
DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE 2015-2019



I Sommaire

- **SYNTHESE - INTRODUCTION**

- **PARTIE 1 - Etat des lieux**

- **PARTIE 2 - Bilans**

- Plan gérontologique départemental 2007-2011
- Schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées 2009-2013

- **PARTIE 3 - Plan d'actions du schéma de l'autonomie**

- **Programmation de places**
- **Cahier des charges ESMS**

- **ANNEXES - Actes de concertation**

- **Avis des professionnels et des usagers**

Synthèse Introduction

I. SYNTHÈSE

Constatant le rapprochement constant des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le respect des singularités propres à chaque parcours, le schéma de l'autonomie 2015-2019 est un schéma de nouvelle génération où les politiques qui leur sont destinées convergent vers plus d'efficacité et de qualité. L'ensemble des personnes en perte d'autonomie peuvent ainsi bénéficier d'une vision plus globale tendant à éviter les ruptures de parcours toujours préjudiciables.

Ce schéma s'inscrit par ailleurs pleinement dans les propositions du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Des objectifs tels que le droit au répit pour les aidants familiaux, l'adaptation des logements au vieillissement, la lutte contre l'isolement et le respect du libre choix du maintien à domicile, sont autant de thèmes abordés lors de la concertation et pour lesquels des propositions ont été avancées.

UNE VASTE CONCERTATION

Les usagers, les représentants d'usagers et les professionnels ont été sollicités et ont participé à la construction du schéma tant pour réaliser l'état des lieux de l'existant (via des entretiens individuels et collectifs et des questionnaires en direction des usagers, des représentants des usagers et des professionnels) que pour l'élaboration de préconisations d'actions (via quatre groupes de travail). La participation a été large, suivie, fructueuse et de qualité. Elle a permis de mettre en relief la diversité de l'offre haut-viennoise, les attentes des usagers et des professionnels ainsi que l'implication et la coopération déjà établie entre les acteurs du champ de l'autonomie.

L'état des lieux de l'existant a montré qu'à côté des avancées significatives, un déficit existe en matière de places médicalisées pour personnes âgées et pour personnes handicapées. L'évolution démographique à venir commande l'anticipation d'une montée en puissance des accompagnements institutionnels ou à domicile tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées. C'est ainsi que les participants aux entretiens de cette phase ont identifié des problématiques justifiant de nouveaux efforts d'adaptation :

- encourager dans toute la mesure du possible, en lien avec l'ARS et dans le respect des orientations du PRS Limousin, la création d'établissements d'accueil dans les champs qui sont aujourd'hui déficitaires ;
- continuer à soutenir le maintien à domicile et améliorer sa qualité, notamment par l'adaptation des logements ;
- ouvrir l'accès à la vie sociale et la prévention de l'isolement par le développement et l'approfondissement de l'accompagnement spécifique à domicile ;
- faciliter les déplacements et rendre accessibles les loisirs ;
- améliorer les conditions de transition entre le domicile et l'établissement ou entre l'établissement et le domicile,
- améliorer la lisibilité et la répartition territoriale de l'offre afin de rendre accessible l'ensemble des dispositifs (souvent innovants et expérimentaux) aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- maintenir et approfondir les efforts entrepris dans le but de faire évoluer l'offre afin de répondre aux besoins des publics spécifiques (malades Alzheimer, traumatisés crâniens, autistes, personnes handicapées vieillissantes, handicapés psychiques ...).

Forts de ces constats, quatre groupes de travail se sont mis en place pour identifier les mesures correctrices à construire au cours des cinq prochaines années. Ils ont particulièrement réfléchi :

- aux modalités de coopération, de communication et de polyvalence sur les territoires ;
- à la vie à domicile, à la vie sociale et à l'aide aux aidants ;
- aux réponses institutionnelles et aux structures intermédiaires pour les personnes âgées d'une part et pour les personnes handicapées d'autre part.

DES ACTIONS CONCRÈTES POUR LES CINQ ANNÉES À VENIR

Ces échanges ont donné lieu à la construction de douze fiches actions organisées autour de cinq axes thématiques :

- renforcer la communication et la coordination ;
- améliorer l'inclusion des personnes âgées et des personnes handicapées dans la vie de la cité ;
- renforcer l'offre de répit et l'amélioration de la qualité des services de maintien à domicile ;
- adapter l'offre d'hébergement aux nouveaux besoins ;
- améliorer la prise en charge des publics spécifiques.

Il convient de remercier les usagers, les représentants d'usagers, les professionnels ainsi que les organismes publics, privés et associatifs qui se sont mobilisés pour construire ce schéma qui propose des solutions adaptées au projet de chacun. C'est la qualité de cette implication qui va permettre la mise en œuvre de ses douze fiches actions.

Les orientations stratégiques présentées dans ce document guideront ainsi notre action dans la construction des diverses réponses aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées centrées sur la continuité du parcours de vie.

2. INTRODUCTION

2.1. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA

Le Code de l'action sociale et des familles (CASF) a prévu la réalisation, au moins tous les 5 ans, d'un Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale ; le schéma départemental de l'autonomie en est une déclinaison.

Les schémas relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap sont arrêtés par le Président du Conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ils sont examinés dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

Conformément à l'article L312-4 du CASF, ce schéma doit répondre à 5 objectifs :

- établir un bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante, en termes qualitatifs et quantitatifs ;
- apprécier les besoins sociaux et médico-sociaux de la population du département (leur nature, leur niveau et leur évolution) ;
- déterminer les objectifs et les perspectives de développement de l'offre sociale et médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes en situation de handicap ;
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services afin de répondre au mieux aux besoins de la population ;
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma.

Le précédent plan gérontologique départemental avait été arrêté pour la période 2007 – 2011 et le schéma des personnes adultes handicapées pour la période 2009 – 2013. Ce nouveau schéma de l'autonomie couvrira donc la période 2015 – 2019 pour la population âgée et handicapée.

L'élaboration du schéma de l'autonomie s'est déroulée en quatre grandes phases :

1^{ère} phase : Novembre 2013 – Février 2014

Cette phase a consisté à réaliser un diagnostic partagé de l'existant en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département.

L'état des lieux a été élaboré à partir d'une étude documentaire, d'une douzaine d'entretiens individuels avec des professionnels, de 8 entretiens collectifs associant des professionnels et de trois questionnaires en ligne. Le premier à destination des personnes âgées, le deuxième à destination des personnes handicapées et le troisième à destination des professionnels et des représentants de personnes âgées et de personnes handicapées.

Cet état des lieux a permis de décrire l'existant et de repérer les points forts et les points faibles des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées dans le Département.

2^e phase : Mars – Juin 2014

A partir du diagnostic réalisé en phase I et en réponse aux enjeux repérés, des orientations stratégiques ont été identifiées. Des thématiques de travail précises ont alors été retenues avec les instances de pilotage pour être débattues, sous forme de groupes de travail, avec les acteurs et partenaires concernés.

4 groupes de travail ont été ainsi formés :

- Groupe 1 : Territoire, coopération, interdisciplinarité et communication (transversal)
- Groupe 2 : Vie à domicile, vie sociale et aide aux aidants (transversal)
- Groupe 3 : Réponses institutionnelles et structures intermédiaires (personnes âgées)
- Groupe 4 : Réponses institutionnelles et structures intermédiaires (personnes handicapées)

Chaque groupe de travail était composé d'une vingtaine de personnes, représentatives des usagers, des institutions, des établissements et des services médico-sociaux, sociaux et sanitaires concernés ainsi que des représentants des différents territoires du département.

Ces travaux ont abouti à la définition d'orientations stratégiques générales et à l'élaboration de fiches actions qui ont été présentées aux instances de pilotage.

3^e phase : Juillet – Novembre 2014

Cette dernière phase a permis de finaliser et de rédiger le schéma dans son ensemble et de réfléchir à la mise en œuvre concrète des fiches actions avec les instances de pilotage. Une restitution des orientations du schéma de l'autonomie a été faite devant plus d'une centaine de professionnels et de représentants d'usagers.

Des outils de communication, de diffusion et d'appropriation du schéma ont aussi été construits.

2.2. PRÉSENTATION DU CONTENU DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL

La partie « état des lieux » présente dans un premier temps le département de la Haute-Vienne et sa population d'un point de vue démographique, socioéconomique et au regard de l'offre de soins. Les données statistiques relatives à la Haute-Vienne sont comparées avec les moyennes régionales, nationales et les données de 5 départements de comparaison : Charente, Pyrénées Orientales, Vienne, Deux-Sèvres, Landes.

Ces cinq départements ont été sélectionnés pour leurs caractéristiques démographiques proches de celles de la Haute-Vienne.

Les deux autres chapitres de cette première partie s'attachent aux grandes caractéristiques de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes adultes handicapées ainsi qu'aux différents dispositifs mis en place dans le département.

La partie « bilans du précédent plan gérontologique et du précédent schéma des personnes adultes handicapées » présente le degré de réalisation des actions prévues au sein de ces documents d'orientation.

La partie « plan d'actions » décrit les grandes orientations stratégiques du schéma élaborées avec les participants aux groupes de travail dans la phase de concertation sous forme de fiches actions. Les modalités de suivi et d'évaluation retenues pour ce nouveau schéma sont également présentées. Une programmation présente la nature et le nombre de places à créer sur la période quinquennale. Enfin un cahier des charges applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux recense les différentes recommandations formulées lors de la concertation.

Les annexes comprennent deux parties :

- les actes de la concertation, composés des comptes rendus des quatre groupes de travail de la phase de concertation ;
- l'avis des personnes âgées, des personnes handicapées, des professionnels et des représentants d'usagers recueillis via des questionnaires en ligne et les entretiens individuels et collectifs de la phase de diagnostic.

PARTIE I

- Etat des lieux

ETAT DES LIEUX	8
----------------	---

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

11

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

12

1.1 Une croissance de la population légèrement supérieure à la moyenne régionale mais inférieure à la moyenne nationale	12
1.2 Une très forte concentration des habitants dans le territoire centre haute-vienne	13
1.3 L'indice de vieillissement	13
1.4 Une population relativement plus jeune que la moyenne régionale mais plus âgée que la moyenne nationale	14
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	14
1.6 Une augmentation de la part de la population âgée dépendante à l'horizon 2030	15
2. LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE : UNE POPULATION PLUS AISEE DANS LE TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE ET UNE OFFRE DE SOINS SATISFAISANTE	17
2.1. Le taux de pauvreté monétaire	17
2.2. Les revenus fiscaux moyens plus élevés en Haute-Vienne que dans le Limousin mais inférieurs à la moyenne nationale	17
2.3. Une forte augmentation du nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés	18
2.4. Un taux de bénéficiaires de minima sociaux supérieur au taux national	18
3. LES DEPENSES DU CONSEIL GENERAL DANS LE DOMAINE DE L'AUTONOMIE	20

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

21

I. LES PRESTATIONS DESTINEES AUX PERSONNES AGEES	22
1.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et en établissement	22
1.2. Les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées entre 2007 et 2013	26
2. LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE COORDINATION	29
2.1. La reprise en régie directe des missions de coordination gérontologique par les maisons du département (MDD)	29
2.2. Trois maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades alzheimer (MAIA)	29
3. LE MAINTIEN A DOMICILE	31
3.1 Les services d'aide à domicile	31
3.2. Les services d'aide et de soins à domicile	34
3.3. Les services de soins à domicile	34
3.4. Nouvelles technologies : la téléassistance et le projet icare	37
3.5. Quatre équipes mobiles	38
3.6. Deux réseaux	41
3.7. Les dispositifs de répit et d'aide aux aidants	42
3.8. L'accueil familial social	45
3.9. Les logements adaptés en centre bourg	45
3.10. Les aides pour l'adaptation de l'habitat individuel	46
3.11. L'accès à la vie sociale	46

4. L'OFFRE D'HEBERGEMENT	47
4.1. L'offre non médicalisée	47
4.2. L'offre en établissements médicalisés	48
5. LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTES	54
5.1. Un réseau de prise en charge spécialisé à dimension régionale (COGLIM)	54
5.2. Un centre mémoire de ressources et de recherche et des consultations mémoire	54
5.3. Les équipes spécialisées alzheimer (ESA)	55
5.4. Les capacités des hébergements dédiés : accueil de jour thérapeutique, pasa, uhr, unités spécialisées...	56
6. SYNTHESE DES PRINCIPAUX POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES SELON LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS	59

60

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

1. Les prestations destinées aux personnes handicapées	61
1.1. Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH)	61
1.2. Le nombre de bénéficiaires de la prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	62
1.3. Le Fonds départemental de compensation du handicap (FDC)	64
1.4. Le nombre de personnes handicapées admises au titre de l'aide sociale à l'hébergement	64
2. Les dispositifs d'accueil et de coordination	65
2.1. La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	65
2.2. Les Maisons du département (MDD)	66
3. La vie à domicile	68
3.1. Les services d'aide à domicile	68
3.2. Les services d'aide et de soins	68
3.3. Les services de soins	68
3.4. Les services d'accompagnement (SAVS, SAPHAD, SAMSAH)	69
3.5. Les nouvelles technologies	71
3.6. Les équipes mobiles	71
3.7. Les accueils séquentiels	72
3.8. L'accueil familial social	73
3.9. Les logements adaptés en centre-bourg	73
4. La vie en établissement	74
4.1. Les besoins exprimés	74
4.2. L'équipement en places d'hébergement pour adultes en situation de handicap	74
4.3. L'offre destinée aux personnes handicapées vieillissantes	78
4.4. L'hospitalisation des résidents d'établissements	78
5. L'insertion professionnelle	79
5.1. Les demandes d'orientation professionnelle	79
5.2. Le nombre de places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	79
6. L'accès à la vie de la cité	81
6.1. Les transports adaptés	81
7. Synthèse des principaux points forts et points faibles selon les professionnels et les usagers	84

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

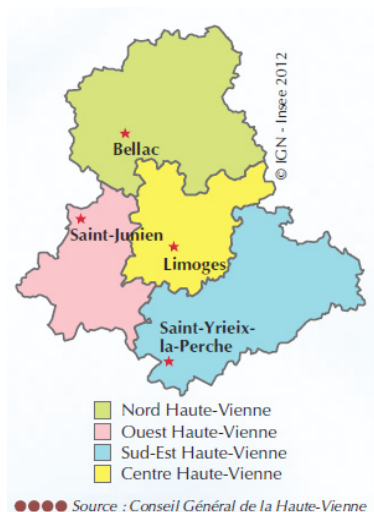
I.1 UNE CROISSANCE DE LA POPULATION LÉGÈREMENT SUPÉRIEURE À LA MOYENNE RÉGIONALE MAIS INFÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE

Au 1^{er} janvier 2011, le département de la Haute-Vienne recense 376 058 habitants ¹. 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 UNETRÈS 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.

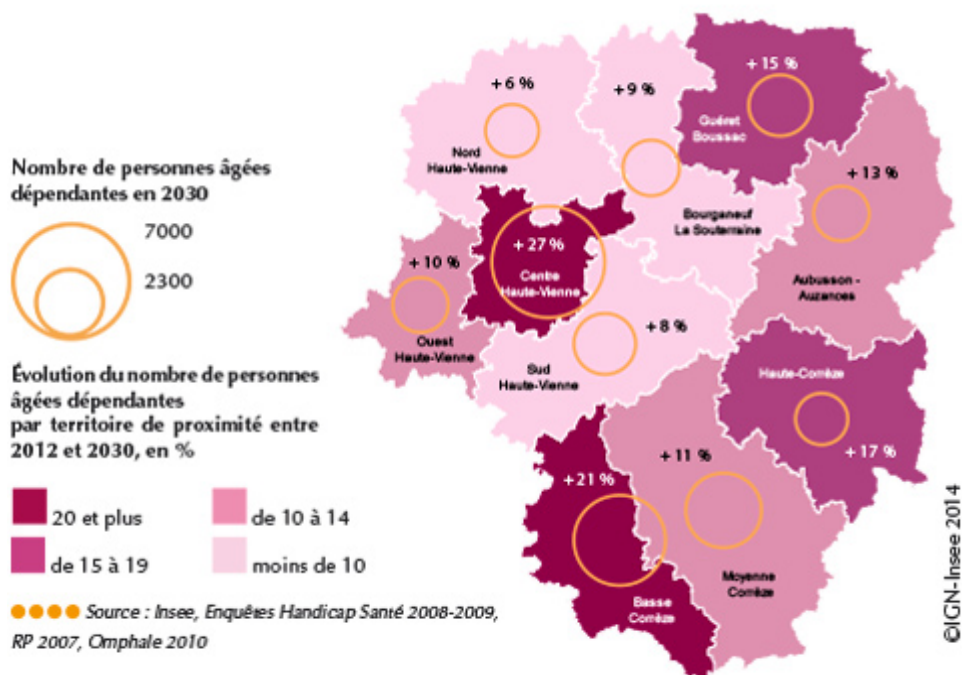
Indice de vieillissement de la population en 2012 en Haute-Vienne et dans les départements de comparaison

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

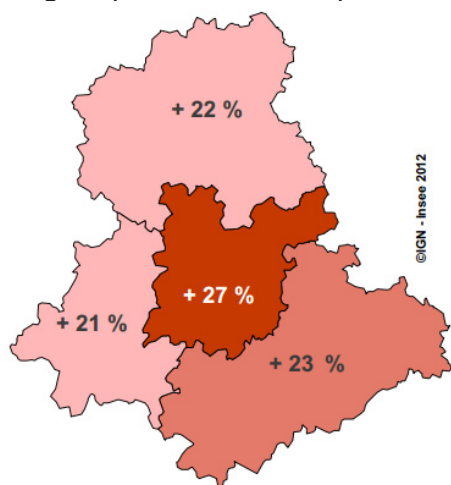
Source : Insee, modèle OMPHALE 2010 (scénario central)

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

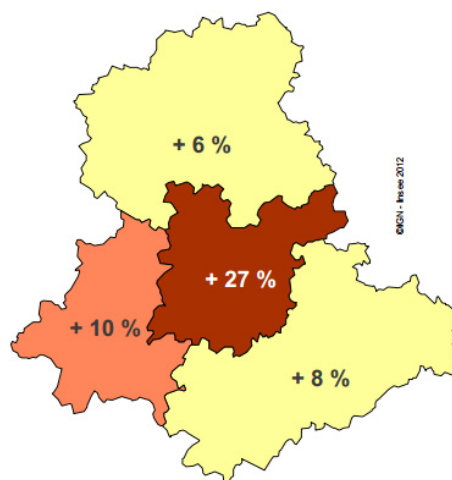
L'étude de l'Insee sur la dépendance en Haute-Vienne indique qu'en 2012 un habitant du département sur quatre a plus de 60 ans. En 2030, un habitant sur trois aura plus de 60 ans. De plus, le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes pourrait augmenter de 19 % d'ici à 2030.

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

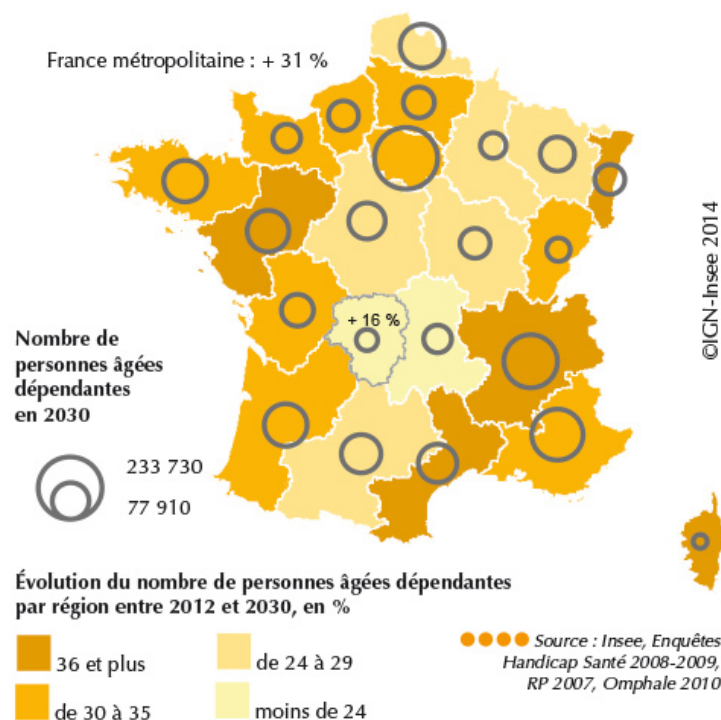


Tableau 1 - Horizon 2030 : des évolutions contrastées selon les territoires

	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

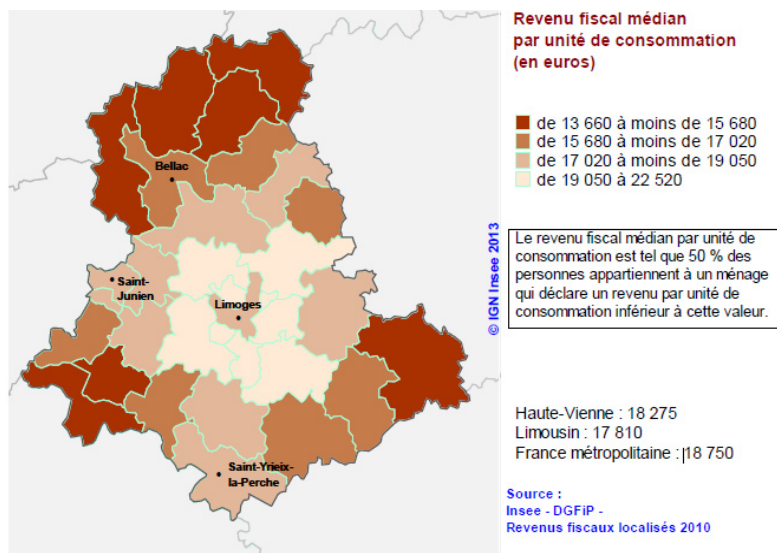
Sources : CNAMTS, CCMSA, CNAF, DREES, INSEE, Pôle emploi, RSI

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 %

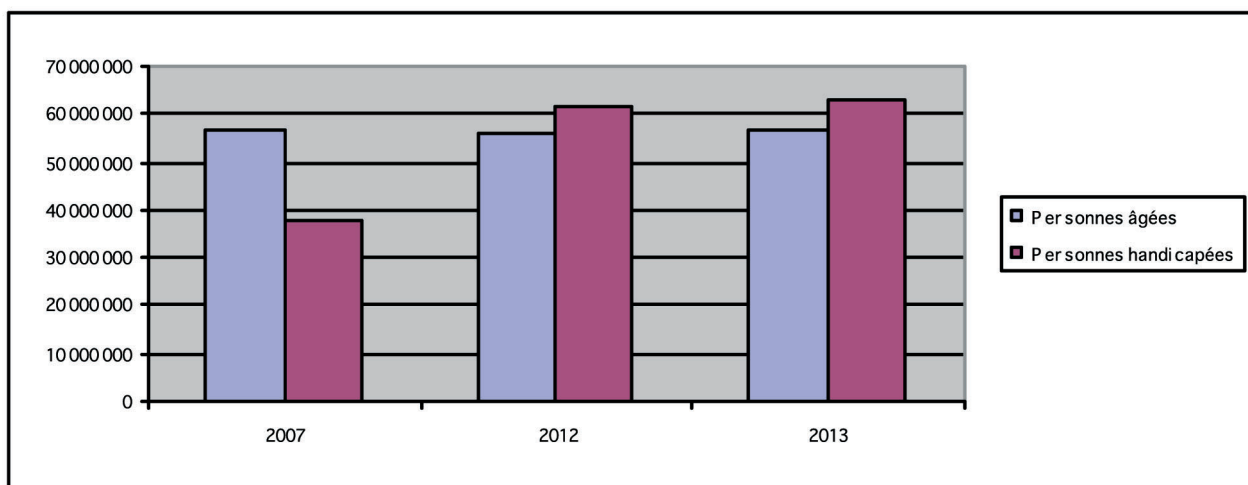
Source : Conseil général 87

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 Cekoia 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 Cekoia 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 Cekoia 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 Cekoïa 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.

