

PARTIE I

- Etat des lieux

ETAT DES LIEUX

CHAPITRE I : LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE DU DEPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

I. LE PORTRAIT DEMOGRAPHIQUE DE LA HAUTE VIENNE : UN DEPARTEMENT RELATIVEMENT AGE AVEC UNE POPULATION CONCENTREE DANS LE TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE

- 1.1 Une croissance de la population légèrement supérieure à la moyenne régionale mais inférieure à la moyenne nationale
- 1.2 Une très forte concentration des habitants dans le territoire centre haute-vienne
- 1.3 L'indice de vieillissement
- 1.4 Une population relativement plus jeune que la moyenne régionale mais plus âgée que la moyenne nationale
- 1.5 Une diminution de la part des personnes âgées de 0 à 59 ans à l'horizon 2030 au bénéfice des personnes âgées de 60 ans et plus
- 1.6 Une augmentation de la part de la population âgée dépendante à l'horizon 2030

2. LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE : UNE POPULATION PLUS AISEE DANS LE TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE ET UNE OFFRE DE SOINS SATISFAISANTE

- 2.1. Le taux de pauvreté monétaire
 - 2.2. Les revenus fiscaux moyens plus élevés en Haute-Vienne que dans le Limousin mais inférieurs à la moyenne nationale
 - 2.3. Une forte augmentation du nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés
 - 2.4. Un taux de bénéficiaires de minima sociaux supérieur au taux national
- #### 3. LES DEPENSES DU CONSEIL GENERAL DANS LE DOMAINE DE L'AUTONOMIE

CHAPITRE 2 : L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

I. LES PRESTATIONS DESTINEES AUX PERSONNES AGEES

- 1.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et en établissement
- 1.2. Les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées entre 2007 et 2013

2. LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE COORDINATION

- 2.1. La reprise en régie directe des missions de coordination gérontologique par les maisons du département (MDD)
- 2.2. Trois maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

3. LE MAINTIEN A DOMICILE

- 3.1 Les services d'aide à domicile
- 3.2. Les services d'aide et de soins à domicile
- 3.3. Les services de soins à domicile
- 3.4. Nouvelles technologies : la téléassistance et le projet icare
- 3.5. Quatre équipes mobiles
- 3.6. Deux réseaux
- 3.7. Les dispositifs de répit et d'aide aux aidants
- 3.8. L'accueil familial social
- 3.9. Les logements adaptés en centre bourg
- 3.10. Les aides pour l'adaptation de l'habitat individuel
- 3.11. L'accès à la vie sociale

4. L'OFFRE D'HEBERGEMENT
 - 4.1. L'offre non médicalisée
 - 4.2. L'offre en établissements médicalisés
5. LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTES
 - 5.1. Un réseau de prise en charge spécialisé à dimension régionale (COGLIM)
 - 5.2. Un centre mémoire de ressources et de recherche et des consultations mémoire
 - 5.3. Les équipes spécialisées alzheimer (ESA)
 - 5.4. Les capacités des hébergements dédiés : accueil de jour thérapeutique, pasa, uhr, unités spécialisées...
6. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES SELON LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

CHAPITRE 3 : L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

1. Les prestations destinées aux personnes handicapées
 - 1.1. Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH)
 - 1.2. Le nombre de bénéficiaires de la prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)
 - 1.3. Le Fonds départemental de compensation du handicap (FDC)
 - 1.4. Le nombre de personnes handicapées admises au titre de l'aide sociale à l'hébergement
2. Les dispositifs d'accueil et de coordination
 - 2.1. La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
 - 2.2. Les Maisons du département (MDD)
3. La vie à domicile
 - 3.1. Les services d'aide à domicile
 - 3.2. Les services d'aide et de soins
 - 3.3. Les services de soins
 - 3.4. Les services d'accompagnement (SAVS, SAPHAD, SAMSAH)
 - 3.5. Les nouvelles technologies
 - 3.6. Les équipes mobiles
 - 3.7. Les accueils séquentiels
 - 3.8. L'accueil familial social
 - 3.9. Les logements adaptés en centre-bourg
4. La vie en établissement
 - 4.1. Les besoins exprimés
 - 4.2. L'équipement en places d'hébergement pour adultes en situation de handicap
 - 4.3. L'offre destinée aux personnes handicapées vieillissantes
 - 4.4. L'hospitalisation des résidents d'établissements
5. L'insertion professionnelle
 - 5.1. Les demandes d'orientation professionnelle
 - 5.2. Le nombre de places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
6. L'accès à la vie de la cité
 - 6.1. Les transports adaptés
7. Synthèse des principaux points forts et points faibles selon les professionnels et les usagers

Chapitre I : Le contexte démographique et socio-économique du Département de la Haute-Vienne

I. LE PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE DE LA HAUTE VIENNE : UN DÉPARTEMENT RELATIVEMENT ÂGÉ AVEC UNE POPULATION CONCENTRÉE DANS LE TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE

Ce premier chapitre du schéma vise à décrire les grandes caractéristiques de la population de la Haute-Vienne et plus particulièrement celles des personnes âgées et des personnes adultes handicapées. Il a été élaboré essentiellement à partir de l'analyse des documents fournis par le Conseil général de la Haute-Vienne et ses partenaires dont l'Insee Limousin. Les données de la Drees ont également été mobilisées.

En 2012, la Haute-Vienne est le quatrième département le plus peuplé parmi les six départements de comparaison, et le premier en termes de part des 85 ans et plus dans la population totale, et deuxième après la Vienne en ce qui concerne la tranche des 20 à 59 ans dans la population totale.

Population estimée au 1^{er} janvier 2012 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Départements	Pyénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Nombre d'habitants au 01.01.2012	457 000	431 862	390 771	377 943	373 306	355 419
dont 20 à 59 ans	216 742 47,43 %	220 305 51,01 %	192 276 49,20 %	189 140 50,04 %	184 591 49,45 %	175 313 49,33 %
dont 85 ans et plus	16 765 3,67 %	14 089 3,26 %	13 038 3,34 %	14 484 3,83 %	13 495 3,61 %	13 231 3,72 %

Source : Insee, estimation de population

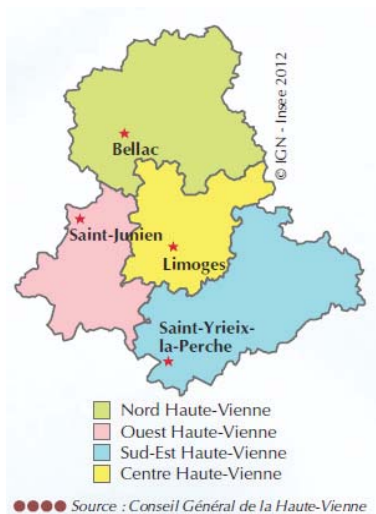
I.1 UNE CROISSANCE DE LA POPULATION LÉGÈREMENT SUPÉRIEURE À LA MOYENNE RÉGIONALE MAIS INFÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE

Au 1^{er} janvier 2011, le département de la Haute-Vienne recense 376 058 habitants¹. Entre 1999 et 2009, le département a connu une augmentation de 0,6 % de sa population par an soit une croissance supérieure à la moyenne régionale (+ 0,4 %) mais légèrement inférieure à la croissance nationale (+ 0,7 %). En Haute-Vienne, l'augmentation du nombre d'habitants est essentiellement due au solde migratoire (+ 0,7 % contre - 0,1 % pour le solde naturel). En effet, le nombre de décès est supérieur au nombre de naissances (en 2011, le département a enregistré 3 937 décès pour 3 907 naissances).

¹ Le chiffre de la population totale (année 2011) est celui auquel il convient de se référer pour l'application des lois et règlements à compter du 1^{er} janvier 2014. Décret no 2013-1289 du 27 décembre 2013 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon

1.2 UN TRÈS FORTE CONCENTRATION DES HABITANTS DANS LE TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE

Le Conseil général a mis en place une organisation de ses services d'action sociale basée sur quatre secteurs : trois secteurs ruraux (Nord Haute-Vienne, Ouest Haute-Vienne, Sud Haute-Vienne) et un secteur central qui inclut la ville de Limoges (Centre Haute-Vienne).



En 2011, 65 % des 376 058 habitants du département résident dans le territoire Centre Haute-Vienne, contre 14 % dans le territoire Sud Haute-Vienne, 11 % dans le territoire Ouest Haute-Vienne et 10 % dans le territoire Nord Haute-Vienne.

Nombre d'habitants au 1^{er} janvier 2011 par territoire en Haute-Vienne

	Sud Haute-Vienne	Ouest Haute-Vienne	Centre Haute-Vienne	Nord Haute-Vienne	Total
Nombre d'habitants	54 307	39 957	242 931	38 863	376 058
Part en %	14%	11%	65%	10%	100%

Source : Insee, recensement de la population

1.3 L'INDICE DE VIEILLISSEMENT

En 2012, la Haute-Vienne est le deuxième département présentant l'indice de vieillissement² le plus important parmi les six départements de comparaison. Les trois indices de vieillissement les plus importants des départements comparés ont des valeurs très proches. La France métropolitaine a un indice de vieillissement de 70,7.

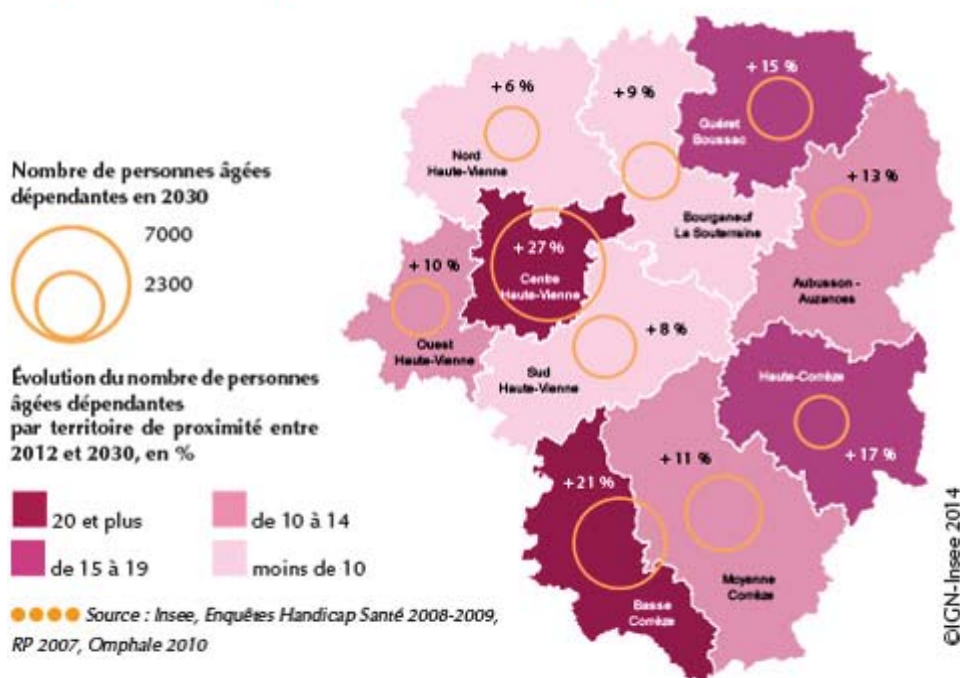
Indice de vieillissement de la population en 2012 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	101,0	79,0	95,4	99,7	86,7	99,4

Source : Insee

³ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 60 ans ou plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Carte 2 - Le Centre Haute-Vienne et la Basse-Corrèze les plus concernés par la hausse de la dépendance



1.4 UNE POPULATION RELATIVEMENT PLUS JEUNE QUE LA MOYENNE RÉGIONALE MAIS PLUS ÂGÉE QUE LA MOYENNE NATIONALE

La part des personnes âgées de 20 à 59 ans en Haute-Vienne (50 %) est supérieure à la part régionale (48 %) mais inférieure de deux points à la part nationale (52 %). De plus, la part des personnes âgées de 75 ans et plus (12 %) est supérieure à la moyenne constatée au niveau national (9 %).

Répartition par âge de la population estimée en 2012 en valeur absolue et en %

	de 0 à 19 ans	de 20 à 39 ans	de 40 à 59 ans	de 60 à 74 ans	de 75 ans ou plus	Total
Haute-Vienne	81 547 22%	86 133 23%	101 217 27%	63 539 17%	45 507 12%	377 943 100%
Limousin	154 487 21%	157 871 21%	204 010 27%	131 655 18%	98 207 13%	746 230 100%
France métropolitaine	16 116 463 25%	16 296 929 25%	17 577 320 27%	9 439 337 14%	5 850 808 9%	65 280 857 100%

Source : Insee, estimation de population 2012

1.5 UNE DIMINUTION DE LA PART DES PERSONNES ÂGÉES DE 0 À 59 ANS À L'HORIZON 2030 AU BÉNÉFICE DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS

Selon les projections démographiques de l'Insee, la Haute-Vienne comptera 391 153 habitants en 2030 soit une progression de 6 % de la population totale.

Entre 2010 et 2030, la part des personnes de moins de 59 ans va diminuer (de - 5 points) quand la part des personnes âgées de 60 ans et plus va augmenter (de + 5 points). L'âge moyen des habitants de la Haute-Vienne va augmenter en évoluant de 42,6 ans en 2010 à 44,7 ans en 2030.

Évolution de la population départementale à l'horizon 2030 par tranche d'âge

Année	Population au 1er janvier	Structure par âge (en %)				Âge moyen
		0-19 ans	20-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus	
2010	370 526	20,9	51,9	20,1	7,1	42,6
2015	376 779	21,4	49,7	21,4	7,5	43,0
2020	381 970	21,5	48,3	22,7	7,4	43,5
2025	386 487	20,9	47,8	24,1	7,1	44,1
2030	391 153	20,3	47,5	23,6	8,6	44,7

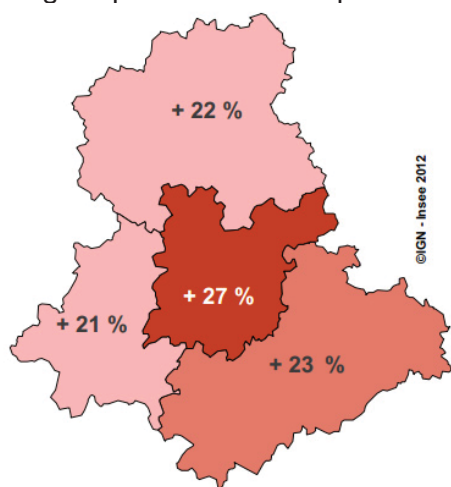
Source : Insee, modèle OMPHALE 2010 (scénario central)

1.6 UNE AUGMENTATION DE LA PART DE LA POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE À L'HORIZON 2030

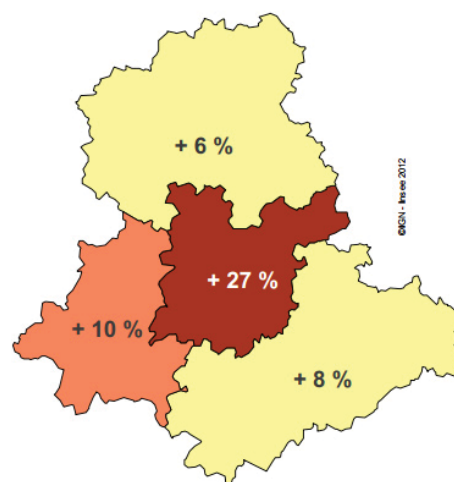
L'étude de l'Insee sur la dépendance en Haute-Vienne indique qu'en 2012 un habitant du département sur quatre a plus de 60 ans. En 2030, un habitant sur trois aura plus de 60 ans. De plus, le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes pourrait augmenter de 19 % d'ici à 2030.

Parmi les quatre territoires du département, le territoire Centre Haute-Vienne serait le plus concerné par ces évolutions avec une progression de 27 % du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes. En effet, ce territoire est aujourd'hui le plus peuplé et le moins âgé et est celui qui vieillira le plus rapidement. Dans les autres territoires, ruraux et déjà âgés, la progression du nombre de personnes âgées dépendantes sera plus modérée : + 6 % pour le Nord Haute-Vienne, + 8 % pour le Sud Haute-Vienne et + 10 % pour l'Ouest Haute-Vienne.

Évolution du nombre de personnes âgées de 60ans et plus et évolution du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes entre 2012 et 2030 en % dans les territoires



Évolution entre 2012 et 2030 du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus (en %)



Évolution entre 2012 et 2030 du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes (en %)

Sources : Insee, enquête handicap santé 2008-2009, RP 2007, Omphale 2010 - © IGN, Insee 2012

Carte 1 - Une augmentation modérée en Limousin

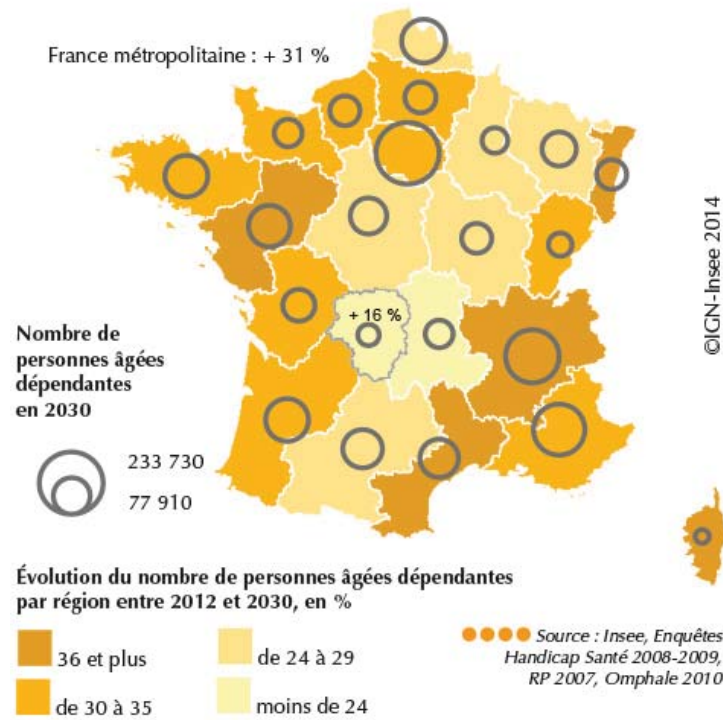


Tableau 1 - Horizon 2030 : des évolutions contrastées selon les territoires

	Population totale des 60 ans et plus			Population dépendante des 60 ans et plus		
	en 2012	en 2030	évolution 2012-2030 en %	en 2012	en 2030	évolution 2012-2030 en %
Basse-Corrèze	39 930	50 440	26	3 820	4 610	21
Moyenne-Corrèze	27 220	32 540	20	2 840	3 140	11
Haute-Corrèze	11 010	13 880	26	1 280	1 490	17
Corrèze	78 160	96 860	24	7 940	9 240	17
Aubusson-Auzances	12 440	14 720	18	1 490	1 680	13
Bourgageuf-La Souterraine	14 180	17 370	23	1 610	1 760	9
Guéret-Boussac	16 840	21 050	25	1 850	2 130	15
Creuse	43 460	53 140	22	4 950	5 570	12
Nord Haute-Vienne	13 990	17 030	22	1 520	1 610	6
Centre Haute-Vienne	62 860	79 600	27	5 480	6 960	27
Sud Haute-Vienne	16 900	20 760	23	1 940	2 090	8
Ouest Haute-Vienne	14 820	17 980	21	1 530	1 680	10
Haute-Vienne	108 570	135 370	25	10 470	12 340	18
Limousin	230 190	285 370	24	23 360	27 150	16

Population totale des 60 ans et plus et population dépendante par territoire à l'horizon 2030

Source : Insee, Enquêtes Handicap Santé 2008-2009, RP 2007, Omphale 2010

2. LE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SANITAIRE : UNE POPULATION PLUS AISÉE DANS LE TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE ET UNE OFFRE DE SOINS SATISFAISANTE

2.1. LE TAUX DE PAUVRETÉ MONÉTAIRE³

La Haute-Vienne est caractérisée par le troisième plus important taux de pauvreté monétaire en 2010, parmi les six départements de comparaison. La France métropolitaine a un taux de 14,1.

Taux de pauvreté monétaire 2010 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux de pauvreté monétaire 2010	20,3	14,1	12,1	14,8	13,3	15,5

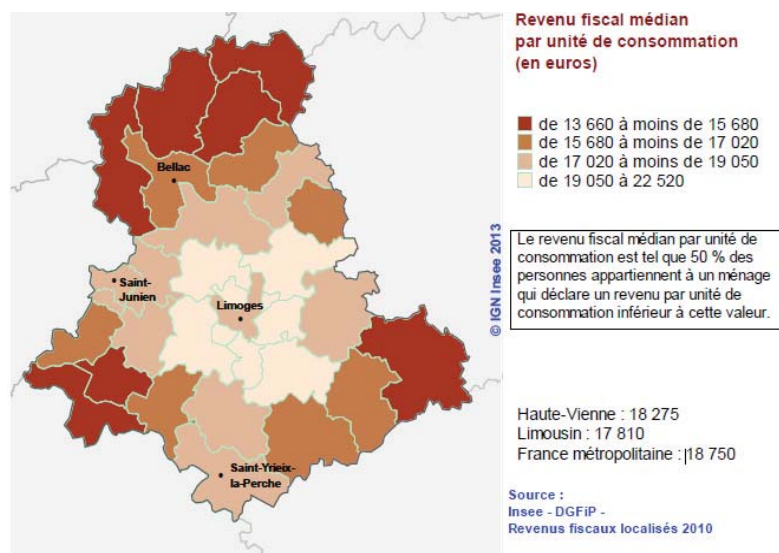
Sources : CNAME, CCMSA, CNAF, DREES, INSEE, Pôle emploi, RSI

2.2. LES REVENUS FISCAUX MOYENS PLUS ÉLEVÉS EN HAUTE-VIENNE QUE DANS LE LIMOUSIN MAIS INFÉRIEURS À LA MOYENNE NATIONALE

La médiane du revenu fiscal par unité de consommation⁴ est plus élevée dans le département de la Haute-Vienne (18 275 €) que dans la région Limousin (17 810 €). Cependant, elle est légèrement inférieure au revenu fiscal médian par unité de consommation national (18 750 €).

Le revenu fiscal médian est plus important dans le territoire Centre Haute-Vienne que dans les trois autres territoires comme le montre la carte ci-dessous.

Le revenu fiscal médian



³ Le taux de pauvreté monétaire est la part des personnes dont le niveau de vie (revenu disponible une fois pris en compte impôts et prestations sociales et compte tenu de la composition du ménage) est inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

⁴ La médiane du revenu fiscal par unité de consommation est la valeur qui partage les revenus fiscaux en deux parties de même effectif par unité de consommation.

2.3. UNE FORTE AUGMENTATION DU NOMBRE DE DEMANDEURS D'EMPLOI TRAVAILLEURS HANDICAPÉS⁵

En mars 2013, la Haute-Vienne comptait 2 459 demandeurs d'emploi en fin de mois travailleurs handicapés (DEFM) soit 18 % de plus qu'au 31 mars 2012. Au niveau national, sur la même période, le nombre de travailleurs handicapés DEFM a augmenté de 15,1 % et dans la région Limousin, de 15 %. En comparaison avec les demandeurs d'emploi tous publics, les personnes handicapées sont plus touchées par le chômage. En effet, en mars 2013, la Haute-Vienne comptait 25 814 DEFM tous publics soit une hausse de 7,6 % en comparaison avec mars 2012. Il est à noter que l'augmentation du nombre de DEFM est plus faible dans la Haute-Vienne que dans la région Limousin (+ 8,9 %) et en France métropolitaine (+ 9,5 %).

