordonatrice soins et Santé Limoges
Dr MARCE	pédopsy EMESD Isle/87
Mme MARTIN Marie	directrice SAMSAH/PRISM Limoges
M. MARTINEZ Georges Claude	directrice CAP de l'APSAH Aix sur Vienne/87
Mme MERTENS Bernadette	directrice Adjointe MDPH 23
M. MERZEAU Jacques	UDAF 87
Mme RODRIGUES Amélie	CDTPI/SAPHAD Glandon/87
Mme SAUBION Véronique	adjoint de direction association de Faugeras/19
Mme SOULADIE Patricia	ESAT APAJH/ST VIANCE CHAMBOULIVE/19
M. TIBLE Thierry	directeur FACAPH/19
M. TOURAINE Jean-Marie	directeur IME Ussel/19
M. VEAU Patrick	SAMSAH Hte Corrèze Ussel/19
M. VERDIÉ Gilles	directeur adjoint REHAB 19

GROUPE DE TRAVAIL « TRAVAILLEURS HANDICAPÉS »

Mme Valérie GODARD	ARS Limousin/pilote
M. Philippe MARROT	ARS Limousin/pilote
M. AUTIER Jean	pilote/PRITH/87
Mme BARRET C.	directrice CAT de l'APSAH/87
M. BOUDOU	chef de Service Educatif EMESD Isle/87
Mme BUSSIERES	directrice SAVS APF Malemort/19
Mme DALOT	directrice ESAT GUÉRET APAJH 23
Mme DOMBRUNIE	coordinatrice action soutien APAJH 87
M. DUBECH	chef de Service ESAT Moulin Soleil TULLE/19
Mme FAJARDY S.	éducatrice spécialisée SESSAD PEP 19
Mme FAURE Pascale	coordinatrice UEROS/CHS Esquirol/87
M. FEIX B.	directeur ESAT AD GEST 87
M. HUGUET	directeur ALEFPA pôle ad/87
Mme LACHEZE	vice présidente CISS/87
M. LANOT Philippe	directeur ESAT Amis de l'Atelier/87
M. LOSSOUARN Gilbert	président trisomie 21/87
Mme PHILBET	directrice générale ANDICAT ADAPEI
M. ROCHE	directeur ESAT ST BONNET PEP 19
M. SALSEDO	directeur Adjoint École Féret du Longbois/87
Mme SOULADIE	coordinatrice ESAT APAJH 19
M. SUDRON	animateur 1re cat. ESAT EYMOUTIERS/87
M. TIBLE Thierry	directeur ESAT la Saule Bort les Orgues/19
M. VIEILLEMARIN	directeur ESAT SORNAC/19
Mme ZAPATA Annie	directrice pôle ESAT ADAPEI 23

GROUPE DE TRAVAIL « DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ADULTES »

Mme SARRE Evelyne	ARS/pilote
Mme PATRIS Caroline	CREAHIL 87/copilote
M. LOLIVE Daniel	directeur ADGEST 87
M. COURSAC Bernard	directeur MAS STE FEROLE PEP 19
Mme DESCHAMPS Gaëlle	directrice SAT hors mur SOFAITE-SAVS-SAGEST Trisomie 21/87
M. DESPORT Pascal	directeur Foyer de vie Bosmie l'Aiguille PEP 87
M. DEVEAUD Daniel	directeur Association Foyer de vie de Fauzeras/19
Mme DO VAN Evelyne	mandatée CFDT et coordonatrice Foyer de Vie Le Mazet « Les Amis de l'Atelier »/87
M. GRACIA Robert	psychologue CHS Esquirol/87

Mme HAMMANN Monique	sous-directrice chargée des personnes handicapées conseil général 87
Mme LASSOUJADE Françoise	directrice EPDAAH « Gilbert Ballet » Ambazac/87
Mme LOUTRAT Véronique	directrice adjointe Pôle Travail Adapté ADAPEI 19
M. PICANDET Michel	Directeur APAJH 23 et Foyer de vie « Châtain » 23
M. ROL Philippe	cadre de santé CDTPI Isle/87
Mme SEMMAR Sémira	chef d'atelier ALAED-ESAT « Les Chênes Verts »/87
Mme SERRE Edith	chef de service ESAT « la Saule » Bort les Orgues/19