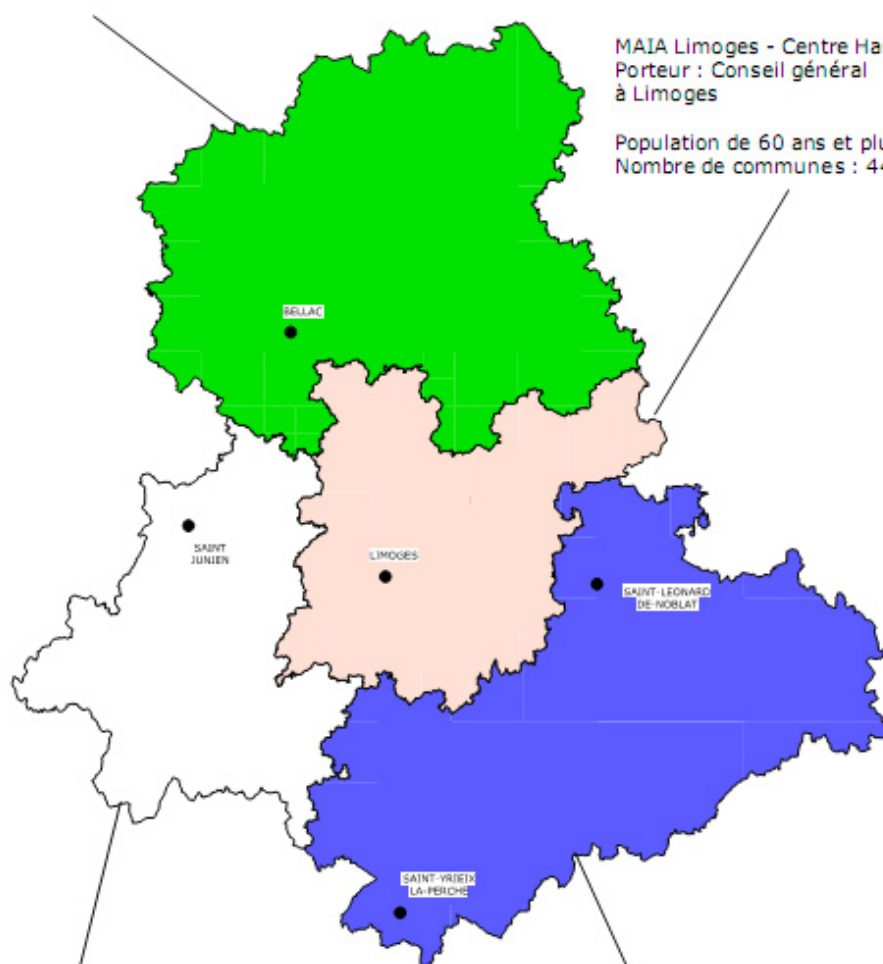
La perspective d'une extension sur l'Ouest a été envisagée à cette occasion, assurant ainsi l'intégralité de la couverture du territoire haut-viennois.

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 interdite - licence n°20156 CURC 9039
 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

Population 2012 • source INSEE

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
SPASAD CCAS Limoges – places de SSIAD	Limoges	19
TOTAL		1 033

Source : Finess, 1^{er} 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 11h 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 HJHL 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. A 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° 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 Gériatologique 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-Bufferie
- 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 gérontologie,...) 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 handicapée (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.

Déficiences	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 colocationnaire (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>		8
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>		16
Foyer d'accueil médicalisé	Association Handas	Aixe sur Vienne	1
		Limoges	1
	Association Perce-Neige	St Laurent sur Gorre	4
	<i>Sous-total</i>		6
	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.

PARTIE 2

Bilans

- plan gérontologique
départemental 2007-2011
- schéma départemental
en faveur des personnes
adultes handicapées 2009-2013

I. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL 2007 - 2011	87
1.1. Axe 1 : Structurer et développer le maintien à domicile	88
1.2. Axe 2 : Renforcer et diversifier les établissements d'hébergement	90
1.3. Axe 3 : Coordination et réseaux gérontologiques	93
2. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES 2009-2013	95
2.1. Axe 1 : Mieux évaluer les besoins des personnes en situation de handicap de manière régulière et continue	96
2.2. Axe 2 : Développer, diversifier et adapter l'offre d'accompagnement aux parcours de vie de la personne handicapée, prendre en compte les handicaps spécifiques, assurer le suivi des objectifs et aider à la programmation	98
2.3. Axe 2 Suite : ...prendre en compte les handicaps spécifiques	99
2.4. Axe 2 Fin : ...assurer le suivi des objectifs et aider à la programmation	101
2.5. Axe 3 : Renforcer la coopération et l'information sur les territoires	101
2.6. Axe 4 : Promouvoir l'intégration professionnelle de la personne en situation de handicap	102
2.7. Axe 5 : Procéder à des préconisations pour favoriser la mobilité sur les territoires	102

I. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL 2007 - 2011

Les orientations en faveur des personnes âgées arrêtées pour le précédent plan gérontologique étaient les suivantes :

AXE 1 : STRUCTURER ET DÉVELOPPER LE MAINTIEN À DOMICILE

- Fiche action 1 : Améliorer la qualité du service rendu des services d'aide et de maintien à domicile
- Fiche action 2 : Développer des transports de proximité et favoriser le lien social
- Fiche action 3 : Adapter l'habitat
- Fiche action 4 : Élaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques professionnelles des services d'aide à domicile
- Fiche action 5 : Renforcer la capacité départementale des services de soins infirmiers à domicile

AXE 2 : RENFORCER ET DIVERSIFIER DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT

- Fiche action 6 : Renforcer et adapter la capacité départementale des établissements d'hébergement pour personnes âgées par le biais d'une programmation chronologique et territoriale
- Fiche action 7 : Apporter des réponses spécifiques aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées
- Fiche action 8 : Apporter des réponses spécifiques aux personnes handicapées vieillissantes
- Fiche action 9 : Affirmer le rôle de centre-ressources des établissements pour personnes âgées dépendantes

AXE 3 : COORDINATION ET RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES

- Fiche action 10 : Renforcer les missions des CLIC
- Fiche action 11 : Développer le repérage de la maltraitance et promouvoir les actions de bientraitance
- Fiche action 12 : Inscrire l'action du CODERPA dans la dynamique du schéma
- Fiche action 13 : Mettre au point une méthodologie d'évaluation du schéma

1.1. AXE 1 : STRUCTURER ET DÉVELOPPER LE MAINTIEN À DOMICILE

1.1.1. Fiche action n°1 : Améliorer la qualité du service rendu des services d'aide et de maintien à domicile

Objectifs : Cette fiche action visait à justifier auprès des usagers le recours aux services prestataires, à soutenir les actions innovantes et à garantir la qualité de l'intervention des services d'aide et de maintien à domicile (respect des plans d'aide APA, promotion de l'encadrement et de la qualification, amélioration des modes d'organisation).

Indicateurs d'évaluation : Elle devait être évaluée par les résultats des enquêtes de satisfaction, le nombre de plans d'aide respectés sur le plan qualitatif, les documents diffusés, les référentiels qualité et les projets de service.

Résultats : Le Conseil général de la Haute-Vienne est engagé depuis de nombreuses années dans une politique destinée à améliorer et diversifier les services favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Dans son action, le Conseil général a été soutenu par une convention portant sur la période 2011-2014, avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour notamment mettre en place des actions à destination des aides à domicile, afin de garantir aux personnes en perte d'autonomie ayant fait le choix de vivre à domicile le bénéfice de services de qualité, d'étendre la palette des prestations proposées, de soutenir et de professionnaliser les personnels. Les actions ont porté sur l'amélioration de la fonction d'accueil, l'organisation de groupes de parole pour diminuer l'épuisement des professionnels, le tutorat pour les nouveaux entrants, la mise en situation lors des recrutements ou la mise en place d'ateliers à destination des malades Alzheimer et de leurs aidants. La CNSA y a consacré près de 80 000 € et les associations plus de 34 000 €.

En 2009, les heures d'aides à domicile des plans d'aide de l'APA étaient réalisées pour 51 % d'entre elles par des services prestataires, 31 % des services mandataires et 18 % par l'emploi direct. En 2013, ces interventions ont été réalisées à 40,6 % par des services prestataires, 34 % par des services mandataires et 25,4 % en gré à gré, soit une baisse de 10,4 % des heures prestataires.

1.1.2. Fiche action n°2 : Développer des transports de proximité et favoriser le lien social

Objectifs : La fiche action n°2 visait à développer des transports adaptés en lien avec le bon développement des accueils séquentiels, à maintenir le lien social et apporter un réconfort moral aux personnes âgées.

Indicateurs d'évaluation : Elle devait être évaluée par le nombre de conventions et partenariats pour mutualiser les moyens existants et organiser le transport des personnes âgées et le nombre d'actions impulsées par les CLIC pour maintenir les liens sociaux (clubs, activités culturelles et de loisirs).

Résultats : Le développement des transports de proximité reste à renforcer. En effet, les professionnels rencontrés constatent que les personnes âgées ont toujours des difficultés de transport et que l'accès aux accueils séquentiels reste problématique malgré une réglementation récente. Le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 a entériné les dispositions de la circulaire du 25 février 2010 relative à l'accueil de jour, notamment en matière d'organisation des transports liée au versement du forfait transport journalier. Ainsi, les accueils de jour doivent respecter une ou plusieurs des modalités suivantes :

- organisation en interne du transport avec un personnel et un véhicule adaptés aux transports des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,
- convention avec un transporteur disposant d'un personnel formé et garantissant la qualité de la prise en charge du transport,

- pour les familles qui assurent elles-mêmes le transport : atténuation du tarif à leur charge équivalente au montant du forfait journalier de frais de transport perçu par l'établissement ou versement dudit forfait par l'établissement directement aux familles.

Compte tenu de la réorganisation en 2011 et 2012 de la coordination gérontologique désormais portée par le Conseil général, il n'y a pas eu jusqu'à présent d'actions développées dans le domaine du lien social.

Cf. rubrique « Transports adaptés »

1.1.3. Fiche action n°3 : Adapter l'habitat

Objectifs : La fiche action 3 visait à mobiliser préventivement les aides publiques existantes pour réaliser les travaux nécessaires avant l'aggravation de la dépendance et à sensibiliser les personnes âgées valides, les aidants et les travailleurs sociaux aux solutions existantes, notamment en matière de domotique.

Indicateurs d'évaluation : Évolution du nombre de subventions octroyées et de dossiers traités

Résultats : Cette fiche action a bien été réalisée. En effet, dans le cadre des programmes territoriaux de l'habitat, 23 logements occupés par des personnes âgées ont été adaptés en 2012 et 71 en 2013 soit 94 logements privés qui ont été aidés jusqu'à la fin de l'année 2013. Néanmoins, en raison du nombre de logements à adapter, les efforts sont à poursuivre.

De plus, le Conseil général de la Haute-Vienne participe, depuis 2012, à une expérimentation de packs domotiques avec la CNSA et Sirmad Téléassistance afin d'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.

1.1.4. Fiche action n°4 : Élaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques professionnelles des services d'aide à domicile

Objectifs : La fiche 4 avait pour objectif d'améliorer la qualité des services rendus par une meilleure connaissance des pratiques professionnelles recommandées, d'éviter les mises en situation de danger pour les bénéficiaires et pour les agents des SAAD, de préparer l'articulation des interventions des SAAD et des SSIAD auprès des personnes âgées et de mettre en place un cahier de liaison entre les différents intervenants à domicile.

Indicateurs d'évaluation : Élaboration d'un guide de bonnes pratiques professionnelles et enquêtes de satisfaction

Résultats : Cf. fiche action 1 ci-dessus

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui interviennent pour de l'assistance aux personnes âgées de soixante ans et plus, aux personnes handicapées ou autres personnes dès lors qu'elles ont besoin d'une aide personnelle ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile sont soumis à une procédure d'agrément par les services de l'Etat. Ils doivent respecter un cahier des charges, fixé par arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R 7237-7 du code du travail, sur les conditions de fonctionnement, d'organisation, de continuité des services, de délivrance et d'évaluation des prestations.

1.1.5. Fiche action n°5 : Renforcer la capacité départementale des services de soins infirmiers à domicile

Objectifs : La fiche 5 avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées par la création de places de SSIAD et de renforcer les capacités des secteurs bénéficiant d'un moindre taux d'équipement.

Indicateurs d'évaluation : Mise en place d'un système d'évaluation de la demande, évolution et

répartition géographique homogène du nombre de places de SSIAD, mise en place effective dans l'année d'attribution des crédits, évaluation régulière des bénéficiaires du SSIAD (GMP et Pathos).

Résultats : L'objectif de création de places de SSIAD a été atteint : entre 2007 et 2013, 177 places de SSIAD ont été créées soit un total de 1 033 places de SSIAD personnes âgées au 31 décembre 2013 et une augmentation de 21 %. Néanmoins, les professionnels rencontrés indiquent que le nombre de places de SSIAD reste insuffisant. Le département de la Haute-Vienne est en effet moins bien équipé que les départements de la Creuse et de la Corrèze. (cf. partie I - chapitre 2 - 3.3.1).

1.2. AXE 2 : RENFORCER ET DIVERSIFIER LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT

1.2.1. Fiche action n°6 : Renforcer et adapter la capacité départementale des établissements d'hébergement pour personnes âgées par le biais d'une programmation chronologique et territoriale

Objectifs : L'action avait pour objectif de renforcer la capacité départementale en lits médicalisés (EHPAD et USLD) à hauteur de 1 000 places environ sur la période 2007-2013 en veillant à une répartition harmonieuse sur les territoires et en définissant une programmation chronologique. Le deuxième objectif de la fiche était de promouvoir le développement des places d'accueil séquentiel et l'inscription des établissements dans les réseaux sanitaires et médico-sociaux. Le troisième objectif était de déterminer pour les structures existantes et notamment les logements-foyers, la proportion de transformation en EHPAD ou EHPA dérogatoire (unité de vie de moins de 25 places). Le quatrième objectif visait à accompagner la restructuration des établissements nécessitant une amélioration de la prise en charge.

Indicateurs d'évaluation : Analyse quantitative et qualitative des places créées, suivi des indicateurs démographiques, nombre de projets présentés/retenus, nombre de places restructurées.

Résultats : Globalement, les objectifs sont partiellement atteints mais des efforts restent à faire, particulièrement dans le territoire Centre Haute-Vienne.

En termes de programmation, entre 2007 et 2013, 629 places ont été autorisées. Parmi elles, 397 sont financées et 232 sont en attente de financement. Ainsi, près de 60 % des 1 105 places médicalisées (par création et extension d'EHPAD) prévues ont été autorisées par le Conseil général. Parmi les 397 places autorisées et financées, 168 sont installées au 31 décembre 2013.

Bilan de l'autorisation de places médicalisées entre 2007 et 2013

	01/01/2007	31/12/2013	% de places prévues autorisées
	Places prévues	Places autorisées et financées	
Création places EHPAD	820	260	32 %
Extension EHPAD	285	137	48 %
Total	1 105	397	36 %

Source : Conseil général 87

Entre 2007 et 2013, 410 places d'hébergement médicalisé, 50 places d'hébergement temporaire (dont 6 places d'accueil de nuit) ont été installées, ainsi que 99 places d'accueil de jour. Les capacités départementales en hébergement temporaire et en accueil de jour ont connu les plus fortes augmentations.

Évolution des capacités installées en établissements d'hébergement médicalisé pour personnes âgées (EHPAD et USLD) entre 2007 et 2013

Capacités installées EHPAD et USLD	Hébergement		Accueil de jour
	Permanent	Temporaire	
01/01/2007	3 672	70	41
31/12/2013	4 082	120	140
Evolution 2007-2013 en nombre	+ 410	+ 50	+ 99
Evolution 2007-2013 en %	+ 11.17 %	+ 71.43 %	+ 241.46 %

Source : Conseil général 87

Le Conseil général a adopté en 2008 un plan d'aide à l'investissement, révisé en 2013, pour faciliter la création, l'extension et les restructurations lourdes.

Selon les professionnels rencontrés, l'offre départementale globale d'établissements d'hébergement en faveur des personnes âgées est suffisante. Ils constatent cependant des inégalités territoriales entre le territoire Centre Haute-Vienne qui ne dispose pas de suffisamment de places d'EHPAD pour pouvoir répondre à la demande et le territoire Nord Haute-Vienne qui peine à remplir ses établissements. Ce constat est confirmé par l'étude des taux d'équipement en EHPAD : le territoire Centre a un taux de 74.60 places d'EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre un taux de 124.82 places pour le territoire Nord.

En termes d'inscription dans les réseaux sanitaires, l'EMESPA (Équipe mobile d'évaluation et de suivi de la personne âgée) du Centre Hospitalier Esquirol, les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD) interviennent par convention dans les EHPAD.

1.2.2. Fiche action n°7 : Apporter des réponses spécifiques aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Objectifs : La fiche 7 visait à créer des unités spécialisées, autonomes ou intégrées dans des EHPAD, à développer les accueils séquentiels (accueil temporaire, accueil de jour et accueil de nuit) en respectant le cahier des charges spécifique, à promouvoir les ateliers mémoire et les locaux d'activité et à inciter les EHPAD à travailler en réseau : Alzalim, réseaux spécialisés, structure psychiatrique.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de sites dédiés en EHPAD, nombre d'actions de formation réalisées, analyse quantitative et qualitative des lits (hébergement complet, hébergement temporaire) et des places d'accueil de jour créées.

Résultats : Entre 2007 et 2013, 220 places d'hébergement permanent dédiées aux malades Alzheimer ont été créées, soit une augmentation de 135 %. En termes d'accueil séquentiel, 88 places d'accueil de jour (+ 225 %) et 24 places d'hébergement temporaire (+ 133 %) ont été créées. 17 PASA doivent être labellisés en Haute-Vienne (9 sont installés et 8 sont en cours) et 3 UHR doivent être labellisées au sein d'USLD (1 seule installée). L'objectif de développement d'accueils séquentiels est donc rempli.

L'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée (EMESPA) du Centre hospitalier Esquirol intervient dans près de 95% des 38 EHPAD du département, propose des prises en charge diversifiées avec une évaluation et une aide au diagnostic.

Évolution des capacités installées en EHPAD dédiées aux malades Alzheimer entre 2007 et 2013

Capacités installées Alzheimer	Hébergement		Accueil de jour
	permanent	temporaire	
01/01/2007	145	17	19
31/12/2013	383	42	127
Évolution 2007-2013 en nombre	+ 238	+ 25	+ 108
Évolution 2007-2013 en %	+ 164,14 %	+ 147,06 %	+ 568,42 %

Source : Conseil général 87

1.2.3. Fiche action n°8 : Apporter des réponses spécifiques aux personnes handicapées vieillissantes

Objectifs : La fiche action 8 avait pour objectifs de créer ou d'adapter des places pour les personnes handicapées vieillissantes et de favoriser leur accueil dans des logements-foyers lorsqu'elles ne nécessitent pas de suivi médical lourd.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de sites, nombre d'actions de formation réalisées.

Résultats : L'EHPAD de Verneuil-sur-Vienne, géré par l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM), propose, depuis son ouverture en 2010, une prise en charge spécifique pour 9 travailleurs d'ESAT retraités. L'EHPAD de l'hôpital intercommunal du Haut-Limousin, sur son site de Magnac-Laval, ainsi que celui de l'hôpital de Saint-Yrieix, ont mis en place des unités de respectivement 17 et 14 places dédiées aux personnes handicapées psychiques stabilisées vieillissantes, en partenariat avec le CH Esquirol.

Les professionnels rencontrés ont indiqué que des personnes handicapées vieillissantes sont accueillies en logements-foyers. Cependant, aucun recensement n'a été réalisé.

1.2.4. Fiche action n°9 : Affirmer le rôle de centre-ressources des établissements pour personnes âgées dépendantes

Objectifs : La fiche action visait à offrir des accueils séquentiels, à soutenir et à former les aidants, à garantir la continuité de la prise en charge entre domicile et établissement en lien avec les CLIC, à développer les ateliers mémoire et les locaux d'activités, à développer des actions de prévention de la santé mobilisant médecin coordonnateur, IDE, psychologue, kinésithérapeute ou ergothérapeute.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de conventions tripartites mentionnant ces objectifs, nombre et résultats qualitatifs des actions entreprises au titre de ce programme.

Résultats : Des places d'accueil séquentiel ont bien été installées (cf. fiches actions 6 et 7). De plus, l'ARS a lancé en 2012 un appel à candidatures « EHPAD, centre de ressources » dans le cadre du Projet Régional de Santé qui a visé à faire émerger à partir d'EHPAD de nouvelles expérimentations apportant une évolution de leur offre de service en lien avec les autres acteurs de santé du territoire. Cette expérience a été mise en place en 2013 et les financements ont été renouvelés en 2014. Dans ce cadre, des groupes de parole pour les SAAD ont été mis en place.

1.3. AXE 3 : COORDINATION ET RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES

1.3.1. Fiche action n° 10 : Renforcer les missions des CLIC

Objectifs : La fiche action 10 avait pour objectif d'impulser et d'accompagner la mise en œuvre des missions des CLIC sur les plans stratégiques et opérationnels, de renforcer la coordination des partenaires autour de la personne âgée, d'harmoniser les outils et les procédures de liaison entre les intervenants, d'établir une articulation avec les réseaux de santé, d'améliorer l'information des usagers et la formation des professionnels et des aidants familiaux, d'assurer un repérage des personnes âgées vulnérables ainsi qu'une analyse des besoins locaux.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de conventionnements, création du conseil inter-CLIC, bilan d'activité des CLIC

Résultats : Avec la reprise en régie directe des missions de coordination gérontologique des CLIC par le Conseil général depuis le 1^{er} janvier 2011, les missions des CLIC ont évolué. 29 Maisons du département (MDD) sont réparties sur tout le territoire. 7 adjoints chargés de la politiques 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.

Au-delà des CLIC, les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) permettent de développer des techniques de travail en réseau.

1.3.2. Fiche action n° 11 : Développer le repérage de la maltraitance et promouvoir les actions de bientraitance

Objectifs : La fiche action 11 avait pour objectifs de prévenir et de repérer les situations à risque de maltraitance à domicile et en établissement et d'identifier et de faire connaître les circuits et les dispositifs de signalement.

Indicateurs d'évaluation : Nombre d'établissements et services ayant élaboré des protocoles de bonnes pratiques en prévention de la maltraitance et mis au point des procédures de signalement, évolution du nombre d'inspections menées conjointement par la DDASS et le Conseil général.

Résultats : Depuis 2008, le Département coopère avec le numéro d'écoute national **3977** créé en février 2008. En 2009, le Conseil général a participé à l'organisation des Assises départementales de la bientraitance. La procédure relative « à la protection des adultes vulnérables à domicile » associant le Pôle Solidarité/Enfance et le Pôle PA-PH destinée à harmoniser le circuit de traitement des informations préoccupantes ainsi que le suivi des saisines judiciaires a été mis en place en 2009. En 2012, le protocole a été évalué puis aménagé. Depuis 2011, le Département est raccordé au logiciel d'HABEO pour le retour d'informations sur les situations partagées. 23 dossiers ont été transmis au département en 2013.

En 2013, la cellule de veille s'est réunie 44 fois afin d'étudier 142 dossiers dont 80 nouvelles situations ; 26 dossiers n'ont pas été qualifiés de maltraitance présumée. 8 dossiers ont fait l'objet d'une transmission à l'autorité judiciaire pour une demande de mesure de protection, de signalement ou d'information au juge des tutelles. De nombreuses missions de contrôle au sein des établissements gérontologiques ont été menées conjointement avec l'Agence régionale de santé, soit au titre de la prévention de la maltraitance, soit à la suite de signalements portés à la connaissance des autorités compétentes. Elles ont donné lieu à des préconisations ou ont pu apporter une aide à la prise de décision dans le cas de situations critiques.

1.3.3. Fiche action n° 12 : Inscrire l'action du CODERPA dans la dynamique du schéma

Objectifs : La fiche action 12 visait à définir les missions du CODERPA dans ses domaines d'interventions propres : politique de prévention, soutien aux personnes âgées en établissement et à domicile, promotion de la coordination gériatrique et de la qualité de la prise en charge dans les services et les établissements.

Indicateurs d'évaluation : Bilan d'activité annuel du CODERPA, publications du CODERPA

Résultats : Le rapport d'activité 2012 du CODERPA fait état de la participation des représentants à de nombreuses commissions et événements (commission de recours APA, MAIA, journée gériatrique, CISS, semaine bleue...) et de l'objectif d'organiser des conférences qui n'a pas été atteint.

1.3.4. Fiche action n° 13 : Mettre au point une méthodologie d'évaluation du schéma

Objectifs : La fiche action 13 avait pour objectif de préparer le travail annuel de l'instance d'évaluation du plan (décisions prises par les acteurs institutionnels, mobilisation des acteurs sur les actions prévues par les fiches actions, avancement des appels à projet destinés à lancer les programmes de réalisation d'équipements nouveaux) et de repérer les obstacles à la mise en œuvre du plan et d'identifier les moyens pour y remédier.