2.4. UN TAUX DE BÉNÉFICIAIRES DE MINIMA SOCIAUX SUPÉRIEUR AU TAUX NATIONAL

2.4.1. Un taux de bénéficiaires du RSA plus important en Haute-Vienne que dans le Limousin et qu'en France métropolitaine⁶

Le revenu de solidarité active (RSA) est destiné à assurer aux personnes sans ressource ou disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition de leur foyer. 11 931 personnes sont bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) dans le département de la Haute-Vienne au 31 décembre 2012 soit une part de 7 % de la population couverte par cette allocation. Ce taux est supérieur aux taux régional (6 %) et national (6,6 %).

En comparaison avec les autres départements, la Haute-Vienne se situe au 4^{ème} rang en matière de dépenses brutes par habitant, et au dernier rang pour les dépenses engagées par bénéficiaire.

Dépenses brutes de RSA « socle » et RMI, allocation et insertion en 2011

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Dépenses totales brutes en €/habitant	218,7	133,8	96,3	121	82	135
Dépenses totales brutes en €/bénéficiaire	2 648	2 594	2 838	2 439	2 562	2 510

Sources : DREES, INSEE, enquêtes annuelles sur l'aide sociale – population 2011

2.4.2. Un taux de bénéficiaires de l'AAH⁷ supérieur aux taux national et régional

L'allocation pour adulte handicapé (AAH) permet de garantir un revenu minimum. La Haute-Vienne compte 8 325 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) au 31 décembre 2012, ce qui correspond à un taux de 3,9 bénéficiaires pour 100 personnes de 20 à 64 ans. Ce taux est supérieur au taux national (2,6 %) et au taux régional (3,8 %).

Taux d'allocataires d'AAH dans la population des 20 à 64 ans

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Part des allocataires d'AAH au 31/12/2012	4,0	2,4	2,4	3,9	3,2	3,5

Sources : DREES, ICNAF et MSA - population 2012

⁵ Sources : Pôle emploi et Agefiph.

⁶ Sources : Cnamts, CCMSA, Cnaf, Drees, Insee, Pôle emploi, RSI

⁷ Sources : Cnaf, CCMSA, Drees

2.4.3. Un taux d'allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées⁸ inférieur au taux régional mais supérieur au taux national

Au 31 décembre 2011, la Haute-Vienne comptait 3 793 personnes de 65 ans et plus bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) qui est une allocation destinée aux personnes âgées disposant de faibles revenus en vue de leur assurer un niveau minimum de ressources soit un taux de 4,7 allocataires pour 100 personnes de 65 ans et plus. Ce taux est légèrement supérieur au taux national (4,5 %) et légèrement inférieur au taux régional (5 %).

Au 31 décembre 2011, la Haute-Vienne est caractérisée par la deuxième part la plus importante d'allocataires ASPA, et d'allocation spéciale vieillesse (ASV) pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus parmi les six départements de comparaison. En 2011, la France métropolitaine a 4,5 % personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaires de l'ASPA, AVS.

Allocataires ASPA, ASV au 31 décembre 2011 pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Allocataires ASPA, ASV pour 100 personnes de 65 ans et +	6,6	3,9	4,0	4,7	3,7	4,4

Sources : CNAV, DREES

2.4.4. Une offre hospitalière et libérale satisfaisante⁹

En moyenne, les Limousins résident à 21 minutes d'un établissement hospitalier. La région est l'une des plus attractives en termes de soins hospitaliers : en 2010, une hospitalisation sur dix concerne un patient domicilié hors de la région. En 2012, 90 % des Limousins hospitalisés l'ont été dans un établissement de santé implanté dans la région, ce qui confirme l'adaptation de l'offre de soins hospitalière aux besoins de la population. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges a un rayonnement sur l'ensemble de la région.

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne comptait 666 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 176,2 médecins pour 100 000 habitants, ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale (139,2 pour 100 000 habitants) et aux moyennes de la Creuse (140,8 pour 100 000 habitants) et de la Corrèze (137,7 pour 100 000 habitants).

De plus, la Haute-Vienne a une densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants supérieure à la densité de médecins généralistes. Ainsi, le département compte 734 médecins spécialistes soit une densité de 194,2 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 84,1 en Creuse et 121 en Corrèze.

Le département de la Haute-Vienne a donc une densité de médecins en activité régulière forte liée à l'attractivité du CHU de Limoges. Le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées est ainsi facilité par l'offre de soins hospitaliers et libéraux en Haute-Vienne.

En ce qui concerne les infirmiers libéraux, la Haute-Vienne dispose d'une densité supérieure à la moyenne nationale (146).

Densité d'infirmiers libéraux en 2013 (Sources : DREES, répertoire Adeli, INSEE, population 2012)

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Nombre d'infirmiers libéraux en activité au 01/01/2013, pour 100 000 habitants	344	93	182	167	101	102

⁸ Sources : Conseils généraux, Cnav, Drees

⁹ Sources : Insee et ARS Limousin 2012 et Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France au 1 janvier 2013

3. LES DÉPENSES DU CONSEIL GÉNÉRAL DANS LE DOMAINE DE L'AUTONOMIE

Entre 2007 et 2013, les dépenses du Conseil général en direction des personnes âgées ont diminué de 0,2 % en raison :

- de la reprise en gestion directe des CLIC par le Conseil général (- 1 250 000 €) ;
- du transfert des dépenses liées à la prise en charge des personnes handicapées hébergées en EHPAD, du budget personnes âgées vers le budget personnes handicapées (de 800 000 € à 2 550 000 €).

Dans le secteur des personnes handicapées, les dépenses ont augmenté de 67 %.

Évolution des dépenses du Conseil général en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées entre 2007 et 2013 (en €)

	2007	2012	2013	Évolution 2007/2013	Évolution 2013/2012
Personnes âgées	57 004 515	56 304 280	56 867 283	- 0,2 %	1,0 %
Personnes handicapées	37 567 313	61 545 812	62 722 658	67,0 %	1,9 %

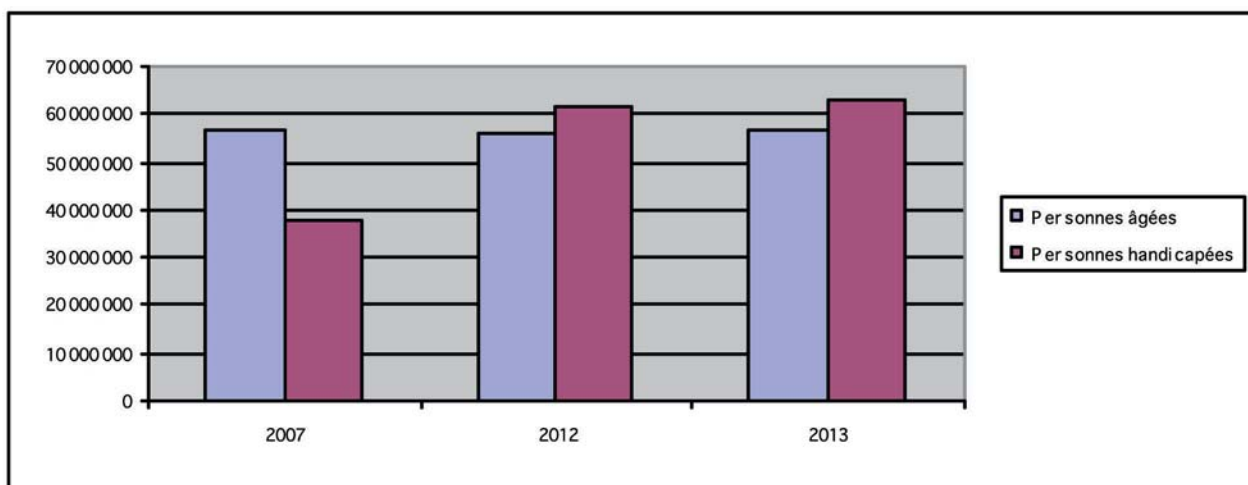
Source : Conseil général 87

Le budget primitif du Conseil général pour 2014 s'élève à 417,6 M€, dont 341,4 M€ de dépenses de fonctionnement.

Les dépenses d'action sociale et médico-sociale s'élèvent à 213,8 M€ :

- o 37 M€ pour le secteur enfance-famille
- o 62,8 M€ pour les personnes handicapées avec une PCH estimée à 12 M€
- o 57,5 M€ pour les personnes âgées dont 44,2 M€ pour l'APA
- o 52 M€ pour les dépenses concernant le RSA/RMA

Le budget social représente à lui seul 78,5% des dépenses de fonctionnement (hors frais de personnel) du budget départemental.



Chapitre 2 : L'offre d'accompagnement des personnes âgées dans le département de la Haute-Vienne

I. LES PRESTATIONS DESTINÉES AUX PERSONNES ÂGÉES

I.1. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place au 1er janvier 2002, est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, qui résident en France de façon stable et régulière et qui rencontrent des difficultés pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (perte d'autonomie).

A domicile, l'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque personne. Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide-ménagère, le portage de repas, l'abonnement à un service de téléassistance, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la sécurité sociale) ou l'adaptation du logement (douche, barre d'appui...).

Le montant de l'allocation est calculé en fonction du degré de dépendance et des ressources du bénéficiaire.

La grille AGGIR

La perte d'autonomie du demandeur de l'APA est évaluée à partir d'un instrument utilisé au plan national : la grille AGGIR. Celle-ci est remplie au domicile de la personne par le médecin traitant ou par un membre de l'équipe médico-sociale du Conseil général. Elle permet de mesurer dix variables dites "discriminantes", retraçant la perte d'autonomie physique et/ou psychique : la cohérence, la capacité d'orientation, la capacité à faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur, les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), la communication à distance (téléphone, sonnette).

La grille AGGIR comporte également sept autres variables dites illustratives qui permettent d'affiner le plan d'aide de l'APA.

En fonction des résultats de l'évaluation, le demandeur est classé dans un groupe iso-ressources (GIR) allant de 1 à 6. Les GIR 5 et 6 (dépendance la plus faible) ne donnent pas droit à l'APA, mais peuvent permettre l'attribution d'une prestation d'aide-ménagère financée par la caisse de retraite de l'intéressé ou par le Conseil général.

Les GIR 1 à 4 ouvrent droit au bénéfice de l'APA

Au 31 décembre 2011, la Haute-Vienne est le troisième département, parmi les départements de comparaison, à compter la proportion la plus faible du nombre de bénéficiaires de l'APA.

Part de la population de 75 ans et plus, bénéficiaires de l'APA, pour 100 personnes de 75 ans et plus au 31 décembre 2011, en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Départements	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente	France métropolitaine
APA à domicile ou en établissement	20,0	17,4	20,7	19,7	17,5	20,6	20,3
APA à domicile	13,4	9,3	11,7	11,3	8,7	10,6	12,1
APA en établissement	6,6	8,1	9,0	8,5	8,8	10,0	8,3

Sources : Conseils généraux, DREES 2011

Nombre de bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2012, en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Départements	Pyrénées Orientales	Vienne	Landes	Haute Vienne	Deux Sèvres	Charente
APA à domicile	7 531	4 264	5 165	5 031	3 705	4 449
APA en établissement	3 831	3 846	4 278	3 856	3 966	4 134

Sources : Conseils généraux, DREES avril 2014

Dans la région Limousin, la Haute-Vienne est caractérisée par la plus petite part de bénéficiaires de l'APA (domicile et établissement) ainsi que pour la seule APA à domicile, rapportée à la population des 75 ans et plus au 31 décembre 2011,

Part de la population de 75 ans et plus, bénéficiaires de l'APA (%) au 31 décembre 2011

Départements	Haute-Vienne	Creuse	Corrèze	France métropolitaine
APA à domicile ou en établissement	19,7	25.5	21.3	20.3
APA à domicile	11.3	15.8	12.4	12.1
APA en établissement	8.5	9.7	8.9	8.3

Source : Conseil général 87, traitement Cekoia Conseil

1.1.1. Une augmentation modérée des dépenses d'APA à domicile et en établissement entre 2007 et 2013

Au 31 décembre 2013, 43 148 232 € ont été dépensés par le Conseil général dans le cadre du financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile et en établissement. 61 % de cette somme ont été consacrés à l'APA à domicile et 39 % à l'APA en établissement.

Entre 2007 et 2013, les dépenses brutes d'APA à domicile ont diminué de près de 3 % quand les dépenses d'APA en établissement ont augmenté de près de 24 %, chiffre à rapprocher de la progression de 7 % sur cette période de la capacité d'hébergement permanent et temporaire installée en Haute-Vienne des EHPAD et USLD.

Évolution des dépenses d'APA à domicile et d'APA en établissement entre 2007 et 2013

	2007	2012	2013	Évolution 2007 - 2013	Évolution 2012 - 2013
APA à domicile	27 114 340	26 805 081	26 404 263	- 2,62 %	- 1,50 %
APA en établissement	13 503 907	16 144 711	16 743 969	23,99 %	+ 3,71 %
TOTAL	40 618 247	42 949 792	43 148 232	6,23 %	+ 0,46 %

Source : Conseil général 87

A titre de comparaison, entre 2006 et 2011 les variations annuelles des dépenses brutes d'APA en Haute-Vienne sont plus faibles que celles de la moyenne nationale. De plus, entre 2010 et 2011, les dépenses annuelles d'APA ont baissé de 0,6% en Haute-Vienne alors qu'elles ont augmenté de 1,6% en France.

1.1.2. Les bénéficiaires de l'APA à domicile

En Haute-Vienne, 5 164 demandes d'APA ont été reçues sur l'année 2012, pour un nombre de 5 031 bénéficiaires au 31 décembre 2012.

Fin 2011, le taux de refus sur les premières demandes de l'APA à domicile est supérieur à la moyenne nationale (avec un taux de 33% en Haute-Vienne contre un taux de 26% en France).

Au 31 décembre 2011, la Haute-Vienne est caractérisée par la deuxième part la plus importante de bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et GIR 2 parmi l'échantillon, et se place après la Charente. La France métropolitaine a une part de 20,2 bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et 2.

La majorité des bénéficiaires (55,11%) sont classés GIR 4 en Haute-Vienne (58,30% au niveau national).

Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et GIR 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires, au 31 décembre 2011, en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et GIR 2 au 31.12.2011	20,5	17,5	19,8	22,8	18,0	23,2

Sources : Conseils généraux, DREES 2011

Fin 2013, 5 047 personnes ont un paiement au titre de l'APA à domicile. 51 % des bénéficiaires ont 85 ans et plus et près de 23 % ont une dépendance lourde (GIR 1 - 2).

Le profil des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2013

	Nombre de bénéficiaires	Part de bénéficiaires âgés de 85 ans et plus	Part des bénéficiaires en GIR 1- 2	Part des bénéficiaires en GIR 3 - 4
Décembre 2013	5 047	51%	22,56%	77,44%

Source : Conseil général 87, traitement Cekoia Conseil

En Haute-Vienne, parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, les femmes sont plus nombreuses que les hommes : elles représentent 72,2% des bénéficiaires au 31 décembre 2012.

De plus dans le département, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile âgés de 85 ans et plus parmi les bénéficiaires de 60 ans et plus s'est accrue : elle atteint 51% au 31 décembre 2012, contre 47% au 31 décembre 2009.

1.1.3. Les montants moyens du plan d'aide et de l'APA

En Haute-Vienne, le montant moyen du plan d'aide des personnes âgées (531 €) était supérieur fin 2011 à la moyenne nationale (487 €). Pour exemple, pour une personne classée GIR 4 le montant moyen s'élevait à 389 € en Haute-Vienne alors qu'au plan national il est de 346 €

De même, le montant moyen de l'APA versé aux personnes âgées en Haute-Vienne (435 €) était supérieur au montant moyen national (390 €). Une personne âgée classée GIR 4 bénéficiait en moyenne de 320 € en Haute-Vienne, et de 279 € au plan national.

Entre 2009 et 2011, la baisse de ces montants en Haute-Vienne est plus faible que celle constatée au niveau national (à titre d'exemple : 1% de diminution du montant moyen du plan d'aide en Haute-Vienne, contre 3% de moins au niveau national).

Evolution des montants moyens du plan d'aide et de l'APA versés entre 2009 et 2011

	2009		2011		Évolution 2009 - 2011 en %	
	Haute-Vienne	France	Haute-Vienne	France	Haute-Vienne	France
Montant moyen plan d'aide	537 €	500 €	531 €	487 €	-1%	-3%
Montant moyen APA versé	436 €	408 €	435 €	390 €	-0,2%	-4%

Source : Conseil général 87, traitement Cekoïa Conseil

Répartition des personnes âgées par GIR, montants moyens du plan d'aide et APA versée, et rapport aux maximums attribuables fin 2011

	GIR 1		GIR 2		GIR 3		GIR 4	
	Haute Vienne	France	Haute Vienne	France	Haute Vienne	France	Haute Vienne	France
Part de personnes âgées	2,54%	2,40%	19,87%	17,50%	22,48%	21,80%	55,11%	58,30%
Montant moyen du plan d'aide	1 032 €	997 €	802 €	783 €	607 €	578 €	389 €	346 €
Proportion par rapport au montant maximum	82 %	79 %	74 %	72 %	75 %	71 %	72 %	64 %
APA versée	838 €	810 €	644 €	620 €	497 €	462 €	320 €	279 €
Maxi attribuable	1 261 €		1 081 €		811 €		540 €	

Source : Conseil général 87, traitement Cekoïa Conseil

Le montant mensuel moyen (montant calculé par GIR et mois, par mois sur l'année) d'un plan d'aide était de 530 € en 2013 avec 90 € de reste à charge. En 2007 il était de 520 €, avec un reste à charge de 80 €.

1.1.4. Les bénéficiaires de l'APA en établissement entre 2007 et 2013

Au 31 décembre 2013, 3 925 personnes âgées bénéficient de l'APA en établissement. 66 % des bénéficiaires ont 85 ans et plus. En termes de dépendance, une forte minorité (39,69 %) des bénéficiaires de l'APA en établissement relève d'un GIR 2.

En comparaison avec l'année 2007, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA en établissement a augmenté de 8,3 % et la part des bénéficiaires âgés de 85 ans et plus a également augmenté (54 % en 2007 contre 66 % en 2013). Néanmoins, la part de personnes âgées avec une dépendance lourde (GIR 1 et 2) est équivalente : 57 %.

Évolution du profil des bénéficiaires de l'APA en établissement

	Nombre de bénéficiaires	Part des bénéficiaires âgés de 85 ans et plus	Part des bénéficiaires en GIR 1- 2	Part des bénéficiaires en GIR 3 - 4
2007	3 624	54 %	57,35 %	42,65 %
2013	3 925	66 %	57,32 %	42,68 %

Source : Conseil général 87, traitement Cekoïa Conseil

1.1.5. Le coût mensuel du tarif dépendance en établissement et le reste à charge

Au 31 décembre 2013, le coût mensuel du tarif dépendance en établissement est d'environ 501 € dont 345 € sont pris en charge par l'APA soit un reste à charge de 156 € sur le tarif dépendance pour les bénéficiaires de l'APA.

En comparaison avec 2007, le coût mensuel moyen du tarif dépendance a augmenté (de 440 € à 501 €). Il en va de même pour le reste à charge des résidents bénéficiaires de l'APA (de 140 € en 2007 à 156 € en 2013).

1.2. LES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES ENTRE 2007 ET 2013

Les personnes âgées de 60 ans privées de ressources suffisantes peuvent bénéficier d'une aide pour faire face aux frais liés à leur maintien à domicile ou aux frais d'hébergement en structure d'accueil.

1.2.1. Le nombre de bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale pour financer une aide-ménagère

L'aide sociale départementale permet de financer une aide-ménagère qui a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile (entretien du logement, courses, préparation des repas)¹⁰.

Les personnes âgées qui ne peuvent prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (GIR 5 ou 6) et dont la situation motive une aide à domicile en raison de leur isolement géographique ou familial, de leur grand âge, ou d'une situation sociale particulièrement fragile, peuvent demander le bénéfice de l'aide-ménagère à domicile au titre de l'aide sociale.

L'aide-ménagère est assurée par des services publics ou privés ayant obtenu l'agrément qualité ou reçu l'autorisation du Président du Conseil général.

Au 31 décembre 2013, 74 personnes ont bénéficié de l'intervention d'une aide-ménagère au titre de l'aide sociale contre 82 personnes en 2009 soit une diminution de 10 % du nombre de bénéficiaires. En termes de dépenses, 155 670 € ont rémunéré les prises en charge enregistrées au titre de cette prestation contre 307 121 € en 2007 soit une diminution de 49 % des dépenses.

Évolution du nombre de bénéficiaires et du montant des dépenses d'aide-ménagère au titre de l'aide sociale entre 2007 et 2013

	2007	2013	Évolution 2007 - 2013 en %
Bénéficiaires	102	74	- 28 %
Dépenses en €	307 121 €	155 670 €	- 49 %

Source : Conseil général 87, traitement Cekoia Conseil

1.2.2. Le nombre de bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale pour les services de portage de repas à domicile

Le Conseil général peut prendre en charge le financement d'une partie du service au titre de l'aide sociale sous condition de ressources et sous réserve que le service de portage soit habilité.

Il peut également prendre en charge une partie du financement du service sous forme d'un forfait de livraison de repas intégré au plan d'aide de l'APA à domicile.

Les caisses de retraite peuvent également participer au financement du service sous condition de ressources.

Au 31 décembre 2013, 17 personnes âgées ont bénéficié de la participation du Conseil général à leurs frais de portage de repas contre 24 personnes en 2007 soit une diminution de 29 % du nombre de bénéficiaires.

14 729 € ont été dépensés par le Conseil général en 2013 contre 38 729 € en 2007 soit une diminution de 62 %.

¹⁰ Article L 231-1 du Code de l'Action sociale et des familles

Évolution du nombre de bénéficiaires et du montant des dépenses de portage de repas à domicile au titre de l'aide sociale entre 2007 et 2013

	2007	2013	Évolution 2007 – 2013 en %
Bénéficiaires	24	17	- 29 %
Dépenses en €	38 729 €	14 729 €	- 62 %

Source : Conseil général 87, traitement Cekoïa Conseil

1.2.3. Le nombre de bénéficiaires et le coût de l'aide sociale pour les prestations de téléassistance

Une partie des frais d'abonnement à un service de téléassistance peut être prise en charge par le Conseil général :

- soit au titre de l'aide sociale départementale, sous conditions de ressources et sous réserve de faire appel à un prestataire habilité
- soit au titre de l'APA à domicile, dans le cadre du plan d'aide. La personne âgée peut alors faire appel au prestataire de son choix, même s'il ne figure pas parmi les services habilités.

Au 31 décembre 2013, 46 personnes bénéficiaient de la participation du Conseil général au financement d'une prestation de téléassistance au titre de l'aide sociale contre 83 personnes en 2007.

En 2013, le Conseil général a dépensé 5 074 € contre 11 770 € en 2007 pour financer ces prestations.

Évolution du nombre de bénéficiaires et du montant des dépenses de téléassistance au titre de l'aide sociale entre 2013 et 2007

	2007	2013	Évolution 2007 - 2013 en %
Bénéficiaires	83	46	- 45 %
Dépenses en €	11 770 €	5 074 €	- 57 %

Source : Conseil général 87, traitement Cekoïa Conseil

1.2.4. Le nombre de bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale à l'hébergement

Les personnes âgées dont les ressources, y compris l'aide des obligés alimentaires, ne permettent pas de régler le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance (GIR 5 et 6) fixés par arrêté du Président du Conseil général, peuvent bénéficier d'une prise en charge au titre de l'aide sociale dans les établissements habilités. L'aide sociale peut financer l'hébergement en structure non médicalisée et en structure médicalisée.