GROUPE DE TRAVAIL « PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES »

Dr BRO Jacques	ARS Limousin/pilote
Mme BERGHE Clotilde	chargée de mission Autonom'Lab
M. BESSE Michel	président FACAPH 19
M. BLAIS Laurent	directeur MAS Mercoeur/19
Mme BOISVERT Jeanine	cadre supérieur socio-éducatif/CHS Esquirol/87
Mme BOURREAU Anne-Laure	directrice ESAT/SAV St Junien/87
Mme BRUGIERE Agnès	cadre supérieur de santé H. Bort les Orgues/19
Mme BRYCHE Anne	ESAT la Saule Bort les Orgues/19
M. COTTIER Emmanuel	directeur Pôle « Vie Sociale » ADAPEI 23
Mme DAVID Françoise	cadre supérieur CHG CORNIL 19
M. DELPI Michel	responsable service social CARSAT/87
M. DENIS Patrice	adjoint direction FAM HANDAS 87
Mme DESPORT Pascale	Foyer de vie Bosmie PEP 87
M. DUBOIS Ludovic	directeur AREHA 87
Mme DUPUY Chantal	directrice ESAT Tulle/19
Mme DUTERME Hélène	cadre supérieur de santé HIHL/87
Mme GARREAU Christelle	directrice ARAI St Laurent les Eglises/87
Mme GAY-FAURE Isabelle	directrice Pôle ESMS/CCAS Brive/19
Mme JALLET Marie France	cadre supérieur de santé La Chesnaie/87
Mme LACHAUD Véronique	directrice Fédération APAJH 19
Mme LEGRAND Laëtitia	accueil de jour Alzheimer Limoges Mutualité/87
Mme LEGUEN Béatrice	directrice Foyer Hébergement SAVS APSAH 87
Mme MALIVERT Marie Christine	cadre de santé EHPAD Royère/23
M. MARCELOT Gérard	directeur ESAT Argenta PEP 19
M. MAUCOURANT Claude	attaché administration EHPAD Royère/23
Mme PARTONNAUD Pascale	directrice des soins CH St Yrieix/87
M. PITON Jean Marc	sous direction PA conseil général 87
Mme PORS Véronique	mandataire UR CFDT (CHU Limoges)
Mme QUERIAUD Sophie	directrice générale Association LIMAREL/19

M. ROL Philippe	cadre socio-éducatif CDTPI Isle/87
Mme SALLOT Karine	directrice Pôle PA conseil général 23
Pr SALLE Jean-Yves	médecine physique réadaptation J. Rebeyrol/87
M. SERTILLANGE David	chargé de mission conseil général 23
Mme SOUFFRON Bernadette	association de faugeras/FAM/foyer de vie Condat
M. TREILLE Grégory	chef de service MAS Mercoeur/19
Mme VERGER Claudette	FAAH Neuvic Entier/19
Mme VEYRIRAS Violaine	chargée de mission DT 87/ARS Limousin
Mme VIALA-AUBERT Myriam	directrice Papillons Blancs AD GEST 87
M. VINZANT Jean Marc	animateur résidence Sornac/19

GROUPE DE TRAVAIL « MAINTIEN A DOMICILE »

Mme ROY-MARCOU Hélène	ARS Limousin/pilote
Mme HAULOT Marie-Christine	copilote
M. BALESTRAT Patrice	infirmier psychiatre - CHS Esquirol/87
Mme BERTHET Michèle	directrice SSIAD Mutualité Française Limousine/87
Mme BOBIN	CFDT (CHU Limoges)
Mme BONNET	SSIAD Laplaud/19
Mme BORDE	SSIAD Allassac/19
Mme BOUGNOTEAU-DUS-SARTRE Aurélie	directrice Soins et Santé Limoges/87
M. BOUYAT Jean-Michel	directeur EHPAD Châteauneuf/Eymoutiers/87
Mme BURTIN Marie-Ange	SSIAD Tulle Campagne Nord/19
Mme BUSSIERE Sandrine	directrice SAVS APF 19
Mme CAMUS PIMPAUD	directrice EHPAD La Chapelle Taillefer/23
M. CHARPENTIER P.	AFM
Mme CLAVEL	directeur EHPAD Allassac/19
Mme DAPY Martine	cadre de santé CARSAT Limoges
Mme DUMOND Magalie	infirmière Coordinatrice SSIAD Uzerche/19
Mme DUMONTEIL	UNA St Junien/87
Mme DUTERME Hélène	cadre supérieur de santé HIHL/87
Dr EICHLER	CHU
Mme FEBVRE Blandine	DT 87
Mme GABRIEL Isabelle	assistante sociale CLIC 23 EST
Mme GADAUD Danièle	Ligue cancer 19
Mme GAYDIER Joëlle	cadre de santé SSIAD Bort les Orgues/Eygurande/19
Mme GLANDUS Nicole	Santé Service Limousin/87
M. GROCHE Marcel	directeur IESF/87
Mme GUILLAUME	CH USSEL/19