Résultats : L'objectif de cette fiche action n'est pas atteint puisque l'instance d'évaluation ne s'est pas réunie.

2. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES 2009-2013

AXE 1 : MIEUX EVALUER LES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DE MANIÈRE RÉGULIÈRE ET CONTINUE

- Fiche action 1 : Améliorer l'analyse et la définition des besoins de la personne en amont de l'orientation par la MDPH
- Fiche action 2 : Assurer l'accompagnement et le suivi de l'orientation des personnes en situation de handicap
- Fiche action 3 : Mettre en place un outil de gestion fiable et partagée de la liste d'attente départementale afin d'analyser au plus près les besoins en ESMS

AXE 2 : DÉVELOPPER, DIVERSIFIER ET ADAPTER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT AUX PARCOURS DE VIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE, PRENDRE EN COMPTE LES HANDICAPS SPÉCIFIQUES, ASSURER LE SUIVI DES OBJECTIFS ET AIDER À LA PROGRAMMATION

- Fiche action 4 : Utiliser le cadre de l'évaluation interne et externe au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour adapter les structures et services aux besoins des personnes accompagnées ou en attente
- Fiche action 5 : Mettre en place un dispositif d'accueil familial à partir du réseau d'établissements et services existant
- Fiche action 6 : Organiser la coopération avec les établissements et services pour personnes âgées

AXE 2 SUITE : ...PRENDRE EN COMPTE LES HANDICAPS SPÉCIFIQUES...

- Fiche action 7 : Répondre aux besoins des personnes placées en établissements d'accueil pour personnes âgées par défaut (maladies neurologiques invalidantes, Chorée de Huntington, sclérose en plaque, Korsakoff, certaines personnes traumatisées crâniennes, etc.)
- Fiche action 8 : Accompagner les établissements pour l'accueil des adultes autistes et traumatisés crâniens au sein de petites unités de vie
- Fiche action 9 : Développer la formation des professionnels pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap spécifique
- Fiche action 10 : Développer, à partir des centres ressources et des réseaux spécialisés, les complémentarités avec les services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, SAPHAD)

AXE 2 FIN : ...ASSURER LE SUIVI DES OBJECTIFS ET AIDER À LA PROGRAMMATION

- Fiche action n° 11 : Définir les modalités de suivi du schéma

AXE 3 : RENFORCER LA COOPÉRATION ET L'INFORMATION SUR LES TERRITOIRES

- Fiche action 12 : Conforter le travail en réseau sur les territoires

- Fiche action 13 : Mettre en place une organisation coordonnée des moyens en favorisant la mutualisation de ressources
- Fiche action 14 : Améliorer la lisibilité des différentes initiatives et dispositifs existants dans le secteur du handicap

AXE 4 : PROMOUVOIR L'INTEGRATION PROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

- Fiche action 15 : Valoriser les compétences des travailleurs handicapés et développer les chantiers d'insertion dédiés

AXE 5 : PROCEDER A DES PRECONISATIONS POUR FAVORISER LA MOBILITE SUR LES TERRITOIRES

- Fiche action 16 : Rendre accessible le réseau de transport
- Fiche action 17 : Établir les meilleures conditions d'accessibilité possibles du transport à la demande

2.1. AXE 1 : MIEUX ÉVALUER LES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DE MANIÈRE RÉGULIÈRE ET CONTINUE

2.1.1. Fiche action 1 : Améliorer l'analyse et la définition des besoins de la personne en amont de l'orientation par la MDPH

Objectifs : La fiche action 1 visait à obtenir une définition précise et adaptée des besoins de chaque personne en amont de la décision d'orientation pour limiter les orientations par défaut et utilisable en aval pour faciliter l'accompagnement.

Indicateurs d'évaluation : Nombre d'ETP composant l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ; Nombre de personnes ayant déposé une demande non reçues par l'équipe pluridisciplinaire ; Nombre d'orientations et de réponses par défaut.

Résultats : Le pôle évaluation de la MDPH est composé de 16.5 ETP, dont 4.10 ETP de médecins et 2 ETP d'ergothérapeute.

767 orientations ont été prononcées 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.

2.1.2. Fiche action 2 : Assurer l'accompagnement et le suivi de l'orientation des personnes en situation de handicap

Objectifs : La fiche action 2 visait à améliorer l'accompagnement des personnes handicapées une fois l'orientation prononcée et de renforcer la réactivité des services du département lorsqu'une personne est en attente de structure d'accueil. De plus, cette action visait à assurer une équité territoriale et à renforcer l'offre en services d'accompagnement.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de personnes recensées ne disposant pas d'accompagnement étayé ; Nombre d'orientations prononcées par la CDAPH vers un service d'accompagnement ; Taux d'équipement en places de SAVS, SAPHAD et SAMSAH ; Nombre de personnes suivies par un service.

Résultats : Cette action est réalisée. Entre 2009 et 2013, le nombre de places en SAVS, en SAPHAD et en SAMSAH a augmenté. Au total, ce sont 125 places supplémentaires qui ont été créées soit une augmentation de 30 % de la capacité totale. L'accompagnement des personnes handicapées dont l'orientation ne s'est pas concrétisée est réalisé par les SAPHAD et les SAVS. Cependant, l'offre en SAMSAH n'est disponible que pour le territoire Centre Haute-Vienne.

Évolution du nombre de places en services à destination des personnes handicapées entre 2009 et 2013 -

Services	SAVS	SAPHAD	SAMSAH	TOTAL
01/01/2009	238	151	15	404
01/01/2013	254	236	39	529
Évolution 2009-2013 en nombre	16	85	24	125
Évolution 2009-2013 en %	6,7%	56,3%	160,0%	30,9%

Source : Conseil général 87

Concernant le nombre d'orientations vers un service d'accompagnement, il convient de se référer à la fiche action 1.

2.1.3. Fiche action 3 : Mettre en place un outil de gestion fiable et partagée de la liste d'attente départementale afin d'analyser au plus près les besoins en ESMS

Objectifs : La fiche action 3 visait à mettre en place un outil informatique afin de disposer en temps réel du nombre de personnes en attente de place en ESMS afin que le Conseil général et l'État puissent réaliser une programmation des équipements et des services et de disposer d'une liste d'attente départementale commune et partagée avec les ESMS.

Indicateurs d'évaluation : Mise en place effective de l'outil de suivi ; Nombre d'ESMS partageant la liste d'attente ; Nombre de situations en attente pour lesquelles une solution satisfaisante a été mise en œuvre ; Nombre de projets dont l'étude de besoins repose sur la liste d'attente.

Résultats : Cette action a bien été réalisée : un outil de gestion des listes d'attente en structures a été mis en place et est partagé avec les ESMS. (cf action 1)

2.2. AXE 2 : DÉVELOPPER, DIVERSIFIER ET ADAPTER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT AUX PARCOURS DE VIE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE, PRENDRE EN COMPTE LES HANDICAPS SPÉCIFIQUES, ASSURER LE SUIVI DES OBJECTIFS ET AIDER À LA PROGRAMMATION

2.2.1. Fiche action 4 : Utiliser le cadre de l'évaluation interne et externe au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour adapter les structures et services aux besoins des personnes accompagnées ou en attente

Objectifs : La fiche action 4 avait pour objectif de renforcer l'évaluation des ESMS pour répondre de la manière la plus adaptée aux besoins des personnes accueillies, accompagnées ou en attente.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de procédures d'évaluation interne mises en place dans le département ; Nombre de plans d'amélioration de la qualité élaborés.

Résultats : Au 31 décembre 2013, 34 évaluations internes et 33 plans d'amélioration de la qualité sur un total de 35 structures ont été réalisés.

2.2.2. Fiche action 5 : Mettre en place un dispositif d'accueil familial à partir du réseau d'établissements et services existant

Objectifs : La fiche action 5 visait à mettre en place un système d'accueil familial à destination des personnes handicapées bénéficiant de plateaux techniques des établissements et services médico-sociaux.

Indicateurs d'évaluation : Mise en place du dispositif d'agrément au Conseil général ; Nombre d'accueillants familiaux agréés ; Nombre de formations initiales réalisées avec un ESMS du secteur du handicap ; Nombres de personnes en situation de handicap bénéficiant d'un accueil familial.

Résultats : Cette fiche action est partiellement réalisée puisqu'au 31 décembre 2013, 11 personnes handicapées sont hébergées au sein de 8 familles agréées. Un protocole a été élaboré en 2008 avec les services de placement de l'enfance (ASE et ALSEA), afin que soient agréés des assistants familiaux pour l'accueil d'une personne handicapée. Ce dispositif leur permet de cumuler un agrément enfance avec un agrément personnes handicapée, dans le but de poursuivre l'accueil à leur domicile d'un enfant devenu jeune majeur.

2.2.3. Fiche action 6 : Organiser la coopération avec les établissements et services pour personnes âgées

Objectifs : La fiche action 6 avait pour objectif de diversifier et d'adapter l'offre d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes et de favoriser la coopération entre les établissements pour personnes âgées et les établissements pour personnes handicapées.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de personnes handicapées âgées non dépendantes hébergées en foyers logements ; Nombre d'EHPAD et de foyers logements bénéficiant d'intervention du SAPHAD ; Nombre d'EHPAD organisant des animations communes avec un établissement d'accueil pour personnes en situation de handicap ; Nombre de petites unités d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes installées dans les EHPAD.

Résultats : Cette fiche action est partiellement réalisée. Des personnes handicapées vieillissantes sont actuellement accueillies en logement-foyer. De plus, des places de foyer de vie ont été médicalisées pour répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes, réduisant ainsi le nombre de places en foyers de vie alors que de nombreuses personnes handicapées sont en demande. Les SAPHAD apportent une expertise sur les personnes handicapées vieillissantes aux EHPAD.

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.

De même 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 depuis 2010, 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 de Panazol.

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. Une autre unité de 14 places a été installée en 2014, au sein de l'EHPAD de St Yrieix la Perche. Ces projets ont été élaborés en partenariat avec le CH Esquirol.

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 d'une fluidité des parcours des personnes handicapées.

2.3. AXE 2 SUITE : ...PRENDRE EN COMPTE LES HANDICAPS SPÉCIFIQUES...

2.3.1. Fiche action 7 : Répondre aux besoins des personnes placées en établissement d'accueil pour personnes âgées par défaut (maladies neurologiques invalidantes, Chorée de Huntington, sclérose en plaque, Korsakoff, certaines personnes traumatisées crâniennes, etc.)

Objectifs : La fiche action 7 avait pour objectif de mieux recenser les besoins des personnes âgées de moins de 60 ans souffrant de handicaps spécifiques et accueillies en USLD et en EHPAD afin d'identifier des solutions de prise en charge davantage en adéquation avec leurs besoins.

Indicateurs d'évaluation : Taux de participation à l'enquête ; Nombre de réunions du groupe de travail et niveau de régularité des rencontres ; Nombre de réponses proposées en adéquation avec le projet de vie de personnes porteuses de handicaps spécifiques

Résultats : Le niveau de réalisation de cette fiche action n'est pas évaluable en l'absence de données quantitatives et qualitatives recueillies.

2.3.2. Fiche action 8 : Accompagner les établissements pour l'accueil des adultes autistes et traumatisés crâniens au sein de petites unités de vie

Objectifs : La fiche action 8 visait à développer la prise en charge de l'autisme ou de traumatisés crâniens par le développement de petites unités au sein d'établissements existants.

Indicateurs d'évaluation : Nombre d'adultes autistes et traumatisés crâniens pris en charge sur le département.

Résultats : Selon les partenaires rencontrés lors des entretiens collectifs, cette fiche action n'a pas été abordée.

Cependant, l'association « La Maison des Cinq », en partenariat avec l'ODHAC, propose une structure à Bellac, qui permet d'accueillir 5 traumatisés crâniens afin qu'ils puissent, dans les meilleures conditions, retrouver une autonomie, même en fauteuil roulant. Le pavillon comporte 5 chambres individuelles ainsi que 2 salles de bains. Il est également équipé d'un grand séjour, d'une grande cuisine et d'une terrasse de 40 m² afin que les locataires puissent participer ensemble à plusieurs activités.

2.3.3. Fiche action 9 : Développer la formation des professionnels pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap spécifique

Objectifs : La fiche action 9 visait à accompagner les professionnels à la prise en charge des handicaps spécifiques (dont le handicap psychique).

Indicateurs d'évaluation : - Nombre de séjours et stages annuellement réalisés entre ESMS ; Nombre d'intervenants de SAAD formés aux problématiques du handicap.

Résultats : Le niveau de réalisation de cette fiche action n'est pas évaluable, même s'il se pratique assez souvent, en l'absence de données quantitatives et qualitatives recueillies.

2.3.4. Fiche action 10 : Développer, à partir des centres ressources et des réseaux spécialisés, les complémentarités avec les services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, SAPHAD)

Objectifs : La fiche action 10 avait pour objectif de renforcer les connaissances des professionnels des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, SAPHAD), leur soutien mais également leur information sur les dispositifs existants.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de conventions signées ; Élaboration d'une plaquette d'information.

Résultats : Cette fiche action est partiellement réalisée puisque lors des entretiens, l'ensemble des professionnels ont indiqué connaître les SAVS, les SAMSAH et les SAPHAD. Cependant, aucune donnée quantitative ne permet de vérifier que l'action a bien été menée à l'aide des indicateurs d'évaluation.

2.4. AXE 2 FIN : ...ASSURER LE SUIVI DES OBJECTIFS ET AIDER À LA PROGRAMMATION

2.4.1. Fiche action n° 11 : Définir les modalités de suivi du schéma

Objectifs : La fiche action 11 avait pour objectif d'associer le CDCPH au suivi du schéma.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de réunions de la commission permanente élargie ; Nombre d'études et de propositions contenues dans le rapport annuel ; Nombre de projets innovants transmis à la CNSA.

Résultats : Le CDCPH s'est réuni en 2009, 2010 et 2013. Les thèmes abordés ont porté entre autre sur :

- les actions du schéma handicap 2009-2013 ;
- le bilan et les perspectives d'ouverture de nouvelles places ;
- l'installation de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie ainsi qu'une information sur la commission de coordination des politiques de santé ;
- la présentation du schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016 ;
- la présentation de la commission intercommunale d'accessibilité aux personnes handicapées
- le rapport d'activité de la MDPH.

2.5. AXE 3 : RENFORCER LA COOPÉRATION ET L'INFORMATION SUR LES TERRITOIRES

2.5.1. Fiche action 12 : Conforter le travail en réseau sur les territoires

Objectifs : La fiche action 12 visait à renforcer le réseau d'acteurs sur le terrain pour diffuser l'information et mieux repérer les personnes hors de tout dispositif afin de les informer.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de guichets d'information ; Nombre de conventions.

Résultats : Cette action est réalisée puisque les référents autonomie des MDD maillent l'intégralité du territoire départemental et que les SAPHAD ont pour mission de repérer les personnes hors de tout dispositif pour les accompagner et prévenir les situations de rupture.

De plus, les professionnels des territoires Nord, Ouest et Sud Haute-Vienne ont indiqué que les réseaux et les partenariats locaux sont bien constitués et mobilisés. Les établissements commencent à conclure des conventions de collaboration pluriannuelles et à partager les plateaux techniques.

2.5.2. Fiche action 13 : Mettre en place une organisation coordonnée des moyens en favorisant la mutualisation de ressources

Objectifs : La fiche action 13 avait pour objectif de mettre en place un lieu de rencontre et un moment d'échanges entre les ESMS afin d'impulser une dynamique de coopération et de mutualisation des ressources.

Indicateurs d'évaluation : Formalisation possible d'un ou plusieurs groupement (s) de coopération ; Régularité de publication du fascicule et de mise à jour des sites internet ; Formalisation de nouveaux plateaux techniques.

Résultats : Un groupement de coopération sanitaire régional a été créé en 2010. Il s'agit du GCS Santé mentale et handicap du Limousin qui a pour vocation de fédérer l'ensemble des établissements et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Sa vocation est de parvenir à concilier proximité, accompagnement et continuité de la prise en charge des personnes en souffrance psychique ou en situation de Handicap sur le territoire départemental.

Pour cela, le Groupement s'est doté de 6 missions principales :

- organisation des flux d'utilisateurs ;
- diffusion des pratiques professionnelles et échanges de compétence ;
- gestion des temps médicaux ;
- gestion des temps non médicaux ;
- évaluations internes et externes et Evaluation des Pratiques Professionnelles (appui et conseils dans la mise en œuvre) ;
- gestion de la filière précarité.

Cette organisation départementale doit permettre d'optimiser les prises en charge de proximité tout en favorisant la complémentarité des pratiques, des compétences et des moyens.

De plus, certains établissements commencent à formaliser les coopérations et le partage des plateaux techniques dans le cadre de conventions de collaboration pluriannuelles.

2.5.3. Fiche action 14 : Améliorer la lisibilité des différentes initiatives et dispositifs existants dans le secteur du handicap

Objectifs : La fiche action 14 visait à permettre aux personnes handicapées d'établir leur projet de vie en pleine connaissance des dispositifs et des initiatives existants en matière sociale, culturelle et sportive.

Indicateurs d'évaluation : Publication du catalogue des offres

Résultats : Le niveau de réalisation de cette fiche action n'est pas évaluable en l'absence de données quantitatives et qualitatives recueillies.

2.6. AXE 4 : PROMOUVOIR L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

2.6.1. Fiche action 15 : Valoriser les compétences des travailleurs handicapés et développer les chantiers d'insertion dédiés

Objectifs : La fiche action 15 avait pour objectifs de favoriser l'accès des travailleurs handicapés aux chantiers classiques et de développer des chantiers dédiés à leur insertion.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de chantiers d'insertion dédiés aux personnes en situation de handicap ; Nombre de travailleurs handicapés employés par des chantiers d'insertion dédiés ; Nombre de procédures de VAE mises en place pour les travailleurs handicapés

Résultats : Le niveau de réalisation de cette fiche action n'est pas évaluable en l'absence de données quantitatives et qualitatives recueillies.

2.7. AXE 5 : PROCÉDER À DES PRÉCONISATIONS POUR FAVORISER LA MOBILITÉ SUR LES TERRITOIRES

2.7.1. Fiche action 16 : Rendre accessible le réseau de transport

Objectifs : La fiche action 16 visait à permettre aux personnes handicapées de se repérer / d'accéder au réseau de transports.

Indicateurs d'évaluation : Nombre de points d'attente installés ; Nombre d'actions d'information et de formation réalisées par an.

Résultats : Cf fiche action 17 ci-dessous et Point 6 de l'état des lieux concernant l'accès à la cité.

2.7.2. Fiche action 17 : Établir les meilleures conditions d'accessibilité possibles du transport à la demande

Objectifs : La fiche action 17 avait pour objectifs de permettre aux personnes handicapées d'accéder au réseau commun adapté ou de bénéficier du moyen de transport alternatif (Handicar)

Indicateurs d'évaluation : Nombre de services de transports accessibles ; Nombre de personnes en situation de handicap ; ayant recours aux services de covoiturage ; Montant de l'enveloppe dédiée à l'adaptation des véhicules.

Résultats : Différents dispositifs de transport sont mis en place en Haute-Vienne :

- Le service HANDICAR entre Aix-sur-Vienne et Limoges
- Depuis septembre 2013, des lignes expérimentales accessibles aux PMR ont été mise en place sur les secteurs d'Ambazac et Limoges. Elles sont composées :
 - o de lignes structurantes : pour aller de Bessines à Limoges et pour aller d'Ambazac à Limoges
 - o de lignes de rabattement : pour aller des communes vers les lignes structurantes permettant de rejoindre Limoges
 - o de lignes de proximité : pour aller d'une commune vers le chef-lieu de canton aux horaires adaptés 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.
- Le service TAXICAR, disponible dans 37 communes rurales
- Deux lignes de bus de Limoges métropole sont entièrement accessibles
- Le service HANDIBUS mis en place par la STCL entre les communes de : Aureil, Boisseuil, Bonnac la Côte, Condat sur Vienne, 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.

Par ailleurs, les services d'aide à la personne (SAP) peuvent transporter les usagers auprès desquels ils interviennent. Le dispositif SORTIR PLUS mis en place par certaines caisses de retraite permet de disposer de CESU pour faciliter la sortie des personnes âgées de leur domicile et la MSA a signé une convention avec des taxis pour régler une partie du coût du transport de proximité (RDV médicaux, courses) avec des tickets transports.

PARTIE 3

- Plan d'actions du schéma de l'autonomie
- Programmation de places
- Cahier des charges ESMS

A - PLAN D' ACTIONS DU SCHÉMA DE L'AUTONOMIE	105
<u>Axe 1 : Renforcer la communication et la coordination</u>	106
Fiche action n°1 : Améliorer l'accès à l'information des usagers et des professionnels et prévenir l'isolement social	107
Fiche action n°2 : Favoriser l'élaboration de projets territoriaux partenariaux	109
<u>Axe 2 : Améliorer l'inclusion des personnes âgées et des personnes handicapées dans la vie de la cité</u>	111
Fiche action n°3 : Faciliter l'adaptation et l'accessibilité des logements de droit commun pour les personnes âgées et les personnes handicapées	112
Fiche action n°4 : Développer la mobilité des personnes âgées et des personnes handicapées	114
Fiche action n°5 : Enrichir et adapter l'offre culturelle, sportive et de loisirs aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées	116
<u>Axe 3 : Renforcer l'offre de répit et l'amélioration de la qualité des services de maintien à domicile</u>	118
Fiche action n°6 : Poursuivre et approfondir les actions en direction des aidants familiaux	119
Fiche action n°7 : Renforcer l'offre de solutions intermédiaires, développer et optimiser l'utilisation des accueils séquentiels	121
Fiche action n°8 : Poursuivre l'amélioration de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile, des services d'accompagnement à la vie sociale et des services de soins infirmiers à domicile	123
<u>Axe 4 : Adapter l'offre d'hébergement aux nouveaux besoins</u>	125
Fiche action n°9 : Faire évoluer les capacités d'accueil des structures d'accueil pour personnes handicapées et améliorer la fluidité des parcours en facilitant la transition des ESMS pour enfants vers les ESMS pour adultes et la transition inter-établissements des adultes	126
Fiche action n°10 : Renforcer la capacité d'accueil en EHPAD, améliorer la transition domicile/EHPAD et l'accompagnement des personnes âgées hébergées, notamment les patients atteints de la maladie Alzheimer et de maladies apparentées	128
<u>Axe 5 : Améliorer la prise en charge des publics spécifiques</u>	130
Fiche action n°11 : Mieux accompagner l'avancée en âge des personnes handicapées	131
Fiche action n°12 : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques, traumatisées crâniennes et TED (troubles envahissants du développement)	133
B - PROGRAMMATION DE PLACES EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SUR LA DURÉE DU SCHÉMA	135
a) Propositions d'évolution des capacités de prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées vieillissantes	136
b) Propositions d'évolution des capacités de prise en charge des personnes handicapées	138
C - CAHIER DES CHARGES APPLICABLE AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX DANS LE DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE	141

Axe I :
Renforcer
la communication
et la coordination

FICHE ACTION N°1 : AMÉLIORER L'ACCÈS À L'INFORMATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS ET PRÉVENIR L'ISOLEMENT SOCIAL

Rappel de la problématique :

La Haute-Vienne compte un nombre important de dispositifs, souvent innovants et expérimentaux, destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Le diagnostic de l'existant et les groupes de travail ont cependant identifié un problème de lisibilité et de visibilité de l'offre pour les usagers et les professionnels.

Par ailleurs, les participants aux groupes de travail ont souligné leur difficulté à entrer en contact avec les personnes dépendantes qui vivent à domicile. Ils expliquent avoir une connaissance tardive des situations dégradées, ce qui implique une prise en charge plus complexe.