La Haute-Vienne occupe la dernière place au niveau des départements de comparaison.

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Effectifs au 31 décembre 2012	634	645	1 110	548	814	641

Sources : Conseils généraux, DREES avril 2014

Au 31 décembre 2013, 482 personnes sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement : 16 en établissement non médicalisé et 466 en EHPAD.

Entre 2007 et 2013, le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale a diminué de plus de 38%.

Évolution du nombre de bénéficiaires à l'aide sociale à l'hébergement entre 2007 et 2013

	Nombre de bénéficiaires				% évolution des bénéficiaires	
	2007	2010	2012	2013	2007 - 2013	2012 - 2013
EHPA	26	16	18	16	-38,46 %	- 11,11 %
EHPAD	750	640	530	466	- 35,87 %	- 12,08 %
TOTAL	776	656	548	482	- 37,89 %	- 12,04 %

Source : Conseil général 87

Parallèlement, le nombre de personnes âgées hébergées en EHPAD, ayant conservé leur statut de personne handicapée a augmenté, notamment à compter de 2012 : 37 (2007), 69 (2010), 106 (2012) et 116 (2013).

Au 31 décembre 2013, le Conseil général de la Haute-Vienne a dépensé 12 870 996 € pour l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées en EHPA et en EHPAD, soit une diminution globale de 10 % des dépenses en comparaison avec l'année 2007.

Évolution des dépenses d'aide sociale à l'hébergement (statut personnes âgées) entre 2007 et 2013

	Dépense brute en €				% évolution de la dépense	
	2007	2010	2012	2013	2007 - 2013	2012 - 2013
EHPA	148 440	120 777	187 558	170 050	+ 14,57 %	- 9,33 %
EHPAD	14 183 914	13 699 292	12 744 072	12 700 946	- 10,46 %	- 0,34 %
TOTAL	14 332 354	13 820 069	12 931 630	12 870 996	- 10,20 %	- 0,47 %

Source : Conseil général 87

La diminution, à compter de l'année 2012, des dépenses en EHPAD, s'explique par un transfert, vers le budget du handicap, de dépenses liées aux frais d'hébergement de personnes âgées ayant notamment conservé leur statut de personnes handicapées.

Le tableau ci-dessous affiche d'une part l'évolution importante des dépenses liées à l'hébergement de personnes handicapées âgées entre 2007 et 2013 (+ 219 %), et d'autre part, une évolution modérée des dépenses globales d'aide sociale en EHPAD (+1,80 % entre 2007 et 2013).

Décomposition des dépenses d'aide sociale à l'hébergement en EHPAD (tous statuts), entre 2007 et 2013

	Dépenses brutes en €				% évolution de la dépense	
	2007	2010	2012	2013	2007/2013	2012/2013
Statut personnes âgées	14 183 914	13 699 292	12 744 072	12 700 946	- 10,46 %	- 0,34
Statut personnes handicapées	800 080	907 721	2 285 352	2 553 404	+219,14 %	+ 11,73 %
Total	14 983 994	14 607 013	15 029 424	15 254 350	+1,80 %	+ 1,50 %

2. LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE COORDINATION

2.1. LA REPRISE EN RÉGIE DIRECTE DES MISSIONS DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE PAR LES MAISONS DU DÉPARTEMENT (MDD)

Depuis le 1^{er} janvier 2011, le Conseil général a repris en régie directe les missions de coordination gérontologique des CLIC.

29 Maisons du Département (MDD) sont réparties sur tout le département. 7 adjoints aux directeurs des MDD chargés des personnes âgées et des personnes handicapées encadrent 35 référents autonomie qui interviennent soit au domicile des seniors, soit lors de permanences ou sur rendez-vous.

Dans le champ des personnes âgées, leurs missions sont les suivantes :

- écouter, conseiller et soutenir les personnes âgées et leurs proches ;
- informer sur les structures et services existants pour personnes âgées ;
- aider à la constitution de dossiers (demande d'APA, d'aides des caisses de retraite, amélioration de l'habitat,...)
- aider à la mise en œuvre et au suivi du plan d'aide personnalisé établi par l'équipe médico-sociale du Conseil général dans le cadre de l'APA ;
- préparer le retour à domicile après une hospitalisation en lien avec les professionnels, les établissements médico-sociaux et sociaux.

Les missions d'accompagnement pourront être étendues aux personnes handicapées, à savoir les bénéficiaires de la PCH pour lesquels un suivi aura été préconisé par la MDPH.

2.2. TROIS MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET L'INTÉGRATION DES MALADES ALZHEIMER (MAIA)

Les objectifs des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) sont :

- d'identifier un guichet permettant à chaque acteur d'orienter la personne au sein du réseau vers le bon interlocuteur ;
- d'assurer l'intégration des services sur le territoire en faisant adhérer le maximum d'établissements, services, acteurs libéraux, pharmacies au projet ;
- d'établir des pratiques communes et d'utiliser des outils communs ;
- de proposer un suivi spécifique pour les situations complexes par un gestionnaire de cas.

La première MAIA de la Haute-Vienne a été installée en 2011 dans le territoire Sud Haute-Vienne. Elle est portée par le Centre Hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche en partenariat avec le Conseil général. Un pilote et deux gestionnaires de cas ont été recrutés. Le dispositif a ensuite été étendu au secteur de Monts-et-Barrages en collaboration avec l'hôpital intercommunal. Deux gestionnaires de cas supplémentaires (dont un est intégralement financé par le Conseil général) sont affectés à ce nouveau territoire, et installés dans les locaux de la MDD à Saint-Léonard. Cette MAIA couvre 28 communes soit 9 417 personnes âgées de 60 ans et plus et 9 % de la population départementale.

Un protocole entre le Conseil général et la MAIA a été élaboré en 2012 concernant le traitement des dossiers APA des personnes suivies en gestion de cas.

La deuxième MAIA couvre, depuis 2013, le territoire Centre Haute-Vienne : 44 communes soit 58 234 personnes âgées de 60 ans et plus et près de 57 % de la population départementale. Elle est portée par le Conseil général en partenariat avec le CCAS de Limoges. L'équipe est composée d'un pilote et de quatre gestionnaires de cas.

En 2014, un troisième dispositif MAIA a été retenu par l'ARS du Limousin. Il est porté par l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL) pour couvrir le secteur Nord Haute-Vienne, soit 13 990 personnes âgées de 60 ans et plus (22 % de la population départementale). Le projet prévoit un pilote, trois gestionnaires de cas et un ergothérapeute. L'équipe sera hébergée dans les locaux de l'hôpital sur le site de Bellac.

La perspective d'une extension sur l'Ouest a été envisagée à cette occasion, assurant ainsi l'intégralité de la couverture du territoire haut-viennois.

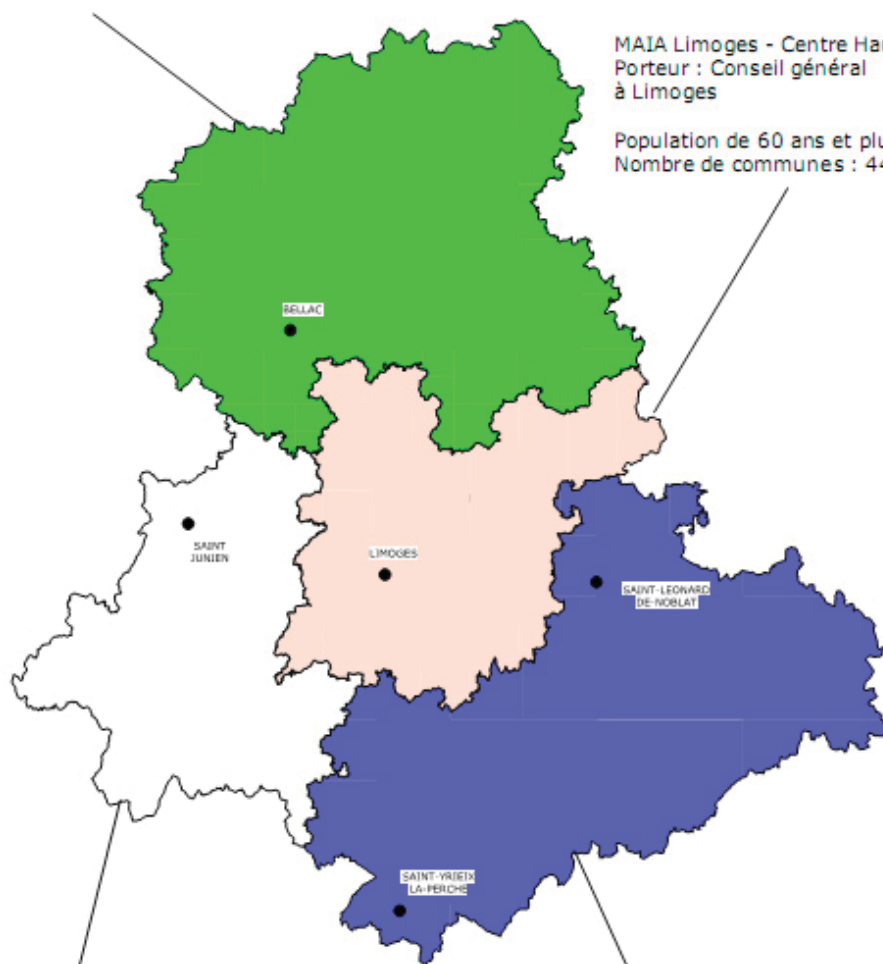
Le territoire couvert à ce jour est le suivant :

MAIA Nord Haute-Vienne
Porteur : Hôpital Intercommunal du Haut Limousin

Population de 60 ans et plus : 13 990
Nombre de communes : 63

MAIA Limoges - Centre Haute-Vienne
Porteur : Conseil général à Limoges

Population de 60 ans et plus : 62 860
Nombre de communes : 44



BD CARTE IGN PARIS 2006
Reproduction Interstet - licence n°2016 CUBC 9239
Le 20 mai 2014

Ouest Haute-Vienne
secteur non couvert

Population de 60 ans et plus : 14 820
Nombre de communes : 36

MAIA Sud Haute-Vienne
Porteur : Centre Hospitalier Jacques Boutard à Saint-Yrieix-la-Perche

Population de 60 ans et plus : 16 900
Nombre de communes : 60

3. LE MAINTIEN À DOMICILE

3.1 LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

3.1.1. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

D'après l'article D.312-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail, qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article D. 312-18, concourent notamment :

- au soutien à domicile ;
- à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
- au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les activités concernées par l'agrément sont les suivantes :

- **Assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, sauf les actes médicaux :**
 - o aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...) ;
 - o accompagnement dans les activités de la vie sociale à domicile ou à partir du domicile.
- **Garde-malade, sauf soins :** il s'agit d'assurer de jour comme de nuit une présence auprès des personnes malades, en assurant leur confort physique et moral. Le garde-malade peut aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance, si celle-ci ne fait pas référence à l'intervention d'un auxiliaire médical.
- **Assistance aux personnes handicapées,** y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété :
 - o aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...) ;
 - o accompagnement dans les activités de la vie sociale à domicile ou à partir du domicile ;
 - o garde d'enfants handicapés.
- **Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes :** il s'agit de conduire ces personnes en toute sécurité sur leur lieu de travail ou de vacances, pour accomplir des démarches administratives, etc. Cette activité est soumise à la condition d'offre globale de services.
- **Aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement :** il s'agit pour l'essentiel de déplacements effectués à partir du domicile de la personne ou vers celui-ci. Cette activité est soumise à la condition d'offre globale de services.
- **Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements hors du domicile.** Cette activité est soumise à la condition d'offre globale de services.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

Deux modes d'intervention sont possibles pour les aides à domicile :

- le mode prestataire : l'intervenant à domicile est employé et rémunéré par le service prestataire, qui s'occupe de tous les aspects administratifs et légaux ;
- le mode mandataire : l'intervenant à domicile est employé et rémunéré par le particulier ; ils sont liés par un contrat de travail. Le particulier a le statut d'employeur mais ne s'occupe pas des aspects administratifs.

La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service et notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions.

Plus de 50 structures sont agréées par l'Etat pour intervenir auprès de populations dites fragiles – personnes handicapées et/ou personnes âgées, dont 6 sont autorisées en tant qu'institutions sociales et médico-sociales. (liste accessible sur le site www.haute-vienne.fr)

En 2013, les bénéficiaires de l'APA ont privilégié le mode prestataire (41 % d'entre eux) puis le mode mandataire (34 %) et l'emploi direct (25%). Quant aux bénéficiaires de la PCH, 25 % des heures sont réalisées par des services prestataires, 6 % par des services mandataires, 9 % en gré à gré et 60 % par des aidants familiaux.

3.1.2. Les services de portage de repas à domicile

Le service de portage de repas à domicile permet de libérer les personnes âgées de la préparation des repas, de favoriser une alimentation équilibrée et d'occasionner une visite régulière lors du passage du livreur. 25 structures (associations, CCAS, EHPAD) sont conventionnées dans le Département. Parmi elles, 24 sont habilitées à intervenir auprès de bénéficiaires de l'aide sociale. Les services de portage de repas à domicile couvrent l'ensemble du territoire départemental pour une activité totale de près de 457 000 repas livrés en 2013. (liste accessible sur le site www.haute-vienne.fr)

Dès l'année 2000, le Conseil général a mis en place un dispositif financier permettant de soutenir ces services. Plus de 932 000 € ont été ainsi consacrés au financement d'actions ayant pour objectif une amélioration de la qualité du service rendu.

Un nouveau processus de conventionnement pour la période 2013-2015 a été soumis à l'ensemble des services afin de maintenir leur effort de formation et de qualité. Un état des lieux de l'offre et des besoins a été réalisé par questionnaire auprès de tous les services du département. Un groupe de travail s'est réuni pour définir de nouveaux axes de progrès en fonction des constats émanant de l'état des lieux. Quatre objectifs ont été ainsi définis et figurent dans la convention partenariale :

Objectif 1er : engagement de tous les services à répondre, aux préconisations définies dans la « charte qualité des services de portage de repas à domicile en Haute-Vienne »

Objectif 2 : mise à disposition des services de documents types pouvant être personnalisés par les structures non encore dotées afin de répondre au premier objectif

Objectif 3 : mise en œuvre d'une formation à destination des agents de livraison. Financée par une aide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cette formation s'est déroulée en 2 temps :
4 heures de formation sur l'alimentation, la livraison des repas, le lien social et la veille sociale (GRETA Haute-Vienne)
3 heures de sensibilisation aux risques routiers (Prévention Routière)

Objectif 4 : communication départementale autour des services de portage de repas permettant de valoriser ces structures du maintien à domicile auprès des publics fragiles, des aidants et des familles d'usagers.

Charte qualité des services de portage de repas à domicile en Haute-Vienne

A. Les objectifs de la charte

- 1) Considérer le service de portage de repas comme un maillon essentiel du maintien à domicile et de lutte contre l'isolement en maintenant un lien social,
- 2) Améliorer les prestations des services de portage de repas à domicile afin de garantir la qualité du service :
 - o conserver à la personne en perte d'autonomie, le plaisir de manger en tenant compte de ses goûts culinaires, en partageant autour du repas (choix des plats, conseils...),
 - o s'adapter à la dépendance de la personne : fréquence de livraison des repas, menus adaptés, prise en compte des régimes ou des textures des aliments,
 - o diminuer le risque de dénutrition,
 - o repérer une situation à risque.

B. Les engagements des services

- 1) Accueillir le bénéficiaire et l'informer
 - o diffuser une plaquette de présentation du service permettant d'afficher les valeurs éthiques de la structure
 - o informer la personne sur les aides financières potentielles extérieures dont elle peut bénéficier
 - o proposer une visite à domicile
- 2) Mettre en place la prestation
 - o remettre un livret d'accueil : présentation du service précisant que cette activité s'inscrit dans une démarche globale d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie à domicile, repas équilibrés et adaptés aux usagers, mode et jours de livraison, respect des conditions d'hygiène, modalités de prise en compte des attentes et des besoins du bénéficiaire, financements potentiels....
 - o compléter la fiche de renseignements qui permet d'adapter au mieux les repas (régime, goûts et réticences...) en évaluant la capacité à prendre le repas. Elle a également pour but de recenser les personnes intervenant auprès de l'utilisateur et les personnes référents afin de pouvoir signaler tout problème rencontré au domicile.
 - o présenter dans la mesure du possible, le livreur à la personne âgée.
 - o conclure un contrat de prestation mentionnant les engagements des deux parties : contenu de la prestation (créneau horaire, jours, goûts, composition du repas), régime alimentaire, équipement nécessaire (réfrigérateur, micro-ondes), mode de réchauffage, remise des clés, suivi qualité, tarif, financement et facturation, modalités d'annulation ou de résiliation.
 - o mettre en place une fiche de liaison et de suivi ou alimenter le cahier de liaison déjà mis en place par un autre intervenant à domicile, en tant que de besoins, ce qui permet de connaître qui intervient et quand. C'est un moyen de communication entre les intervenants pour partager des informations utiles.
- 3) Assurer la prestation de portage de repas

Le portage de repas permet de créer une relation de proximité entre le livreur et l'utilisateur. La fonction relationnelle du livreur ainsi que sa capacité à détecter les difficultés des bénéficiaires figurent dans une fiche de poste de l'agent de livraison. Celle-ci peut être complétée par un protocole de livraison indiquant les différentes étapes et les règles afférentes (consignes, tâches à accomplir, transmission des situations alarmantes..) constituant un guide utile pour l'agent de livraison.

- 4) Améliorer la prestation en continu
 - o recenser et analyser les événements à l'aide d'une fiche de signalement d'incident ou de situation préoccupante. Le cas échéant informer les services du Conseil général ou le médecin traitant.
 - o s'assurer de la qualité du service rendu par le biais d'une enquête de satisfaction à destination de tous les bénéficiaires. Le service doit faire un retour d'enquête aux usagers en leur transmettant une synthèse des résultats et des pistes d'amélioration envisagées. En effet, le retour des évaluations doit servir d'appui au service pour négocier des améliorations auprès du prestataire de repas.
 - o organiser une réunion annuelle rassemblant tous les acteurs du service afin de travailler sur la qualité du service rendu.

3.2. LES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

3.2.1. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les SPASAD assurent à la fois les missions de SAAD et de SSIAD.

Pour mémoire, les SAAD concourent au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils assurent au domicile ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne (aide au lever, à l'habillage, à l'hygiène, etc.), hors ceux réalisés sur prescription médicale par les services de soins.

Les SSIAD assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers (soins techniques ou soins de base relationnels) au domicile de la personne ou éventuellement en établissement non-médicalisé (foyer logement, domicile collectif, etc.). Ils ont pour vocation tant d'éviter l'hospitalisation, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation ; ils visent aussi à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux lorsque cette entrée ne correspond pas au souhait des personnes.

Le département de la Haute-Vienne compte un SPASAD destiné aux personnes âgées résidant dans un des trois logements foyers gérés par le CCAS de la ville de Limoges. Le SPASAD a une capacité de 19 places de SSIAD.

3.2.2. La plateforme médico-sociale facilitant le retour à domicile de la personne âgée post-hospitalisation

Depuis 2013, le territoire de Limoges est desservi par un dispositif innovant chargé d'organiser et de coordonner le retour à domicile des personnes âgées après une hospitalisation. La valeur ajoutée de ce dispositif est de permettre dans un délai très court une mobilisation des acteurs médico-sociaux et des moyens nécessaires au patient et à ses proches pour un retour et un maintien dans les meilleures conditions au domicile. Ce service est porté par un SAAD (association Actid 87) et un SSIAD (association Soins et Santé). Les services interviennent à domicile pendant une durée de une à quatre semaines et organisent la prise en charge de l'usager jusqu'à ce que des relais puissent être mis en place ou que les professionnels intervenant antérieurement assurent de nouveau la continuité des interventions. Ce service s'adresse aux personnes de 60 ans et plus qui sont dans une situation d'urgence de prise en charge ou qui relèvent de la mise en place d'un retour à domicile. Cependant, le service ne prend pas en charge les personnes qui relèvent d'une hospitalisation à domicile. L'assurance maladie finance ce dispositif à titre expérimental depuis 2013 via l'ARS.

Le service dispose de 15 places au 31 décembre 2013.

3.3. LES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

3.3.1. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Selon le CASF (articles D.312-1 à D.312-5), les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, notamment auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées.

Les interventions sont assurées par :

- des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques (AMP) et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;

- des aides-soignants et des AMP qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation;
- des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin.

Le SSIAD est géré par un infirmier coordonnateur qui a en charge les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

- l'accueil des personnes mentionnées à l'article D. 312-I du CASF et de leur entourage ;
- l'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins ;
- la coordination des professionnels intervenant au sein du SSIAD

Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un SSIAD sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service.

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en places de services de soins à domicile (SSIAD+SPASAD) au 1er janvier 2013

Corrèze	24.6
Creuse	29.6
Haute-Vienne	22.3
Limousin	24.5
France métropolitaine	19.7

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne dispose d'un taux d'équipement de 22,3 places de SSIAD et de SPASAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus soit un taux inférieur au taux régional de 24,5 places mais supérieur au taux d'équipement national de 19,7¹¹. Le département de la Haute-Vienne est donc moins bien équipé que les départements de la Creuse et de la Corrèze.

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD) au 1er janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	18,9	19,7	19,8	22,3	19,6	18,2

Sources : DREES, ARS, FINESS

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne présente le plus fort taux d'équipement en places de SSIAD et de SPASAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, parmi les six départements de comparaison.

La Haute-Vienne dispose de 1 033 places de SSIAD pour personnes âgées (y compris les 19 places du SPASAD personnes âgées du CCAS de Limoges).

Lors de l'élaboration du plan gérontologique en 2007, le département comptait 853 places de SSIAD. Ainsi, 177 places de SSIAD supplémentaires ont été créées soit une augmentation de 21 % du nombre de places. De plus, un SSIAD de nuit de 10 places a été créé à Limoges.

¹¹ Sources : Drees, ARS, Finess

Liste des SSIAD de la Haute-Vienne et des capacités en places au 31 décembre 2013

Service	Commune d'implantation	Capacité
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Ambazac	49
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Chalus	24
SSIAD (ASS AIDE PA CANTON CHATEAUNEUF)	Châteauneuf-la-Forêt	53
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix –Rouge)	Chateauponsac	40
SSIAD (EHPAD D'EYMOUTIERS)	Eymoutiers	38
SSIAD CHU Limoges	Isle	30
SSIAD Santé Service Limousin	Limoges	285
SSIAD soins et sante	Limoges	128
SSIAD Mutualité Française Limousine Limoges	Limoges	35
SSIAD HIHL	Magnac-Laval	70
SSIAD	Mézières-sur-Issoire	20
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Nexon	23
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Oradour-sur-Vayres	20
SSIAD (Croix-Rouge)	Rochechouart	26
SSIAD (ICC)	Saint-Germain-les-Belles	28
SSIAD (ASSO ASFPA ST-LAURENT)	Saint-Laurent-sur-Gorre	20
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Saint-Mathieu	27
SSIAD (ACTION GERONTOLOGIQUE AREDIENNE)	Saint-Yrieix-la-Perche	67
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Solignac	31
<i>SPASAD CCAS Limoges – places de SSIAD</i>	<i>Limoges</i>	<i>19</i>
TOTAL		1 033

Source : Finess, 1er janvier 2014

3.3.2. Deux services d'hospitalisation à domicile

Autorisé à intervenir dans les EHPA depuis 2007, le service d'hospitalisation à domicile (HAD) constitue depuis la parution de deux décrets en 2012¹², une modalité de réponses aux besoins de soins médicaux et paramédicaux continus (24h/24) et coordonnés, ainsi qu'un soutien social et logistique aux personnes ne requérant pas une hospitalisation au sein des établissements médico-sociaux avec hébergement. Une circulaire du 18 mars 2013 est venue préciser les conditions de mise en œuvre et modalités de développement des partenariats entre le secteur sanitaire et les établissements médico-sociaux¹³.