Mme GUYONNET-MATHIAS Marie-Christine	CCAS Ville de Guéret/23
Mme HENNEQUIN Aude	chef de service Adjoint – Pôle Séniors – CCAS Limoges/87
Mme LABUSSIÈRE Monique	UDAF 87
Mme LACROIX Josette	AFTC 19
Mme LAUCOURNET Evelyne	responsable Service IDE/CRF/87
M. LEONARD	CDTPI Isle/87
Mme LESTRADE Pascale	SSIAD Bort les Orgues/23
Mme MARGNOUX Stéphanie	fondation caisse d'épargne de la solidarité
Mme le Dr Ghislaine MONIER	médecin Pôle PA/PH – conseil général 87
Mme MONTAYAUD Annie	Pôle PASD – CHU limoges
M. NICAISE Jean-Pierre	chef de service IESF/87
Mme PATOUT Stéphanie	directrice EHPAD et SSIAD Mansac
Mme PERRIN Catherine	directrice SSIAD Grand Bourg/23
Mme RATINAUD Leslie	directrice Unités de vie/Service Aide à Domicile – Mutualité Française/87
Mme RENON Ghislaine	CODERPA 23
Mme REYROLLE Muriel	directrice SSAD – APF 87
Mme SABATIE Nelly	directrice ACTID 87
M. SERTILLANGE David	chargé de mission aide à Domicile - CG 23
M. SOYEZ Stéphane	AUTONOM LAB/87
Dr TRESMONTANT	médecin – ARS Limousin
M. VERGER Philippe	CHU
Mme VEYRIRAS Violaine	chargée de mission PA - DT 87
M. VEZINE Noël	APF

GROUPE DE TRAVAIL « FILIÈRE GÉRIATRIQUE »

M. François NEGRIER	ARS Limousin/pilote
M. BALLAY Alain	CH Eygurande/19
Mme BEN BRAHIM Françoise	EHPAD Meymac/19
Mme BONNET Pascale	EHPAD Eygurande/19
M. BOURIT Alain	Mutualité Française Limousine
BUGUET	CH Brive/19
Mme BUNLON Marie	cadre de santé/CH EVAUX/23
Mme BURBAUD Françoise	SANTÉ SCE LIMOUSIN/87
Mme BURTIN Marie-Ange	SSIAD Tulle Campagne Nord/19
Mme CAMUS PIMPAUD Dominique	directrice EHPAD La Chapelle Taillefer/23
M. CHALAUX Patrick	EHPAD Sornac/19