Publics visés :

- L'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées
- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs aidants

Objectifs et résultats attendus :

- Améliorer la mobilisation des dispositifs destinés aux personnes en perte d'autonomie et l'accès aux droits
- Information des professionnels et des aidants sur les dispositifs existants
- Mieux accompagner les personnes handicapées dans le cadre de la construction de leur projet de vie (y compris dans leur demande de PCH) dans l'intérêt des usagers
- Création et renforcement des réseaux formels et informels autour des personnes dépendantes
- Diminution du nombre de personnes âgées et handicapées prises en charge en situation d'urgence ou de crise

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Communiquer plus et de façon plus ciblée	
Sous-Action 1	Créer et animer un espace collaboratif informatisé pour recenser les dispositifs, les projets et les actions que les partenaires, les ESMS et le Conseil départemental organisent et/ou financent
Sous-Action 2	Elaborer deux stratégies de communication : la première en direction des professionnels et la seconde accessible aux usagers
Sous-Action 3	Multiplier et coordonner les canaux de transmission de l'information : Conseil départemental, territoires, partenaires.... en utilisant des supports numériques aussi souvent que possible
Sous-Action 4	Identifier, au niveau des territoires, les interlocuteurs de proximité des personnes âgées et des personnes handicapées afin qu'ils diffusent l'information, organiser l'observation et le partage des informations
Sous-Action 5	Faire connaître les guides et les répertoires édités par le Conseil départemental et ses partenaires
ACTION 2 : Renforcer le positionnement des Maisons du Département (MDD) comme animateurs du réseau partenarial de chaque territoire	
Sous-Action 1	S'appuyer sur les ressources des MDD et des MAIA pour diffuser les informations auprès des professionnels et des usagers
Sous-Action 2	Expliquer et donner une information plus claire aux usagers et aux professionnels concernant les critères d'éligibilité aux différentes prestations ainsi que sur le type d'aide qui peut être pris en charge (notamment pour la PCH)

ACTION 3 : Prévenir l'isolement social des personnes âgées et des personnes handicapées	
Sous-Action 1	Structurer chaque territoire en réseau « personnes en perte d'autonomie » (en s'inspirant du secteur des personnes âgées) de façon à améliorer le repérage des situations d'isolement et à coordonner les interventions au domicile
Sous-Action 2	Identifier sur chaque territoire le ou les professionnels en charge de la transmission de l'information et de l'orientation de la personne en perte d'autonomie isolée
Sous-Action 3	Sensibiliser les professionnels, notamment les médecins traitants et les infirmiers libéraux, ainsi que les aidants informels, à la problématique de l'isolement et leur indiquer la personne / l'institution à contacter

Points de vigilance :

- Financement de la conception et de la mise à jour du site internet collaboratif
- Quels indicateurs mettre en place pour pouvoir repérer les situations d'isolement et comment partager et harmoniser les outils ?
- Ne pas créer des actions, outils ou dispositifs déjà existants (ex : ne pas créer deux annuaires, deux cartographies et deux systèmes d'information...)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Création / utilisation d'un site internet présentant aux publics cibles (usagers et professionnels) les dispositifs, les projets et les actions
- Nombre d'actions recensées et publiées via le site internet collaboratif
- Nombre de rejets de demandes d'APA et de PCH pour critère d'éligibilité suite à l'instruction des dossiers
- Nombre de demandes d'autres prestations que l'APA et la PCH
- Identification du ou des professionnels en charge de la gestion des informations relatives à une situation d'isolement à domicile pour chaque territoire
- Nombre de personnes âgées ou handicapées isolées repérées
- Nombre de situations auxquelles une réponse a été apportée

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental

Partenaires associés :

- ARS
- MDPH
- ESMS
- CCAS
- Secteur sanitaire
- Représentants d'usagers

FICHE ACTION N°2 : FAVORISER L'ÉLABORATION DE PROJETS TERRITORIAUX PARTENARIAUX

Rappel de la problématique :

Le nombre important de dispositifs à destination des personnes âgées et des personnes handicapées issus des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires a pour conséquence de multiplier les professionnels susceptibles d'accompagner et de suivre un même usager. Les professionnels du secteur des personnes handicapées et du secteur des personnes âgées ne sont pas encore habitués à travailler ensemble.

Les professionnels ont constaté que les établissements des secteurs personnes âgées et personnes handicapées disposent de ressources (savoir-faire, plateaux techniques, équipements...) qui ne sont pas mobilisées en permanence et qui pourraient bénéficier à des personnes dépendantes vivant à domicile.

De plus, les EHPAD souhaitent s'ouvrir vers l'extérieur et améliorer leur image auprès des personnes âgées et de leur famille.

Publics visés :

- L'ensemble des acteurs en relation avec les personnes âgées et les personnes handicapées (ESMS, MDD, MAIA, ESA, SAAD, SSIAD, services sociaux, établissements sanitaires, HAD, équipes mobiles, professionnels de santé libéraux, services hospitaliers...)
- L'ensemble des établissements et des services en relation avec les personnes dépendantes

Objectifs et résultats attendus :

- Faciliter / favoriser les partenariats
- Connaître les potentialités et les besoins des partenaires pour pouvoir mutualiser les plateaux techniques et les équipements
- Positionner les établissements dans l'offre globale de prestations, d'équipements et de services en direction des personnes dépendantes
- Ouvrir les établissements aux partenaires sociaux (associations d'usagers et de familles, services culturels, d'animation et de loisirs) et médico-sociaux œuvrant pour le maintien à domicile
- Améliorer la perception / l'image des établissements (notamment des EHPAD)

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Améliorer la connaissance des partenaires sur chaque territoire	
Sous-Action 1	Favoriser une meilleure connaissance réciproque des professionnels personnes âgées-personnes handicapées des territoires et de leur rôle respectif
Sous-Action 2	Recenser sur chaque territoire les acteurs qui interviennent dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que les conditions qui permettraient la mutualisation de leurs ressources S'appuyer sur les analyses des besoins sociaux existantes
Sous-Action 3	Organiser des temps de rencontre et d'échange dans les MDD sous la forme de « conférences / réunions partenariales de territoire autonomie » afin de faciliter la construction de projets au plus près des besoins des usagers de chaque territoire, d'échanger sur les situations complexes, sur les bonnes pratiques et les expérimentations en cours Etudier la possibilité de faire intervenir des usagers ou des représentants d'usagers et initier autant que possible des questionnaires de satisfaction auprès des usagers
Sous-Action 4	Repérer les bonnes pratiques, les projets et les actions innovantes et produire un document qui les présente aux professionnels - Organiser une journée départementale

ACTION 2 : Articuler les interventions réalisées au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées	
Sous-Action 1	Etudier les modalités de partage des évaluations réalisées par les différents professionnels auprès d'un même usager (grille dépendance, diagnostic habitat...)
Sous-Action 2	Recourir aux MAIA pour accompagner les personnes handicapées de plus de 60 ans en situation complexe et les malades Alzheimer jeunes
Sous-Action 3	Améliorer les modalités d'accompagnement à domicile des personnes handicapées par la coordination et l'information des acteurs (MDD, SAVS, SAPHAD, partenaires...) autour du projet de vie de la personne
Sous-Action 4	Identifier les usagers pour lesquels il n'existe pas de réponse, en analyser les raisons et tenter de proposer des solutions
Sous-Action 5	Encourager les coopérations entre ESMS dans le cadre d'appels à projets
Sous-Action 6	Rechercher les conditions d'harmonisation du développement des MAIA sur l'ensemble des territoires de Haute-Vienne
ACTION 3 : Poursuivre et approfondir la coopération entre les ESMS des secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées	
Sous-Action 1	Organiser des périodes d'immersion et/ou des formations communes à destination des personnels des ESMS (y compris pour les salariés du domicile) des deux secteurs afin de permettre une meilleure connaissance des compétences et des savoir-faire de chacun
Sous-Action 2	Encourager les établissements à faire connaître aux services les dispositifs (ex : accueils séquentiels) qu'ils mettent en œuvre, afin de favoriser leur utilisation en tant que dispositif de répit pour les aidants familiaux
ACTION 4 : Favoriser la création d'établissements centre de ressources	
Sous-Action 1	Partager les compétences et les ressources des établissements PAPH pour faciliter le maintien à domicile, l'aide aux aidants, l'accueil familial et fluidifier les parcours – élaborer un cahier des charges sur les missions potentielles
Sous-Action 2	Rechercher pour le secteur médico-social (PAPH), à l'image de ce qui est réalisé dans le milieu sanitaire, les modalités de développement de la mission de centre de ressources des établissements

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de « conférences / réunions partenariales de territoire autonomie » organisées dans chaque MDD
- Nombre de projets partenariaux territoriaux mis en œuvre
- Nombre de périodes d'immersion et/ou de formations communes à destination des personnels des ESMS des secteurs personnes âgées et personnes handicapées
- Evolution du nombre de personnes de plus de 60 ans handicapées ou non en situation complexe suivies par les MAIA
- Nombre d'établissements identifiés centres de ressources répondant au (futur) cahier des charges

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental

Partenaires associés :

- ARS
- MDPH
- ESMS
- Secteur sanitaire
- Représentants d'usagers
- CCAS

Axe 2 :
Améliorer l'inclusion
des personnes âgées
et des personnes
handicapées
dans la vie de la cité

FICHE ACTION N°3 : FACILITER L'ADAPTATION ET L'ACCESSIBILITÉ DES LOGEMENTS DE DROIT COMMUN POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES HANDICAPÉES

Rappel de la problématique :

Un nombre croissant de personnes âgées et de personnes handicapées choisit de vivre de façon autonome dans un logement individuel. Ce n'est possible que dans la mesure où le logement est adapté aux besoins. Parfois, la transformation ou le réaménagement du logement s'avère impossible. Dans ce cadre, un déménagement vers un logement adapté est souhaitable.

Pour permettre la réalisation du projet de vie, un accompagnement à la vie autonome est nécessaire.

Publics visés :

- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leur entourage
- Les bailleurs sociaux
- Les propriétaires du parc privé
- Les professionnels de l'immobilier et du bâtiment
- Les professionnels des ESMS

Objectifs et résultats attendus :

- Recenser les logements adaptés pour chaque type de handicap pour mieux faire correspondre l'offre à la demande
- Poursuivre l'adaptation des logements sociaux
- Améliorer les connaissances des professionnels et des usagers sur les procédures à suivre pour adapter un logement
- Sensibiliser les propriétaires à l'adaptation et à la mise en accessibilité des logements privés
- Poursuivre la création de logements adaptés
- Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie pour leur permettre de réaliser leur projet de vie
- Garantir la prise en charge par les ESMS des personnes les moins autonomes
- Conserver des places en établissement pour permettre un hébergement en structure collective en cas de problème d'adaptation en logement autonome

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Identifier les logements adaptés et orienter les personnes âgées et les personnes handicapées vers ces logements	
	Recenser l'offre de logements adaptés au travers de la base de données ADALOGIS du PACT qui permet d'identifier un logement en fonction des besoins spécifiques de la personne âgée ou handicapée à destination des professionnels et des usagers
ACTION 2 : Renforcer l'adaptation préventive des logements	
Sous-Action 1	Sensibiliser, au travers de formations spécifiques incluses dans leur plan de formation, les AVS au repérage, à l'orientation vers les personnes ressources et à l'accompagnement sur les questions d'aménagement du logement, des aides techniques et de la domotique
Sous-Action 2	Lors de l'initialisation de la prise en charge à domicile, inclure dans les grilles d'évaluation, des questions destinées à envisager un accompagnement domotique
Sous-Action 3	Recenser les guides / les sites existants relatifs aux aides à l'adaptation du logement à destination des usagers et des professionnels (aides à domicile notamment)
Sous-Action 4	Informers les usagers sur les possibilités offertes par les nouvelles technologies

ACTION 3 : Développer et diversifier l'offre de logements sociaux adaptés	
	Créer des logements sociaux adaptés sur le territoire Centre Haute-Vienne (soit en territoire urbain et périurbain)
ACTION 4 : Renforcer l'accompagnement des personnes handicapées notamment en établissement pour les aider à accéder à une plus grande autonomie	
Sous-Action 1	Accompagner les personnes handicapées à l'accès à une plus grande autonomie (prendre les transports en commun, accéder aux loisirs...)
Sous-Action 2	Favoriser les logements autonomes ou semi-autonomes pour les personnes handicapées avec un accompagnement adapté tout en conservant des places d'internat « traditionnelles » pour permettre la fluidité des parcours

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Création de la base de données ADALOGIS
- Evolution des indicateurs issus de la base de données ADALOGIS (ex : utilisation de l'outil, fréquentation de la base de données, nombre de logements recensés,...)
- Nombre de partenaires associés à la base de données ADALOGIS
- Nombre de demandes de logement non satisfaites enregistrées via ADALOGIS (y compris motifs de non-satisfaction et commune(s) demandée(s))
- Nombre de logements sociaux adaptés créés sur le territoire Centre Haute-Vienne
- Nombre de personnes handicapées qui ont pu accéder à un logement autonome ou semi-autonome
- Nombre de formations réalisées
- Liste des sites institutionnels repérés comme relayant des informations actualisées sur les aides à l'adaptation du logement

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- PACT

Partenaires associés :

- Conseil régional
- MDPH
- Bailleurs sociaux et Bailleurs privés
- ESMS
- MSA, CAF, RSI, CARSAT
- Fondation Caisses d'Epargne
- APF
- Les OPCA
- Les organismes de formation
- Le CISS
- Le CNISAM
- Autonom'Lab
- CCAS

FICHE ACTION N°4 : DÉVELOPPER LA MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Rappel de la problématique :

Les personnes dépendantes sont confrontées à des difficultés de transport pour fréquenter les accueils séquentiels et pour profiter de l'offre de loisirs. De plus, les participants aux groupes de travail ont indiqué méconnaître les critères d'accès ainsi que les différents dispositifs de transport mis en place en Haute-Vienne.

Publics visés :

- Les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées)
- Les professionnels des ESMS

Objectifs et résultats attendus:

- Permettre aux usagers d'être plus autonomes dans leurs déplacements
- Faire connaître les solutions de transport aux usagers et aux professionnels
- Permettre aux usagers de fréquenter les accueils séquentiels en tant que de besoin

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Améliorer, faire connaître l'existant et repérer les besoins	
Sous-Action 1	Envisager une participation des usagers à la Commission d'admission au service HANDIBUS de Limoges métropole
Sous-Action 2	Produire un guide / annuaire des transports en Haute-Vienne à destination des personnes âgées et des personnes handicapées qui précise les critères d'accès, les villes desservies et le coût du transport
Sous-Action 3	Etudier les besoins en termes de déplacements des personnes âgées et des personnes handicapées (notamment vers les EHPAD) ainsi que les modalités de réponse
ACTION 2 : Développer des solutions alternatives	
Sous-Action 1	Organiser un partenariat entre les services de transport adapté et les SAAD afin de mobiliser les véhicules et les chauffeurs lorsque le véhicule de l'AVS ne permet pas de transporter l'usager
Sous-Action 2	Etudier la possibilité d'utiliser des véhicules de transport scolaire / des centres de loisirs lorsqu'ils ne sont pas utilisés pour organiser le transport des personnes âgées et des personnes handicapées notamment vers les accueils séquentiels
Sous-Action 3	Mutualiser les moyens des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées pour faciliter le transport et l'accompagnement des usagers notamment vers les accueils séquentiels
Sous-Action 4	Etudier les modalités d'évolution du système de covoiturage mis en place par le Conseil départemental (www.covoiturage87.com) pour l'adapter aux besoins des personnes à mobilité réduite / en perte d'autonomie Etudier les modalités de diffusion de l'information (mairies,...)
Sous-Action 5	Favoriser l'accès à la télémédecine à partir des plateaux techniques des établissements médicalisés pour éviter les déplacements des personnes âgées et les personnes handicapées sur de longues distances

Points de vigilance :

- Evolution de la clause de compétence du Conseil départemental en matière de transport
- Quel financement de l'utilisation des services supplémentaires de transport (transports scolaires et centres de loisirs) ?
- Les véhicules de transport scolaire sont-ils accessibles ?
- Quel accompagnement des personnes avec troubles du comportement dans ces transports ?

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre d'utilisateurs utilisant les services spécifiques de transports en commun (ex : service Moohv du Conseil départemental)
- Nombre d'utilisateurs ayant bénéficié de chèques de transport
- Nombre d'utilisateurs du site de covoiturage
- Evolution du taux d'occupation des accueils séquentiels pour les structures qui ont mis en place / se sont organisées pour mettre en place un moyen de transport
- Nombre de bénéficiaires de l'APA qui n'ont pas mis en place la modalité « accueil de jour » pour un motif lié au transport

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental

Partenaires associés :

- Conseil régional
- Limoges métropole
- Associations (APF,...)
- ESMS
- Etablissements sanitaires
- MSA
- CARSAT
- RSI
- Le syndicat des taxis
- Horizon Limousin
- SAP 87
- CRA – CREAHL
- CISS
- CODERPA
- Communes et communautés de communes
- CCAS

FICHE ACTION N°5 : ENRICHIR ET ADAPTER L'OFFRE CULTURELLE, SPORTIVE ET DE LOISIRS AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Rappel de la problématique :

L'offre sportive, culturelle et de loisirs permet de maintenir le lien social et participe à la qualité de vie au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. L'offre doit être adaptée aux besoins et aux attentes des usagers, être connue et être accessible.

Publics visés :

- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs aidants
- Les professionnels travaillant auprès des personnes en perte d'autonomie

Objectifs et résultats attendus:

- Identifier les besoins et les attentes des personnes en perte d'autonomie
- Développer l'offre et son accessibilité
- Informer les usagers
- Renforcer le lien social et prévenir l'isolement

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Adapter l'offre aux besoins des usagers	
	Réaliser un diagnostic de l'existant en termes d'accès à la vie sociale et aux loisirs dans chaque territoire et identifier des sources de financement pour favoriser l'accès à ces activités
ACTION 2 : Enrichir l'offre d'activités sociales, sportives, culturelles et de loisirs	
Sous-Action 1	Favoriser la mise en place d'un dispositif de type Monalisa qui permette de former les bénévoles et de les soutenir dans le temps afin de favoriser le lien social et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées
Sous-Action 2	Sensibiliser et inciter les associations (sportives, culturelles, de loisirs...) à accueillir les personnes âgées et les personnes handicapées isolées / en perte d'autonomie
Sous-Action 3	Favoriser la création d'une structure de type GEM, pour personnes âgées, pour personnes handicapées moteur avec des horaires souples
ACTION 3 : Mieux informer et orienter	
	Diffuser les brochures et les guides existants sur les activités culturelles et de loisirs dans les mairies et les MDD S'appuyer sur les professionnels qui interviennent directement auprès des usagers

Point de vigilance :

- Quel financement du GEM ?

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de diagnostics territoriaux réalisés
- Rédaction du document identifiant les sources de financement
- Mise en place d'un dispositif de type Monalisa
- Nombre de bénévoles formés
- Nombre d'associations accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- IREPS

Partenaires associés :

- ESMS
- Secteur sanitaire (CHU...)
- Associations sportives, de loisirs et caritatives
- Associations du secteur du handicap (APAJH, APF,...)
- CCAS
- MSA
- CARSAT
- RSI
- CAP Limousin
- Sport adapté
- CRA CREAMIL

Axe 3 :
Renforcer l'offre
de répit et l'amélioration
de la qualité des services
de maintien à domicile

FICHE ACTION N°6 : POURSUIVRE ET APPROFONDIR LES ACTIONS EN DIRECTION DES AIDANTS FAMILIAUX

Rappel de la problématique :

Le Conseil départemental et l'ARS ont mis en place de nombreux dispositifs et actions de soutien aux aidants familiaux, (notamment en direction des aidants de personnes âgées dans le cadre du plan Alzheimer). Il s'avère cependant que les aidants n'ont pas toujours connaissance des dispositifs existants ou ont des difficultés à se repérer dans la diversité de l'offre qui leur est proposée.

Publics visés :

- Les aidants des personnes en perte d'autonomie

Objectifs et résultats attendus:

- Favoriser le répit des aidants
- Adapter les dispositifs aux besoins exprimés par les aidants et les usagers
- Pérenniser et développer l'offre de soutien aux aidants

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Recueillir les besoins des aidants et faire connaître les dispositifs existants	
Sous-Action 1	Recueillir les besoins des aidants de personnes âgées et de personnes handicapées à l'aide d'un questionnaire qui permette d'identifier les besoins en fonction du profil de la personne aidée et les modalités de réponse en fonction du territoire
Sous-Action 2	Diffuser le répertoire de l'aide aux aidants publié par le Conseil départemental et plus généralement renforcer les actions de communication en direction des professionnels et des familles concernés (voir fiche action 1)
ACTION 2 : Renforcer le soutien aux aidants	
Sous-Action 1	Renforcer le soutien psychologique des aidants
Sous-Action 2	Proposer des sessions d'information / formations (individuelles et collectives) aux actes d'accompagnement de la vie quotidienne (y compris les actes techniques) pour les aidants qui le souhaitent en s'appuyant sur les ressources existantes (ex : les ESMS, le secteur sanitaire et les acteurs sociaux,...)
Sous-Action 3	Reproduire dans le champ du handicap un dispositif analogue à celui des plateformes de répit et d'accompagnement

Point de vigilance :

- Vérifier si Autonom'Lab ou encore l'association française des aidants ont recueilli les besoins des aidants de personnes âgées et de personnes handicapées en Haute-Vienne

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Diffusion d'un questionnaire auprès des aidants afin d'identifier leurs besoins et enrichir l'offre (notamment en fonction des actions déjà réalisées dans leur direction)
- Nombre d'actions et type d'actions d'aide aux aidants réalisées
- Nombre d'aidants ayant participé aux actions proposées et leur provenance
- Mise en place d'une plateforme de répit et d'accompagnement dans le champ du handicap

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental

Partenaires associés :

- MDPH
- ESMS
- Secteur sanitaire
- Pilotes des MAIA
- Plateformes d'accompagnement et de répit
- CHU (relai des familles)
- MSA
- CARSAT
- RSI
- Les représentants des usagers et des aidants (France Alzheimer,...)
- Les réseaux (COGLIM, Linut, ...)
- Autonom'lab
- CCAS

FICHE ACTION N°7 : RENFORCER L'OFFRE DE SOLUTIONS INTERMÉDIAIRES, DÉVELOPPER ET OPTIMISER L'UTILISATION DES ACCUEILS SÉQUENTIELS

Rappel de la problématique :

Les accueils séquentiels constituent une solution de répit pour les aidants de personnes âgées ou de personnes handicapées et permettent de prolonger le maintien à domicile ainsi que d'organiser la transition domicile/établissement quand elle est nécessaire. Cependant, les places d'accueil séquentiel sont parfois sous-utilisées ou utilisées de façon inadaptée.

Par ailleurs les solutions intermédiaires en matière d'accompagnement, situées entre le domicile et l'établissement (EHPA et résidences services) sont amenées à évoluer et à se développer pour s'adapter aux besoins du public accueilli et à la législation (envisagée).

Publics visés :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées vivant à domicile et leurs aidants
- Les gestionnaires des ESMS

Objectifs et résultats attendus:

- Permettre aux aidants de bénéficier de périodes de répit
- Offrir une meilleure connaissance des établissements et des services
- Accompagner la transition entre domicile et établissement / services
- Optimiser l'utilisation des accueils séquentiels

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Adapter l'offre d'établissements d'hébergement non médicalisés	
Sous-Action 1	Adapter les EHPA (logements-foyers) en fonction de l'évolution annoncée de la législation : population, prestations, coordination
Sous-Action 2	Favoriser la prise en charge de retraités d'ESAT suffisamment autonomes dans des EHPA (logements-foyers) en prévoyant un accompagnement par un SAVS ou un SAPHAD
ACTION 2 : Développer l'offre d'accueils séquentiels	
Sous-Action 1	Elaborer un cahier des charges / une charte départementale mentionnant les règles d'utilisation appropriées des accueils séquentiels – intégrer la problématique des aidants et du transport (cf. fiche action n°4)
Sous-Action 2	Développer de façon homogène et équilibrée sur le département les accueils séquentiels et les structures de répit pour personnes en perte d'autonomie
ACTION 3 : Expérimenter de nouveaux modes d'accueil	
Sous-Action 1	Expérimenter un accueil de jour itinérant pour personnes handicapées ou pour personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives
Sous-Action 2	Expérimenter des modalités d'accueil à la journée offrant un accompagnement social (étape supplémentaire dans le parcours des personnes âgées ou des personnes handicapées) et déterminer un cahier des charges
ACTION 4 : Renforcer l'accompagnement des usagers et des aidants	
	Renforcer l'accompagnement des usagers et des aidants, en amont d'un accueil séquentiel et préparer le retour à domicile

Point de vigilance :

- Réfléchir à l'articulation et à la complémentarité des accueils de jour itinérants avec les accueils de jour existants en se concentrant sur les « zones blanches » (à déterminer)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Typologie des personnes accueillies en EHPA (logements-foyers) : niveau de dépendance, personnes handicapées...
- Nombre de retraités d'ESAT hébergés en EHPA (logements-foyers)
- Elaboration d'un cahier des charges / charte départementale relatif à l'utilisation appropriée des accueils séquentiels
- Nombre de places d'accueil séquentiel disponibles par territoire
- Typologie des personnes accueillies en accueil séquentiel
- Mesurer l'écart entre les candidats potentiels et les personnes effectivement accueillies en accueil séquentiel et en expliquer les raisons
- Taux d'occupation des accueils séquentiels, nombre d'usagers et durées moyennes de séjour
- Expérimentation de l'accueil de jour itinérant
- Expérimentation de nouvelles modalités d'accueil à la journée
- Enquête de satisfaction (usagers, aidants, professionnels)

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental

Partenaires associés :

- L'ARS
- Les ESSMS
- Le secteur sanitaire
- Les représentants des usagers et des aidants
- Les professionnels de santé
- Les professionnels du secteur social
- Les communes
- Les CCAS
- Les caisses de retraite

FICHE ACTION N°8 : POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE, DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE ET DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Rappel de la problématique :

Les services de maintien à domicile améliorent la qualité de la vie des personnes âgées et des personnes handicapées. Cependant, la prise en charge des usagers dépendants est parfois réalisée dans des conditions qui ne sont pas satisfaisantes (glissement de tâches des SSIAD vers les SAAD, nombre de passages insuffisants...).