Le département de la Haute-Vienne compte deux services d'hospitalisation à domicile intervenant sur l'ensemble du département :

- un service géré par le CHU de Limoges,
- le second géré par Santé Service Limousin.

qui prennent en charge toute sorte de patients (enfants, adultes, personnes âgées) quel que soient leur provenance, leur pathologie ou leur domicile en Haute-Vienne.

¹² Décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile au sein des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

Décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

¹³ Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements à caractère social ou médico-social

3. 4. NOUVELLES TECHNOLOGIES : LA TÉLÉASSISTANCE ET LE PROJET ICARE

La téléassistance vise à sécuriser le maintien à domicile et à améliorer la qualité de vie des personnes âgées en préservant le lien social. Les personnes âgées sont équipées d'un bracelet ou d'un médaillon et peuvent alerter une centrale d'écoute en cas de chute ou de malaise. Celle-ci alerte un réseau de référents préalablement établi avec la personne et son entourage ou les services d'urgence. La présence à distance est assurée de façon permanente, 24h/24 et 7j/7.

Certains services proposent, en complément, des appels de convivialité permettant de maintenir le lien social.

Des dispositifs complémentaires à la téléassistance et liées aux nouvelles technologies peuvent également être proposés tels que les détecteurs de chute brutale, de fumée, de gaz, d'activité, les chemins lumineux ou des dispositifs anti-fugue.

Une partie des frais d'abonnement pour un dispositif de téléassistance peut être prise en charge

- soit au titre de l'aide sociale départementale selon un barème de ressources de la personne, sous réserve de faire appel à un prestataire habilité,
- soit dans le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans la limite de 27 €/mois. La personne peut alors faire appel au prestataire de son choix, même s'il ne figure pas dans la liste des prestataires habilités.

Le Conseil général de la Haute-Vienne, en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et Sirmad Téléassistance Fondation Caisses d'Épargne, conduit depuis février 2012, une expérimentation destinée à évaluer l'efficacité d'un pack domotique de téléassistance sur la prévention des chutes, le lien social et la sécurisation du domicile des personnes âgées dépendantes.

Le pack domotique qui est proposé à la personne âgée dans ce cadre comprend un émetteur (porté en pendentif ou en bracelet), un abonnement à la plateforme de téléassistance, un détecteur de chute brutale, un détecteur de fumée mais aussi un « chemin lumineux » destiné à prévenir les chutes nocturnes (des détecteurs de présence sont placés sur le trajet de la chambre à coucher aux toilettes, et déclenchent automatiquement les éclairages). Une évaluation de l'impact de ce dispositif sur le nombre de chutes, sur le lien social et l'acceptabilité des matériels est réalisée.

Depuis janvier 2013, cette expérimentation est incluse au projet ICARE qui vise à développer et à déployer sur 2 000 foyers dans quatre départements (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne – 200 packs et Loir-et-Cher) des solutions domotiques et des services liés aux nouveaux moyens de communication afin d'évaluer des modèles économiques et médico-sociaux innovants. Pour 293 d'entre eux (dont 48 pour la Haute-Vienne), le projet associe la dimension médicale à la dimension sociale via des capteurs mesurant certains paramètres (pression artérielle, fréquence cardiaque...) reliés à une équipe médicale du CHU et par ailleurs une tablette tactile de visiophonie avec cahier de liaison dématérialisé pour les professionnels intervenant au domicile ainsi qu'un service de télégestion.

La montée en charge reste difficile, plus d'une personne sur deux sollicitée refusant ces matériels.

Quelques éléments statistiques concernant le dispositif.

	2012	2013	
Packs installés	60	73	
Packs déposés	7	24	
	Décédés	3	8
	Entrée établissement	3	9
	Demande usager	1	7
Visites techniques	26	110	
	Maintenance	0	29
	dépannage	26	81
Appels convivialité	358	1 238	
	Appel suivi J+3	57	75
	Appel suivi J+14	54	73
	Convivialité	194	914
	Anniversaire	27	96
	Prise de nouvelles	26	80
Alarmes	1 913	4 018	
	Chute, malaise, détresse morale	38	128
	Intempestives	1 018	2 273
	Prise de nouvelles-demande de renseignements	159	410
	divers	37	118

S'agissant des alarmes, deux pics horaires sont particulièrement actifs : de 10 à 11 h et de 15 à 16 h

Le profil des bénéficiaires est assez constant :

- o près d'un bénéficiaire sur deux a plus de 85 ans
- o la majorité (64 %) relève d'un GIR 4, 24 % d'un GIR 3 et 12 % d'un GIR 2.
- o près d'un quart des bénéficiaires réside à Limoges. Seul 7 % sont isolés.
- o plus de la moitié (57 %) réside dans un habitat non adapté ou non confortable.
- o plus de 80 % des bénéficiaires vivent dans une maison individuelle.

Pour en savoir plus : www.projet-icare.fr

3.5. QUATRE ÉQUIPES MOBILES

3.5.1. Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée (EMESPA)

Une équipe mobile de psycho gériatrie dénommée Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée (EMESPA) a été créée en 2008 à l'initiative du CH Esquirol de Limoges. L'équipe mobile intervient à la demande du médecin traitant ou de tout autre professionnel en faisant la demande sur Limoges et ses environs.

L'équipe pluridisciplinaire qui la compose a pour objectif d'apporter aux personnes âgées vivant à domicile une expertise visant à établir un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et de troubles cognitifs et à assurer un meilleur suivi médical.

Son rôle :

- Intervenir rapidement dans l'environnement habituel pour répondre aux situations de crise.
- Établir un diagnostic précis de la souffrance psychique d'un patient et/ou de son entourage.
- Déterminer immédiatement la filière la plus adaptée pour une prise en charge globale.

Ses missions :

- Répondre à une demande des médecins traitants et à un besoin de la population âgée en matière d'expertise de psychiatrie du sujet âgé au travers d'une évaluation globale effectuée par une équipe compétente et pluri professionnelle sur la scène où se déroule la décompensation. Cette évaluation doit se dérouler en parfaite collaboration avec la structure locale déjà en place avec laquelle elle ne saurait en aucun cas entrer en concurrence
- Rationaliser l'hospitalisation, notamment en psycho gériatrie (à réserver aux situations où elles sont inévitables et aborder un questionnement autour des notions bénéfices-risque compte tenu de nos connaissances en matière d'hospitalisme
- Eviter les hospitalisations suite à l'épuisement de l'entourage ou au recours du médecin traitant
- Eviter le passage par les urgences de personnes âgées vulnérables et apporter dans le même temps une aide pour désengorger un service public hospitalier
- Participer à une réorganisation de la prise en charge sur le lieu de vie du patient dans la mesure du possible, par une parfaite connaissance des ressources individuelles, locales et plus générales
- Prendre part au dispositif en assurant une réévaluation répétée de la situation, un soutien du patient et de son entourage, un recours constant en cas de déséquilibre avec la possibilité de procéder un réaménagement partiel ou total de la situation si le besoin s'en fait sentir
- Eviter les ré hospitalisations intempestives, les risques liés à l'hospitalisme et participer à la stabilité du mode de vie

Les soins dispensés, dans une perspective holistique, concernent une évaluation de la situation clinique par l'infirmier (en collaboration avec le médecin psychiatre) à partir d'une check list d'intervention et des grilles d'évaluation gériatriques et psychiatriques.

3.5.2. HEMIPASS

L'HEMIPASS est une équipe mobile du service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Limoges qui se déplace sur l'ensemble du territoire départemental au domicile des patients ayant des séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC).

L'objectif principal de la prise en charge est l'amélioration du retour et du maintien à domicile pour limiter les hospitalisations non programmées et les institutionnalisations.

L'équipe est composée d'un médecin, d'une infirmière coordinatrice, d'une ergothérapeute et d'une neuropsychologue. Elle intervient à domicile sur demande du patient ou de son entourage personnel ou professionnel (médical, paramédical, social). L'accord de prise en charge est demandé au médecin traitant et tous les intervenants habituels sont contactés par l'infirmière coordinatrice pour évaluer la situation du patient et établir un projet personnalisé de prise en charge.

L'HEMIPASS intervient pour l'aménagement et l'accessibilité du domicile, la mise en place et la bonne utilisation d'aides techniques, l'apprentissage de gestes et de postures dans le cadre d'hémiplégie, la prévention des récives et des complications, l'éducation thérapeutique, le soutien psychologique, la sensibilisation aux troubles cognitifs et l'accompagnement pour un maintien du lien social.

3.5.3. Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPS AV)

En 2010, le CHU de Limoges a lancé une Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPS AV) afin de permettre de prévenir la rupture globale de l'autonomie de la personne âgée et d'évaluer l'impact sanitaire, social et économique des actions de prévention en Haute-Vienne. Depuis 6 antennes UPS AV ont

été créées en Haute-Vienne et en Creuse. Une convention de partenariat a été signée avec le Conseil général concernant le repérage des personnes concernées, les évaluations gériatriques globales, l'élaboration du plan d'aide personnalisé ainsi que la mise en place et le suivi des actions de prévention préconisées.

L'Unité présente deux volets : un volet clinique (consultations) et un volet recherche Geropass. Bien vieillir chez soi est le souhait de la majorité des seniors. En faisant le point sur leur état de santé et d'autonomie, en prodiguant des conseils de mode de vie et de sécurisation de l'habitat, tout en assurant un suivi personnalisé, les équipes de l'UPSAV contribuent, avec la personne, à conserver ou améliorer son autonomie et sa qualité de vie. Ce dispositif est mis en place en coordination avec les services des conseils généraux.

Les équipes de l'UPSAV sont constituées de professionnels spécialistes du « Bien vieillir » : médecins gériatres, infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, assistantes sociales, secrétaires... un ensemble de compétences sollicitées selon les besoins de la personne.

Les personnes vivant à domicile pouvant être suivies par l'UPSAV doivent répondre à deux critères: avoir plus de 75 ans, ou plus de 65 ans si leur santé est « fragile » et souffrir de plusieurs maladies chroniques telles que diabète, maladie cardiovasculaire, troubles de la mémoire...

Sur simple demande de la personne elle-même, d'un proche, d'un professionnel de santé libéral, d'une association d'aide à domicile, après accord de la personne, un médecin gériatre et une infirmière coordonnatrice de l'UPSAV viennent gratuitement à domicile pour identifier les forces et les fragilités de la personne, faire le point sur sa situation : santé, équilibre, mémoire, environnement... Ils l'informent et la conseillent sur ses maladies et leurs traitements, la prévention, l'adaptation éventuelle de son lieu de vie, le maintien ou l'amélioration de son autonomie, les activités et aides possibles (humaines, techniques, financières...). Un plan d'actions est alors défini en partenariat avec les professionnels sanitaires et sociaux (référents autonomie des MDD) de terrain. Enfin ils l'assistent dans la mise en œuvre et le suivi de solutions adaptées à sa situation. Selon les besoins, des rendez-vous avec un ergothérapeute, une psychologue, une psychomotricienne peuvent être programmés.

3.5.4. Unités de Soins Palliatifs (USP) et Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Les soins palliatifs sont des soins actifs, délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.

En premier lieu, les soins palliatifs sont dispensés en phase palliative «terminale» c'est à dire quand il n'y a pas ou plus de traitements spécifiques de la maladie causale (ordre de durée de quelques semaines à quelques mois). Cette phase comprend la période d'agonie dont l'ordre de durée est de quelques heures à quelques jours.

En second lieu, les soins palliatifs sont dispensés en phase palliative «initiale» c'est à dire quand les traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse complète temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie et/ou d'une amélioration de la qualité de vie (ordre de durée de quelques mois à plusieurs années).

Selon le souhait du patient et la capacité de l'entourage, la prise en charge en soins palliatifs s'effectue en institution ou au domicile et lieu de vie (maison de retraite, long séjour). Une coordination s'opère entre les différents modes de prises en charge.

- Les Unités de Soins Palliatifs (USP)

Structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. En Limousin, il existe 1 USP à vocation régionale portée par le CHU Dupuytren à Limoges.

- Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) :

Elles ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.

Deux équipes mobiles de soins palliatifs portées par le CHU interviennent sur la Haute-Vienne en soutien des professionnels libéraux réalisant des prises en charge à domicile ou en soutien des salariés d'établissements médico-sociaux sur des situations complexes. Une autre est portée par le Centre hospitalier du HHL au Dorat et intervient sur le territoire du Haut Limousin.

Les usagers peuvent par ailleurs s'adresser à des associations telles que l'association pour le développement des soins palliatifs ASP 87 (CHU de Limoges), l'association Vivre Avec en Limousin (Feytiat) et l'association d'accompagnement Palliatif Ecoute Soins Arédiens –APESA (CH St Yrieix la Perche).

3.6. DEUX RÉSEAUX

3.6.1. Réseau LINUT

Le réseau LINUT met à disposition des professionnels de santé libéraux ou travaillant en établissements, des outils et méthodes permettant d'augmenter la qualité des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'état nutritionnel (dénutrition ou obésité) des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile ou en institution. En effet, l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées permettra la réduction des troubles et pathologies pouvant en découler (affections respiratoires, maladies cardio-vasculaires, affections des articulations...).

Le réseau LINUT propose également des actions de formation aux professionnels ainsi qu'un accompagnement des structures qui le demandent.

3.6.2. Réseau EHPADENT

Ce réseau intervient auprès des personnes âgées en EHPAD avec pour objectifs principaux :

- d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des résidents et limiter les complications liés à un mauvais état bucco-dentaire (dénutrition, infections,...),
- de réaliser une évaluation des besoins et de coordonner leur prise en charge (au sein de l'EHPAD, en cabinet de ville ou à l'hôpital),
- d'améliorer la prévention (sensibilisation de l'entourage de la personne âgée et formation des personnels soignants des EHPAD à l'hygiène bucco-dentaire).

Le réseau implique les professionnels des EHPAD mais également les chirurgiens-dentistes libéraux et hospitaliers.

3.7 LES DISPOSITIFS DE RÉPIT ET D'AIDE AUX AIDANTS

3.7.1. Les accueils de jour

Ces structures concernent des personnes âgées qui ne sont plus assez autonomes pour rester à leur domicile pendant la journée mais qui ne veulent pas entrer en établissement, et qui ne sont pas assez dépendantes ou malades pour relever d'une hospitalisation. Elles permettent aux aidants, la famille le plus souvent, de travailler ou de prendre du repos. Elles peuvent également contribuer à la réadaptation au domicile de personnes sortant d'hospitalisation.

Des activités et animations sont mises en œuvre afin de préserver les facultés des personnes accueillies et de rompre leur isolement relationnel. Le repas de midi peut être pris sur place. Les soins éventuels sont assurés par des intervenants libéraux ou par le personnel soignant si l'unité est médicalisée.

Le tarif hébergement est à la charge de la personne âgée. Si ses ressources sont modestes, cette dernière peut solliciter le bénéfice de l'aide sociale. Un tarif dépendance peut aussi être facturé à l'usager.

Le montant du tarif dépendance facturé peut être intégré au plan d'aide de l'APA à domicile.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne dispose de 140 places d'accueil de jour pour personnes âgées dont 127 places dédiées aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. 17 places supplémentaires dont 7 pour Alzheimer devraient ouvrir d'ici 2020.

Évolution des capacités installées en accueil de jour pour personnes âgées en Haute-Vienne entre 2007 et 2013

Capacités installées	Accueil de jour	
	Total	Dont Alzheimer
01/01/2007	61	39
31/12/2013	140	127
Évolution 2007-2013 en nombre	+ 79	+ 88
Évolution 2007-2013 en %	+ 130 %	+ 226 %

Source : Conseil général 87

Territoires	Nord Haute-Vienne	Sud Haute-Vienne	Ouest Haute-Vienne	Centre Haute-Vienne	Département	France métropolitaine
Nombre de places	6	26	7	101	140	
Taux équipement	0.98	3.43	1.05	4.02	3.08	2.79

Source : Conseil général 87 - population 75 ans et plus au 1er janvier 2012

3.7.2. Les hébergements temporaires

Ils répondent à la même logique que l'accueil de jour, mais sur une période plus longue et avec un accueil en continu. Ils consistent dans l'hébergement d'une personne âgée durant quelques jours ou quelques semaines, mais au maximum durant trois mois. Ce dispositif peut permettre par exemple à la famille de partir en vacances, à l'aidant d'être hospitalisé, ou d'assurer un relais dans la prise en charge d'une personne atteinte de désorientation. L'accueil temporaire permet également d'éviter le recours à une solution plus lourde lorsque le dispositif mis en place pour le maintien à domicile se trouve momentanément perturbé.

Un tarif hébergement est dû par la personne âgée. Si ses ressources sont modestes, elle peut solliciter le bénéfice de l'aide sociale. Le tarif dépendance pour les personnes classées en GIR 1-2 ou 3-4 peut être intégré au plan d'aide de l'APA à domicile.

Au 31 décembre 2013, le département de la Haute-Vienne dispose de 120 places installées en hébergement temporaire (dont 6 lits d'accueil de nuit – cf. 3.7.3 ci-après) soit une augmentation du nombre de places de 32 % en comparaison avec 2007. 23 places supplémentaires dont 4 pour Alzheimer devraient ouvrir d'ici 2020.

Évolution des capacités installées en hébergement temporaire pour personnes âgées en Haute-Vienne entre 2007 et 2013

Capacités installées	Hébergement temporaire	
	Total	Dont Alzheimer
01/01/2007	91	18
31/12/2013	120	42
Évolution 2007-2013 en nombre	+ 29	+ 24
Évolution 2007-2013 en %	+ 32 %	+ 133 %

Source : Conseil général 87

Territoires	Nord Haute-Vienne	Sud Haute-Vienne	Ouest Haute-Vienne	Centre Haute-Vienne	Département	France métropolitaine
Nombre de places	2	23	13	82	120	
Taux équipement	0.33	3.03	1.95	3.27	2.64	2.40

Source : Conseil général 87 - population 75 ans et plus au 1er janvier 2012

3.7.3. Les accueils de nuit

Ils s'adressent à des personnes âgées qui ne sont plus assez autonomes pour rester à leur domicile pendant la nuit mais qui ne veulent pas entrer en établissement, et qui ne sont pas assez dépendantes pour relever d'une hospitalisation.

Ils permettent aux aidants, de prendre du repos. L'accueil peut s'étendre du dîner au petit déjeuner. La surveillance de nuit est assurée par le personnel de l'établissement.

Un tarif hébergement est dû par la personne âgée. Si ses ressources sont modestes, cette dernière peut solliciter le bénéfice de l'aide sociale. Le tarif dépendance pour les GIR 1-2 ou 3-4 peut être intégré au plan d'aide de l'APA à domicile.

Les EHPAD de Saint-Yrieix-la-Perche et du Mas Rome à Limoges proposent respectivement 2 et 4 lits (inclus dans le nombre total de places d'hébergement temporaire) pour l'accueil de nuit. 3 places supplémentaires ouvriront à l'EHPAD du Palais-sur-Vienne, après sa reconstruction.

3.7.4. L'offre de formation à destination des aidants non professionnels

Le réseau COGLIM propose un programme de formation ALFA « Alzheimer familles Aidants » destiné aux proches de malades Alzheimer ou d'affections apparentées. Il est dispensé gratuitement sur six sessions animées par un professionnel spécialisé. Les objectifs sont de mieux comprendre la maladie, d'adapter et de gérer le quotidien et de savoir comment obtenir de l'aide. À l'issue de la formation, des groupes de paroles sont constitués avec les aidants volontaires. Ce programme est financé par l'ARS dans le cadre du plan Alzheimer.

France Alzheimer 87 et l'association Soins et Santé proposent également des formations destinées aux aidants non professionnels pour transmettre 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.

3.7.5. Le relais des familles

Le relais des familles de l'Hôpital Chastaingt du CHU de Limoges propose gratuitement aux aidants familiaux de participer à des sessions d'information. Les modules sont animés par des professionnels hospitaliers et des professionnels du domicile. La personne aidée peut bénéficier d'une animation en compagnie des résidents de l'établissement lorsque l'aidant assiste aux sessions d'information. Le relais des familles assure également une permanence téléphonique à destination des aidants familiaux tous les jeudis après-midi.

3.7.6. L'aide aux aidants

«Le Relais entre aidants» est un service expérimental de remplacement des aidants « familiaux » (conjoint, enfant...), vivant avec la personne âgée. Il fonctionne 24 heures sur 24, et est effectué par des professionnels salariés des EHPAD porteurs de cette expérimentation (Châlus, Ladignac-le-Long, Nexon, Pierre-Buffière, Saint-Germain-les-Belles et Saint-Yrieix-la-Perche). Ce service de type baluchonnage, intervient sur le territoire sud Haute-Vienne depuis mars 2013.

Des équipes de deux aidants professionnels des EHPAD vont se relayer au domicile de la personne âgée dont l'aidant familial s'absente. Ce service est complémentaire des services existants : services d'aides à domicile, services infirmiers à domicile, hébergement temporaire, accueil de nuit. Toute intervention est précédée d'une visite à domicile de l'équipe. Cette dernière explique le fonctionnement du service, recueille les habitudes de vie, et propose un planning d'intervention et un contrat de prestation. Dans le cadre de l'expérimentation, les tarifs sont forfaitaires et dépendent de la durée de l'intervention. Ils sont rendus accessibles grâce à une subvention versée par l'ARS.

3.7.7. Les plateformes d'accompagnement et de répit

Le département de la Haute-Vienne compte deux plateformes d'accompagnement, de soutien et de répit pour les aidants familiaux de personnes malades Alzheimer et de troubles associés qui couvrent l'ensemble du territoire départemental : la plateforme EVAASION de la Mutualité Française Limousine et la plateforme de Soins et Santé. Les plateformes sont des lieux d'accueil, d'information, de coordination et de suivi qui proposent un accompagnement global et des solutions de soutien. Elles sont financées par l'Assurance maladie via l'ARS et s'inscrivent dans le cadre du Plan Alzheimer.

- La Plateforme de Soins et Santé intervient à Limoges et dans le Nord du département.
- La plateforme EVAASION (Équipe Vouée à l'Accompagnement des Aidants pour Souffler, Informer, Orienter et Nouer du lien) de la Mutualité Française Limousine intervient à Limoges et dans le Sud du département.

Concernant la plateforme EVAASION, près de 110 personnes ont été accompagnées en 2013. Les aidants sont âgés de 26 ans à plus de 90 ans. 43 % sont des conjoints, 49 % des enfants et 8 % d'autres personnes. Les personnes aidées ont entre 61 ans et plus de 90 ans. 75 % d'entre eux présentent une démence, 15 % ont eu un AVC, 5 % sont atteints d'un Parkinson et 5 % ont eu une perte d'autonomie physique. Les prestations proposées consistent pour la majorité d'entre elles en un accompagnement psychologique (201), puis un accompagnement relais au domicile avec une aide soignante pour accompagner le proche (44), des conseils à domicile (33), des activités et sorties (18), une orientation, de l'aide à la constitution des dossiers ou encore des groupes de paroles avec les partenaires (18).