Mme CHASSAGNE Bernadette	CHP Eygurande
Mme CLAVEL Marie-Thérèse	EHPAD ALLASSAC/19
M. DARTHOUX Pascal	directeur EHPAD CHAMBON/23
Mme DESRUES Mireille	cadre de santé EHPAD Bellegarde en marche/23
Mme DUCHEZ Eliane	EHPAD CCAS LIMOGES
Mme FERNANDES GASPAS Maryline	EHPAD Châlus/87
Mme FERRIERE Catherine	EHPAD CORREZE/19
Mme FOUSSADIER Catherine	CH Guéret/23
Mme FRANCOUAL Maryse	CH Brive/19
M. GAYAUD Alain	CH Guéret/23
Mme GLANDUS Nicole	SANTÉ SCE LIMOUSIN
Dr GRAVAL Hugédée	chef du département gériatrie/CH Ussel/19
Mme HARDY Corinne	croix rouge française 87
M. HERBUEL-LEPAGE Jacky	ARS Limousin
Mme LACHENAUD Stéphanie	association de Faugeras/19
M. LAJOUX Jean Louis	M. Châteauneuf/Eymoutiers/87
M. LALEU Fabien	ARS LIMOUSIN
Mme LAPEYRIE Marie-Paule	directrice EHPAD Meymac/19
Mme LAROCHE Marie-France	association des familles des traumatisés crâniens LIMOUSIN
M. LORENZI Raphaël	CH Eygurande
Mme MADELBOS Céline	responsable CLIC BRIVE/19
Mme MAGNOLE Béatrice	cadre de santé (EHPAD GOUZON)/23
Dr MEYER Stéphan	Médecin. coord./EHPAD Chastaing/87
Mme MONIER Ghislaine	Conseil Général 87
Mme MONTAUD Annie	attaché administration hospitalière/CHU
M. MOULIN Joël	directeur CHG CORNILL
Mme PATOUT Stéphanie	EHPAD MARSAC/19
Mme PESCHER Annie	directrice EHPAD Argentat/19
Mme PIOFFRET Christelle	SSIAD Ahun Jarnages Chénérailles/23
M. RAPINAT Jean-Yves	directeur CH La Souterraine/23
M. SARRAULT Jean-Pierre	EHPAD NEUVIC/19
Mme SAVARIT-MATTER Catherine	EHPAD NEUVIC/19
Pr SAUVAGE Philippe	CHU
Mme TARDIEU Josiane	CH AUBUSSON/23
M. TARRISSON	CH USSEL/19
Dr THOMAS Delphine	CH ST JUNIEN/87
M. TRICARD Pierre Albert	HIMB/Saint Léonard/87
Mme VENTENAT Michèle	CFDT (CHU Limoges)

Dr WILLEBOIS Stéphanie	médecin coordonateur/HIHL/87
------------------------	------------------------------

GROUPE DE TRAVAIL « FILIÈRE ALZHEIMER »

Mme ROY-MARCOU Hélène	ARS Limousin/pilote
Dr CARZT-PIVERT Leslie	pilote/réseau COGLIM
Mme BOBIN	CFDT (CHU Limoges)
Mme BEN BRAHIM	EHPAD Meymac/19
Mme BIDON Marie-Jo	CH Bourgneuf/23
Mme BONNET	SSIAD Laplaud/19
Mme BORDE	SSIAD Allassac/19
Mme BOUCHER Marie-Ange	directrice adjointe Pôle Gériatrique - CH St Junien/87
Mme BUGUET Véronique	cadre supérieur de santé – CH Brive/19
Mme BUNLON Marie-Christine	cadre de santé Evaux les Bains/23
Dr BURGUET Myriam	PH médecine gériatrique CH St Yrieix/87
M. BRUGUET Christian	président France Alzheimer/19
Mme CLAVEL	directeur EHPAD Allassac/19
M. CLEDIERE Gérard	directeur clinique Saint Maurice/87
Pr CLEMENT Jean-Pierre	CMRR Limousin
Pr DANTOINE Thierry	CHU
Mme DELAHAYE Josiane	cadre soignant – Les Cèdres/19
Mme DELMONT Francine	directrice CH Gériatrique Uzerche/19
Mme DELPRAT	Association de Faugeras/19
Mme DEMAISON Véronique	directrice EHPAD Couzeix et Panazol/87
Mme DIOP Josette	cadre supérieur de Santé - EHPAD Châteauneuf-la-Forêt/87
M. DUBOIS Ludovic	directeur AREHA Bellac/87
Mme DURAND	EHPAD CCAS LIMOGES/87
Dr DURAND Jean-Noël	médecin expert DPPA conseil général 23
Mme DUSSARTRE-BOUGNO-TEAU Aurélie	directrice Association Soins et Santé à Limoges
Mme FRAY- ROQUEJOFFRE Michèle	présidente France Alzheimer 87
Mme GASMAND Marie Claude	PA/PH – Conseil Général 87
Mme GIBIAT Isabelle	directrice EHPAD Treignac/19
Mme GLANDUS Nicole	cadre infirmier Santé Service Limousin/87
Mme GRANVAL Marie Paule	cadre supérieur CH Tulle/19
Dr GRAVAL- HUGEDÉE Valérie	chef département gériatrie – CH Tulle/19
Mme HAZARD	EHPAD Nantiat/87
Dr HURON LEVEVE Myriam	gériatre HAD - CHU Limoges
Mme LACORRE Nathalie	cadre de santé Saint Yrieix/87