Publics visés :

- Les services de maintien à domicile (SSIAD, SAAD, ESA)
- Les EHPA, les EHPAD et les résidences services

Objectifs et résultats attendus:

- Améliorer l'intégration des services de maintien à domicile dans le cadre du parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Renforcer la coordination des SAAD et des SSIAD pour une prise en charge complémentaire
- Améliorer la couverture territoriale et augmenter l'offre des SSIAD

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Renforcer la qualité et les compétences des services d'aide et de soins à domicile	
Sous-Action 1	Mieux intégrer les SSIAD et les SAAD dans le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie
Sous-Action 2	Renforcer la professionnalisation et la qualification des intervenants à domicile (y compris les salariés employés directement par les particuliers,...)
Sous-Action 3	Evaluer l'opportunité de créer un Relai Assistants de Vie (notamment pour les salariés employés directement par les particuliers)
Sous-Action 4	Former les professionnels intervenant à domicile à la prise en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, personnes handicapées psychiques, autistes, traumatisés crâniens...) et permettant également une polyvalence de la prise en charge personnes âgées / personnes handicapées
Sous-Action 5	Encourager l'analyse de la pratique et la réflexion éthique entre les professionnels
ACTION 2 : Améliorer et développer l'offre des SSIAD et des Equipes Spécialisées Alzheimer	
Sous-Action 1	Améliorer la couverture territoriale des SSIAD
Sous-Action 2	Apprécier le bilan de l'expérimentation du SSIAD de nuit
Sous-Action 3	Evaluer le besoin de places supplémentaires de SSIAD pour personnes handicapées et pour personnes âgées et adapter l'offre
Sous-Action 4	Compléter le maillage territorial des ESA sur l'ensemble du département

Point de vigilance :

- Les SSIAD relèvent de la compétence exclusive de l'ARS. Le PRIAC ne prévoit pas actuellement la création de places de SSIAD.

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Activité des SAAD (personnes âgées / personnes handicapées)
- Proportion des auxiliaires de vie sociale parmi les intervenants salariés des SAAD
- Plans de formation
- Mise en place de réunions sur l'analyse des pratiques professionnelles
- Nombre de personnes prises en charge à la fois par un SSIAD et un SAAD
- Nombre de places de SSIAD de jour / de nuit
- Répartition géographique des places de SSIAD personnes âgées et personnes handicapées
- Maillage territorial des ESA
- Enquêtes de satisfaction

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- ARS

Partenaires associés :

- Les SAAD
- Les SSIAD
- Les établissements médico-sociaux et sanitaires
- Les IDE libéraux
- Les représentants des usagers
- CCAS

Axe 4 :
Adapter l'offre
d'hébergement aux
nouveaux besoins

FICHE ACTION N°9 : FAIRE ÉVOLUER LES CAPACITÉS D'ACCUEIL DES STRUCTURES D'ACCUEIL POUR PERSONNES HANDICAPÉES ET AMÉLIORER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS EN FACILITANT LA TRANSITION DES ESMS POUR ENFANTS VERS LES ESMS POUR ADULTES ET LA TRANSITION INTER-ÉTABLISSEMENTS DES ADULTES

Rappel de la problématique :

Le manque de places en ESMS pour adultes a pour conséquence une augmentation du nombre des jeunes relevant de l'amendement Creton.

Pour ceux qui trouvent une place dans une structure adulte, la réalisation de stages dans l'établissement et/ou le service de destination est compliquée du fait de cette pénurie de places .

De même, le passage des adultes handicapés d'un établissement et/ou d'un service à l'autre (de même niveau de médicalisation ou de médicalisation plus importante) est difficile du fait de l'impossibilité fréquente de mettre en place un stage et dans le cas où celui-ci ne serait pas concluant, de repositionner la personne handicapée dans son établissement ou service d'origine.

Publics visés :

- Les personnes handicapées (jeunes adultes et adultes)
- Les gestionnaires d'établissements et de services
- Les ESMS

Objectifs et résultats attendus:

- Permettre aux jeunes de réaliser des stages dans les structures pour adultes
- Permettre aux adultes de changer d'établissement pour réaliser leur projet de vie
- Fluidifier les parcours de vie des personnes handicapées
- Apporter une réponse aux personnes en liste d'attente
- Vérifier la pertinence des capacités installées des SAVS et des SAPHAD

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Permettre aux jeunes de tester plusieurs structures pour adultes	
	Identifier des solutions pour permettre aux jeunes accueillis dans un IME qui n'est pas en dotation globale de réaliser des stages dans les établissements pour adultes
ACTION 2 : Faire évoluer les capacités des structures pour adultes et fluidifier les parcours en s'appuyant sur le dispositif de gestion des listes d'attente	
Sous-Action 1	Poursuivre les efforts d'amélioration de la couverture des besoins en matière de création d'établissements pour personnes handicapées (adaptation, création, désinstitutionalisation, ...)
Sous-Action 2	Créer des places de foyer de vie en appartement de suite ou en appartement de semi-autonomie avec un accompagnement adapté pour les personnes les plus autonomes et / ou en perte d'autonomie, réévaluer le besoin de places en foyer d'hébergement
Sous-Action 3	Permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un hébergement et d'y rester indépendamment de leur âge et de leur statut

Sous-Action 4	Permettre aux personnes handicapées de « tester » les structures via des conventions inter-établissement
Sous-Action 5	Optimiser le fonctionnement des sections d'animation
Sous-Action 6	Développer l'accueil familial après évaluation de l'expérimentation en cours
ACTION 3 : Soutenir et former les professionnels	
Sous-Action 1	Développer les compétences des professionnels pour la prise en charge de publics spécifiques
Sous-Action 2	Etudier les conditions de mise en place d'une équipe mobile psychiatrique spécialisée pour les personnes handicapées, (à l'image de l'EMESPA qui est réservée aux personnes âgées), à disposition des établissements et services pour aider au diagnostic et à l'analyse des comportements
Sous-Action 3	Développer les groupes d'analyse de la pratique et de réflexion éthique inter-établissements
ACTION 4 : Développer l'offre des SAVS et des SAPHAD	
Sous-Action 1	Evaluer la pertinence des capacités des SAVS et des SAPHAD de chaque territoire et réfléchir au décloisonnement des SAVS et des SAPHAD
Sous-Action 2	Favoriser l'accompagnement par les SAVS des jeunes sortants d'IME ou d'IMPRO, en rupture de parcours

Points de vigilance :

- La médicalisation des places de foyer de vie va bloquer l'entrée des jeunes d'IME vers les établissements pour adultes. De plus, l'ARS a indiqué qu'une médicalisation de places en ESMS pour personnes handicapées et qu'une création de nouvelles places en EHPAD ne sont actuellement pas finançables. La mise en place de l'équipe mobile psychiatrique, de type EMESPA, est liée à son autorisation et à son financement

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre et type de places créées
- Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton
- Nombre de jeunes ayant effectué des stages dans un établissement pour adultes
- Nombre d'adultes ayant changé d'établissement pour une structure de même type ou entre structures
- Nombre d'adultes ayant changé d'établissement pour un autre type de structure
- Niveau de la liste d'attente départementale
- Maillage territorial des SAVS et des SAPHAD
- Nombre de jeunes et d'adultes suivis par un SAVS sans solution d'accueil en raison d'un manque de place

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- ARS

Partenaires associés :

- MDPH
- ESMS
- Secteur sanitaire
- GCS Santé Mentale
- CRA - CREAHL – PRITH
- Les représentants d'usagers
- CCAS

FICHE ACTION N°10 : RENFORCER LA CAPACITÉ D'ACCUEIL EN EHPAD, AMÉLIORER LA TRANSITION DOMICILE/EHPAD ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES, NOTAMMENT LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE ALZHEIMER ET DE MALADIES APPARENTÉES

Rappel de la problématique :

La transition du domicile vers l'EHPAD est souvent difficile pour les personnes âgées dépendantes et les aidants, notamment, pour les personnes âgées qui ont vu une dégradation progressive de leur état de santé, lorsque l'entrée en établissement n'a pas été préparée par des accueils séquentiels. Les équipes des EHPAD sont amenées à accompagner des personnes de plus en plus âgées et dépendantes qui ont des exigences accrues en termes de qualité d'hébergement et de soins. Pour accompagner le vieillissement de la population haut-viennoise, un besoin d'hébergement permanent en EHPAD a été identifié dans le territoire Centre Haute-Vienne.

Publics visés :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie dont l'état de santé se dégrade progressivement, vivant à domicile et leurs aidants
- Les personnes âgées dépendantes accueillies en EHPAD
- Les professionnels des ESMS
- Les autres professionnels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes

Objectifs et résultats attendus:

- Adapter l'offre de places en EHPAD aux besoins sur le territoire Centre Haute-Vienne
- Adapter les EHPAD aux besoins des personnes accueillies
- Poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, notamment celles souffrant de la maladie Alzheimer et de maladies apparentées
- Accompagner et former les professionnels du secteur médico-social
- Préparer les entrées en EHPAD notamment en lien avec les services de maintien à domicile

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Renforcer l'offre d'hébergement permanent	
	Concentrer le renforcement de la capacité en EHPAD dans le territoire Centre Haute-Vienne
ACTION 2 : Préparer l'entrée en établissement	
Sous-Action 1	Elaborer et mettre en œuvre un dossier de liaison domicile – établissement (habitudes de vie, histoire de vie, prise en charge des futurs résidents,...) en concertation avec les aidants professionnels et les aidants familiaux pour faciliter l'entrée en établissement – organiser des rencontres SAAD, SSIAD, IDE pour préparer l'entrée
Sous-Action 2	Envisager la transmission des informations recueillies dans le cadre de l'expérimentation de tablettes numériques (projet ICARE) aux EHPAD
Sous-Action 3	Systématiser, dans la mesure du possible, les visites de pré admission
Sous-Action 4	Accompagner les aidants avant et pendant l'entrée en EHPAD
ACTION 3 : Renforcer l'accompagnement des résidents nouvellement admis	
	Renforcer le rôle des psychologues en EHPAD

ACTION 4 : Poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge en EHPAD	
Sous-Action 1	Poursuivre le programme de rénovation architecturale des EHPAD
Sous-Action 2	Proposer des formations qui forment non seulement aux soins mais aussi à l'accompagnement global de la personne (thérapies non médicamenteuses, ...)
Sous-Action 3	Développer les actions d'animation au sein des EHPAD par le biais d'un projet d'animation
Sous-Action 4	Elaborer systématiquement dans le cadre du projet d'établissement un projet d'accompagnement spécifique pour les « unités Alzheimer »
Sous-action 5	Accompagner les soignants de personnes démentes en leur proposant une formation et un soutien psychologique
Sous-Action 6	Favoriser l'utilisation de la domotique et de la télémédecine dans les EHPAD
ACTION 5 : Quantifier et qualifier les motifs de sorties d'EHPAD vers le domicile	
	Etudier les motifs de sortie des EHPAD vers le domicile via un questionnaire diffusé auprès de l'ensemble des EHPAD du département

Point de vigilance :

- La création de places d'EHPAD dans le territoire Centre Haute-Vienne risque de diminuer le taux d'occupation en EHPAD des autres territoires du département

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de places créées / redéployées dans le territoire Centre Haute-Vienne
- Elaboration de l'outil de liaison domicile – établissement
- Nombre de réunions organisées entre les professionnels du domicile et des EHPAD
- Nombre d'aidants accompagnés avant et pendant l'entrée en EHPAD
- Nombre de psychologues en EHPAD
- Nombre d'EHPAD rénovés / nombre de places concernées
- Plans de formation
- Projets d'animation
- Nombre d'établissements dotés d'au moins une « unité Alzheimer »
- Nombre d'établissements équipés par la domotique
- Diffusion d'un questionnaire auprès des EHPAD

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- ARS

Partenaires associés :

- Les ESSMS
- Le secteur sanitaire
- Les représentants des usagers et des aidants
- Les CCAS

Axe 5 :
Améliorer la prise
en charge des publics
spécifiques

FICHE ACTION N°11 : MIEUX ACCOMPAGNER L'AVANCÉE EN ÂGE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Rappel de la problématique :

La Haute-Vienne observe une augmentation rapide du nombre de personnes handicapées âgées de plus de 60 ans, ce qui pose la question de leur accompagnement à domicile et en établissement. En effet, leurs attentes diffèrent de celles des personnes âgées tant en termes de projets de vie que de besoins d'animations et d'activités extérieures.

Publics visés :

- Les personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile et en établissement
- Les professionnels intervenant auprès des personnes handicapées vieillissantes
- Les ESMS (EHPA, EHPAD, FH, FV, SAVS, SAPHAD....)

Objectifs et résultats attendus:

- Identifier des solutions de prise en charge qui correspondent au projet de vie et au degré d'autonomie de chaque personne handicapée pour accompagner son avancée en âge
- Améliorer l'accompagnement de cette population

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Soutenir l'autonomie dans le lieu de vie	
	Conforter l'intervention des SAPHAD auprès des personnes handicapées à domicile, en EHPA et en EHPAD
ACTION 2 : Diversifier l'offre des EHPAD	
Sous-Action 1	Poursuivre la création d'unités spécifiques en EHPAD pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées
Sous-Action 2	Associer des gériatres et des psychiatres dans la prise en charge des personnes handicapées en unité spécifique en EHPAD
Sous-Action 3	Former le personnel des EHPAD par des périodes d'immersion dans les établissements du secteur du handicap et en milieu sanitaire
ACTION 3 : Diversifier l'offre des établissements pour personnes handicapées	
Sous-Action 1	Créer et / ou adapter (médicalisation,...) des places en établissements pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées les plus dépendantes et former le personnel au vieillissement en prenant en compte les listes d'attente
Sous-Action 2	Transformer des places de foyer d'hébergement en unité spécialisée pour accueillir des personnes de plus de 60 ans
Sous-Action 3	Proposer un accueil de jour au sein des FH pour les retraités d'ESAT vivant en logement-foyer ou à domicile
ACTION 4 : Soutenir et former les professionnels	
	Former les professionnels à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Points de vigilance :

- Définir « personnes handicapées vieillissantes »
- La médicalisation des places de foyer de vie va bloquer l'entrée des jeunes d'IME vers les établissements pour adultes. De plus, l'ARS a indiqué que la médicalisation de places en ESMS pour personnes handicapées et que la création de nouvelles places en EHPAD ne sont actuellement pas finançable.
- Préciser quelles sont les droits et devoirs et les limites des établissements (FV) dans le cadre de l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (projet d'établissement, actions spécifiques, personnel dédié...)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de personnes handicapées vieillissantes accompagnées à domicile et en EHPAD par les SAPHAD
- Nombre de personnes handicapées vieillissantes hébergées en EHPAD et en établissement pour personnes handicapées
- Nombre de places créées en unités spécifiques
- Nombre de places transformées

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- ARS

Partenaires associés :

- ESMS
- Secteur sanitaire
- Représentants d'usagers

FICHE ACTION N°12 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES, TRAUMATISÉES CRÂNIENNES ET TED (TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT)

Rappel de la problématique :

Les professionnels du secteur médico-social rencontrent des difficultés pour accompagner les publics présentant un handicap spécifique : personnes handicapées psychiques (notamment les personnes non stabilisées) TED, traumatisés crâniens...

Publics visés :

- Les personnes avec un handicap spécifique (TED, traumatisés crâniens, troubles psychiques...)

Objectifs et résultats attendus:

- Améliorer la prise en charge des personnes avec un handicap spécifique
- Accompagner et former les professionnels du secteur médico-social et des services à la personne

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Améliorer l'accompagnement des publics spécifiques	
Sous-Action 1	Evaluer les besoins et adapter l'offre pour prendre en charge les publics spécifiques (TED, troubles psychiques, traumatisés crâniens...) (accueil de jour, internat, SAMSAH,...)
Sous-Action 2	Développer les compétences des professionnels des ESMS (notamment des EHPAD) et des professionnels du domicile par des périodes d'immersion entre la psychiatrie (hors TED) et le secteur médico-social
ACTION 2 : Adapter la prise en charge des publics spécifiques	
Sous-Action 1	Créer des unités spécifiques pour personnes handicapées psychiques en EHPAD
Sous-Action 2	Réserver quelques places d'unités spécifiques en EHPAD pour des personnes traumatisées crâniennes
Sous-Action 3	Susciter et formaliser davantage les coopérations avec le milieu sanitaire (organiser des séjours précoces en milieu hospitalier pour prévenir et contrôler les crises)

Point de vigilance :

- Coordonner cette fiche action avec l'ARS dans le cadre des différents plans nationaux (plan autisme, ...)

Indicateurs de suivi et d'évaluation :

- Nombre de places en ESMS dédiées aux handicaps spécifiques créées
- Nombre de personnes avec un handicap spécifique accueillies dans les ESMS sur des places non dédiées
- Nombre de périodes d'immersion réalisées
- Nombre de coopérations conclues entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire

Pilote / responsable de la mise en œuvre :

- Conseil départemental
- ARS

Partenaires associés :

- ESMS
- Secteur sanitaire
- GCS Santé Mentale
- Associations (AFTC, UNAFAM ...)
- Réseau des traumatisés crâniens
- CRA – CREAHL
- Représentants d'usagers

B - Programmation de places en établissements et services sur la durée du schéma

A) PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES OU DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

1. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

S'agissant des EHPAD, 3 structures sur l'agglomération de Limoges, issues de la précédente programmation, sont de nouveau actées dans ce schéma, ainsi que la création de 3 EHPAD supplémentaires sur la zone centre Haute-Vienne et 80 places médicalisées sur les autres territoires. Il conviendra cependant de noter que cette programmation ne répondra vraisemblablement pas suffisamment aux besoins projetés de la population dépendante, le prochain schéma sera alors l'occasion de faire un point d'étape et de procéder à un réajustement en tant que de besoin.

2. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

En ce qui concerne les logements foyers, de petites extensions de capacité pourraient accompagner d'éventuelles restructurations vraisemblablement nécessaires pour répondre au futur cahier des charges des « résidences autonomie » ou la mise en place de petites unités de vie pour des personnes handicapées vieillissantes. L'augmentation de capacité par ouverture de nouvelles structures sera à considérer au cas par cas. Les implantations sur la zone urbaine sont à favoriser.

Enfin, des propositions faites par les groupes de travail concernent :

- o l'élaboration systématique d'un projet spécifique pour les unités Alzheimer prévoyant un accompagnement des soignants (formation et soutien psychologique) ainsi qu'un soutien des aidants,
- o une répartition plus homogène sur le territoire des accueils séquentiels (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit),
- o l'expérimentation d'un accueil de jour itinérant pour malades Alzheimer et la mise en place de structures de jour à visée sociale, pour personnes âgées en perte d'autonomie et/ou isolées,
- o le développement d'opérations de logements sociaux adaptés sur le territoire centre Haute-Vienne, y compris Limoges,
- o l'incitation au regroupement de services d'aide à domicile et de services de soins infirmiers à domicile pour la mise en place de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) afin de mieux répondre au dispositif expérimental du « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) », ainsi qu'une amélioration de la couverture territoriale en services de soins infirmiers à domicile.

PROGRAMMATION QUANTITATIVE DE PLACES POUR PERSONNES AGEES

LOGEMENTS-FOYERS

Création de **places** par petites extensions de capacité si possible et ouverture de structure en zone urbaine : validation au cas par cas.

EHPAD

Création des **244 places médicalisées**

3 EHPAD sur l'agglomération de Limoges, issus de la programmation du précédent schéma,

et création a minima de **320 places médicalisées supplémentaires** (3 EHPAD) sur la zone centre Haute-Vienne et 80 places sur les autres territoires,

soit un total de 564 places.

STRUCTURES DE RÉPIT DONT ACCUEIL DE JOUR

Rééquilibrage territorial des structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de nuit).

Expérimentations d'un accueil de jour itinérant médicalisé, pour malades Alzheimer ou maladies apparentées, et d'accueils de jour à visée sociale pour rompre l'isolement des personnes âgées ou des personnes handicapées isolées.

SPASAD – SSIAD

Encourager le développement des dispositifs de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) regroupant des services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile pour une intervention coordonnée autour de la personne.

Améliorer la couverture territoriale en SSIAD, avec des places de SSIAD de nuit.

B) PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES

1. Les foyers d'hébergement

Depuis une dizaine d'années, les foyers d'hébergement sont confrontés à une transformation des modes d'hébergement des travailleurs d'ESAT qui privilégient de plus en plus la vie dans leur propre logement avec un accompagnement par un service de type SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale). Ces changements entraînent pour certains, notamment en milieu urbain, une sous-activité, offrant ainsi la possibilité de reconvertir des places, si les locaux le permettent et si le gestionnaire le souhaite, en places de foyer de vie internat.

Le recours au temps partiel des jeunes et des handicapés vieillissants ainsi que les travailleurs hébergés en arrêt maladie, suppose la mise en place de sections annexes aux ESAT pour proposer des activités de type occupationnel pendant le temps libéré.

Par ailleurs, les groupes de travail ont soulevé la problématique des travailleurs retraités et des personnes vieillissantes vivant à domicile ou isolées pour lesquels un accompagnement social, de type externat de foyer de vie, pourrait être proposé. Cette structure, qui devra répondre à un cahier des charges précis, pourrait remplacer les actuelles sections d'animation dont les fonctionnements actuels sont assez disparates.

2. Les foyers de vie

Plus d'une soixante de places de foyer de vie ont été transformées, ces 5 dernières années, en places de foyer d'accueil médicalisé pour répondre au vieillissement des personnes hébergées, diminuant de fait le nombre de places de foyer de vie.

Conformément aux souhaits des participants aux groupes de travail, la création de places en appartements et/ou en accueil familial social, pour un accueil dans la cité, avec un accompagnement assuré par le foyer de vie, pourrait être privilégiée pour notamment libérer des places en structure ou répondre aux attentes des plus jeunes.

3. Les foyers d'accueil médicalisé

La création de places permettrait de répondre à une population, notamment jeune, inscrite sur liste d'attente, soit au sein des structures, soit dans des appartements, pour des jeunes ou des personnes hébergées ayant acquis une certaine autonomie.

En lien avec le point 2 évoqué ci-dessus concernant les foyers de vie, la médicalisation de places existantes pourrait être privilégiée afin de permettre aux gestionnaires de proposer une palette de réponses permettant une fluidité des parcours de vie des usagers.

4. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Compte tenu de la liste d'attente de la MDPH, la médicalisation des capacités de services existants (SAPHAD) pourrait être mise en œuvre, afin de proposer sur chaque territoire un accompagnement médico-social de personnes handicapées psychique ou moteur.

5. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les SPASAD, créés en 2004, ont pour objectif de permettre une plus grande fluidité de la prise en charge des personnes. Ils regroupent les effectifs d'un SSIAD et d'un service d'aide à domicile (SAAD) et assurent des services allant de l'aide ménagère aux actes de soins, assumant ainsi une prise en charge coordonnée autour de la personne. Ces structures ont un rôle important dans la coordination clinique de proximité faite par le médecin traitant, dans le cadre du parcours de santé du patient.

Par ailleurs, l'ARS doit procéder à une reconfiguration de l'offre de service des SSIAD afin d'assurer des interventions les week-ends et les nuits, et pour redéfinir notamment leur périmètre d'intervention pour couvrir l'intégralité du département.