3.7.8. Le répertoire départemental de l'aide aux aidants

En raison d'un handicap ou d'une dépendance liée à l'âge, de nombreuses personnes doivent être accompagnées chaque jour pour pouvoir continuer à vivre chez elles. À leurs côtés des aidants familiaux, des voisins, des proches, les soutiennent dans leur vie quotidienne. Cet engagement permanent de l'aidant, actif ou retraité, auprès de son proche, engendre souvent une fatigue physique et/ou morale. Sur le long terme, cet épuisement peut nuire à la santé de l'aidant lui-même.

La prise en compte de cette problématique de l'aidant a conduit à la mise en place de nombreux dispositifs qui visent à le soulager, sous forme de groupes de paroles, de soutien psychologique ou encore de solutions de prises en charge transitoire de leur proche pour s'accorder des moments de répit. Afin de répertorier l'ensemble des services existants, le Conseil général, l'ARS et différents partenaires impliqués ont travaillé à l'élaboration d'un outil départemental unique et facilement consultable, mis en ligne sur le site www.haute-vienne.fr

Dédié aux particuliers, cet outil a aussi vocation à faciliter le travail des professionnels pour l'orientation des personnes suivies sur le territoire départemental.

3.8. L'ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL

A mi-chemin entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif, il consiste en l'accompagnement, par une famille d'accueil, sans lien de parenté proche et contre rémunération, de personnes âgées de 60 ans et plus, seules ou en couple, ou de personnes âgées de moins de 60 ans reconnues comme personnes handicapées. Il peut répondre à des demandes de prise en charge durable ou d'accueil temporaire. Il permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé.

C'est le Conseil général qui délivre l'agrément, indispensable à l'exercice de l'activité d'accueillant familial, puis assure le suivi social et médico-social des personnes accueillies, le contrôle des conditions d'accueil, ainsi que la formation initiale et continue des accueillants familiaux.

La personne dispose d'une chambre individuelle compatible avec les besoins liés à l'âge ou au handicap de la personne, partage la vie quotidienne de la famille, et bénéficie d'un accompagnement au sein d'une cellule familiale. Les modalités d'accueil font l'objet d'un contrat de droit privé précisant la nature, les conditions matérielles et financières de l'accueil, ainsi que les droits et obligations de chacun.

Les personnes âgées hébergées dans une famille d'accueil agréée peuvent bénéficier de l'APA et de l'allocation logement, sous réserve d'en remplir les conditions d'octroi.

La personne accueillie verse une rémunération à l'accueillant familial qui se compose de quatre éléments, détaillés dans le contrat :

- une rémunération journalière pour services rendus ainsi qu'une indemnité de congés,
- le cas échéant, une indemnité de sujétions particulières,
- une indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie,
- une indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne comptait 37 places pour personnes âgées (en accueil permanent), au sein de 18 familles agréées.

3.9. LES LOGEMENTS ADAPTÉS EN CENTRE BOURG

Le Conseil général a mis en place avec l'Office public de l'habitat 87 (ODHAC) et des communes ou des communautés de communes, un dispositif d'habitats adaptés destiné à des personnes âgées. De petits pavillons de plain-pied (type 2 ou 3) entièrement accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR) sont situés en centre-bourg, à proximité des commerces. Les logements sont équipés pour faciliter le maintien à domicile (volets roulants, carillon lumineux, barres de relevage dans les sanitaires, chemin lumineux de la chambre aux toilettes, coffret de communication...). Une partie des équipements est financée par la CNSA et les logements bénéficient du label « bâtiment basse consommation ». Un agent de convivialité, mis à disposition par la commune accompagne les locataires afin de renforcer le lien social et de remplir le rôle d'interlocuteur de proximité.

Liste des opérations de logements adaptés réalisés en Haute-Vienne sous maîtrise d'ouvrage de l'ODHAC.

	Nombre de logements	Type 2	Type 3
Bussière Poitevine	4	3	1
Dournazac	4	-	-
La Croisille Sur Briance	4	3	1
La Jonchère Saint Maurice	6	4	2
La Meyze	4	3	1
Lussac Les Eglises	4	3	1
Meuzac	4	3	1
Nouic	4	2	2
Oradour Sur Glane	6	5	1
Saint Priest Taurion	4	-	-
Saint Pardoux	6	3	3
Saint Sornin Leulac	4	3	1
Saint Victurnien	4	-	-
Séreilhac	6	-	-
Vayres	4	2	2

3.10. LES AIDES POUR L'ADAPTATION DE L'HABITAT INDIVIDUEL

Le Conseil général de la Haute-Vienne a mis en place deux formes d'aide pour l'adaptation de l'habitat individuel : une assistance technique et une aide aux travaux pour l'adaptation des logements des personnes âgées propriétaires occupants âgés de 60 ans et plus.

L'assistance technique se traduit par une aide versée à un organisme de conseil choisi par le propriétaire avec un cofinancement de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) ou d'une caisse de retraite.

L'aide aux travaux peut être allouée aux personnes âgées propriétaires occupants qui remplissent les conditions d'obtention de l'APA et sous condition de ressources. Cette aide est inscrite dans le cadre des Programmes Territoriaux de l'Habitat (PTH). Depuis la mise en place de cette aide en 2012 ce sont 94 logements privés qui ont été aidés jusqu'au 31 décembre 2013.

3.1.1. L'ACCÈS À LA VIE SOCIALE

Le dispositif Voisineurs, réseau de bénévoles, a été créé en Haute-Vienne en 2010 à Lussac-les-Églises à l'initiative de l'association Familles rurales qui souhaitait développer les liens sociaux auprès des personnes âgées ayant le sentiment d'être isolées. Une charte Voisineurs a été élaborée en partenariat avec le Conseil général de la Haute-Vienne et la MSA du Limousin pour encadrer le dispositif qui s'étend aujourd'hui sur plusieurs communes.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) peuvent également accompagner les personnes âgées en dehors du domicile (courses, promenades...).

4. L'OFFRE D'HÉBERGEMENT

Le département de la Haute-Vienne dispose de plusieurs types d'hébergement collectif en établissement pour personnes âgées : les établissements non médicalisés (logements foyers, petites unités de vie et maison de retraite) et les établissements médicalisés (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – unités de soins de longue durée).

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne affiche le taux d'équipement le plus faible en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées.

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées au 1er janvier 2013

Corrèze	120.3
Creuse	138.3
Haute-Vienne	98.4
Limousin	113.6
France métropolitaine	122.4

Sources : DREES,ARS, FINESS

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne a le deuxième taux d'équipement le plus faible en lits d'hébergement permanent pour 1 000 habitants de 75 ans et plus parmi les six départements de comparaison.

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées au 1er janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées (maison de retraite, logements-foyers, USLD)	81,6	148,2	108,1	98,4	151,1	133,7

Sources : DREES,ARS, FINESS

4.1. L'OFFRE NON MÉDICALISÉE

Le département de la Haute-Vienne compte 13 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), soit 10 logements-foyers, une maison de retraite non médicalisée et deux petites unités de vie. Ces dernières sont des appartements adaptés aux personnes âgées, regroupés autour de lieux de vie communs et insérés dans des immeubles d'habitation accessibles à toute population.

Les EHPA sont destinés aux personnes âgées valides ou semi-valides au moment de l'admission. Elles conservent alors les avantages du logement individuel tout en bénéficiant de services collectifs facultatifs : restauration, garde de nuit, sécurité...

Les EHPA ne sont pas médicalisés et de ce fait les soins sont assurés par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, infirmiers, SSIAD), selon le choix de la personne âgée.

Pour les logements-foyers et les petites unités de vie, les tarifs sont détaillés entre les prestations d'hébergement et celles de restauration. Ces dernières sont facultatives, puisque les usagers peuvent préparer eux-mêmes leurs repas. Seul le tarif hébergement est alors dû.

Si ses ressources sont insuffisantes et si ses obligés alimentaires ne peuvent contribuer au paiement intégral du tarif hébergement, la personne âgée peut solliciter le bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement. Par ailleurs, si la personne âgée relève des GIR 1 à 4, elle peut demander le bénéfice de l'APA à domicile. Les personnes de moins de 60 ans n'ont pas à s'acquitter du tarif dépendance.

La maison de retraite non médicalisée n'est pas habilitée à l'aide sociale et n'ouvre donc droit à aucune prise en charge du Conseil général pour le tarif hébergement. Le prix de journée est fixé par l'établissement. Si la personne âgée relève des GIR 1 à 4, elle peut alors demander le bénéfice de l'APA à domicile

Structures	Communes	Places installées en EHPA au 31 décembre 2013	
		Hébergement	
Résidence Le Vincou	Bellac	41	
Résidence l'Age d'Or	Châteauponsac	26	
Résidence Fleurie	Isle	60	
Résidence les Chênebeaux	Laurière	30	
Résidence Cervières-Imbert	Limoges	37	
Résidence Durkheim	Limoges	75	1
Résidence les Casseaux	Limoges	69	
Uniforès	Limoges	77	
Résidence Sainte Anne	Mézières-sur-Issoire	31	
Résidence Raymond Coudert	Sauviat-sur-Vige	32	1
Petite Unité de Vie	Limoges (Victor Thuillat)	16	1
Petite Unité de Vie	Limoges (Les Coutures)	20	
Maison de retraite le Bon Pasteur Limoges		30	6
Nombre total de places installées		544	9

Taux d'équipement en EHPA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus par territoire

	Population de 75 ans et plus en 2012	Nombre de places		Taux d'équipement en lits d'EHPA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
		en hébergement permanent	en hébergement temporaire	
Centre Haute-Vienne	25 094	384	8	15.62
Nord Haute-Vienne	6 097	128	-	20.99
Ouest Haute-Vienne	6 675	-	-	-
Sud Haute-Vienne	7 591	32	1	4.35
Département	45 457	544	9	12.16
France métropolitaine	5 759 521	131 267	-	22.79

Sources : Insee, Conseil général, capacités installées au 31.12.2013

4.2. L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICALISÉS

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) assurent l'hébergement et la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou non à travers un certain nombre de services et de prestations : restauration, entretien du linge, aide nécessaire dans les gestes élémentaires de la vie courante (lever, toilette, hygiène...), délivrance de soins courants, aide de première urgence en cas

de nécessité, services liés à la vie quotidienne (courrier, coiffeur, aide aux démarches...), activités de mobilisation, d'animation et de loisirs...

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent des personnes âgées dépendantes et souffrantes de plusieurs pathologies qui nécessitent des soins médico-techniques importants et une prise en charge au long cours. Elles sont systématiquement rattachées à des hôpitaux et bénéficient de la présence constante d'un médecin et d'un encadrement important de personnel soignant.

Les usagers de ces structures doivent s'acquitter à la fois du tarif hébergement et d'un tarif dépendance.

Trois tarifs dépendance sont calculés pour les GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6 (ce dernier étant aussi appelé ticket modérateur). Quel que soit le niveau de dépendance du résident, le ticket modérateur reste à la charge de l'utilisateur. L'APA en établissement peut être attribuée aux personnes hébergées.

Si ses ressources sont insuffisantes et si ses obligés alimentaires ne peuvent contribuer au paiement intégral du tarif hébergement et du ticket modérateur, la personne âgée peut solliciter le bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement. L'assurance maladie assure dans tous les cas le financement des soins.

Les personnes âgées de moins de 60 ans peuvent être accueillies de façon dérogatoire dans ces structures. Ne pouvant percevoir l'APA, elles se voient alors appliquer un prix de journée spécifique.

ZOOM

Les trois composantes d'un prix de journée

Le tarif pour l'hébergement comprend les prestations non liées à l'état de dépendance des personnes âgées accueillies : dépenses de structure (loyer, amortissement des bâtiments et du matériel, intérêts d'emprunt), prestations hôtelières, les charges du personnel assurant l'accueil, l'administration générale, la restauration, l'animation, l'entretien...

Le tarif pour la dépendance comprend les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, non liées aux soins dispensés : couches et alèses, une partie des produits d'entretien, des agents de service et des aides-soignants, les psychologues en totalité,

Le forfait global de soins comprend les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques (soins techniques), et des soins d'entretien, d'hygiène, et de confort liés à la dépendance des usagers (soins de base) : petit matériel médical, personnel assurant les soins (médecins, auxiliaires médicaux, infirmiers, une partie des aides-soignants), produits pharmaceutiques le cas échéant.

La Haute-Vienne a un taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD et USLD) au 1^{er} janvier 2013 de 86,7 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce taux est inférieur au taux régional (103,4 lits %) et au taux national (99,6 lits %).

Taux d'équipement en lits médicalisés au 1er janvier 2013

	Taux d'équipement (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)		
	EHPAD	USLD	EHPAD + USLD
Corrèze	101,1	7,0	108,1
Creuse	126,0	8,9	134,9
Haute-Vienne	76,5	10,2	86,7
Limousin	94,5	8,9	103,4
France métropolitaine	ND	ND	99,5

Sources : Insee (population 2012), Drees, ARS, Finess au 1er janvier 2013

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne a le deuxième taux d'équipement le plus faible en lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans et plus parmi les six départements de comparaison. Le taux d'équipement en lits médicalisés en Haute-Vienne se positionne après celui des Pyrénées-Orientales.

Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD) pour 1 000 habitants de 75 ans et plus au 1er janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	73,8	120,8	107,4	86,7	134,1	115,6

Sources : DREES, ARS, FINES

4.2.1. Les EHPAD

Au 31 décembre 2013, le détail des capacités installées des EHPAD Haut-Viennois est le suivant:

Structures	Places installées au 31/12/2013 (Source : Conseil général)							
	Hébergement permanent	dont Alzheimer	Hébergement temporaire	dont Alzheimer	TOTAL	dont Alzheimer	Accueil de jour	dont Alzheimer
Aixe sur Vienne	66		4		70			5
Ambazac	130		10	6	140	6		
Bellac (HIHL)	167				167		6	6
Bessines	60				60			
Bujaleuf	60	60			60	60	6	6
Les Cars	79		4		83			
Châlus	123				123			
Châteauneuf la Forêt	126	30	7	4	133	34	7	5
Châteauponsac	62	14			62	14		
Condat	18	18	1	1	19	19		
Couzeix	79	20	5	5	84	25	6	6
Cussac	81	15	3		84	15	3	
Le Dorat (HIHL)	129		1	1	130	1		
Eymoutiers	80		4	2	84	2	3	3
Feytiat	78		4		82		10	10
Ladignac le Long	60				60			
Limoges (CHU)	283	32			283	32	10	10
Limoges (Roussillon)	74	16	6		80	16		
Limoges (Léobardy)	80		3		83			
Limoges (M Faure)	100		4		104			
Limoges (Orpéa)	91	13	9	3	100	16	4	4
Limoges (Mas Rome)	80	80	8	8	88	88		
Limoges (Landouge)	78	78	2	2	80	80	12	12
Limoges (AJ Rochechouart)							20	20
Limoges (AJ Soins santé)							22	22
Magnac Laval (HIHL)	229		1	1	230	1		
Nantiat	82				82		6	
Nexon	60		1		61			
Nieul	83	22	5		88	22		
Le Palais sur Vienne	80				80			
Panazol	78	15	5	5	83	20	6	6
Pierre Buffière	60				60			
Rochechouart (ex USLD)	85				85			
Rochechouart (Croix Rouge)	61				61			
St Germain les Belles	63		4		67			
St Junien	142		2	2	144	2	2	2
St Laurent sur Gorre	65		4		69		5	
St Léonard de Noblat	114	2			114	2		
St Sulpice les Feuilles	28	12			28	12		
St Yrieix la Perche	144		7	2	151	2	10	10
Verneuil sur Vienne	60		16		76			
Total	3 618	427	120	42	3 738	469	140	127

Au 31 décembre 2013, le détail des capacités autorisées, mais non encore installées, des EHPAD haut-viennois est le suivant :

Structures	Places autorisées mais non installées au 31/12/2013 (source Conseil général)						
	Hébergement permanent	dont Alzheimer	Hébergement temporaire	dont Alzheimer	Accueil de jour	dont Alzheimer	Total autorisé non installé (hors accueil de jour)
Aixe sur Vienne					1	1	0
Bessines	20	10			6	6	20
Condat	2	2					2
Isle	75	14	5		6		80
Ladignac le Long	11	11	1	1			12
Le Palais sur Vienne	47	28	9	3			56
St Germain les Belles	15	15					15
St Junien			8		4		8
St Yrieix la Perche	34	20					34
Total autorisé non installé	204	100	23	4	17	7	227

Le taux d'équipement en EHPAD par territoire montre que le territoire Centre Haute-Vienne est le moins bien doté (74.60 lits d'EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus), et que le territoire Nord est le mieux doté (124.82 lits %).

Taux d'équipement en EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus par territoire

	Population de 75 ans et plus en 2012	Nombre de places		Taux d'équipement en lits d'EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
		en hébergement permanent	en hébergement temporaire	
Centre Haute-Vienne	25 094	1 790	82	74.60
Nord Haute-Vienne	6 097	759	2	124.82
Ouest Haute-Vienne	6 675	696	13	106.22
Sud Haute-Vienne	7 591	837	23	113.29
Département	45 457	4 082	120	92.44

Sources : Insee (pop 2012), Conseil général 87, capacités installées au 31.12.2013

L'ensemble des EHPAD est entièrement habilité à l'aide sociale excepté l'EHPAD d'Orpéa Saint-Martial à Limoges qui ne dispose que de 12 lits d'hébergement permanent habilités.

4.2.2. Focus sur la prise en charge des publics spécifiques en EHPAD

En Haute-Vienne, 2 centres hospitaliers disposent chacun d'une unité d'EHPAD dédiée à la prise en charge de personnes handicapées psychiques vieillissantes issues d'ESSMS ou du Centre Hospitalier Esquirol. L'hôpital intercommunal du Haut-Limousin compte, sur le site de Magnac-Laval 17 lits spécialisés et l'hôpital de Saint-Yrieix-la Perche 14 lits.

L'EHPAD de La Chênaie à Verneuil-sur-Vienne propose par ailleurs, depuis son ouverture en 2010, une prise en charge spécifique pour des travailleurs d'ESAT retraités.

4.2.3. Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

Les USLD accueillent des personnes âgées dépendantes souffrant de plusieurs pathologies qui nécessitent des soins médico-techniques importants et une prise en charge au long cours. Elles sont rattachées à un hôpital et bénéficient de la présence d'un médecin et d'un encadrement important en personnel soignant.

Le taux d'équipement en USLD de la Haute-Vienne de 10,2 lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus est supérieur au taux régional qui est de 8,9 %.

Taux d'équipement en USLD

	Population de 75 ans et plus au 1.01.2012	Nombre de lits en USLD au 1.01.2013	Taux équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et +
Corrèze	33 659	236	7,0
Creuse	19 041	170	8,9
Haute-Vienne	45 507	464	10,2
Limousin	98 207	870	8,9
France métropolitaine			5,5

Sources : Insee (pop 2012), Drees, Ars, Finess

Au 31 décembre 2013, le département de la Haute-Vienne compte 464 lits en unité de soins de longue durée (USLD) répartis sur 6 structures soit :

- 250 lits dans le territoire Centre Haute-Vienne ;
- 84 lits dans le territoire Nord Haute-Vienne ;
- 60 lits dans le territoire Ouest Haute-Vienne ;
- 70 lits dans le territoire Sud Haute-Vienne.

Les USLD de la Haute-Vienne au 31 décembre 2013

Structures	localisation	Capacités installées au 31.12.2013
Hôpital Intercommunal du Haut Limousin	Bellac	53
Hôpital Intercommunal du Haut Limousin	Le Dorat	31
Centre hospitalier régional Dupuytren	Limoges	250
Centre hospitalier Roland Mazoin	St Junien	60
Hôpital Monts et Barrages	St Léonard de Noblat	30
Centre Hospitalier Jacques Boutard	St Yrieix la Perche	40
	Total	464

Source : Conseil général 87

4.2.4. Un plan d'aide à l'investissement des EHPAD et des USLD adopté en 2008 et réactualisé en 2013

Afin d'aider à la création d'établissements médicalisés et d'adapter ceux ne répondant plus aux normes de confort hôtelier et de prise en charge de résidents de plus en plus dépendants, le Conseil général a adopté en 2005 un plan d'aide à l'investissement. Dans le cadre de l'adoption du plan gérontologique en 2007, il a décidé en 2008 de mettre en œuvre un second plan plus ambitieux relatif aux opérations de construction, d'extension ou de restructuration des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur la période 2008 - 2015.

Ce plan a été révisé en 2013 en raison d'une part de la hausse des coûts de la construction depuis 2008, d'autre part des difficultés rencontrées par les établissements pour obtenir des financements non onéreux. Il en résulte un recours massif à l'emprunt et donc des répercussions importantes des travaux sur les tarifs hébergement dont doivent s'acquitter les résidents.

Barème des subventions d'investissement du Conseil général

	Création / Reconstruction	Extension	Restructuration lourde
Prix plafond au lit	100 000 €	85 000 €	70 000 €
Taux	20 %	20 %	20 %
Plafonnement de la subvention	Non	Non	1 000 000 €* à concurrence des 25 %
Minoration de la subvention en cas d'autres aides	Taux global de financement public supérieur à 25 % du coût TTC : minoration à concurrence des 25 %		

* Ce plafonnement pourra être majoré jusqu'à 1 300 000 € si le tarif hébergement après travaux devait être supérieur au tarif le plus élevé de la Haute-Vienne

Etablissements bénéficiaires d'une subvention départementale (programmes 2005 et 2008)

Plan départemental d'aide à l'investissement (2005) – autorisation de programme de 8 000 000 €							
Structures	Nombre de places concernées	Travaux			Subventions départementales		
		Année début travaux	Nature	Montants	Taux Forfaitaire	Montants	Taux Effectif
Axe sur Vienne	70	2003	extension/restruct.	3 177 070	20	635 414	20,00%
Rochechouart (centre hospitalier)	85	2007	restructuration	3 920 432	20	766 000	19,54%
St Sulpice les Feuilles	28	2007	extension/restruct.	368 944	20	73 789	20,00%
EHPAD et USLD Le Dorat (HIHL)	76	2007	restructuration	7 530 738	20	900 000	11,95%
St Léonard de Noblat	36	2008	restructuration	223 950	20	44 790	20,00%
Châteauneuf la Forêt	133	2011	restructuration	9 443 140	20	1 596 000	16,90%
Total	428			24 664 274		4 015 993	
Plan départemental d'aide à l'investissement (2008) – autorisation de programme de 24 000 000 €							
Modalités initiales (2008 - 2012)							
St Germain les Belles	43	2 011	extension/restruct.	3 667 078	20	432 000	11,78%
Limoges Mas Rome	88	2 011	création	10 429 994	20	1 408 000	13,50%
Cussac	84	2 011	extension/restruct.	5 501 365	20	486 000	8,83%
Châteauponsac	14	2 012	restructuration	2 450 229	20	126 000	5,14%
Bessines	80	-	extension/restruct.	5 515 691	20	690 000	12,51%
Limoges Chastaingt (CHU)	80	2 012	restructuration	8 508 721	20	450 000	5,29%
Total	389			36 073 078		3 592 000	
Modalités révisées (à/c de 2013)							
Châlus	85	2 015	restructuration	9 681 485	20	1 000 000	10,33%
St Yrieix la Perche	76	2 013	extension/restruct.	9 379 247	20	1 166 000	12,43%
Pierre Buffière	60	2 014	restructuration	2 536 820	20	436 201	17,19%
Isle	80	2 014	création	8 500 000	20	1 600 000	18,82%
Saint-Yrieix (USLD)	40	2 014	restructuration	2 928 684	20	560 000	19,12%
Saint-Yrieix (EHPAD - HT)	7	2 014	restructuration	637 340	20	98 000	15,38%
Total	348			33 663 576		4 860 201	
TOTAL 2005 et 2008	1 165			94 400 928		12 468 194	

5. LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTÉS

Compte tenu de sa structure d'âge, la population du Limousin est particulièrement concernée par la maladie d'Alzheimer. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus touchées par une démence était évalué à 16 400 dans l'étude 2006 de l'observatoire régional de santé (ORS).