M. LAGNEAU Jean	responsable Pôle Alzheimer - Mutualité Française Limousine/87
Dr LEYLAVERGNE-REMI Hélène	médecin – Ste Feyre/23
Dr LAPORTE	CH USSEL/19
M. LAUNAY Christian	directeur-Adjoint Ste FEYRE/23
Mme LESTRADE	SSIAD Lapeau
Mme MACH Pascale	cadre de Santé - CHG CORNIL/19
Mme MALINVAUD Dorothée	Association Soins Santé/87
Mme MARHANE	SSIAD Le Donzeil/23
M. MAS Guillaume	Réseau COGLIM/87
Mme MEAUME Odile	cadre Supérieur de Santé Centre gériatrique Ambazac/87
Dr MEYER Stephan	médecin coordonateur – CHU Limoges
Mme MEZIG Sandrine	cadre administratif/service santé soins Limousin
M. MILLEVILLE Bertrand	cadre EHPAD Mainsat/23
Mme MISSIAEN Alice	chargée mission PA – DT 19
Mme MONTAYAUD	CHU Limoges
Mme NIERE Aurélie	directrice EHPAD Vigéois/19
Dr NOUAILLE Michèle	médecin coordonnateur – CH Ussel/19
Mme PESCHER Annie	directrice EHPAD Argentat/19
Mme PIOFFRET	directrice SSIAD Ahun/23
Mme PORTE Marie Annick	cadre de santé CRRF à Noth/23
Dr RAKOTONIAINA Jean-Christophe	gériatre CH Aubusson/23
Mme RAZANAMAHERY Danièle	cadre de Santé Ste Feyre/23
Mme RIBIERO	cadre supérieur de santé HIHL/87
Mme SABOURDY Marie-Annick	présidente Mutualité Limousine/87
M. SARRAULT Jean-Pierre	cadre supérieur - EHPAD Neuvic/19
M. SCHADLER Denis	consultation Mémoire La Jonchère- Le Colombier/87
Mme SOUFFRON Bernadette	coordinatrice en gérontologie – Foyer de Faugeras/19
Dr TRIKI Hedi	médecin Coordonateur Ste Feyre/23
M. VERGER Philippe	directeur Politique Gérontologique – CHU Limoges
Dr VIEBAN François	PH – CHS Esquirol/87
Mme VILLEMONT Marie-Line	responsable Service Croix Rouge des sites d'Ambazac et Châteauponsac/87
Dr WILLEBOIS Stéphanie	médecin coordonateur HIHL/87

II. VOLET « ADDICTOLOGIE »

LA MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Mise en place d'un groupe de travail représentatif des trois domaines concernant les addictions : prévention, sanitaire, médico-social.

Objectif :

- établir un état des lieux/constat
- cibler les enjeux pour la région
- formuler des recommandations pour les 5 ans du PRS

Durée et organisation des travaux :

- 3 mois
- 3 réunions : 8 mars – 14 avril – 10 mai 2011
- Désignation de référents thématiques
- Élaboration d'un questionnaire complété par chaque membre du groupe de travail portant sur :
 1. La définition des addictions
 2. Les éléments de diagnostic :
 - a. Prévention (dont les milieux festifs)
 - b. Intervention judiciaire
 - c. Gestion des risques liés à l'utilisation des produits
 - d. Offre de prise en charge : médecine ; sanitaire ; médico-sociale ; réseaux
 - e. Organisation de la prise en charge des addictions au niveau de l'accessibilité
 - f. Formation, recherche en addictologie
 - g. Lisibilité de l'ensemble du dispositif
 3. Les enjeux pour la région
 4. Les axes d'amélioration

À partir des réponses, rédaction de synthèses permettant d'alimenter le volet « addictions ».

Contribution des référents thématiques.