6. Les maisons d'accueil spécialisé (MAS)

Le taux d'équipement en MAS, pour la région Limousin, est supérieur à la moyenne nationale avec des inégalités dans la répartition infra régionale au détriment de la Haute-Vienne. C'est la raison pour laquelle a été actée, dans le projet régional de santé (PRS) 2012-2016, une répartition équilibrée sur le territoire régional, en procédant à un renforcement du nombre de places en faveur du département de la Haute-Vienne. La création de places dans les cinq ans à venir permettrait de répondre aux besoins recensés sur la liste d'attente de la MDPH, soit 25 personnes.

Par ailleurs, les propositions faites par les groupes de travail concernent principalement un accès des personnes à une plus grande autonomie et à une plus grande fluidité des parcours (domicile, structure intermédiaire, établissement).

Elles concernent :

- o l'accès à des logements autonomes (logements sociaux adaptés) ou semi autonomes (appartements regroupés, structure intermédiaire) avec un accompagnement social ou médico-social,
- o ajuster l'offre d'hébergement en structure pour répondre aux attentes de la liste de la MDPH et/ou aux personnes hébergées : création, extension, reconversion de places pour des handicaps spécifiques ou des modalités de prise en charge nouvelles,
- o proposer sur chaque territoire, un panel de réponses au plus près des lieux de vie : accueil temporaire et d'urgence, accueil de jour (rompre l'isolement, socialiser, prendre en charge le vieillissement des personnes),
- o une amélioration de la couverture territoriale en SSIAD, avec des places de SSIAD de nuit.

PROGRAMMATION QUANTITATIVE DE PLACES POUR PERSONNES HANDICAPEES

* Orientées en foyer de vie

Création de **20 places** de foyer de vie par transformation de places de foyer d'hébergement.

Création de **50 places** en appartement et/ou en accueil familial social, avec un suivi par le foyer de vie.

* Orientées en FAM

Création de **5 places** de foyer d'accueil médicalisé au sein d'établissements existants.

Médicalisation de **15 places** de foyer de vie.

* Orientées vers un SAMSAH

Médicalisation de **30 places** de services existants (SAVS-SAPHAD).

* Personnes handicapées vieillissantes

Création de **50 places** « handicapés vieillissants » par requalification de places d'EHPAD, selon les besoins repérés au sein des territoires.

Création de **50 places** « handicapés vieillissants » par requalification de places de logements-foyers, selon les besoins repérés au sein des territoires.

Création de **50 places** d'accompagnement social renforcé en foyer d'hébergement dont 30 en sections d'animation reconverties.

* SPASAD – SSIAD

Encourager le développement des dispositifs de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) regroupant des services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile pour une intervention coordonnée autour de la personne.

Améliorer la couverture territoriale en SSIAD, avec des places de SSIAD de nuit.

* MAS

Créer des places pour répondre aux besoins recensés sur la liste d'attente de la MDPH.

C - Cahier des
charges applicable aux
établissements
et services sociaux
et médico-sociaux
dans le département
de la Haute-Vienne

I. PREAMBULE

Le présent document a pour objectif de rappeler toutes les prescriptions relevées par les participants aux groupes de travail pour l'élaboration du présent schéma de l'autonomie auxquelles les établissements et services sociaux et médico-sociaux (personnes âgées-personnes handicapées) devront se soumettre. Il invite les gestionnaires à mettre en place des modalités d'organisation et de réponses permettant d'assurer une qualité d'accueil et d'accompagnement des publics âgés et/ou handicapés.

Ce document reprend certains points mentionnés dans les recommandations formulées par l'ANESM et a pour objectif de développer une culture de la bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables.

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement et d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance (...). La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs. »

Anesm 2008 : la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

II. PRESCRIPTIONS GENERALES

En matière de partenariats – coopérations avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire

Les structures doivent poursuivre ou s'engager dans des démarches de coopérations favorisant entre autres la coordination du parcours du résident, notamment par le biais de conventions avec les acteurs de santé (hôpitaux, gériatrie, psychiatrie, HAD), avec les autres établissements médico-sociaux, avec les MAIA, avec les réseaux, les dispositifs singuliers (plateformes, équipes mobiles...).

Les établissements du secteur médico-social des personnes âgées et/ou handicapées, devront rechercher, à l'image de ce qui est réalisé dans le milieu sanitaire, les modalités de développement de la mission de centre de ressources pour notamment :

- o partager les compétences et les ressources pour faciliter le maintien à domicile, l'aide aux aidants, la fluidité des parcours,
- o être partie prenante dans le développement de l'accueil familial,
- o proposer des sessions d'information / formations, individuelles et collectives, aux actes d'accompagnement de la vie quotidienne, y compris les actes techniques, aux professionnels et aux aidants qui le souhaitent en s'appuyant sur les ressources existantes.

En matière de prise en charge et de diversification des modalités d'accueil

Développer de façon homogène et équilibrée, sur le département, les accueils séquentiels (accueil de jour, accueil de nuit, accueil temporaire) et les structures de répit pour personnes en perte d'autonomie, intégrer la problématique des aidants et du transport, dans le respect de la charte départementale élaborée en groupe de travail.

Expérimenter des modalités d'accueil à la journée offrant un accompagnement social, étape supplémentaire dans le parcours des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Participer à l'expérimentation d'un accueil de jour itinérant pour personnes handicapées ou pour personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives.

Mieux intégrer les SSIAD et les SAAD dans le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie.

Améliorer les modalités d'accompagnement à domicile des personnes handicapées par la coordination et l'information des acteurs (MDD, SAVS, SAPHAD, partenaires...) autour du projet de vie de la personne.

Favoriser l'utilisation de la domotique et de la télémédecine.

En matière de qualifications et de promotion professionnelle au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services

Les gestionnaires devront

- o former les professionnels à la prise en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, personnes handicapées psychiques, autistes, traumatisés crâniens...) permettant également une polyvalence de la prise en charge personnes âgées / personnes handicapées.
- o organiser des périodes d'immersion et/ou des formations communes à destination des personnels des ESSMS (y compris pour les salariés du domicile) des deux secteurs afin de permettre une meilleure connaissance des compétences et des savoir-faire de chacun, notamment avec le secteur psychiatrique.
- o accompagner les professionnels en leur proposant un soutien psychologique.
- o renforcer la professionnalisation et la qualification des intervenants à domicile (y compris les salariés employés directement par les particuliers,...).

En matière de pratiques professionnelles, d'actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance

Favoriser le partage des évaluations réalisées par les différents professionnels auprès d'un même usager (grille dépendance, diagnostic habitat...).

Elaborer et mettre en œuvre un dossier de liaison domicile – établissement (habitudes de vie, histoire de vie, prise en charge des futurs résidents,...) en concertation avec les aidants professionnels et les aidants familiaux pour faciliter l'entrée en établissement – organiser des rencontres SAAD, SSIAD, IDE pour préparer l'entrée.

Systématiser, dans la mesure du possible, les visites de pré admission.

Renforcer l'accompagnement des usagers et des aidants, en amont d'un accueil séquentiel et préparer le retour à domicile.

Encourager l'analyse de la pratique et la réflexion éthique entre les professionnels.

Développer des groupes d'analyse de la pratique et de réflexion éthique inter-établissements.

Proposer des formations qui forment non seulement aux soins mais aussi à l'accompagnement global de la personne (thérapies non médicamenteuses, ...)

III. PRESCRIPTIONS SPECIFIQUES APPLICABLES AUX EHPAD

Les dossiers de création d'EHPAD devront d'une part satisfaire au cahier des charges établi par les autorités compétentes (Conseil départemental et Agence régionale de santé) lors du lancement de l'appel à projet, d'autre part respecter les différentes législations et réglementations en vigueur (code de l'action sociale et des familles, sécurité incendie, accessibilité et adaptation à la dépendance, normes sanitaires etc...). Par ailleurs le gestionnaire devra adhérer au dispositif de gestion des listes d'attente, mis en œuvre par le Conseil départemental, qui apporte des éléments de connaissance sur la demande et les résidents des structures.

1. Sites d'implantation

Les sites d'implantation devront répondre aux caractéristiques suivantes :

- o disponibilités foncières permettant une réalisation architecturale adaptée et offrant un environnement de qualité,
- o accessibilité et desserte aisées,
- o proximité des activités commerciales et/ou des services (notamment le centre-bourg).

2. Diversification des prises en charge

Les EHPAD devront diversifier les modalités de prise en charge proposées à leurs résidents :

- o hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes sur les plans physiques et/ou psychiques,
- o hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes sur les plans physiques et/ou psychiques,
- o une ou plusieurs unités spécifiques pour personnes âgées démentes déambulantes,
- o accueil de jour, accueil de nuit ou accueil d'urgence (en sus des capacités d'hébergement précitées) pour personnes âgées dépendantes sur les plans physiques et/ou psychiques.

Des accueils spécifiques pourront être proposés pour des unités dédiées pour personnes handicapées psychiques, traumatisés crâniens ou pour accompagner le vieillissement de personnes handicapées. Des gériatres et des psychiatres devront être associés dans la prise en charge au sein des unités dédiées. Les psychologues auront un rôle renforcé.

3. Qualité de la prise en charge

Les EHPAD devront disposer de personnel en nombre suffisant et formé pour assurer une prise en charge de qualité. Le respect des ratios agent-lit moyens constatés au plan départemental est demandé, sous réserve des modalités de financement des sections soins et dépendance en vigueur lors du dépôt du dossier.

Les projets d'établissement, de vie, de soins et d'animation devront reposer sur la personnalisation de l'aide et de l'accompagnement proposés aux résidents et devront garantir la qualité de vie et le respect de la dignité de la personne. Le projet d'établissement comportera entre autres un volet concernant le dispositif de lutte contre la maltraitance.

Dans le but de prévenir et de lutter contre la perte d'autonomie, la conception architecturale favorisera les prises en charges individualisées, à l'aide d'unités de vie de capacité réduite.

Dans la mesure du possible, les visites de pré admission seront systématisées. Les aidants seront accompagnés avant et pendant l'entrée en EHPAD.

Les équipements domotiques facilitant la vie quotidienne des personnes âgées et le travail du personnel seront mentionnés. La télémédecine sera envisagée. Les économies d'énergie et la protection des locaux contre les chocs thermiques seront en particulier abordées.

La construction devra s'inscrire dans une démarche de haute qualité environnementale et de développement durable.

4. Place de l'EHPAD dans l'organisation sociale, médico-sociale et sanitaire

Afin de garantir la continuité de la prise en charge, l'inscription de l'EHPAD dans une filière gériatrique devra être précisée. La coordination avec les différents acteurs de santé (hôpitaux, praticiens libéraux, services de soins...) sera approfondie.

Par ailleurs, afin de créer des interactions avec leur territoire d'implantation, les EHPAD devront se positionner en tant que « centre ressources ». Ils devront avoir un rôle de plate-forme de services d'aide aux personnes âgées à domicile ou d'aide aux aidants (accueil de jour, hébergement temporaire, service de soins infirmiers à domicile, service d'aide à domicile, réseau d'accueillants familiaux, etc...). Des actions de prévention de la perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale ainsi que des actions de formations seront organisées à destination des personnes âgées à domicile, des aidants, des professionnels du domicile ou d'autres structures. Les modalités de coopération ou de gestion seront là aussi énoncées dans le dossier remis par les promoteurs.

D'une manière générale, l'ouverture vers l'extérieur (associations, bénévoles, activités intergénérationnelles...) de l'établissement sera encouragée.

5. Accès au plus grand nombre

Afin de favoriser l'accès des EHPAD au plus grand nombre, 35% au minimum des places devront être habilitées à l'aide sociale.

Par ailleurs, dans le but de proposer un tarif hébergement conforme aux tarifs pratiqués en Haute-Vienne, le projet d'investissement immobilier devra respecter des valeurs concernant :

- o la surface dans œuvre (SDO) totale par place,
- o le coût HT au m²,
- o le coût HT à la place

et qui seront précisées lors de l'appel à projet.

Les aides à l'investissement consenties par le Conseil départemental en conformité avec ses délibérations ne sont accessibles qu'aux promoteurs publics ou privés à but non lucratif. La recherche d'autres financements préférentiels (CNSA, caisses de retraite, etc...) devra être effectuée.

En contrepartie de la subvention d'investissement apportée par le Conseil départemental, une clause d'insertion sociale et professionnelle devra être incluse dans les marchés passés par les maîtres d'ouvrage.

IV. PRESCRIPTIONS SPECIFIQUES APPLICABLES AUX STRUCTURES POUR PERSONNES HANDICAPEES

Les dossiers de création, d'extension ou de restructuration devront satisfaire au cahier des charges établi par les autorités compétentes lors du lancement de l'appel à projet ou de l'appel à candidature, répondre aux prescriptions générales citées au II et respecter les différentes législations et réglementations en vigueur (code de l'action sociale et des familles, réglementation sur l'accessibilité, sur la sécurité incendie, sur l'adaptation à la dépendance, sur les normes sanitaires etc...). Les financements seront

précisés dans ce contexte et s'inscriront dans une politique d'harmonisation des coûts, au niveau départemental, prenant en considération les spécificités de chaque projet.

Le projet d'établissement doit proposer des objectifs garantissant l'autonomie de la personne et favorisant son épanouissement personnel et social, notamment à travers le maintien des liens familiaux et relationnels. Il doit également préciser les moyens mis en œuvre pour respecter la dignité des personnes, leur intégrité, leur vie privée, leur intimité et leur libre choix, tout en garantissant leur sécurité. Il répond aux besoins et aux souhaits de prise en charge des usagers conformément à leur projet de vie individuel. Ainsi, les interventions de l'équipe éducative s'inscrivent dans le cadre de la réalisation d'un projet de vie qui doit être élaboré avec l'ensemble des partenaires intéressés, et qui décrit les outils d'évaluation et de suivi utilisés par l'équipe.

La structure développe une préoccupation éducative. Le suivi thérapeutique, lorsqu'il est nécessaire, se fait de manière indépendante et complémentaire à cet accueil, de manière à éviter les séjours non justifiés en milieu hospitalier qui peuvent induire passivité et dépendance.

L'évolution des besoins d'accompagnement et des attentes des personnes handicapées avec notamment un vieillissement de la population, un accroissement des polyopathologies, un besoin prégnant d'accompagnement au long cours et une ouverture de plus en plus demandée vers la cité impose de nouvelles offres de services. Le gestionnaire doit s'inscrire dans son territoire et positionner ses offres de prestations dans une logique de complémentarité, de fluidité des parcours, d'échanges et de mutualisation de moyens afin d'améliorer les possibilités de prise en charge et notamment garantir une efficacité économique.

I ANNEXES

Actes de la concertation

1.	Groupe 1 : (Transversal) - Territoire, coopérations, interdisciplinarité et communication	149
1.1.	Participants	149
1.2.	Contexte et présentation du groupe de travail	149
1.3.	Déroulement de la réunion	150
2.	Groupe 2 : (Transversal) - Vie à domicile, vie sociale et aide aux aidants	157
2.1.	Participants	157
2.2.	Contexte et présentation du groupe de travail	157
2.3.	Déroulement de la réunion	158
3.	Groupe 3 : Personnes âgées - Réponses institutionnelles et structures intermédiaires	165
3.1.	Participants	165
3.2.	Contexte et présentation du groupe de travail	165
3.3.	Déroulement de la réunion	166
4.	Groupe 4 : Personnes handicapées - Réponses institutionnelles et structures intermédiaires	175
4.1.	Participants	175
4.2.	Contexte et présentation du groupe de travail	175
4.3.	Déroulement de la réunion	176

I. GROUPE I : (TRANSVERSAL) - TERRITOIRE, COOPÉRATIONS, INTERDISCIPLINARITÉ ET COMMUNICATION

Relevé des échanges – réunions du 03.04.2014 et du 15.04.2014

I.1. PARTICIPANTS

Représentants	Structures	3.04.2014	15.04.2013
Ludovic DUBOIS	Directeur établissements AREHA Bellac	Présent	Présent
Juliette BRIONAUD	Pilote MAIA sud HV	Présente	Présente
Éric MARCELLAUD	Mutualité Française Limousine	Présent	Présent
Cécile BINET	Chargée de mission à l'ARS	Présente	Présente
Colette BAGNAUD	Adjointe PA-PH MDD Eymoutiers	Présente	Présente
Jean-Marie FARGES	FAM Handas APF Limoges et Aix sur Vienne	Présent	Présent
Diakité SOUMAILIA	Stagiaire FAM Handas	Présent	Présent
Raphaël BOUCHARD (Juliette Brionaud)	Directeur CH – EHPAD St Yrieix la Perche	Présent	Représenté
Gilbert LOSSOUARN	Président Trisomie 21 HV	Présent	Présent
Corinne HARDY	Responsable services Croix Rouge Française	Présente	Excusée
Pascal HUGUET puis Philippe BOURCY	ALEFPA	Présent	Présent
Brigitte LASVERGNAS puis Séverine BORDES	ACTID 87	Présente	Présente
Michel FOUSSETTE	Président APAJH	Présent	Excusé
Laurent DEBRACH puis Claude VIROLE	Directeur CREAHL	Présent	Excusé
Annie MONTAYAUD puis Romain MOULINOX	CHU de Limoges	Présente	Présent
Cyril CHEVALIER	Directeur HIMB	Présent	Présent
Delphine REGO	CESF Santé service limousin	Présente	Présente
Christelle GARREAU	Directrice ARAI St Laurent les Eglises	Présente	Excusée
Nathalie SCARCELLA	Directrice Amis de l'Atelier	Présente	Présente
Nathalie DENICHOUX	Responsable service social CARSAT 87	Présente	Présente
Sylvie GENTY puis Brigitte BUDREUIL	Cadre de santé HIHL	Présente	Présente
Pierre LEFEBVRE puis Françoise TINON	FV Nexon	Présent	Présente
Nicole SABOURDY	CISS Limousin	Présente	Présente
Sandrine PALIS	FV Ambazac	Excusée	Excusée
François PERSONNE	UDAF	Excusé	Présent
Bruno GADRAS	MDPH	Excusé	Présent
Bernard BERTIN	CCAS Limoges	Excusé	Excusé
Jean-Luc FAUCHER	Directeur du pôle PAPH du Conseil général	Présent	Présent
Ghislaine MONIER	Directrice de l'Autonomie pôle PAPH du CG	Présente	Présente
Liévine PRINCE	Consultante Cekoïa Conseil	Présente	Présente

I.2. CONTEXTE ET PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL

I.2.1. Enjeux du groupe de travail n° 1

Le diagnostic a mis en évidence la nécessité de renforcer les coopérations sur les territoires pour mutualiser les ressources et construire des projets partenariaux. Il a également montré que l'amélioration du service rendu aux personnes âgées et aux personnes handicapées nécessite une amélioration de la polyvalence des professionnels sur ces deux publics. De plus, l'état des lieux a souligné que la lisibilité de l'offre doit être améliorée pour les usagers et les professionnels.

1.2.2. Questions à explorer par le groupe de travail

L'adaptation de l'offre et la réponse aux besoins :

- Comment construire des projets partenariaux territoriaux ?

Les acteurs et les coopérations :

- Comment mieux définir et organiser les coopérations entre les établissements et les services de chaque champ et des deux champs ?
- Comment favoriser et organiser la polyvalence des professionnels ?

La communication :

- Comment améliorer la visibilité et la lisibilité des actions pour les usagers et les professionnels ?

1.3. DÉROULEMENT DE LA RÉUNION

1.3.1. Réflexions et pistes d'action proposées

Comment construire des projets partenariaux territoriaux ?

Constats :

- *Les territoires :*

Le Conseil général a rappelé que les territoires d'intervention constituent un cadre d'organisation des services et des actions commun à l'ARS et au Conseil général. Il s'agit ici, au-delà de la réalité des découpages, d'envisager les apports des territoires à la résolution des problématiques sociales, d'imaginer les modalités des synergies entre les acteurs, d'organiser l'élaboration de projets partenariaux.

Selon les participants au groupe, la structuration en territoires est facilitante dans le sens où les interlocuteurs sont mieux identifiés. Cependant, ils ne souhaitent pas que cette approche empêche les projets avec les professionnels d'un autre territoire.

Ils regrettent que les territoires correspondent parfois peu aux bassins de vie et aux réseaux d'ores et déjà établis entre les professionnels.

- *Les projets partenariaux :*

Les participants ont indiqué que le cadre dans lequel les coopérations s'inscrivent importe peu tant que les partenaires ont la volonté de travailler ensemble.

Ils ont souligné qu'il est difficile de construire des projets partenariaux entre structures qui ne sont pas financées par la même autorité de tarification.

Ils ont également indiqué que le contexte actuel oblige les professionnels à travailler en coopération et de manière plus efficiente encore qu'aujourd'hui.

Les participants ont noté que les professionnels de chaque territoire sont bien identifiés. Selon eux, les coopérations se mettent « naturellement » en place lorsqu'il existe des habitudes de travail en réseau, des pratiques et de bonnes relations entre professionnels.

Les professionnels souhaitent que les modalités d'organisation des coopérations soient un peu plus formalisées mais qu'elles ne soient pas contraignantes.

Solutions / propositions :

- Organiser des temps de rencontre et d'échange dans les MDD afin de construire des projets au plus près du territoire et du public cible

Point de vigilance : le calendrier des réunions ne doit pas être trop contraignant

- Repérer les bonnes pratiques et produire un document qui les présente aux professionnels puis organiser des appels à projet pour reproduire les bonnes pratiques dans d'autres territoires de Haute-Vienne

Comment mieux définir et organiser les coopérations entre les établissements et les services de chaque champ et des deux champs ?

Constats :

Les participants constatent que les secteurs personnes âgées et personnes handicapées travaillent encore peu ensemble.

Les représentants de la MAIA ont indiqué avoir mis en place des groupes de travail sur des thématiques identifiées avec le Conseil général et l'ARS afin d'informer les professionnels et de générer des tables de concertation au niveau local.

Les participants qui travaillent en milieu rural expliquent que l'offre d'ESMS y est moins développée ce qui rend la coopération nécessaire. Ils notent également que certaines zones rurales ne sont pas desservies par les services d'aide et/ ou de soins à domicile en raison des déplacements qui sont trop longs et coûteux.

Les professionnels qui travaillent en milieu urbain notent que la réponse aux besoins des personnes âgées dans les quartiers de la politique de la ville est insatisfaisante.

Les participants identifient des difficultés d'accès aux soins pour les personnes handicapées à domicile et en établissement.

Complément apporté lors de la 2^e réunion :

Le Conseil général a rappelé que le Schéma de l'autonomie a vocation à faciliter les coopérations pour que les ESMS s'ouvrent vers l'extérieur.

Solutions / propositions :

- Améliorer la fluidité du parcours et la complémentarité des interventions pour les personnes qui sont accompagnées par le secteur médico-social et le secteur sanitaire et / ou par les intervenants du secteur personnes âgées et du secteur handicap
- Repérer les bonnes pratiques et produire un document qui les présente
- Généraliser les « stages croisés » permettent aux professionnels du secteur personnes âgées de découvrir pendant un temps donné les ESMS du secteur personnes handicapées (et réciproquement) afin de mieux appréhender les compétences et les savoir-faire de chaque secteur
- Identifier avec le secteur sanitaire les leviers pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées vivant à domicile
- Favoriser le transport mutualisé et l'organisation des soins des personnes handicapées qui vivent en établissement (organisation du transport et de l'accueil en cabinet de dentisterie en Centre hospitalier par exemple)
- Organiser des temps de rencontre et d'échange dans les MDD pour échanger sur des situations complexes et sur les bonnes pratiques / les expérimentations en cours

Point de vigilance : le calendrier des réunions ne doit pas être trop contraignant

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

- Créer des conférences de territoire dans les MDD qui permettent de favoriser l'échange d'information, la coordination ainsi que la remontée de propositions

Les établissements « centre ressources » pourraient-ils faciliter la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ?

Constats :

Les participants notent que les plateformes collaboratives existantes (telles que la Plateforme collaborative de Monts et Barrages) permettent de réunir les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social (personne âgée et personne handicapée).

Certains professionnels indiquent qu'en termes de moyens (financiers et humains) seuls les établissements ayant atteint une taille critique, des groupements d'établissements ou les centres hospitaliers peuvent devenir des centres de ressources. Ce point de vue n'est pas partagé par l'ensemble des participants, notamment dans le domaine du handicap.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

La plateforme collaborative de Monts et Barrages est composée de professionnels libéraux, de services d'aide et de soins à domicile (SSIAD et SAAD), du service d'HAD, de la MAIA, des MDD du Conseil général, du Centre Hospitalier, des EHPAD, des réseaux de santé et des équipes mobiles...). Le réseau est structuré en deux cellules : promotion et prévention de la santé (action santé publique sur le territoire, ETP, formations...) et une cellule qui se réunit avec l'autorisation du patient et du médecin traitant pour solutionner les prises en charge complexes.