En 2030, dans l'hypothèse d'une prévalence constante et d'une espérance de vie inchangée chez les malades, du simple fait des évolutions démographiques, le nombre de personnes atteintes s'élèverait à 21 300, soit 2,9 % de l'ensemble de la population limousine.

5.1. UN RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉ À DIMENSION RÉGIONALE (COGLIM)

Le réseau de dépistage des troubles COGNitifs en LIMousin (COGLIM) œuvre à promouvoir le diagnostic précoce des troubles cognitifs pour améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il regroupe plus de 500 professionnels de santé et médicosociaux, acteurs de soins en ville ou à l'hôpital, des trois départements du Limousin et des régions limitrophes. Les objectifs du réseau COGLIM sont :

- Promouvoir le dépistage et le diagnostic précoce ;
- Fédérer et fluidifier la prise en charge ;
- Former les professionnels ;
- Soutenir et sensibiliser les acteurs de soins de proximité ;
- Éduquer le grand public à la santé.

COGLIM dispose d'un accueil téléphonique spécialisé (psychologue spécialisée en neuropsychologie) à destination du public et des professionnels permettant de :

- Mieux comprendre les troubles de la mémoire ou du comportement ;
- Avoir des explications sur le diagnostic annoncé, sur le suivi et sur les aides disponibles ;
- Donner aux professionnels des renseignements précis pour accompagner le patient et son entourage.

Par ailleurs, le réseau met à disposition du public le répertoire ALOIS qui recense sur la région l'ensemble des services spécialisés dans la maladie d'Alzheimer, organise des conférences grand public et des actions de sensibilisation telles que la « Semaine de la maladie d'Alzheimer ».

5.2. UN CENTRE MÉMOIRE DE RESSOURCES ET DE RECHERCHE ET DES CONSULTATIONS MÉMOIRE

Les consultations mémoire ont pour objectifs de :

- Poser un diagnostic avec fiabilité ;
- Rassurer les personnes se plaignant de la perte de la mémoire et leur proposer un suivi ;
- Mettre en place le projet de soins et l'articuler avec des professionnels de terrain sous la forme d'un plan d'aide ;
- Être un espace d'accueil des associations familiales, d'échanges et d'innovation.

Le centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) assure une consultation mémoire pour le secteur de Limoges. Le CMRR est le centre référent pour diagnostiquer et prendre en charge les situations complexes de la région. Il est organisé sur deux sites : un à l'Hôpital Jean Rebeyrol du CHU et un au Pôle Jean-Marie Léger du CH Esquirol. De plus, les neurologues et les psychiatres libéraux peuvent également réaliser des consultations mémoire.

Ci-dessous la liste des consultations mémoire

Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)	
CHU - Hôpital Jean Rebeyrol - Consultations gériatriques	Limoges
CH Esquirol - Pôle Jean-Marie Léger - Consultations spécialisées et de recours	Limoges
Autres consultations mémoire	
Clinique La Jonchère - Le Colombier	La Jonchère-St-Maurice
Centre Hospitalier Roland Mazoin	Saint-Junien
Centre hospitalier Jacques boutard	Saint-Yrieix-la-Perche
Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (consultation mémoire relais)	Bellac
Hôpital Monts et barrages (consultation mémoire relais)	Saint-Léonard-de-Noblat

Source : Conseil général 87

5.3. LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉS ALZHEIMER (ESA)

Les ESA sont des SSIAD spécialisés dans la prise en charge des malades Alzheimer qui ont été créés dans le cadre du 3^e plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 6).

Elles proposent une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à des malades Alzheimer dans le cadre de la prestation de soins d'accompagnement et de réhabilitation. Ses objectifs sont de :

- maintenir ou développer les capacités résiduelles ;
- prévenir les complications et notamment les troubles du comportement ;
- valoriser le rôle de l'aidant et adapter l'environnement.

Les interventions à domicile sont réalisées en complément d'autres interventions et visent le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement.

L'ESA de l'association Soins et Santé intervient sur l'ensemble du territoire Haut-Viennois auprès des malades de moins de 60 ans par convention avec les autres ESA pour le repérage des malades Alzheimer jeunes.

Liste des ESA de la Haute-Vienne

Gestionnaires		Nombre de lits	Territoire d'intervention
Association Soins et Santé	Limoges	10	Limoges et sa proche périphérie
Association Soins et Santé ESA Malades Jeunes	Limoges	10	Haute-Vienne
HIHL	Magnac-Laval	10	Le Dorât, Bellac, Magnac-Laval, Châteauponsac, St-Sulpice-Les-Feuilles
Croix Rouge Française	Rochechouart	10	Secteur Ouest Limousin (Châlus, Oradour/Vayres, Rochechouart, Saint-Junien, Saint-Laurent/Gorre et Saint-Mathieu)
Action Gériatrique Arédienne	Saint-Yrieix-la-Perche	10	Canton de Saint-Yrieix-la-Perche

Source : Conseil général 87

5.4. LES CAPACITÉS DES HÉBERGEMENTS DÉDIÉS : ACCUEIL DE JOUR THÉRAPEUTIQUE, PASA, UHR, UNITÉS SPÉCIALISÉES...(CF LISTE DES STRUCTURES §4-2-1)

Taux d'équipement en places dédiées Alzheimer pour 1 000 habitants de 75 ans et plus par territoire

	Population de 75 ans et plus en 2012	Nombre de places dédiées Alzheimer			Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus		
		en hébergement		en accueil de jour	hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
		permanent	temporaire				
Centre Haute-Vienne	25 094	294	30	95	11.72	1.20	3.79
Nord Haute-Vienne	6 097	26	2	6	4.26	0.33	0.98
Ouest Haute-Vienne	6 675	15	2	2	2.25	0.30	0.30
Sud Haute-Vienne	7 591	92	8	24	12.12	1.05	3.16
Département	45 457	427	42	127	9.39	0.92	2.79

Sources : Insee (pop 2012), Conseil général 87, capacités installées au 31.12.2013

Les zones Nord Haute-Vienne et Ouest Haute-Vienne disposent de taux d'équipement très faibles par rapport à la moyenne départementale.

5.4.1. Les unités spécialisées Alzheimer

De nombreux EHPAD ont mis en place au sein de leurs structures, ou le projettent systématiquement à l'occasion de travaux d'extension et /ou de restructuration, des unités de prise en charge des malades Alzheimer ou de maladies apparentées. Elles proposent un projet de vie qui répond aux besoins spécifiques de personnes atteintes de démence, quels que soient les troubles du comportement dont celles-ci sont affectées.

Ces unités Alzheimer répondent à des critères : architecture adaptée, qualification et formation du personnel, sélection des résidents, implication des familles, projet d'accompagnement et de soins.

Le département de la Haute-Vienne compte 427 places d'hébergement permanent dédiées aux malades Alzheimer et maladies apparentées soit une augmentation de 162 % de la capacité en comparaison avec le précédent plan gérontologique.

De plus, quatre établissements sont entièrement dédiés aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées :

- EHPAD de Bujaleuf (60 places) ;
- EHPAD de Limoges Landouge (80 places) ;
- EHPAD Mas Rome à Limoges (88 places) ;
- EHPAD Condat /Vienne (19 places).

Évolution du nombre de places en hébergement permanent dédiées aux malades Alzheimer et maladies apparentées

Capacités installées Alzheimer	Hébergement permanent
01/01/2007	163
31/12/2013	427
Évolution 2007-2013 en nombre	264
Évolution 2007-2013 en %	162 %

Source : Conseil général 87

5.4.2. L'accueil de jour, l'accueil de nuit et l'hébergement temporaire thérapeutique

Ces modes de prise en charge s'adressent aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dont le maintien à domicile est momentanément compromis. Elles visent à organiser des périodes de transition entre deux types de prises en charge ou à organiser pour les aidants familiaux des périodes de répit ou de relais entre les interventions.

Au 31 décembre 2013, le Département de la Haute-Vienne compte :

- 36 places d'hébergement temporaire dédiées aux malades Alzheimer ;
- 127 places d'accueil de jour dédiées aux malades Alzheimer ;
- 6 places d'accueil de nuit dédiées aux malades Alzheimer.

En comparaison avec le précédent plan gérontologique, le nombre de places d'hébergement temporaire a augmenté de 200 % et le nombre de places en accueil de jour a augmenté de 326 %. Les places d'accueil de nuit ont été créées à partir de 2010.

Évolution des capacités installées dédiées aux malades Alzheimer ou de maladies apparentées

Capacités installées Alzheimer	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Accueil de nuit
01/01/2007	18	39	0
31/12/2013	36	127	6
Évolution 2007-2013 en nombre	18	88	6
Évolution 2007-2013 en %	+ 200 %	+ 326 %	

Source : Conseil général 87

5.4.3. L'installation des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR)

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu de vie d'une capacité de 12 à 14 places dans lequel sont organisées et proposées durant la journée des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

Au 31 décembre 2013, 9 PASA sont installés à :

- Ambazac
- Hôpital intercommunal du Haut-Limousin, sites de Bellac et de Magnac-Laval
- Limoges Joseph de Léobardy, le Roussillon et le Mas Rome
- Nieul
- Rochechouart
- Saint-Junien.

6 PASA sont pré-labellisés sur plan dans l'attente des travaux d'aménagement :

- Châteauneuf-la-Forêt
- Hôpital intercommunal du Haut-Limousin site du Dorat
- Hôpital intercommunal Monts et Barrages site de Bujaleuf
- Limoges CHU Chastaingt
- Pierre-Bufferière
- Saint-Yrieix-la-Perche.

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) est un lieu de vie qui fonctionne jour et nuit. Elle propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. L'unité héberge de 12 à 14 résidents (20 en USLD).

Au 31 décembre 2013, seule une UHR (sur les 3 possibles en Haute-Vienne) est installée au sein de l'USLD de l'Hôpital intercommunal du Haut-Limousin, site du Dorat.

5.4.4. Cinq hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour sont des structures d'accueil temporaire destinées à diagnostiquer la maladie ou à rééduquer les patients. L'hospitalisation se termine lorsque l'objectif défini lors de l'admission est atteint, ou bien s'il n'y a pas d'évolution, lorsqu'une solution alternative est mise en place.

Les hôpitaux de jour qui accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sont les suivants :

- Hôpital de jour de réadaptation gériatrique de Limoges
- Centre du patient âgé d'Esquirol de Limoges
- Hôpital de jour psychogériatrique du centre hospitalier Esquirol de Limoges
- Hôpital de jour psychogériatrique de l'hôpital de Magnac Laval
- Hôpital de jour psychogériatrique de Saint-Yrieix-la-Perche.

5.4.5. Une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)

L'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) est un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les malades atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Elle compte 10 lits, dont 2 de répit pour les aidants en cas de situation de crise ou d'épuisement. Elle est implantée au CHU au sein de l'hôpital Jean Rebeyrol à Limoges. Elle assure des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne, grâce à l'intervention de personnels spécifiques (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, assistante de gériatrie,...) et l'accès à du temps de psychiatre. Le but de l'hospitalisation est de permettre à la personne malade de retourner à son domicile.

5.4.6. Le réseau PSYLA

Le réseau PSYLA est un groupe de psychologues du Limousin spécialisés dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés, exerçant en EHPAD, en hôpitaux ou en ville. Il est possible de contacter PSYLA pour connaître les coordonnées d'un professionnel de proximité pouvant accompagner psychologiquement le malade et sa famille.

6. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES SELON LES PROFESSIONNELLS ET LES USAGERS

Les principaux points forts :

- la diversité de l'offre à destination des personnes âgées et des aidants ;
- la complémentarité des nouveaux dispositifs avec les dispositifs existants ;
- un maillage territorial de l'offre presque complet ;
- l'amélioration de la prise en charge des malades Alzheimer et de maladies apparentées grâce au plan Alzheimer ;
- la forte implication des hôpitaux et de leurs équipes mobiles dans le secteur des personnes âgées ;
- la proximité des services du Conseil général 87 avec les professionnels et les partenaires en central et dans les MDD ;
- la forte coordination des professionnels en milieu rural.

Les principaux points faibles :

- la lisibilité et la visibilité de l'offre à améliorer pour les usagers et pour les professionnels ;
- la sous dotation en places médicalisées surtout sur le territoire Centre Haute-Vienne ;
- une transition entre le domicile et l'établissement à améliorer (recherche du consentement de la personne âgée, prévention des ruptures, dossier de liaison domicile – établissement, construction du projet de vie...) ;
- une prise en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, malades psychiatriques) à accompagner et à améliorer ;
- des transports adaptés insuffisants et peu accessibles financièrement et physiquement, qui ne facilitent pas notamment l'accès aux accueils de jour et aux accueils de nuit ;
- une utilisation inadaptée des places d'accueil temporaire ;
- une adaptation des logements insuffisamment préventive ;
- un isolement social important des personnes âgées en milieu rural et en milieu urbain.

Chapitre 3 : L'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le Département de la Haute-Vienne

I. LES PRESTATIONS DESTINÉES AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Les adultes en situation de handicap peuvent bénéficier de différentes aides ou prestations sous certaines conditions (liées au handicap, à l'âge, aux ressources...). Ils peuvent également obtenir différentes cartes pour les aider dans leur vie quotidienne (priorité, stationnement, invalidité...).

I.1. LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION POUR ADULTES HANDICAPÉS (AAH)

Au 31 décembre 2012, la Haute-Vienne est le deuxième département après les Pyrénées-Orientales à avoir le plus grand nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 personnes de 20 à 64 ans, parmi les six départements de comparaison. La France métropolitaine compte un taux de 2,6 allocataires pour 100 personnes de 20 à 64 ans.

Allocataires de l'AAH pour 100 personnes de 20 à 64 ans au 31 décembre 2012 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans	4,0	2,4	2,4	3,9	3,2	3,5

Sources : CNAF, CCMSA, DREES

Selon une enquête réalisée par la DREES, le taux de prévalence de l'AAH varie fortement d'un département à l'autre. Fin 2012, pour l'ensemble de la France, il est en moyenne de 33 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation.

Les départements ayant le plus d'allocataires se trouvent dans la partie centrale de la France : l'Yonne, la Nièvre, l'Allier,

l'Indre, la Haute-Vienne et la Creuse ont ainsi plus de 42 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation. Le Cher et la Corrèze qui leur sont voisins comptent respectivement 39 et 40 allocataires.

Ces disparités s'expliquent en grande partie par la localisation des personnes handicapées sur le territoire ainsi que par leur situation financière. Dans les départements pour lesquels la prévalence de l'AAH est importante, l'offre d'hébergements pour personnes handicapées est relativement développée. Le nombre de places en structures d'accueil pour adultes handicapés y est élevé (3,8 places pour 1 000 habitants dans les structures de travail et 6 dans les structures d'hébergement contre respectivement 3,5 et 4,3 places au niveau national). Parmi eux, on retrouve notamment l'Allier, la Charente, la Corrèze, la Haute-Vienne, l'Yonne.

L'allocation pour adulte handicapé (AAH) est une allocation qui permet de garantir un revenu minimum. Ce droit est ouvert dès lors que la personne en situation de handicap remplit un certain nombre de critères d'âge, d'incapacité, de résidence, de nationalité et de ressources.

Au 31 décembre 2012, la Haute-Vienne comptait 8 325 bénéficiaires de l'AAH contre 7 472 en 2009 soit une augmentation de 11 % du nombre de bénéficiaires¹⁴.

En comparaison avec le nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de 20 à 64 ans en 2012, la Haute-Vienne compte une proportion de bénéficiaires de l'AAH (3,9 %) plus importante que le Limousin (3,8 %) et la France métropolitaine (2,6 %).

¹⁴ Sources : Cnaf, CCMSA, Drees

1.2. LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH) ET DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE TIERCE PERSONNE (ACTP)

Au 31 décembre 2011, la Haute-Vienne est le troisième département à présenter le plus grand nombre d'allocataires de la PCH et de l'ACTP pour 1 000 personnes sur la population générale, parmi les six départements de comparaison. La France métropolitaine compte 4,1 allocataires de la PCH et de l'ACTP (2,8 pour la PCH et 1,3 pour l'ACTP) pour 1 000 personnes sur la population générale.

Allocataires PCH et ACTP pour 1 000 personnes sur la population générale 31 décembre 2011 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Nombre d'allocataires PCH / 1 000 personnes sur la population générale	3.1	3.3	2.0	3.9	4.8	4.6
Nombre d'allocataires ACTP / 1 000 personnes sur la population générale	1.6	0.9	0.8	1.5	1.2	1.2
Total PCH + ACTP	4,7	4,1	2,8	5,4	6,0	5,8

Sources : CNAF, CCMSA, DREES

L'allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) est une prestation d'aide sociale versée par le Conseil général qui s'adresse aux personnes handicapées avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et qui ont besoin d'assistance pour réaliser les actes essentiels de la vie. Cette allocation a été remplacée en 2002 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées et en 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes handicapées. L'ACTP ne concerne donc aujourd'hui que les personnes qui la percevaient avant 2006 et qui ont choisi de la conserver. Cette prestation est ainsi amenée à disparaître.

En 2013, 616 décisions favorables ont été prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour la PCH adultes contre 503 en 2009.

1 978 personnes sont bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP en Haute-Vienne au 31 décembre 2013 soit 53.45 % de bénéficiaires supplémentaires en comparaison avec 2009.

Plus précisément, 497 personnes (dont 167 de plus de 60 ans) bénéficient de l'ACTP en 2013. Entre 2009 et 2013, le nombre de bénéficiaires a diminué de 18 %. La part de bénéficiaires âgés de 60 ans et plus a légèrement augmenté entre ces deux dates (+ 4 points) évoluant de 26 % en 2009 à 30 % en 2013.

1 481 personnes bénéficient de la PCH en 2013 dans la Haute-Vienne, dont 145 enfants, ce qui représente une augmentation de 117.8 % du nombre de bénéficiaires entre 2009 et 2013.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH entre 2009 et 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2009 - 2013
ACTP	609	587	561	524	497	-18 %
PCH	680	913	1 235	1 422	1 481	117.8 %
Total	1 289	1 500	1 796	1 946	1 978	53.45 %

Source : Conseil général 87, traitement Cekoïa Conseil

En 2011, la Haute-Vienne comptait 5,4 bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1 000 habitants soit un taux de bénéficiaires supérieur au taux régional (5,0 ‰) et au taux national (4,1 ‰).

Entre 2009 et 2011, le taux de bénéficiaires pour 1 000 habitants a augmenté de façon identique dans le Limousin et la Haute-Vienne (+ 1,2 points) mais plus modérément en France métropolitaine (+ 0,7 points).

Taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1 000 habitants en 2009 et en 2011

	31.12.2009	31.12.2011	Évolution 2009-2011 en points
Limousin	3,8	5,0	1,2
Haute-Vienne	4,2	5,4	1,2
France métropolitaine	3,4	4,1	0,7

Sources : Cnaf, CCMSA, Drees, traitement Cekoïa Conseil

Les dépenses du Conseil général concernant l'ACTP et la PCH ont augmenté de 50 % entre 2009 et 2013 : la dépense d'ACTP a diminué de 14 % alors que la dépense de PCH a progressé de 86 %.

Les dépenses de PCH et d'ACTP du Conseil général de la Haute-Vienne depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2009 - 2013	Évolution 2012 - 2013
ACTP	3 787 968	3 686 551	3 522 835	3 458 696	3 268 043	- 13,73 %	- 5,51 %
PCH	6 666 755	9 248 231	10 631 315	12 267 844	12 425 882	86,39 %	1,29 %
Total	10 454 723	12 934 782	14 154 150	15 726 540	15 693 925	50,11 %	- 0,21 %

Source : Conseil général 87

Les recettes de PCH du Conseil général de la Haute-Vienne depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2009 - 2013	Évolution 2012 - 2013
PCH	444 966	572 598	1 104 949	1 276 387	1 188 932	267 %	-6.85 %

Source : Conseil général 87

En 2013, les aides versées pour la PCH ont été réparties de la manière suivante :

- aides humaines : 93,1 % ;
- aides techniques : 0,8 % ;
- surcoûts liés aux transports et aménagement du véhicule : 2,6 % ;
- aménagement du logement : 1,4 % ;
- divers : 2,0 %.

- 50.26 % de ces sommes vont aux services prestataires
- 7.22 % aux services mandataires
- 9.74 % financent de l'emploi direct
- 21.17 % sont destinés à rémunérer des aidants familiaux
- 11.61 % relèvent des forfaits

En nombre d'heures, ces interventions sont réalisées à :

- 24.71 % par des services prestataires,
- 6.25 % par des services mandataires
- 9.28 % en gré à gré
- 59.76 % par des aidants familiaux

Depuis 2008, la proportion de demandes débouchant sur des rejets pour non éligibilité aux critères ne cesse d'augmenter, passant de 10 % en 2008, à 27 % en 2011, pour atteindre 38 % en 2012.

Les rejets pour non éligibilité aux critères avant l'âge de 60 ans, les plus difficiles à instruire, car nécessitant une véritable recherche aux antécédents médicaux et aux informations sur l'atteinte de l'autonomie, passent de 1% en 2008 à 8.3 % en 2012. On note une forte proportion de dossiers sans suite de 9% : demandes cochées à tort, situations ne relevant pas d'un handicap ou recherche de financement d'activité ménagère.

Les montants moyens des plans d'aide ayant fait l'objet d'une décision en 2012 pour la PCH à domicile, adultes et enfants sont les suivants, par catégories d'aide :

- Aides humaines : 849 € (841 € au plan national)
- Aides techniques : 716 € (773 € au plan national)
- Aménagement du logement : 2 981 € (2 921 € au plan national)
- Aménagement du véhicule : 2 671 € (2 679 € au plan national)
- Surcoûts frais de transports : 141 € (130 € au plan national)
- Charges exceptionnelles spécifiques : 121 € (338 € au plan national)

Le montant mensuel des paiements mis en œuvre par le Conseil général (ensemble des droits notifiés) s'élève à 815 €

Les PPC inférieurs à 1 000 € représentent 40 % du total des dépenses du mois. A l'opposé, la compensation des personnes très lourdement handicapées mobilise 5% de la dépense totale avec un PPC supérieur à 10 000 €/mois.

Versements mensuels des aides humaines pour des services faits et payés en mai 2013

Montant du PPC en €	Nombre de bénéficiaires	Répartition des bénéficiaires en %	Montants versés en €
Inférieur à 1 000	783	78.50	366 421.21
de 1 000 à 2 999	164	16.40	270 751.09
de 3 000 à 4 999	29	2.90	107 263.85
de 5 000 à 9 999	17	1.70	114 585.26
Supérieur à 10 000	4	0.40	48 036.25
total	997	100	907 057.66

Source : Conseil général 87 (IODAS)

1.3. LE FONDS DÉPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP (FDC)

Le Fonds départemental de compensation du handicap attribue en fonction des ressources des personnes handicapées, des aides financières destinées à leur permettre de faire face aux frais de compensation restant à leur charge une fois déduite la prestation de compensation du handicap.