GROUPE DE TRAVAIL « ADDICTIONS »

Martine LÉVÊQUE	ARS – Pilote/Chargée de mission addictions -
Guillaume BELJEAN	ARS – Chargé de mission SROS et autorisations
Dr Pierre TRESMONTAN	ARS – Conseiller et référent médical addictions
Emmanuel CALMON	ARS délégation territoriale 19 – Infirmier
Philippe JALLET	Préfecture 87 – représentant le chef de projet régional chargé de la lutte contre la drogue et la toxicomanie
Christine GARCIA et/ou Véronique BRUN	Rectorat – Infirmière conseiller technique
Marie-Claire BRUNIE	Rectorat – conseiller technique service social
Dominique MASSONIE	PJJ du Limousin – Infirmière territoriale
Dr Denis SCHADLER	URPS - Psychiatre
Dr François TOURAINE	CHU – allergologue - pneumologue
Dr Philippe NUBUKPO	CH Esquirol – Chef du pôle d'addictologie
Françoise COLLIN	CH Esquirol – Cadre supérieur de santé – pôle d'addictologie
Dr Alain JUNISSON	CH du Pays d'Eygurande - Psychiatre
Nathalie DELCENSERIE	CH du Pays d'Eygurande – Responsable pôle d'addictologie
Catherine DUTHEIEL	CH du Pays d'Eygurande – Infirmière de liaison
Dr Gérard FORTUNÉ	CH Brive - Psychiatre
Dr Jean-François SAINT-BAUZEL	CH Brive – Psychiatre chef de pôle
Corinne PENCHAUD	CH Brive – Cadre de santé
Maryse FRANCOUAL	CH Brive – Directeur adjoint
Marie-Noëlle LOUBIGNAC	CH Saint-Junien – Cadre supérieur de santé
Dr A. GUILLON	CH Tulle – Responsable addictologie
Mme DUBOC	CH TULLE - Addictologie
Corinne LESCURE	CH TULLE – Directrice des soins
Michel FOUCHER	CH Tulle – Cadre supérieur de santé
Dr Henriette BLANCHET	CH Ussel - PH
Dr Aimé RANDRIAMANANTSOA	CMN Sainte-Feyre – Médecin pneumologue-tabacologue
Claudine BUSSET	CMN Sainte-Feyre – Cadre de santé coordonnatrice en éducation thérapeutique
Béatrice LAVERDAN	CMN Sainte-Feyre – Infirmière CLAT
Martine ASTORG	CSAPA toxicomanie – CH Brive - Psychologue
Dr Marianne METIVIER	CSAPA alcoologie ANPAA 19 – Médecin coordonnateur
Dominique ORIOL	ANPAA 19 - Directrice
Dr Embarek AYAD	CSAPA 23 - Médecin
Jean-Pierre FAURE	CSAPA 23 - Coordonnateur
Sophie GRAFFEILLE	CSAPA toxicomanie - Coordonnatrice

Dr Taoufik FOULI	CSAPA alcoologie ANPAA 87 – Médecin coordonnateur
Didier GAYOUT	ANPAA 87 - Directeur
Sandrine DAVID	CAARUD 87 – Directrice - représentante AIDES Limousin et Usagers CISS
Mme LACHAUD	ADAPEI CORRÈZE
M. LEONARD et/ou Mlle SANZANO	CDTPI – centre d'aide par le travail ESAT
Dr Pierre VILLÉGER	Réseau ADDICTLIM – Président – psychiatre CH Esquirol
Dr Pierre COGNARD	Réseau ADDICTLIM – Vice président – président association TSR87
Dr Catherine BALLAY	Réseau en Alcoologie de Haute-Corrèze – médecin coordonnateur
Dominique CHAUZU	Ligue contre le cancer 19 - Représentant
Carine FREDON	Ligue contre le cancer 87 - Représentante
Jean-François LÉVÊQUE	AFD 87 - Président
Mme LABUSSIÈRE et/ou Gilles BERTON	UDAF
Quentin DUMONT	CCASS 19 – Éducateur en charge de la médiation de rue
Agnès TALLET	CIRRD Limousin (CRAL) - Directrice
Martine PELLERIN et/ou Sandrine MARCHAL	IREPS du Limousin et Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé en Limousin (PEPS) - Directrice
Dr Pierre-Bernard PETITCOLIN	GCS EPSILIM – Observatoire des Urgences (ORULIM) – Médecin directeur
Laure BRUNET Olivier PINAULT	CFDT – Représentants – CH Esquirol