Les participants s'accordent à dire qu'il faut inventer des solutions plus souples, plus légères et dans la mesure du possible mobiliser les ressources existantes et les établissements hospitaliers dans le contexte budgétaire et financier plus contraint. Ils ont indiqué que les directions communes facilitent les coopérations mais que la pénurie actuelle de directeurs ne permet pas de retenir cette solution.

Solutions / propositions :

- Financer dans le secteur médico-social (à l'image de ce qui est réalisé dans le milieu sanitaire) la mission de centre de ressources des établissements et valoriser le temps dédié à cette mission
- Partager les compétences et les ressources des établissements PAPH pour faciliter le maintien à domicile et l'aide aux aidants (ergothérapeutes, formations...) afin de développer et de partager la technicité et les compétences

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

- S'appuyer sur les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées pour participer au maintien à domicile afin de fluidifier les parcours

Comment mieux se coordonner pour repérer les personnes handicapées et âgées isolées à domicile et pour éviter les points de rupture ?

Constats :

- Les personnes handicapées et âgées isolées à domicile

Les professionnels du domicile ont indiqué avoir des difficultés pour accéder aux personnes handicapées isolées qui vivent à domicile avec l'aide de leurs proches. Ils ont souligné que ces personnes sont souvent repérées alors qu'elles sont déjà âgées.

Les participants ont souligné que les accueils de jour sont très difficiles d'accès en raison des problèmes de mobilité et de transport des personnes handicapées et des personnes âgées.

Le Conseil général a indiqué que les missions des référents autonomie des MDD en direction des personnes handicapées vont être élargies dès 2015 après un temps de formation. En effet, les référents autonomie auront une mission de suivi de certains plans personnalisés de compensation (sur indicateurs). La mission d'information est assurée par le service social polyvalent dans le cadre de l'accès aux droits. De plus, un travail de coopération avec les partenaires de terrain et avec les SAPHAD va être initié.

- La prévention des situations de rupture

L'ARS a rappelé que le dispositif PAERPA a vocation à identifier les points de rupture des parcours pour ensuite organiser des groupes de travail et identifier des solutions.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

Les participants rappellent qu'il existe des « zones blanches » encore non couvertes par des services (SSIAD) et des accueils séquentiels.

De plus, les professionnels notent un manque d'information sur le repérage des personnes âgées et des personnes handicapées isolées à domicile. Les participants indiquent qu'environ un tiers des préconisations d'accompagnement émises par la MDPH dans l'attente d'une orientation (action du précédent schéma) se traduisent par un accompagnement ou une réorientation vers un autre service par un SAPHAD.

Solutions / propositions :

- S'inspirer de l'organisation du secteur des personnes âgées pour repérer et coordonner les interventions auprès des personnes handicapées à domicile
- Structurer chaque territoire en réseau de façon à ce que toutes les compétences soient présentes et qu'une sensibilisation soit réalisée afin de repérer les situations d'isolement
- Communiquer mieux et plus en direction des médecins et des infirmiers libéraux pour les sensibiliser à la problématique des personnes handicapées et âgées isolées à domicile
- Présenter les professionnels des MDD à l'ensemble des professionnels des secteurs médico-social (PAPH) et sanitaire pour enrichir les relations de travail et générer de nouveaux projets
- Repérer les populations pour lesquelles il n'existe pas de réponses, en identifier les raisons, proposer des solutions
- Créer des structures de type MAIA qui soient compétentes pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Point de vigilance apporté lors de la 2^e réunion : les MAIA accompagnent d'ores et déjà les personnes handicapées de plus de 60 ans. Le dispositif n'est actuellement pas ouvert aux personnes de moins de 60 ans et une éventuelle ouverture impliquerait que les pilotes soient secondés par des professionnels spécialistes du handicap.

Comment mieux se coordonner pour prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes ?

Constats :

Les professionnels notent que l'entrée de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD est compliquée et est souvent difficile pour l'usager et pour les équipes.

Ils indiquent que les attentes des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes diffèrent tant en termes de projets de vie que de besoins d'animations et d'activités extérieures.

Les participants indiquent que les SAPHAD permettent d'accompagner les personnes handicapées vieillissantes en EHPAD.

Les professionnels remarquent que les aidants de personnes handicapées qui vivent à domicile ont beaucoup de difficultés à accepter une orientation en établissement (de type MAS, FAM et EHPAD)

Compléments apportés lors de la 2^e séance :

Les participants notent que les SAPHAD constituent une réponse adaptée pour accompagner les personnes handicapées vieillissantes vers de nouvelles structures (unités spécialisées en EHPAD, centres hospitaliers...) et que les capacités installées permettent aujourd'hui de répondre aux besoins.

De plus, la problématique de la prise en charge des malades Alzheimer de moins de 60 ans en EHPAD y compris en établissement spécialisé est également posée. Les participants indiquent que selon l'ORS une quarantaine de personnes de moins de 40 ans qui viennent consulter dans la région Limousin ont été diagnostiquées Alzheimer.

Solutions / propositions :

- Moduler l'intervention des SAPHAD auprès des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD en fonction de leurs besoins
- Identifier des solutions alternatives à l'établissement pour accompagner les personnes handicapées vieillissantes
- Recenser et étudier les initiatives qui ont émergé dans les territoires pour prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes
- Organiser une journée départementale pour exposer les bonnes pratiques et les initiatives qui ont permis d'accompagner avec succès des personnes handicapées vieillissantes à domicile

Compléments apportés lors de la 2^e séance :

- Adapter la réponse au vieillissement des personnes handicapées en fonction des besoins et des moyens
- Créer des unités spécifiques en EHPAD pour personnes handicapées vieillissantes
- Créer des places en appartements de suite ou semi autonomes avec un accompagnement adapté pour les personnes handicapées les plus autonomes
- Réserver l'institutionnalisation aux personnes handicapées qui en ont le plus besoin
- Médicaliser des places de FV

Points de vigilance : La médicalisation de places de FV va bloquer l'entrée des jeunes d'IME vers les établissements pour adultes. L'ARS indique qu'il n'est pas envisagé de médicaliser des places en ESMS pour personnes handicapées et de créer de nouvelles places d'EHPAD

Comment organiser l'accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées ?

Constats :

Le Conseil général a indiqué qu'une expérimentation est actuellement menée avec le Foyer de vie d'Ambazac (6 personnes handicapées devraient être accueillies) et qu'en fonction des résultats de l'évaluation du dispositif, il pourrait être étendu dans chaque territoire.

Les professionnels craignent d'employer des accueillants familiaux et d'être garants de la qualité de l'accompagnement. Ils indiquent que la formation de l'accueillant familial doit être suffisante et que la prise en charge de deux personnes handicapées en même temps peut être source de complications. Ils indiquent qu'il faut également être attentif à l'implantation géographique des familles d'accueil afin que les personnes handicapées ne soient pas isolées et désocialisées.

Complément apportés lors de la 2^e séance :

L'UDAF indique que des personnes handicapées sont orientées hors du département faute de place en accueil familial.

Le Conseil général a rappelé les avantages d'adosser ce dispositif à un établissement :

- Organiser les relais lors des congés de l'accueillant familial
- Professionnaliser les accueillants familiaux
- Intervenir en cas d'urgence
- Faire participer les personnes handicapées accueillies aux animations de l'établissement
- Préparer l'entrée en établissement si besoin

Des participants remarquent que ce dispositif pourrait être intéressant pour accueillir temporairement les personnes handicapées hébergées en établissement. Cependant, cette utilisation du dispositif est exclue après discussion en raison de l'investissement des familles dans l'accueil et du coût pour la collectivité de deux hébergements.

Solutions / propositions :

- Evaluer le fonctionnement du service d'accueil familial avant de l'étendre à l'ensemble des territoires

Comment améliorer la visibilité et la lisibilité des actions pour les usagers et les professionnels ?

Constats :

Les participants ont indiqué que le Conseil général est légitime à communiquer auprès des professionnels et des usagers afin de les informer sur les actions que ses partenaires, les ESMS et le Conseil général organisent et/ ou financent (ex : le répertoire de l'aide aux aidants, le guide « Bien vieillir en Haute-Vienne »...).

Les professionnels estiment que l'information doit être de deux niveaux : locale et départementale avec une publication numérique autant que possible.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

La MDPH indique que près de la moitié des demandes de PCH sont rejetées en raison de l'inéligibilité des demandes (ex : demande d'une aide-ménagère ou pour financer le chauffage).

Solutions / propositions :

- Créer un site web / utiliser un site existant avec un espace collaboratif

Point de vigilance : Financement et mise à jour du site ?

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

- Centraliser et faire circuler les informations sur les territoires via les MDD
- Elaborer une communication pour les usagers différente de celle destinée aux professionnels
- Expliquer aux usagers et aux professionnels de façon claire et lisible quels sont les critères d'éligibilité à la PCH et le type d'aides qu'elle peut prendre en charge

Comment favoriser et organiser la polyvalence des professionnels ?

Constats :

Les professionnels indiquent que pour pouvoir proposer une solution adaptée aux usagers il est nécessaire de connaître les acteurs, les ressources et les potentialités de chaque territoire.

Solutions / propositions :

- Recenser sur chaque territoire les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, connaître leurs ressources et leurs potentialités

2. GROUPE 2 : (TRANSVERSAL) - VIE À DOMICILE, VIE SOCIALE ET AIDE AUX AIDANTS

Relevé des échanges – réunions du 03.04.2014 et du 15.04.2014

2.1. PARTICIPANTS

Représentants	Structures	03.04	15.04
Michèle BERTHET	Mutualité Française Limousine	Présente	Présente
Salomé BONNEAU	Responsable coordination ADPAD Limoges	Présente	Présente
Juliette BRIONAUD	Pilote MAIA Sud Haute-Vienne	Présente	Présente
Frédéric PREVOT	Directeur Présence Verte	Présent	Présent
Annie MAZEIRAS	Réfèrent autonomie MDD Bellac	Présente	Présente
Florence MORELLET	Conseillère technique Académie de Limoges	Présente	Excusée
Muriel REYROLLE	Directrice SAAD APF Limoges	Présente	Présente
Jean-Luc BARRIERE	Directeur PACT 87	Présent	Présent
Laurent DENIZOU	EHPAD Cussac	Présent	Présent
Laure Cueille SIBINSKI	Adjointe PA-PH MDD Limoges	Présente	Présente
Joël CHABERNAUD	Représentant des usagers CHA	Présent	Présent
Gérard BOYER puis Renée DESVEAU	Association Valentin HAUY	Présente	Présente
Martine PELLERIN	Directrice IREPS Limousin	Présente	Présente
Richard DUPUICHAFFRAY	Direction des transports Conseil général 87	Présent	Excusé
Christine FAUQUEMBERGUE	Direction des transports Limoges Métropole	Présente	Excusée
Yves LACROIX puis Stéphanie MOREAU	APAJH	Présent	Présente
Nathalie ETIENNE	CREAHIL-CRA	Présente	Présente
Christine CHAUMONT	Service social CHU Limoges	Présente	Présente
Aude HENNEQUIN	CCAS Limoges	Présente	Excusée
Olivia PONS	CNISAM	Présente	Présente
Fabienne DUFAY-GONZALES	Cadre infirmière coordinatrice SSIAD HIHL	Présente	Présente
Gilles TOUILLEZ puis Michel TERREFONT	APF	Présent	Présent
Françoise TINON	FV Nexon	Présente	Présente
Elisabeth LAPLAGNE	IGL	Présente	Présente
Michelle FRAY-ROQUEJOFFRE	Association France Alzheimer	Présente	Excusée
Fabienne JARRY	ODHAC 87	Présente	Excusée
Françoise SELEBRAN puis F. TISSERAND	MSA Limousin	Présente	Présente
Véronique LANGLOIS GEY	MDPH	Excusée	Présente
Jean JOLY	AFTC Limousin	Excusé	Excusé
Pascale COUDERT	UDAF 87	Excusée	Présente
Marie-Claude GASMAND	Chargée de planification/prospective Pôle PAPH CG87	Présente	Présente
Christelle ROULET	Conseillère technique actions en territoire Pôle PAPH	Présente	Présente
Liévine PRINCE	Consultante Cekoïa Conseil	Présente	Présente

2.2. CONTEXTE ET PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL

2.2.1. Enjeux du groupe de travail n°2

Le diagnostic de l'existant a mis en lumière les efforts entrepris pour développer l'aide aux aidants et pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées qui vivent à domicile par choix ou par manque de place en établissement. Il a également mis en exergue la difficulté des services à prendre en charge un public lourdement handicapé ou dépendant. De plus, l'adaptation insuffisamment préventive des logements et l'isolement social des personnes âgées et des personnes handicapées ont été soulignés.

2.2.2. Questions à explorer par le groupe de travail

L'adaptation de l'offre et la réponse aux besoins :

- o Quels sont les ajustements et les évolutions nécessaires de l'offre pour favoriser le maintien à domicile et l'aide aux aidants ?
- o Comment adapter préventivement les logements ?
- o Comment favoriser l'accès à la vie sociale et aux loisirs ?
- o Comment accroître la mobilité des personnes âgées et des personnes handicapées ?
- o Quels dispositifs développer pour assurer la continuité de l'accompagnement lors du passage du domicile à l'établissement ou de l'établissement au domicile ?

L'amélioration de la prise en charge :

- o Comment mieux prendre en charge les publics spécifiques ou lourdement dépendants / handicapés à domicile ?
- o Comment mobiliser les nouvelles technologies pour favoriser le maintien à domicile ?
- o Comment améliorer la bienveillance et la qualité ?

Les acteurs et les coopérations :

- o Comment mieux organiser le travail en réseau des professionnels ?

2.3. DÉROULEMENT DE LA RÉUNION

2.3.1. Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes :

- o Réfléchir à la notion de transport (x7)
- o Réfléchir à l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées, même en milieu urbain et développer du lien social (x5)
- o Soutenir les aidants (x4)
- o Identifier des solutions pour favoriser les loisirs et diminuer leur coût (x3)
- o Réfléchir à la notion de parcours et à la fluidité des parcours (x2)
- o Réfléchir à l'adaptation des logements (x2), accompagner les particuliers dans la recherche de financements
- o Assurer une meilleure fluidité entre le domicile et l'établissement (x2)
- o Identifier les solutions alternatives à l'EHPAD
- o Développer le concept d'EHPAD centre de ressources en milieu rural
- o Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes
- o Réfléchir aux accueils séquentiels
- o Réfléchir au suivi des personnes handicapées sur les territoires
- o Mieux coordonner les acteurs
- o Améliorer le parcours de vie des personnes à domicile
- o Favoriser le maintien à domicile
- o Améliorer l'évaluation à domicile
- o Professionnaliser les aides à domicile
- o Mieux articuler les dispositifs entre eux
- o Respecter le choix de vie des personnes âgées et des personnes handicapées
- o Promouvoir des actions de prévention dans le domaine de la santé
- o Problématique de l'autisme (adultes) pour l'insertion professionnelle et sociale
- o Réfléchir aux nouvelles technologies et à leur acceptation par les personnes âgées

2.3.2. Réflexions et pistes d'action proposées

Comment accroître la mobilité des personnes âgées et des personnes handicapées ?

Constats :

Les participants au groupe de travail ont rappelé les différents dispositifs de transport qui existent en Haute-Vienne :

- Le service HANDICAR entre Aixe-sur-Vienne ou Couzeix et Limoges
- Depuis septembre 2013, des lignes expérimentales accessibles aux PMR ont été mises en place sur les secteurs d'Ambazac et Limoges. Elles sont composées :
 - o de lignes structurantes : pour aller de Bessines à Limoges et pour aller d'Ambazac à Limoges
 - o de lignes de rabattement : pour aller des communes vers les lignes structurantes permettant de rejoindre Limoges
 - o de lignes de proximité : pour aller d'une commune vers le chef-lieu de canton aux horaires adaptés 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.
- Le service TAXICAR, disponible dans 37 communes rurales
- Deux lignes de bus de Limoges métropole sont entièrement accessibles
- Le service HANDIBUS mis en place par la STCL entre les communes de : Aureil, Boisseuil, Bonnac la Côte, Condat sur Vienne, 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.
- Les SAAD peuvent transporter les usagers auprès desquels ils interviennent.
- Le dispositif SORTIR PLUS mis en place par certaines caisses de retraite permet de disposer de CESU pour faciliter la sortie des personnes âgées de leur domicile
- La MSA a signé une convention avec des taxis pour régler une partie du coût du transport de proximité (RDV médicaux, courses) avec des tickets transports

Les représentants d'usagers ont observé que dans Limoges métropole, les bus sont peu accessibles pour les malvoyants et que l'accès au service HANDIBUS (7 véhicules) est limité aux personnes lourdement handicapées moteur. Les personnes qui souhaitent utiliser HANDIBUS pour se rendre à un RDV médical sont prioritaires. Ce service semble saturé (15 000 voyages en 2013).

80 % des bus de l'agglomération de Limoges sont accessibles (plancher bas et information visuelle et sonore) et les chauffeurs de bus ont été formés pour comprendre les difficultés d'accès des personnes handicapées.

Le cheminement pour accéder aux transports adaptés est aussi une réelle problématique.

Un représentant d'usagers estime que la Commission d'admission au service HANDIBUS est « opaque ».

Les SAAD indiquent que les auxiliaires de vie sociale qui accompagnent les personnes âgées et les personnes handicapées utilisent souvent leur propre véhicule qui n'est pas adapté. A contrario, le SAAD de l'APF dispose de deux véhicules TPMR et mutualise un véhicule avec les autres structures AFP pour répondre aux demandes de sorties (vie sociale...) notamment pendant l'été.

Les participants notent que les personnes âgées et les personnes handicapées en zone rurale ont des difficultés d'accès aux accueils séquentiels en raison du coût des transports qui est trop élevé.

Solutions / propositions :

- Faire participer des usagers à la Commission d'admission au service HANDIBUS de Limoges métropole
- Organiser un partenariat entre les services de transport adapté et les SAAD afin de mobiliser les véhicules et les chauffeurs lorsque le véhicule de l'AVS ne permet pas de déplacer l'utilisateur
- Allouer des chèques transports pour permettre aux usagers de prendre des taxis classiques ou adaptés en vue de faciliter le lien social.
- Utiliser les véhicules de transport scolaire ou encore des centres de loisir lorsqu'ils ne sont pas utilisés pour organiser le transport des personnes âgées et des personnes handicapées vers les accueils séquentiels

- Organiser un système de covoiturage pour les personnes handicapées et les personnes âgées (à l'image du service mis en place par le Conseil général 87 : <http://www.covoiturage87.com/>)
 - Développer la télémédecine à partir des plateaux techniques des établissements médicalisés pour éviter de déplacer les personnes âgées et les personnes handicapées sur de longues distances
 - Organiser la mutualisation des moyens (ex : les minibus adaptés) des établissements et services PAPH pour optimiser les utilisations
 - Développer et structurer un réseau de bénévoles pour faciliter le transport des personnes âgées et des personnes handicapées
 - Réfléchir à l'accompagnement des personnes handicapées psychiques
- Complément apporté lors de la 2^e réunion :
- Réaliser un répertoire / guide des transports en Haute-Vienne pour les personnes handicapées et les personnes âgées (critères d'accès, lignes, coût...)

Comment favoriser l'accès à la vie sociale et aux loisirs ?

Constats :

Dans d'autres départements, les professionnels d'un EHPAD centre de ressources vont chercher les personnes âgées à domicile pour proposer des activités et du lien social.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

L'IREPS a indiqué avoir mené en partenariat avec la MSA à Saint-Yrieix un diagnostic sur le bien-être des personnes âgées et sur ce qui les intéresse. L'enquête a montré que les personnes âgées souhaitent connaître les actions existantes, mener des actions intergénérationnelles pour transmettre leurs savoirs et leurs savoir-faire (jardinage, cuisine...) et lutter contre l'isolement avec des activités citoyennes (Bavardages, voisins, Monalisa...).

Les participants s'accordent à dire que les initiatives citoyennes sont intéressantes pour rompre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées, favoriser le sentiment d'utilité sociale des bénévoles et participer à l'évolution du regard sur le vieillissement. Un point de vigilance a été émis quant à l'engagement des bénéficiaires du contrat civique auprès des personnes âgées et des personnes handicapées puisque cet engagement ne s'inscrit pas dans la durée.

L'APAJH a expliqué qu'une sortie cinéma et McDonalds coûte environ 35 € aux participants en raison de la présence d'accompagnateurs formés. Les professionnels s'accordent à dire que la participation à des activités sociales et de loisirs est onéreuse pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Les participants notent qu'une offre de loisirs existe pour les personnes âgées mais pas pour les personnes âgées dépendantes.

Solutions / propositions :

- Développer et structurer un réseau de bénévoles pour faciliter la socialisation des personnes âgées et des personnes handicapées qui vivent à domicile

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

- Réaliser un diagnostic de l'existant en termes d'accès à la vie sociale et aux loisirs dans chaque territoire

- Mettre en place un dispositif de type Monalisa qui permette de former les bénévoles et de les soutenir dans le temps

- Identifier des financements pour favoriser l'accès aux activités sociales et de loisirs

- Diffuser les brochures et les guides existants sur les activités culturelles et de loisirs dans les mairies et les MDD

- Sensibiliser les associations de culture et de loisirs pour qu'elles puissent accueillir les personnes âgées et les personnes handicapées

- Mettre en place un GEM pour personnes âgées avec des horaires souples

Comment adapter préventivement les logements ?

Constats :

Selon le PACT 87, les aides pour financer les travaux d'aménagement des logements des personnes âgées qui existent (ANAH, Conseil général, Caisses de retraite,...) sont peu connues. De plus, les diagnostics peuvent être gratuits ou payants selon les zones géographiques. Pour les personnes handicapées, des aides de l'ANAH peuvent aussi être attribuées. En 2013, plus de 120 diagnostics ont été réalisés et 100 ménages ont été subventionnés.

Le PACT a développé une base de données appelée « ADALOGIS », notamment dans la Drôme, qui permet de renseigner les logements publics ou privés adaptés avec l'indication d'un niveau de réponse aux besoins et de leur disponibilité. Une plateforme internet grand public permet aux personnes âgées et aux personnes handicapées de faire une demande de logement et de rechercher un logement qui réponde à leurs besoins. Les partenaires doivent s'engager à mettre à jour la liste des logements disponibles.

Selon IGL, les SAAD ne connaissent pas bien le PACT 87 et ignorent souvent à qui signaler les besoins d'aménagement du logement. Il existe un défaut de remontée des risques repérés à domicile par les SAAD.

L'ADPAD 87 a mis en œuvre le projet PROLOG (2012-2013) composé d'un volet évaluation des risques pour sensibiliser les usagers et d'un volet prévention des risques pour les professionnels. Cette action a été proposée à 5 000 usagers et 2 000 évaluations ont été réalisées. 700 salariés et 18 responsables de secteur ont été sensibilisés à la grille d'évaluation du logement. Par ailleurs, chaque visite réalisée au domicile par les responsables de secteur intègre une évaluation globale du domicile qui conduit, si nécessaire, à une mise en relation avec les acteurs du logement.

Le CNISAM a indiqué que plus de 100 professionnels du bâtiment ont été formés pour évaluer et répondre aux besoins d'aménagement des logements des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'ODHAC et le Conseil général se sont associés pour mettre en place une quarantaine de logements adaptés en centre bourg de communes rurales. Les logements sont de plain-pied, de type T2 ou T3 aux normes BBC et adaptés aux personnes à mobilité réduite (chemin lumineux, tablettes...). Un agent de convivialité, délégué par la commune, accompagne les locataires afin de renforcer le lien social et de remplir un rôle d'interlocuteur de proximité.

Les SAAD expliquent qu'ils ont des difficultés pour gérer les clés des logements des usagers qu'ils accompagnent.

Les participants remarquent que de nombreuses grilles d'évaluation ont été mises au point par les intervenants à domicile et que chaque grille vise à recueillir des informations spécifiques. Ils notent que les usagers peuvent avoir le sentiment que ces évaluations sont redondantes et intrusives.

De plus, ils indiquent que le laboratoire handicap habitat du CHU de Limoges est un outil intéressant et gratuit qui permet de tester les aménagements et de créer un projet individualisé.

Les professionnels et les usagers notent que les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent refuser les nouvelles technologies et les aménagements du logement en raison de leur caractère inesthétique et intrusif, au-delà de leur coût.