Ce fonds intervient pour financer des frais d'aide technique, d'aide à l'aménagement du logement, à l'adaptation du véhicule (hors frais de transport) ainsi que des charges exceptionnelles examinées au cas par cas.

Des montants plafonds ont été déterminés par type d'aide.

En 2013, 134 demandes ont été examinées par le Comité de gestion (Etat, Conseil général, CPAM, et MSA) contre 148 demandes en 2009. Le montant des sommes engagées par le FDC s'est élevé à 92 095.52 € en 2013, réparti selon la nature des aides demandées :

- 5 475.33 € : aménagement de véhicule
- 30 085.00 € : aménagement du logement
- 54 317.01 € : aides techniques
- 2 218.18 € : charges exceptionnelles

En 2013, les contributeurs (CPAM, État et MSA) ont doté le FDC de 99 509 € contre 45 000 € de dotations en 2009 (CPAM et MSA).

1.4. LE NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES ADMISES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT

Au 31 décembre 2013, 960 personnes handicapées étaient admises au titre de l'aide sociale à l'hébergement contre 860 personnes en 2009.

La charge financière pour le département est de 43 044 167 € en 2013 contre 34 080 037 € en 2009, soit une augmentation de 26 %.

2. LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE COORDINATION

2.1. LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

Créée par la loi du 11 février 2005, la MDPH qui est un groupement d'intérêt public (GIP) est pilotée par le Conseil général qui en assure la tutelle administrative et financière, le Président du Conseil général étant de droit le Président du GIP. De plus, l'ensemble des acteurs concernés par la politique du handicap est associé à la gouvernance de la MDPH et participe à chacune de ses instances ainsi qu'à la définition de ses orientations stratégiques.

Les missions réglementaires des MDPH sont les suivantes :

- Informer, accueillir et orienter ;
- Aider à la formulation du projet de vie de la personne ;
- Évaluer son droit à compensation dans le cadre d'un plan personnalisé de compensation ;
- Assurer le fonctionnement de la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH) ;
- Garantir un suivi et un accompagnement des décisions ;
- Offrir la médiation requise pour la mise en œuvre des décisions ;
- Être un observatoire du handicap au niveau départemental et identifier l'évolution des besoins sur le territoire.

Ce guichet unique composé d'une équipe de 38 personnes (personnels administratifs, médecins, travailleurs sociaux, et ergothérapeutes), accueille des enfants ou adultes en situation de handicap, évalue leurs besoins et propose des réponses en termes de scolarisation, d'insertion professionnelle, de prestations ou d'orientations vers des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS).

Quelques chiffres concernant l'année 2013

- 1,51 M € de dépenses
- des participations de l'Etat pour 679 000 €, du Conseil général pour 150 000 €, de la CNSA pour 431 608 € et de participations diverses au fonds de compensation du handicap à hauteur de 99 509 €
- 21 755 appels téléphoniques et 12 729 personnes reçues
- 21 000 dossiers ont été déposés

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) s'est réunie 28 fois en 2013, pour prononcer 21 871 avis ou décisions :

- 4 772 pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et le complément de ressource
- 705 pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- 1 440 pour la prestation de compensation (PCH), 88 ACTP, 60 assurance vieillesse
- 1 490 orientations professionnelles
- 3 173 reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- 7 583 avis ou décisions de cartes (invalidité, priorité ou stationnement)
- 1 257 orientations, pour enfants ou adultes handicapés, en établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.
- 666 orientations scolaires, 431 décisions d'auxiliaires de vie scolaire, 193 avis de transports adaptés et 13 pour du matériel pédagogique adapté.

2.3. LES MAISONS DU DÉPARTEMENT (MDD)

Afin d'améliorer la qualité du service public départemental par plus de proximité avec les usagers, 29 «portes d'entrée» des services départementaux ont été créées à l'échelle de chaque communauté de communes depuis le 1er septembre 2012. (liste accessible sur le site www.haute-vienne.fr)

Ces lieux clairement identifiés Maisons du département (MDD) et accessibles en 15 minutes, permettent à tout usager d'être reçu, accueilli, informé, et orienté pour toute question relevant des compétences du Conseil général dans les domaines suivants :

- **Personnes âgées-personnes handicapées** : informer et accompagner les personnes âgées et handicapées, favoriser leur autonomie, sensibiliser les aidants.
 - o La coordination gérontologique se compose de 5 adjoints chargés de la politique des personnes âgées et des personnes handicapées et de 35 référents autonomie qui assurent l'accompagnement et le suivi des personnes âgées bénéficiaires ou non de l'APA (information, orientation, accompagnement pour la constitution d'un dossier d'aide, suivi des bénéficiaires de l'APA, repérage des situations difficiles). Une réflexion est actuellement en cours avec la MDPH pour développer une mission de premier recours pour les personnes handicapées au sein des MDD et un suivi de bénéficiaires de la PCH. Les référents autonomie contribueront dans ce cadre à l'accompagnement pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation (PPC) ainsi qu'à son suivi.
 - o Le maintien à domicile : portage de repas à domicile, téléassistance, aides à domicile, aide sociale, APA à domicile, PCH, structures de répit, dispositifs en faveur des aidants....
 - o L'hébergement : information sur les établissements PA et PH, dossier unique d'inscription en EPHAD, aide sociale, APA et PCH en établissement...
 - o Protection des adultes vulnérables en cas d'informations préoccupantes ou de signalements.
 - o Informations sur la MDPH et ses compétences.

- **Protection de l'enfance et de la famille** : soutien à la fonction parentale, dépistage et prévention des problèmes de santé et de développement, consultations, suivi PMI, agrément des assistantes maternelles, prévention et protection de l'enfance, mesures d'accompagnement social et éducatif, aides financières, adoption, accès aux origines, tutelle des mineurs.

- **Lutte contre l'exclusion** : prise en charge financière du Revenu de Solidarité Active (RSA), actions d'insertion (PLIE, Mission locale, IAE), aides financières.

- **Education jeunesse** : informations sur les dispositifs, aides financières (chèque ado, aide aux permis de conduire, aux BAFA, bourses pour la mobilité internationale des étudiants, aides pour l'accueil de loisirs et ateliers péri scolaires).

- **Soutien aux communes et à leur groupement** : soutien aux investissements pour le développement des équipements et services à la population, dispositifs CTD et CDDI.

- **Soutien à l'emploi et à l'économie** : soutien à la création, à la modernisation, au développement ou à la transmission des entreprises dans le but de maintenir et créer de l'emploi, aides financières au secteur économique, partenariat et animation avec les différentes chambres, soutien au développement des télécoms.

- **Environnement, cadre de vie** : aides à l'agriculture, aménagement de l'espace, logement, énergie, assainissement, gestion des sites départementaux (étang de la Pouge, site du Mont Gargan, Chalucet, Saint Pardoux, les tourbières...).

- **Culture, sport, tourisme :** soutien à la vie culturelle, programmation de la salle Noriac, soutien à la pratique sportive, à la vie associative, valorisation du tourisme (aides aux porteurs de projets), plan de développement du lac de St Pardoux.
- **Voierie, transports :** gestion du réseau routier départemental, transports scolaires et à la demande.
- **Bâtiments :** entretien et suivi du patrimoine départemental, entretien des collèges.

3. LA VIE À DOMICILE

3.1. LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

4.1.1. Les services d'aide et de soins à domicile

La description et la liste des SAAD qui interviennent dans le département de la Haute-Vienne sont présentées à la section 3.1.1 du Chapitre 2.

3.1.2. Des services de portage de repas à domicile

La description et la liste des services de portage de repas dans le département de la Haute-Vienne sont présentées à la section 3.1.2 du Chapitre 2.

3.2. LES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS

3.2.1. Un SPASAD dédié aux personnes handicapées installé à Limoges

La description des SPASAD est présentée à la section 3.2.1 du Chapitre 2.

Le département de la Haute-Vienne compte un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile dédié aux personnes handicapées : le SPASAD de l'APF qui compte 13 lits de SSIAD et est installé à Limoges.

3.2.2. La plateforme médico-sociale facilitant le retour des personnes handicapées de plus de 60 ans après une hospitalisation

La description de la plateforme médico-sociale est présentée à la section 3.2.2 du Chapitre 2..

3.3. LES SERVICES DE SOINS

3.3.1. Des places de Services de soins infirmiers à domicile qui couvrent l'ensemble du département

La description des missions des SSIAD est présentée à la section 3.3.1 du Chapitre 2.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne compte 55 places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées.

Service	Commune d'implantation	Nombre de places
SSIAD Santé Service Limousin	Limoges	25
SSIAD Delta Plus	Limoges	15
SSIAD CHU de Limoges	Isle	2
SPASAD APF	Limoges	13
TOTAL		55

Source : Finess

Le SSIAD Santé Service Limousin intervient sur l'ensemble du territoire départemental.

Le SSIAD Delta plus assure le maintien à domicile des personnes en situation de handicap à travers des soins et des activités socio-thérapeutiques articulées avec le plateau technique de l'association.

Entre 2009 et 2013, 5 places de SSIAD supplémentaires ont été installées, soit une augmentation de 10 % de la capacité départementale.

La Haute-Vienne a un taux d'équipement en SSIAD et en SPASAD personnes handicapées au 1^{er} janvier 2013 de 0,3 places de SSIAD pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans. Ce taux est égal au taux d'équipement de la région Limousin et de la Corrèze mais inférieur au taux d'équipement de la Creuse (0,5 lits ‰)¹⁵.

3.3.2. L'Hospitalisation à domicile

La description des deux services d'hospitalisation à domicile est présentée à la section 3.3.2 du Chapitre 2.

3.4. LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT (SAVS, SAPHAD, SAMSAH)

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement de la Haute-Vienne en SAVS, SAPHAD et SAMSAH est de 2,7 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans soit un taux égal au taux national mais est inférieur au taux régional de 3,6 ‰. Ce taux régional cache de grandes disparités : la Creuse ayant un taux de 2,4 ‰ et la Corrèze un taux de 5,6 ‰¹⁶.

Durant l'année 2013, pour une capacité autorisée de 529 places, 694 personnes ont bénéficié d'un suivi, soit 1.31 suivi/place autorisée.

Les hommes sont majoritaires (58.5 %). A noter que, pour les SAVS, cette répartition est grandement dépendante des caractéristiques de la population prise en charge, notamment des travailleurs d'ESAT (80 % de la population pour les SAVS de l'ALEFPA et des Amis de l'Atelier, et 75 % pour celui de l'APSAH).

L'âge moyen est de 44 ans : 42.9 pour les femmes et 44.8 pour les hommes.

Les déficiences intellectuelles et du psychisme constituent les $\frac{3}{4}$ des déficiences identifiées.

Déficience	Intellectuelle	Psychique	Auditive/ visuelle	Motrice	Plurihandicap	Polyhandicap	Trauma crânien	autre
Répartition	45 %	24.6 %	0.9 %	13.8 %	12.2 %	0.6 %	2.4 %	0.4 %

Concernant les conditions de vie, plus des $\frac{3}{4}$ de la population occupe son propre logement que ce soit en qualité de propriétaire ou locataire (78.1 %) ou colodataire (3.9 %). Moins de 16 % de la population est hébergée, majoritairement au sein de la famille.

64 % de la population accompagnée est célibataire sans enfant, 9.5 % célibataire avec enfant, 15.4 % en couple sans enfant et 11.1 % en couple avec enfant.

Les domaines d'intervention les plus concernés concernent le soutien à la vie quotidienne (20.3 %), la santé (15.7 %) et les démarches administratives (10.5 %).

La durée moyenne d'accompagnement est de 4,4 ans tous établissements confondus, avec la moyenne la plus basse de 1,3 an et la plus haute à 13 ans.

151 suivis ont pris fin en 2013 : 55 % pour un projet réalisé, 18.5 % par rupture de contrat à l'initiative de la personne et 11.3 % à l'initiative du service, 6.6 % pour décès et 8.6 % suite à un déménagement.

¹⁵ Source : Drees,ARS, Finess, traitement Cekoïa Conseil

¹⁶ Source : Insee, RP 2010, Drees,ARS, Finess, Traitement Cekoïa Conseil.

3.4.1. Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Les personnes en situation de handicap vivant à domicile peuvent être accompagnées par un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui propose un accompagnement social et un apprentissage à l'autonomie. Ils s'adressent à des personnes adultes ayant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et pour lesquelles un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence et/ou un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie s'avèrent utiles. Il est nécessaire d'avoir une orientation CDAPH pour bénéficier d'une prise en charge.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne compte 254 places de SAVS réparties sur 9 structures. Le financement de ces places est intégralement supporté par le Conseil général.

Liste des SAVS du département de la Haute-Vienne au 31 décembre 2013

	Gestionnaire – dénomination des SAVS	localisation	Capacités installées
Association Alefpa	Service d'accompagnement et d'aide à l'insertion (SAAI)	Bellac	36
Association Arsse	SAVS	Eymoutiers	35
Association Apsah	SAVS	Limoges	24
Delta plus	Service d'accompagnement et d'insertion à la vie sociale (SAIVS)	Limoges	25
Association Trisomie 21 (87)	SAVS	Limoges	20
Fondation les Amis de l'Atelier	SAVS	Limoges	45
Association Delta plus	SAVS	Panazol	15
Association Apehisj	Service d'accompagnement et d'aide à l'insertion sociale en milieu ordinaire (SAAIS)	St Junien	25
Association Arai	Service de stimulation et de développement à la vie sociale (SSDVS)	St Laurent les Églises	29
		Total	254

Source : Conseil général 87

Entre 2009 et 2013, 16 places de SAVS supplémentaires ont été créées, soit une augmentation de 7 %.

3.4.2. Les Services d'accompagnement pour personnes handicapées à domicile (SAPHAD)

Les Services d'accompagnement pour personnes handicapées à domicile (SAPHAD) sont des SAVS destinés aux personnes handicapées qui se trouvent dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle. Ils prennent en charge des adultes sans limite d'âge. Ils aident, par contractualisation, à la réalisation du projet de vie de la personne : logement, vie quotidienne, vie sociale, loisirs, accompagnement lors d'une orientation vers une structure protégée, insertion professionnelle, soutien en EHPAD...

Ils s'adressent aux personnes isolées en situation de handicap qui vivent parfois avec des aidants vieillissants et aux personnes handicapées qui sont sur liste d'attente pour accéder à une place en établissement ou en service. Il est nécessaire d'avoir une orientation CDAPH pour bénéficier d'une prise en charge.

Au 31 décembre 2013, on compte 236 places de SAPHAD réparties au sein de 5 structures qui couvrent la totalité du territoire départemental :

Gestionnaires SAPHAD	Localisations	Capacités installées
Association Alefpa	Bellac	40
Association Arsse	Eymoutiers	40
CDTPI	Isle	50
Association APF	Limoges	61
Association Delta plus	Limoges	45
	Total	236

Source : Conseil général 87

La capacité du SAPHAD de Delta plus est portée à 65 places à compter du 1^{er} mai 2014. Le SAPHAD de l'APF est spécialisé dans l'accompagnement du handicap physique et a une compétence départementale. Les autres ont une vocation généraliste avec une compétence territorialisée.

Entre 2009 et 2013, 85 places de SAPHAD supplémentaires ont été créées, soit une hausse de 56 %. L'ensemble des places autorisées a été installé.

3.4.3. Le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien, la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Il est nécessaire d'avoir une orientation CDAPH pour bénéficier d'une prise en charge.

Au 31 décembre 2013, le département de la Haute-Vienne compte 39 places de SAMSAH réparties au sein d'une structure à vocation départementale :

Gestionnaire SAMSAH	Localisation	Capacités installés
Association Prism	Limoges	39
	Total	39

Source : Conseil général 87

Entre 2009 et 2013, 24 places supplémentaires de SAMSAH ont été installées soit une augmentation de 160 % des capacités. Ce service est spécialisé handicap psychique.

3.5. LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

La téléassistance et la domotique sont présentées à la section 3.4 du Chapitre 2.

3.6. LES ÉQUIPES MOBILES

3.6.1. L'équipe ambulatoire de proximité

Les infirmières de l'équipe ambulatoire de proximité du Centre Hospitalier Esquirol interviennent dans des structures médico-sociales, au domicile ou substitut de domicile, sur prescription des médecins du CH Esquirol avec un programme de soins.

3.6.2. L'HEMIPASS

L'HEMIPASS est présentée à la section 3.5.2 du Chapitre 2.

3.7. LES ACCUEILS SÉQUENTIELS

3.7.1. L'offre d'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. La durée de l'accueil ne peut excéder 90 jours, consécutifs ou non, par an.

Si cette formule d'accueil soulage les familles ou les aidants et permet de rompre l'isolement de la personne handicapée, elle a également l'avantage de préparer à l'accueil permanent en établissement. Il est nécessaire d'avoir une orientation CDAPH pour bénéficier d'une prise en charge.

La Haute-Vienne compte 30 places d'hébergement temporaire installées dans des foyers d'hébergement, des foyers de vie et des foyers d'accueil médicalisés.

Liste des hébergements temporaires de Haute-Vienne au 31 décembre 2013

Types d'établissement	Gestionnaires	Localisations	Nombre de places installées
Foyer d'hébergement	Cdtpi	Glandon	1
	Association Apsah	Limoges	2
	Association Delta plus	Limoges	2
		Panazol	3
	<i>Sous-total</i>		<i>8</i>
Foyers de vie	EPDAAH ¹⁷	Ambazac	3
	Association PEP ¹⁸	Bosmie l'Aiguille	4
	Association APF	Feytiat	1
	Association Delta plus	Limoges et Rilhac Rancon	5
		Panazol	3
	<i>Sous-total</i>		<i>16</i>
Foyer d'accueil médicalisé	Association Handas	Aixe sur Vienne	1
		Limoges	1
	Association Perce-Neige	St Laurent sur Gorre	4
	<i>Sous-total</i>		<i>6</i>
	Total		30

Source : Conseil général 87

Entre 2009 et 2013, 9 places d'hébergement temporaire supplémentaires ont été créées, soit une augmentation de 43 % des capacités installées.

3.7.2. Les accueils de jour

Les accueils de jour s'adressent aux personnes handicapées qui vivent à domicile. Elles sont reçues, à la journée ou à la demi-journée, une seule ou plusieurs fois par semaine, dans des locaux spécifiques. L'accueil de jour permet de soulager les familles, d'aider les aidants et de rompre l'isolement de la personne.

¹⁷ Dont une place d'hébergement temporaire d'urgence

¹⁸ Dont une place d'hébergement temporaire en appartement

Il est nécessaire d'avoir une orientation CDAPH pour bénéficier d'une prise en charge.
 Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne compte 87 places d'accueil de jour au sein des foyers de vie et des foyers d'accueil médicalisés :

Types d'établissements	Gestionnaires	Localisations	Nombre de places installées
Foyer de vie	EPDAAH	Ambazac	10
	Association Areha	Bellac	3
	Association Pep	Bosmie l'Aiguille	3
	Association APF	Feytiat	5
	Cdtpi	Isle	2
	Association Alis	Limoges	20
	Fondation les Amis de l'Atelier	Limoges	10
	Association Delta plus	Limoges	10
		Panazol	15
	Fondation John Bost	Nexon	5
	<i>Sous total</i>		83
Foyer d'accueil médicalisé	Association Perce-Neige	St Laurent sur Gorre	4
	<i>Sous-total</i>		4
	Total		87

Source : Conseil général 87

Entre 2009 et 2013, 2 places d'accueil de jour supplémentaires ont été installées soit une augmentation de 2,35 % des capacités départementales.

3.7.3. Les formations pour les aidants

Des formations pour les aidants familiaux sont proposées par des associations telles que la Croix-Rouge.

3.8. L'ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL

Cf. Chapitre 2 – Le maintien à domicile, point 3-8 L'accueil familial social

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne comptait 10 places pour personnes handicapées, au sein de 8 familles agréées.

Ce dispositif spécifique concerne de jeunes majeurs dont l'accueil chez un assistant familial se poursuit.

La Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses dispositions pour la cohésion sociale, a élargi les modalités d'accueil en famille de personnes âgées ou handicapées, en offrant la possibilité aux collectivités publiques ou à des personnes privées gestionnaires, de salarier directement des accueillants familiaux.

Compte tenu de cette évolution législative et au regard des besoins exprimés par les différents partenaires du handicap, le Conseil général a souhaité que soit menée une expérimentation dans ce domaine.

3.9. LES LOGEMENTS ADAPTÉS EN CENTRE-BOURG

Les logements adaptés de l'ODHAC sont décrits dans la section 3.9 du Chapitre 2.

4. LA VIE EN ÉTABLISSEMENT

4.1. LES BESOINS EXPRIMÉS

La CDAPH oriente les personnes handicapées en fonction des besoins exprimés et non pas en fonction des places disponibles dans le département. Si la personne handicapée n'est accueillie dans aucune structure, elle reçoit une notification pour la structure qui lui correspond le mieux. Si la personne handicapée est déjà accueillie dans une structure, elle y est maintenue et reçoit une préconisation pour la structure qui lui correspondrait le plus.

767 orientations ont été prononcées en 2013, par la CDAPH vers les établissements et services (hors ESAT) : 385 maintiens, 378 premières demandes ou renouvellements en attente de places et 4 sorties.

Au 31 décembre 2013, le nombre de personnes en attente de place et inscrites auprès d'un établissement (hors ESAT), était de :

- o 15 demandes en foyer d'hébergement, dont 10 sur la liste d'un seul établissement
- o 87 demandes en foyer de vie, dont 11 CRETON et 35 personnes à domicile sans PCH
- o 22 demandes de FAM, dont 8 à domicile sans PCH
- o 25 demandes de MAS, dont 3 CRETON et 8 personnes à domicile sans PCH
- o 105 demandes de SAVS et SAPHAD, dont près de la moitié pour un seul SAPHAD
- o 39 demandes de SAMSAH.

Par ailleurs, 425 personnes orientées depuis 2009, ne figuraient sur aucune liste d'établissement ou n'étaient pas accueillies en structures. La MDPH avec l'aide des services d'accompagnement à domicile (SAVS, SAPHAD et SAMSAH) a pu établir un bilan de situation de 238 de ces personnes.

4.2. L'ÉQUIPEMENT EN PLACES D'HÉBERGEMENT POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

4.2.1. Les places de foyer d'hébergement (FH) et de foyers d'accueil polyvalents avec sections d'animation

Les foyers d'hébergement accueillent en fin de journée et en fin de semaine des adultes handicapés travaillant soit en établissement de travail protégé soit en milieu ordinaire ou encore en centre de rééducation professionnelle. Les orientations sont prononcées par la CDAPH. Les personnes handicapées peuvent être hébergées en internat ou en appartement. Les foyers d'accueil polyvalent sont une catégorie d'établissements créée en 2005 permettant de comptabiliser les foyers d'hébergement proposant aux adultes handicapés à la fois de l'internat et des activités occupationnelles (section d'animation).

Les sections d'animation s'adressent aux travailleurs handicapés d'ESAT qui se trouvent dans l'incapacité momentanée ou durable, d'occuper un poste de travail à temps plein. Initialement dédiées aux travailleurs vieillissants en vue de préparer leur projet de retraite, elles peuvent recevoir des usagers qui quel que soit leur âge, ont besoin d'adapter leur projet de vie. Elles proposent à la fois des activités de socialisation, d'accès à la citoyenneté et des activités permettant de maintenir ou retrouver des acquis cognitifs. L'étude annuelle du taux d'occupation dans le cadre du compte administratif des structures montre globalement une sous-occupation des places.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne compte 225 places de foyer d'hébergement dont 198 en internat

Foyer d'hébergement Gestionnaires	Localisations	Capacités installées			
		internat	hébergement temporaire	appartement	section d'animation
Association Arsse	Eymoutiers	16			
Cdtpi	Glandon	12	1		
Association Apsah	Isle	14			
	Limoges	33	2	4	
Association Delta plus	Limoges	30	2		5
Fondation les Amis de l'Atelier	Limoges	51			9
Association Delta plus	Panazol	27	3	15	10
Association Arai	St Laurent les Églises	15			6
		198	8	19	30
TOTAL		225			

Source : Conseil général 87

4.2.2. Les foyers de vie ou foyers occupationnels (FV)

Les foyers de vie accueillent des adultes qui présentent un handicap important ne leur permettant pas d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Les personnes susceptibles d'être accueillies dans ces structures doivent bénéficier d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale.

Les orientations sont prononcées par la Commission des droits et de l'autonomie.

Les appartements de suite accueillent des adultes handicapés qui ont acquis un niveau d'autonomie suffisant pour justifier d'une prise en charge plus légère et pouvoir ainsi mieux exploiter leurs potentialités mais qui nécessitent cependant un suivi éducatif au long cours.

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement en places de foyer de vie de la Haute-Vienne est le plus important des six départements de comparaison. La France métropolitaine a un taux de 1,5 place de foyer de vie pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Taux d'équipement en foyer de vie pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans au 1er janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en foyer de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,4	1,6	2,1	2,6	2,5	1,5

Sources : DREES, ARS, FINESS

Le taux d'équipement de la Haute-Vienne en foyers de vie est de 2,6 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2013. Ce taux est supérieur au taux national de 1,5 % mais est inférieur au taux régional de 3,0 %. Une grande disparité existe entre la Creuse et la Corrèze puisque la Corrèze a un taux de 4,2 % contre un taux de 1,8 % en Creuse.

Le département de la Haute-Vienne compte 474 places de foyers de vie dont 338 en internat

Foyers de vie gestionnaires	Localisations	Capacités installées			
		internat	externat	hébergement temporaire	appartement + SIIS+ SI
EPDAAH	Ambazac	43	10	3 (*)	
Association Areha	Bellac	30	3		13
Association des PEP	Bosmie	21	3	4 (**)	14
Association APF	Feytiat	20	5	1	
Cdtpi	Isle	18	2		
Association Alis	Limoges		20		
Fondation des Amis de l'Atelier	Limoges		10		
Association Delta plus	Limoges-Rilhac	55	10	5	8
Foyer de vie	Neuvic entier	50			2
Fondation John Bost	Nexon	29	5		
Association Delta plus	Panazol	50	15	3	
Fondation des Amis de l'Atelier	St Just le Martel	22			
		338	83	16	37
	TOTAL	474			

(*) dont 1 accueil d'urgence (**) dont 1 en appartement
Source : Conseil général 87

4.2.3. L'offre de foyers d'accueil médicalisé (FAM)

Les foyers d'accueil médicalisé s'adressent à des adultes lourdement handicapés qui nécessitent à la fois un accompagnement éducatif et occupationnel et un suivi médical soutenu et constant. Ces établissements proposent aux personnes accueillies un accompagnement médical et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie dans les actes de la vie courante. Les orientations sont prononcées par la Commission des droits et de l'autonomie. Les soins sont financés par un forfait versé par l'assurance maladie.

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement en FAM de la Haute-Vienne est le deuxième le plus important parmi les six départements de comparaison. Le taux d'équipement en FAM de la Haute-Vienne est similaire à ceux de la Vienne et des Deux-Sèvres. La France métropolitaine a un taux d'équipement de 0,7 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Taux d'équipement en FAM pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en FAM	0,4	0,5	0,9	0,5	0,5	0,6

Sources : DREES, ARS, FINESS

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne compte un taux d'équipement en FAM de 0,5 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans. Ce taux est inférieur au taux national de 0,7 % mais égal au taux régional. La Creuse a un taux d'équipement de 0,8 % et la Corrèze de 0,4 %.

Le département de la Haute-Vienne compte 87 places de Foyer d'accueil médicalisé dont 77 en internat au 31 décembre 2013

Foyer d'accueil médicalisé gestionnaires	Localisations	Capacités installées		
		internat	externat	hébergement temporaire
Association Handas	Aixe sur Vienne	11		1
Association Handas	Limoges	15		1
Association Delta plus	Rilhac-Rancon	12		
Fondation les Amis de l'Atelier	St Just le Martel	15		
Association Perce Neige	St Laurent sur Gorre	24	4	4
	TOTAL	77	4	6
		87		

Source : Conseil général 87

4.2.4. L'offre de maisons d'accueil spécialisée (MAS)

Les MAS reçoivent des personnes lourdement handicapées n'ayant pas pu acquérir d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants pour les actes essentiels de la vie courante. Les MAS sont placées sous l'autorité de l'ARS.

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement en MAS de la Haute-Vienne est le troisième plus important, parmi les six départements de comparaison. Le taux d'équipement en MAS de la Haute-Vienne est identique à celui des Deux-Sèvres. La France métropolitaine a un taux de 0,8 places / 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans en MAS au 1er janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en MAS	1,6	1,1	0,7	0,8	0,8	0,5

Sources : DREES, ARS, FINESS

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement en MAS de la Haute-Vienne était de 0,8 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans soit un taux égal au taux moyen national mais bien inférieur au taux régional de 2,2 ‰. En effet, les départements de la Corrèze et de la Creuse enregistrent des taux d'équipement en MAS très supérieurs à la Haute-Vienne avec respectivement 3,9 ‰ et 3,2 ‰.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne compte 164 places de MAS dont 155 places en internat

MAS gestionnaires	Localisations	Capacités installées			type de handicap
		internat	externat	hébergement temporaire	
CH Esquirol	Limoges	55			Polyhandicap
Association AREHA	Bellac	20			Polyhandicap
Association APAJH 87	Aixe sur Vienne	42	4		Polyhandicap
		12			Autisme
Association Delta Plus	Rilhac Rancon	26	2	3	Polyhandicap
	TOTAL	155	6	3	

Source : ARS

4.3. L'OFFRE DESTINÉE AUX PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

« Toute personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître de surcroît les effets du vieillissement est considérée comme une personne handicapée vieillissante. Le vieillissement se traduit de diverses manières : diminution des capacités fonctionnelles, aggravation des déficiences sensorielles, apparition de handicaps ajoutés, survenue de maladies dégénératives, augmentation d'épisodes aigus, etc.

Le seuil des 40/50 ans est souvent retenu dans la littérature sur le vieillissement des personnes handicapées, dans la mesure où c'est à partir de cet âge que l'on peut observer pour beaucoup d'entre elles les effets délétères du vieillissement pouvant conduire à la perte d'acquis parfois difficilement obtenus. Néanmoins, il arrive également que des personnes au handicap complexe et/ou souffrant dès le plus jeune âge de maladies neurodégénératives soient confrontées à un vieillissement plus précoce encore, que les professionnels sont amenés à devoir anticiper, prévenir et accompagner.

L'avancée en âge des personnes handicapées est à considérer au plus tôt dans leur parcours de vie (famille, travail et sociabilité) et leur parcours de soins (prévention, accompagnement et accompagnement de fin de vie). Cette avancée en âge peut rendre nécessaire des changements de lieux de vie, d'activités, d'accompagnement, de soins. Elle les expose à des risques de ruptures familiales, amoureuses, amicales, sociales... Pour chacune de ces adaptations, la personne concernée doit être associée le plus possible au projet ». source ANESM

En septembre 2010, l'Association Perce-neige a ouvert un foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées vieillissantes, à Saint-Laurent-sur-Gorre de 32 places.

Enfin, une unité spécifique de 17 lits pour handicapés psychiques, à partir de 50 ans, a été autorisée en 2013 à l'hôpital intercommunal du Haut-Limousin, sur le site de Magnac-Laval. Ce projet a été élaboré en partenariat avec le CH Esquirol.

En 2010, l'EHPAD de Verneuil sur Vienne, géré par l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM) d'une capacité de 60 lits d'hébergement permanent et 16 lits d'hébergement temporaire, propose une prise en charge spécifique pour 9 travailleurs d'ESAT, handicapés mentaux, retraités, en partenariat avec le CDTPI d'Isle et l'association Delta plus pour le site de Panazol.

Afin d'anticiper l'entrée en EHPAD de personnes handicapées retraitées d'ESAT et hébergées en foyer d'hébergement, des liens ont été créés entre le Centre hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche, l'EHPAD de Verneuil et un foyer d'hébergement. Ainsi, le personnel de l'EHPAD a réalisé des stages au sein du foyer d'hébergement et le Centre Hospitalier de Saint-Yrieix accompagne les personnes handicapées après leur entrée en EHPAD.

De même, sur le secteur Nord Haute-Vienne, l'AREHA, l'ALEFPA et l'hôpital intercommunal du Haut-Limousin coopèrent en vue de fluidifier les parcours des personnes handicapées.

4.4. L'HOSPITALISATION DES RÉSIDENTS D'ÉTABLISSEMENTS

Sur le territoire Sud Haute-Vienne, des conventions sont signées entre les centres hospitaliers et les établissements afin de faciliter la prise en charge des résidents lors d'une hospitalisation. Ainsi, dans le cadre des conventions signées avec le Centre Hospitalier de Saint-Yrieix-la-Perche, les établissements appellent le cadre de santé pour préparer l'admission des résidents. Des conventions du même type sont passées avec le Centre Hospitalier de Saint-Léonard et le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

Sur le secteur Centre Haute-Vienne, et dans le cadre du CPOM tripartite entre l'ARS du Limousin, le Conseil général et l'association Delta Plus, des conventions ont été signées avec le CHU de Limoges et sont en préparation avec les cliniques (HAD, protocole de liaison avec les services d'urgence...).

5. L'INSERTION PROFESSIONNELLE

5.1. LES DEMANDES D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Les personnes handicapées disposent des mêmes dispositifs d'aide à l'insertion que les autres salariés. Cependant, quand une personne rencontre des difficultés d'orientation professionnelle, elle peut être admise dans un centre de pré-orientation. Il faut pour cela qu'elle ait été déclarée «travailleur handicapé». De plus, elle doit, pour être admise dans un de ces centres, recevoir un avis favorable de la Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Un centre de pré-orientation accueille le travailleur handicapé qui a des difficultés à s'orienter professionnellement. Il reçoit alors une aide pour élaborer son projet, notamment en le mettant en situation de travail caractéristique de différents métiers. Ceci doit permettre d'évaluer les capacités et les aptitudes du travailleur. Le travailleur est accueilli pour une période variant de 8 à 12 semaines. Pendant cette période, il a le statut de stagiaire de la formation professionnelle.

À l'issue de cette période, le centre adresse un rapport à la CDAPH. Selon les résultats, le travailleur peut se voir proposer :

- o un emploi dans une entreprise du milieu ordinaire,
- o un emploi dans un Établissement et service d'aide par le travail (ESAT),
- o un emploi dans une entreprise adaptée,
- o une formation complémentaire, par exemple dans un centre de rééducation professionnelle.

Les décisions d'orientation professionnelles prononcées par la MDPH en 2013 sont les suivantes :

- o Pré orientations : 82 (6%)
- o Centre de Rééducation Professionnelle : 118 (8%)
- o Examens complémentaires – filières cérébraux lésés : 11 (1%)
- o Marché du travail : 772 (53%)
- o ESAT : 331 (23%)
- o Sans suite – état de santé non compatible avec une orientation professionnelle : 137 (9%)

Les décisions d'orientation vers un centre de pré orientation se font majoritairement localement du fait de la présence de deux centres en Haute-Vienne : Centre de Pré orientation de l'APSAH à Aix sur Vienne (toute personne handicapée) et UEROS (Personnes cérébro-lésées).

La majorité des orientations vers un CRP reste départementale compte tenu du manque de mobilité des usagers (situation familiale, démarches de soins...) : ERP Féret du Longbois à Limoges, Centre de rééducation professionnelle – APSAH à Aix sur Vienne et Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie - I.F.M.K. à Aix sur Vienne.

En 2013, sur 1 490 décisions d'orientation professionnelle, 331 (23%) concernaient des décisions d'orientation en ESAT.

5.2. LE NOMBRE DE PLACES EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

Les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT), anciennement centres d'aide par le travail (CAT), permettent à une personne handicapée d'exercer une activité dans un milieu protégé si elle

n'a pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire. L'orientation décidée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement en ESAT de la Haute-Vienne est le plus important des départements de comparaison. Il est identique à celui des Deux-Sèvres. La France métropolitaine a un taux de 3,5 places d'ESAT pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Taux d'équipement en ESAT pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans au 1er janvier 2013 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

Département	Pyrénées-Orientales	Vienne	Landes	Haute-Vienne	Deux-Sèvres	Charente
Taux d'équipement en ESAT	3,4	4,0	3,2	4,6	4,6	3,8

Sources : DREES, ARS, FINESS

Au 1^{er} janvier 2013, la Haute-Vienne a un taux d'équipement en ESAT de 4,6 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans soit un taux supérieur à la moyenne nationale 3,5 ‰ mais inférieure à la moyenne régionale de 5,3 ‰. La Creuse est le département le mieux doté de la région Limousin avec un taux d'équipement de 6,2 ‰ contre un taux de 5,9 ‰ en Corrèze.

Au 31 décembre 2013, la Haute-Vienne compte 870 places d'ESAT

Gestionnaire	Localisation géographique	Type de handicap pris en charge	Places installées
Association Alefpa	Bellac	Déficience intellectuelle	40
Association Arsse	Eymoutiers	Tous types de déficience	50
CDTPI	Glandon	Retard mental léger	30
	Isle	Retard mental léger	120
Fondation les Amis de l'Atelier	Limoges	Retard mental moyen	113
Association Delta Plus	Limoges-Beaubreuil	Retard mental moyen	66
	Panazol	Retard mental moyen	120
Association Apsah	Limoges	Tous types de déficience	117
	Limoges	Cérébro-lésés	12
Association Prism	Limoges	Trouble du caractère et du comportement	72
Association Trisomie 21 ¹⁹	Limoges	Tous types de déficience	20
Association Apehisj	Saint-Junien	Retard mental moyen	60
Association Arai	Saint-Laurent-Les-Eglises	Retard mental moyen	50
TOTAL			870

Sources : ARS et Finess

Deux ESAT proposent des places dites « hors les murs »²⁰ :

- Trisomie 21 : 20 places,
- Delta Plus : 12 places.

¹⁹ ESAT hors les murs

²⁰ Un travailleur handicapé d'ESAT est mis à disposition, de manière individuelle et sans encadrement, en milieu ordinaire au sein d'une entreprise ou d'une collectivité et continue à bénéficier de l'accompagnement médico-social de l'ESAT auquel il demeure juridiquement rattaché. Le poste de travail sur lequel il est installé, est adapté à ses besoins spécifiques et capacités. La mise à disposition peut également être collective.

6. L'ACCÈS À LA VIE DE LA CITÉ

6.1. LES TRANSPORTS ADAPTÉS

Pouvoir se déplacer constitue, pour toute personne, une condition fondamentale de l'exercice de la liberté et de la citoyenneté.

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » dispose que la chaîne de déplacement doit être mise en accessibilité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite, d'ici dix ans. Les services de transports collectifs devront leur être accessibles où, en cas d'impossibilité technique avérée, des moyens de transport adaptés devront être mis en œuvre dans un délai de trois ans. Le législateur, conscient des délais nécessaires à rendre la chaîne de déplacement accessible, à savoir accès aux véhicules, aux stations et points d'arrêts, cheminements, signalétique et systèmes d'information, etc., a prévu l'organisation de services de transports adaptés ou de substitution.

Ces services ont déjà été mis en œuvre dans les agglomérations ou groupements de communes, suite à la loi de 1975, sous le nom de services de transports spécialisés ou transports pour les personnes à mobilité réduite (TPMR). Il s'agit de services réalisés par des voitures ou des véhicules de type minibus spécialement adaptés avec différents systèmes d'accès (rampe d'accès ou hayon élévateur) et des systèmes de sécurité des fauteuils roulants et de leurs occupants.

Toutefois, en 2014 un nouveau projet de loi a été adopté concernant la mise en place des Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP). Il s'agit d'un dispositif d'exception qui permettra aux acteurs qui ne sont pas en conformité avec les règles d'accessibilité posées par la loi de 2005 de s'engager dans un calendrier précis. L'Ad'AP est un acte volontaire d'engagement qui ne se substitue pas à la loi de 2005 mais qui la complète.

6.1.1. La Société des transports en commun de Limoges métropole (STCL)

Un service « HANDIBUS » a été mis en place par la STCL entre les 19 communes de Limoges Métropole : Aureil, Boisseuil, Bonnac la Côte, Condat sur Vienne, Couzeix, Eyjeaux, Feytiat, Isle, Le Palais sur Vienne, Le Vigen, Limoges, Panazol, Peyrilhac, Rilhac Rancon, St Gence, St Just le Martel, Solignac, Veyrac ou Verneuil sur Vienne. Ce mode de transport est organisé sur le principe d'un service à la demande avec inscription préalable et réservation obligatoire. La réservation ou l'annulation d'un déplacement se fait par téléphone.

L'inscription à ce service est obligatoire. La demande d'admission doit être adressée à la STCL accompagnée d'un certificat médical précisant les causes de la perte d'autonomie et de la carte d'invalidité délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Cette demande ainsi que les justificatifs sont adressés au comité d'admission de Limoges Métropole habilité à valider l'inscription à ce service.

Une fois l'inscription validée, ce service permet de réaliser un déplacement qui intègre une prise en charge depuis son domicile jusqu'à son lieu de destination. Il fonctionne 7 jours sur 7, toute l'année (sauf le 1er mai) selon les horaires suivants :

- du lundi au vendredi de 7h à 19h ;
- le samedi de 7h à minuit ;
- le dimanche de 12h à 19h.

« TELOBUS », transport à la demande, offre la possibilité d'accéder au réseau de transport urbain à partir d'un arrêt situé sur la commune d'habitation de la personne. Sur réservation téléphonique (après inscription préalable), un taxi affrété par la STCL vient chercher la personne handicapée à un point d'arrêt et à un horaire défini pour la conduire à un point de correspondance d'une ligne régulière du réseau de transports en commun. Les bénéficiaires du service doivent se munir d'un titre de transport du réseau STCL.

Les aménagements d'espaces publics à Limoges (traversées de voirie, trottoirs, places...) prennent systématiquement en compte les déplacements des PMR. Par ailleurs, la majorité des points d'arrêts bus du centre-ville ont été surélevés afin de permettre un accès simplifié des PMR et l'acquisition désormais systématique de véhicules à plancher bas prolonge cette intention pour assurer des continuités de parcours entre espaces publics et véhicules de transports en commun.

6.1.2. Le Conseil départemental

« HANDICAR 87 » est un service de transport à la demande, proposé entre les communes de Limoges et Aix-sur-Vienne, qui offre à ses adhérents la possibilité de voyager aussi bien en semaine que pendant les week-ends, à l'exception des jours fériés.

Mis en place par le Conseil départemental, il répond aux besoins de déplacement des personnes à mobilité réduite. Pour en bénéficier, il faut :

- être titulaire d'une carte d'invalidité et avoir un taux de handicap de 80% ou plus ;
- être domicilié à Limoges et se rendre à Aix-sur-Vienne ou inversement.

Les déplacements entre deux communes de la communauté d'agglomération Limoges Métropole ne sont pas pris en charge.

Ce service fonctionne

- du lundi au vendredi de 7h à 19h ;
- le samedi de 7h à minuit ;
- le dimanche de 12h à 19h.

Les personnes souhaitant bénéficier de ce service et remplissant les conditions bénéficient d'un passeport Handicar 87. Elles doivent ensuite se munir d'un titre de transport.

De plus, à la demande de communes ou groupements de communes, le Conseil départemental participe à la mise en place et au financement de services de transports ruraux appelés « TAXICAR ». Ils fonctionnent sur réservation préalable auprès de l'organisateur local, en général une mairie, au plus tard la veille du déplacement. Ils ne circulent que certains jours de la semaine ou du mois, souvent à l'occasion de foire ou de marchés locaux. Actuellement, le dispositif dessert 38 communes rurales.

Dans le cadre du schéma départemental du transport dont un des objectifs principaux est de répondre à la loi de 2005, des lignes expérimentales « MOOHV87 » accessibles aux PMR ont été mises en place par le Conseil départemental, sur les corridors d'Ambazac et de Bessines depuis septembre 2013. Elles sont composées :

- o de lignes structurantes : pour aller de Bessines à Limoges et pour aller d'Ambazac à Limoges fonctionnant du lundi au samedi
- o de lignes de rabattement : pour aller des communes vers les lignes structurantes permettant ensuite de rejoindre Limoges. Le service est organisé pour les lignes Chateauponsac – Bessines et St Sulpice les Feuilles - Bessines du lundi au samedi et deux fois par mois pour les autres lignes uniquement sur réservation.
- o de lignes de proximité : pour rejoindre les pôles de service aux horaires adaptés notamment aux RDV médicaux et aux horaires d'ouverture des commerces. Les véhicules de 9 places sont aménagés et les conducteurs sont formés pour accueillir les personnes à mobilité réduite. Le service est organisé deux fois par mois à des dates précises et sur réservation.

6.1.3. Autres transports adaptés

Certains organismes de services à la personne, dans le cadre de leurs prestations agréés,

- prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes : il s'agit de conduire ces personnes en toute sécurité sur leur lieu de travail ou de vacances, pour accomplir des démarches administratives, etc. Cette activité est soumise à la condition d'offre globale de services.
- aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement : il s'agit pour l'essentiel de déplacements effectués à partir du domicile de la personne ou vers celui-ci. Cette activité est soumise à la condition d'offre globale de services.
- accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements hors du domicile. Cette activité est soumise à la condition d'offre globale de services.

peuvent proposer un transport adapté accompagné pour conserver un lien social et le faire en toute sécurité.

Des taxis disposant d'un véhicule adapté peuvent aussi proposer cette prestation.

7. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES SELON LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Les principaux points forts

- Les partenariats sont solides ;
- Les réseaux ont été mis en place et fonctionnent ;
- Les contacts avec les autorités de tarification (Conseil départemental et ARS) sont bons ;
- Un département de taille moyenne dans une région innovante en matière d'autonomie avec une MDPH proche des professionnels ce qui permet de solutionner les cas complexes ;
- L'analyse des besoins et le suivi des listes d'attentes réalisé par la MDPH ;
- La volonté du Conseil départemental de structurer les services par territoire et d'équilibrer l'offre présente sur chaque territoire ;
- Des établissements prêts à partager les plateaux techniques et à s'ouvrir vers l'extérieur ;
- Le partenariat avec le secteur sanitaire (CH Esquirol) et des équipes mobiles performantes ;
- Un secteur médico-social dynamique et des projets innovants.

Les principaux points faibles :

- Le manque de places en établissements et en services ;
- Le manque de fluidité des passages entre les établissements pour enfants vers les établissements pour adultes ;
- La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ;
- L'isolement des personnes handicapées ;
- La prise en charge des handicaps spécifiques (patients Alzheimer jeunes, traumatisés crâniens, autistes, handicap psychiques, personnes handicapées vieillissantes ...) ;
- Des difficultés à attirer le personnel formé en milieu rural ;
- La coordination encore insuffisante des professionnels à domicile (médico-sociaux et sanitaires) ;
- Lisibilité des dispositifs et des acteurs ;
- L'accueil d'urgence des personnes handicapées ;
- Le transport des personnes handicapées.