Solutions / propositions :

- Sensibiliser, au travers de formations spécifiques incluses dans leur plan de formation, les AVS aux questions d'aménagement du logement, aux aides techniques et à la domotique
- Recueillir les grilles d'évaluation domotique complétées auprès des différents professionnels ce qui implique de créer un réseau de professionnels PAPH sur le territoire. Inclure dans les grilles réalisées lors de l'initialisation d'une prise en charge par un SAAD, la série de questions destinées à envisager un accompagnement domotique
- Recenser l'offre de logements adaptés au travers de la base de données ADALOGIS qui permet d'identifier un logement en fonction des besoins spécifiques de la personne âgée ou handicapée, à destination des professionnels et des usagers.
- Identifier des solutions pour gérer les clés des usagers des SAAD (boitiers à clé, serrures mixtes, serrures virtuelles... ?)

Complément apporté lors de la 2^e réunion :

- Réaliser un répertoire / guide des aides à l'adaptation du logement disponibles à destination des usagers et des professionnels (aides à domicile notamment)

Comment mobiliser les nouvelles technologies pour favoriser le maintien à domicile ?

Constats :

Les participants constatent que la téléassistance est plutôt bien utilisée en Haute-Vienne et que le Conseil général participe au financement.

Présence Verte indique qu'environ 10 % des abonnés à la téléassistance ont un abonnement internet et que des solutions (chemin lumineux, déclencheurs environnementaux...) peuvent être installées rapidement sans modification du logement. De plus, un cahier de liaison dématérialisé est également prévu dans le cadre de l'expérimentation ICARE. Chaque intervenant pourra communiquer de façon sécurisée avec les autres intervenants qui auront un accès différencié aux informations en fonction de leur habilitation.

Solutions / propositions :

- Informer les usagers des possibilités offertes par les nouvelles technologies puis les laisser choisir librement
- Informer et former les professionnels sur les solutions existantes via le travail en réseau

Comment mieux prendre en charge les publics spécifiques ou lourdement dépendants / handicapés à domicile ?

Constats :

Les participants expliquent qu'une offre de logements alternatifs se développe avec succès et qu'elle offre une qualité de vie supérieure aux bénéficiaires : Ti Hameau à la Souterraine, la Maison des Quatre à Bordeaux (et bientôt la Maison des Cinq à Bellac) pour permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'intégrer un logement autonome et sécurisant en mutualisant les coûts.

L'UDAF, dans le cadre de son service de tutelle pour les personnes handicapées psychiatriques, propose également des appartements avec une PCH mutualisée qui permet d'employer une gouvernante pour les aider au quotidien.

Point de vigilance : l'ensemble des aides de la PCH ne sont pas mutualisables (ex : aide à la toilette).

Les participants rappellent le manque de places en SSIAD dans le département ainsi que le refus d'une partie des IDE libéraux de réaliser les toilettes.

Solutions / propositions :

- Encourager le développement de formes d'habitats alternatifs
- Former les professionnels du domicile à la prise en charge des publics spécifiques (personnes handicapées, maladies du système nerveux,...)
- Renforcer les équipes de SSIAD
- Développer les SSIAD de nuit sur l'ensemble des territoires de Haute-Vienne
- Assurer un maillage territorial complet par les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)
- Créer un GEM pour les personnes handicapées moteur

Quels sont les ajustements et les évolutions nécessaires de l'offre pour favoriser le maintien à domicile et l'aide aux aidants ?

Constats :

Les participants notent que des Relais assistants de vie²¹ se sont développés dans d'autres départements.

Ils identifient un problème de transmission de l'information quand un aidant épuisé est repéré.

La MAIA indique qu'un tableau précisant les disponibilités à trois mois des hébergements temporaires est mis à jour régulièrement et est communiqué aux médecins traitants et aux IDE.

Les participants s'accordent à dire que l'accueil séquentiel est un bon outil pour aider les aidants.

La MSA a indiqué que les aidants apprécient les plateformes de répit et qu'ils sont demandeurs de temps de détente.

Les professionnels notent que l'association France Alzheimer propose des séjours aidants / aidés accompagnés par des bénévoles.

Les participants relèvent que les services de médiation familiale sont peu connus par les aidants et que certains services se déplacent à domicile en milieu rural.

Le psychologue du relais des familles du CHU assure un accompagnement individuel des aidants, tout comme le psychologue de la plateforme Evaasion.

Le CRA travaille actuellement sur l'aide aux aidants dans le cadre du plan autisme.

Solutions / propositions :

- Evaluer l'opportunité de créer un Relais assistants de vie en Haute-Vienne
- Développer les accueils séquentiels dans les territoires dépourvus
- Diffuser le répertoire de l'aide aux aidants du Conseil général
- Renforcer le soutien psychologique des aidants
- Recueillir les besoins des aidants à l'aide d'un questionnaire qui permette d'identifier les besoins en fonction du territoire et du profil de l'aidé
- Développer les structures de répit

Quels dispositifs développer pour assurer la continuité de l'accompagnement lors du passage du domicile à l'établissement ou de l'établissement au domicile

Constats :

Un représentant des usagers regrette que la PCH ne prenne pas en compte le coût réel des AVS qualifiées en emploi direct.

Les participants indiquent que les SAPHAD sont un bon outil pour accompagner les personnes handicapées vers et hors d'une structure pour élaborer le projet de vie.

Ils expliquent que l'accueil de jour est également un outil pertinent pour préparer l'entrée en établissement mais qu'il est réservé à un type de pathologie.

Les sorties d'hospitalisation sont bien organisées dans le territoire Nord entre les MDD, l'HIHL et les SSIAD. Selon les référents autonomie de Limoges, les sorties d'hospitalisation se déroulent plutôt bien.

³¹ Les Relais assistants de vie ont pour objectif de créer du lien entre les aidants professionnels employés par des particuliers et d'aborder les problématiques liées au métier : les bons gestes, l'alimentation, la gestion de la douleur, l'accompagnement de fin de vie, la maladie d'Alzheimer, les droits des professionnels... A plus long terme, l'objectif est de mettre en place un réseau professionnel pouvant ainsi répondre, par exemple, aux questions liées aux remplacements.

Néanmoins les professionnels notent que l'entrée en établissement est souvent vécue comme un échec du maintien à domicile et que les usagers ne sont pas préparés à cette entrée.

Solutions / propositions :

- Ouvrir les établissements vers l'extérieur
- Encourager les aidants et les usagers à visiter les établissements avant d'y être admis

Comment améliorer la bientraitance et la qualité ?

Constats :

Les participants remarquent que la bientraitance et la qualité sont un thème transversal.

Solutions / propositions :

- Former les professionnels en recherchant la bientraitance et le consentement de l'utilisateur
- Soutenir psychologiquement les aidants

3. GROUPE 3 : PERSONNES ÂGÉES - RÉPONSES INSTITUTIONNELLES ET STRUCTURES INTERMÉDIAIRES

Relevé des échanges – réunions du 04.04.2014 et du 16.04.2014

3.1. PARTICIPANTS

Représentants	Structures	4.04	16.04
Corinne TALAVERA	Pilote MAIA Centre HV	Présente	Présente
Martine LACHAUD	EHPAD Les 5 sens Landouge	Présente	Présente
Joëlle PENOT	Directrice EHPA Isle	Présente	Présente
Pascale PARTONNAUD	EHPAD St Yrieix la Perche	Présente	Présente
Sabine CHABRELY	Adjointe PA-PH MDD Bellac	Présente	Présente
Myriam VIALA AUBERT	Structures Delta plus	Présente	Présente
Bernard GUILHOT	Directeur hébergement APSAH	Présent	Présent
Marie-Josette METROT	Vice-Présidente CODERPA	Présente	Présente
Hélène RIFFAUD	Adjointe PA-PH MDD Limoges	Présente	Présente
Dr Stéphan MEYER	Représentant FFAMCO	Présent	Excusé
Martine DUMONTEIL	UNA St Junien	Présente	Absente
Aurely DUSSARTRE puis Cécile RIFFAUD	Soins Santé Limoges	Présente	Présente
Anne-Marie COIGNOUX	Attachée d'administration CH Esquirol Limoges	Présente	Présente
Marie-Pierre JANALHIAC	Autonom'lab	Présente	Présente
Annie MONTAYAUD puis Romain MOULINOX	CHU Limoges	Présente	Présente
Marie-Josée PERY	Cadre de santé HIMB	Présente	Présente
Guillaume VIDAL	Responsable du pôle senior CCAS Limoges	Présent	Présent
Nathalie SCARCELLA	Fondation des Amis de l'Atelier	Présente	Présente
Marie-Ange RICHIGNAC	Responsable action sociale retraite CARSAT	Présente	Présente
Emmanuelle GARRAUD	Assistante sociale HIHL	Présente	Excusée
Agnès BEAUFILS	FV Nexon	Excusée	Absente
Jérôme PERRIER	Cadre de santé EHPAD Couzeix	Présent	Présent
Laetitia DEFAYE	Référent autonomie MDD St Junien	Présente	Présente
Emilie RECANZONE	Directrice résidence services Domitys Panazol	Présente	Présente
Michèle LAGE	Sous-directrice prestations PA Conseil général	Présente	Absente
Dorothee CHABAUDIE	Directrice clientèle Limoges Habitat	Présente	Présente
Cécile BINET puis Françoise LASCAUX	ARS Limousin	Présente	Présente
Sabine FARVACQUE	Directrice EHPAD Feytiat et Le Palais/Vienne	Excusée	Absente
Jean-Marc PITON	Sous-directeur des ESMS pour PA Conseil général	Présent	Présent
Liévine PRINCE	Consultante Cekoia Conseil	Présente	Présente

3.2. CONTEXTE ET PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL

3.2.1. Enjeux du groupe de travail n°3

Le diagnostic de l'existant a montré qu'un tiers des places prévues en EHPAD a été installé pendant le précédent plan gérontologique et que le territoire Centre Haute-Vienne manque de places. L'utilisation des places d'hébergement temporaire est apparue comme inadaptée. Dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, la question des conséquences de la mise en œuvre de la loi

et du devenir des logements-foyers est à anticiper. Par ailleurs, le sujet de la transition du domicile vers l'établissement et de la construction du projet de vie en établissement est soulevé par de nombreux professionnels. De même, il est nécessaire de vérifier et de quantifier la sortie d'établissement des personnes âgées dépendantes vers un accompagnement au domicile par leurs proches. Enfin, la question de la prise en charge des publics spécifiques en EHPAD est posée : personnes âgées présentant une pathologie psychiatrique et personnes handicapées vieillissantes.

3.2.2. Questions à explorer par le groupe de travail

L'adaptation de l'offre et la réponse aux besoins :

- Quelles sont les évolutions nécessaires des EHPA, des EHPAD et des accueils séquentiels ?
- Comment vérifier et quantifier la sortie d'établissement de personnes âgées dépendantes vers un accompagnement au domicile par leurs proches ?

L'amélioration de la prise en charge :

- Quelle prise en charge en EHPAD des publics spécifiques (malades psychiatriques et personnes handicapées vieillissantes)
- Quel accompagnement lors de la transition du domicile à l'établissement ?
- Comment mobiliser les nouvelles technologies dans les EHPA et les EHPAD ?
- Comment améliorer la bienveillance et la qualité ?

Les acteurs et les coopérations :

- Comment mieux organiser le travail en réseau des professionnels ?

3.3. DÉROULEMENT DE LA RÉUNION

3.3.1. Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes :

- Identifier des solutions de prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes (x2)
- Réfléchir sur les solutions d'habitat regroupé
- Réfléchir à l'adaptation de l'habitat et aux services
- Réfléchir sur le maintien à domicile
- Identifier des solutions pour prendre en charge les personnes âgées atteintes de démence

3.3.2. Réflexions et pistes d'action proposées

Quelles sont les évolutions nécessaires des EHPA, des EHPAD et des accueils séquentiels ?

Constats :

- Les EHPAD

Les participants ont noté que les résidents d'EHPAD ont aujourd'hui des exigences accrues en termes de qualité d'hébergement. Ce qui implique de raisonner en termes de qualité de l'offre et moins en termes de quantité de places disponibles. Le Conseil général a recensé 133 000 000 de travaux de rénovation, d'extension ou de construction d'EHPAD ou d'USLD en cours ou en projet sur la Haute-Vienne. Ils font ou feront l'objet d'une subvention, dans le cadre du plan départemental d'aide à l'investissement, complétée le cas échéant par une subvention de la CNSA.

Les participants indiquent que les EHPAD des territoires ruraux ont des difficultés à se remplir. De plus, selon les participants, les listes d'attente sont faussées par les demandes d'admission « de précaution » et les demandes multiples : elles ne constituent pas un outil fiable. Par ailleurs, d'autres

EHPAD, spécialisés dans la prise en charge des troubles cognitifs ne parviennent pas à répondre à la demande.

Le Conseil général a expliqué qu'un système de liste d'attente informatisé est en cours d'élaboration et devrait être mis en œuvre en 2015. Il permettra de connaître le niveau réel des attentes d'entrée en EHPAD en tentant de distinguer les demandes de précaution, avec toutes les difficultés que cela représente.

Les besoins identifiés en matière d'hébergement permanent concernent avant tout le territoire Centre Haute-Vienne, en raison de son net sous-équipement par rapport au reste du département et de la forte progression attendue d'ici 2030 du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes. Les professionnels ont d'ailleurs remarqué que les résidents sont de plus en plus dépendants et qu'ils désirent rester dans ce territoire (parce qu'ils y ont vécu et/ou pour se rapprocher des aidants).

Les participants ont noté qu'une expérimentation d'EHPAD à domicile est actuellement testée en Corrèze, en Aquitaine et en Franche-Comté et que le coût est relativement élevé puisqu'il s'ajoute aux dépenses liées au domicile. Le projet en Corrèze est porté par Téléassistance Corrèze et en Franche-Comté par un EHPAD.

- Les accueils séquentiels

Les participants ont indiqué que le problème de transport vers certaines formes d'accueils séquentiels explique les taux d'occupation relativement faibles.

Le Conseil général fait le constat que la répartition territoriale est plutôt à l'avantage du territoire Centre, d'autres étant moins bien dotés.

- L'Accueil de jour

L'association Soins et santé souhaite mettre en œuvre un accueil de jour itinérant sur des zones blanches de la Haute-Vienne en raison du déficit de places et pour régler la problématique du transport. Chaque semaine, cinq EHPAD ou EHPA accueilleraient l'accueil de jour itinérant dans des zones dépourvues d'accueil de jour afin de donner des moments de répit et de socialisation aux personnes malades Alzheimer ou atteintes de troubles cognitifs.

Les participants s'accordent à dire que les accueils de jour, qui s'adressent pour la plupart exclusivement aux personnes âgées ayant des troubles de type Alzheimer et assimilés, ne sont de fait pas des solutions adéquates pour rompre l'isolement des personnes âgées non atteintes de ces troubles.

- L'hébergement temporaire

Les professionnels reconnaissent que l'utilisation des places d'hébergement temporaire est souvent inadaptée. Les participants ont indiqué que des places d'accueil d'urgence sont nécessaires et que l'hébergement temporaire glisse vers ces accueils d'urgence. Le Conseil général n'est pas opposé à cette évolution si les accueils d'urgence restent de durée limitée.

L'ARS a indiqué que dans le cadre des groupes de travail du PAERPA, l'une des pistes envisagée est le remboursement à 100 % par l'assurance maladie de l'hébergement temporaire dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation.

- L'accueil de nuit

L'EHPAD de Saint-Yrieix a indiqué avoir peu de demandes d'accueil de nuit et que cette offre peut être déstabilisante pour les personnes âgées malades Alzheimer et de troubles assimilés. Soins Santé confirme en indiquant que l'heure de départ du domicile coïncide avec la montée des troubles du comportement liés à l'arrivée de la nuit. Cependant, cette offre est pertinente pour les personnes isolées, fragiles et angoissées la nuit. Les accueils de nuit nécessitent en tout état de cause du temps pour monter en charge.

- Le baluchonnage / relais entre aidants

L'expérimentation du dispositif relais entre aidants de Saint-Yrieix et 5 autres EHPAD a permis une dizaine d'interventions en 2013. Le dispositif est reconduit pour 2014. Cependant il ne peut fonctionner qu'en étant fortement subventionné en raison d'un coût journalier très élevé (de l'ordre de 600 €).

- L'accueil familial

Dans le secteur du handicap, le Foyer de vie d'Ambazac et le Conseil général construisent actuellement un dispositif d'accueil familial pour les personnes handicapées où les accueillants sont salariés du Foyer de vie.

- L'aide aux aidants

Les participants ont indiqué que les plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants familiaux et professionnels fonctionnent bien et maillent l'ensemble du territoire.

- **Les EHPA**
- **Les logements-foyers**

Les participants ont expliqué que des personnes handicapées vieillissantes sont accueillies en logements-foyers mais qu'un problème de cohabitation et d'accompagnement psychologique existe. Les professionnels ont remarqué que les travailleurs d'ESAT qui sont en mesure de vivre de façon autonome plébiscitent un hébergement autonome avec un accompagnement de type SAVS ou SAPHAD.

- **Les résidences services**

Les participants gestionnaires de SSIAD s'inquiètent du niveau de dépendance des locataires qui vivent en résidence services, entraînant parfois un recours trop important aux soins infirmiers.

- **L'adaptation des logements individuels**

Les participants estiment que le concept des logements adaptés et/ou regroupés en centre-bourg est intéressant.

Solutions / propositions :

EHPAD

- Concentrer le renforcement de la capacité d'hébergement permanent sur le territoire Centre Haute-Vienne
- Poursuivre le programme de rénovation des EHPAD existants
- Identifier les EHPAD comme centre ressource vis-à-vis de leurs partenaires institutionnels et des aidants, dans l'objectif de favoriser le maintien à domicile
- Améliorer la qualité de la formation des professionnels, s'aider de la domotique et de la télémédecine pour prendre en charge des usagers de plus en plus dépendants

Les accueils séquentiels

- Les développer de manière homogène sur l'ensemble du département
- Expérimenter un accueil de jour itinérant
- Elaborer un cahier des charges / une charte départementale pour s'accorder sur les règles d'utilisation appropriées des accueils séquentiels

L'accueil familial

- Evaluer la mise en œuvre du dispositif d'accueil familial

EHPA

- Les adapter à l'évolution législative attendue les concernant (population, prestations, coordination)
- Favoriser l'installation des travailleurs d'ESAT suffisamment autonomes dans des logements-foyers en prévoyant un accompagnement par un SAVS ou un SAPHAD

Point de vigilance : la résidence d'Isle accueille des personnes handicapées accompagnées par un SAVS mais indique que l'accompagnement au quotidien se révèle parfois insuffisant et que cet accompagnement ne règle pas les problèmes de troubles du comportement

Les logements adaptés

- Créer des logements adaptés dans Limoges (sur le modèle des logements adaptés en centre-bourg mis en place par l'ODHAC et le Conseil général)

Comment vérifier et quantifier la sortie d'établissement de personnes âgées dépendantes vers un accompagnement au domicile par leurs proches ?

Constats :

Les professionnels rencontrés lors de la phase de diagnostic ont indiqué que des personnes âgées sortent parfois d'EHPAD pour être accompagnées par un proche à domicile. Cependant, aucune donnée quantitative ne permet de vérifier et de quantifier ce constat.

Parmi les participants, un EHPAD de 240 lits installés a vérifié le nombre de personnes sorties en 2013 pour retourner au domicile. Parmi les 40 départs non liés à un décès, 4 personnes sont rentrées au domicile dont 2 pour raison financière. Un autre établissement a indiqué ne pas avoir eu connaissance d'un tel phénomène.

Solutions / propositions :

- Mettre en place un questionnaire adressé à tous les établissements pour quantifier et qualifier les motifs de sortie d'EHPAD vers le domicile

Quelle prise en charge en EHPAD des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ?

Constats :

Les participants notent que presque tous les EHPAD dans le département sont dotés d'unités Alzheimer ou le seront à l'occasion de travaux d'extension ou de restructuration. La question de la spécificité de la prise en charge dans les établissements intégralement dédiés à cette population se pose donc de manière moins prégnante, d'autant qu'il est peu probable que le prochain plan Alzheimer mette l'accent sur le concept d'unités fermées.

Une évaluation est en cours des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcées (UHR) initiées par le dernier plan. En Haute-Vienne, une quinzaine de PASA doivent être labellisés en EHPAD et 3 UHR en USLD. Ce n'est que par ce biais que les établissements peuvent prétendre à un renforcement de leur dotation soins et donc de leur effectif. Sinon, les unités Alzheimer non labellisées relèvent des mêmes modalités de financement que les unités classiques.

Solutions / propositions :

- Elaborer systématiquement des projets d'établissement spécifiques pour les unités Alzheimer au regard des nécessités d'une prise en charge adaptée aux troubles du comportement de la population concernée.

Quelle prise en charge en EHPAD des publics spécifiques (malades psychiatriques et personnes handicapées vieillissantes) ?

Constats :

Les professionnels du secteur des personnes âgées ont insisté sur les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes (type de prise en charge, projet de vie,...) ainsi que sur les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques.

Les professionnels du secteur du handicap ont indiqué que les personnes handicapées vieillissantes retraitées d'ESAT souhaitent rarement entrer en EHPAD. Ils ont noté que la présence de personnes handicapées jeunes en foyer de vie est de plus en plus rare en raison de la présence en surnombre des personnes handicapées vieillissantes.

Les professionnels des deux secteurs ont expliqué que l'EHPAD ne permet pas d'offrir aux personnes handicapées vieillissantes l'équivalent d'un accueil au sein d'un établissement pour personnes handicapées et que les professionnels du secteur personnes âgées ne savent pas encore comment les prendre en charge.

Les participants ont indiqué que l'accompagnement des malades jeunes de moins de 60 ans avec des besoins particuliers est difficile.

De plus, l'accueil en EHPAD de personnes avec des pathologies de type psychiatrique est difficile et si possible évité afin de ne pas perturber l'unité de soins.

Les professionnels regrettent le manque de place en UHR et indiquent ne pas savoir prendre en charge les malades psychiatriques vieillissants.

L'EHPAD du Centre Hospitalier de Saint-Yrieix va bientôt ouvrir une unité spécifique dédiée à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Dans ce cadre, les équipes du CH Esquirol ont travaillé avec les équipes de Saint-Yrieix pour les former et des stages d'immersion ont été organisés. De plus, un psychiatre participera au staff une fois par semaine à Saint-Yrieix.

L'EHPAD de l'HIHL dispose d'une unité spécifique de 17 lits pour handicapés psychiques et indique que l'accueil fonctionne bien avec les mêmes moyens qu'un EHPAD.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

Les FH ont des difficultés à se remplir en raison du choix croissant des jeunes travailleurs d'ESAT de vivre de façon autonome ou dans leur famille.

L'EHPA d'Isle accueille actuellement 3 personnes handicapées vieillissantes dont une personne qui va bientôt être réorientée. Les logements-foyers peuvent être une solution pour les personnes handicapées vieillissantes sans troubles du comportement qui n'ont pas besoin d'un accompagnement soutenu. Selon l'APSAH, les personnes handicapées vieillissantes préféreraient rester en FH après 60 ans plutôt que de rejoindre un EHPAD.

L'EHPAD de Saint-Yrieix va bientôt ouvrir une unité de 14 lits pour personnes handicapées psychiatriques et une deuxième unité de 14 lits pour personnes handicapées vieillissantes avec des projets spécifiques et le soutien du CH Esquirol.

Solutions / propositions :

- Transformer des lits de foyer d'hébergement, qui peinent parfois à se remplir, pour accueillir des personnes de plus de 60 ans
- Accompagner les soignants de personnes démentes en leur proposant un soutien psychologique
- Impliquer les gériatres et les psychiatres dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en unité spécifique en EHPAD
- Former et impliquer le personnel par des stages d'immersion dans le milieu sanitaire
- Créer des unités spécifiques adaptées aux personnes handicapées vieillissantes et handicapées psychiques en EHPAD

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

- Transformer des places de FH en EHPA spécialisé
- Proposer des stages d'immersion des professionnels d'EHPAD en unité pour personnes handicapées vieillissantes et au CH Esquirol
- Accueillir des personnes handicapées de plus de 60 ans en FH et proposer un accueil de jour en FH pour les personnes retraitées d'ESAT hébergées en logement-foyer ou à domicile
- Poursuivre la création d'unités spécifiques en EHPAD

Quelles évolutions des services intervenant au domicile des personnes âgées ?

Constats :

Les participants constatent que les services d'aide et de soins à domicile ont souvent des difficultés budgétaires et que des SAAD privés proposent de réaliser des actes qui relèvent d'un SSIAD.

La CARSAT indique avoir signé des conventions avec les SAAD qui prennent en charge ses assurés (GIR 5 et 6). Par ailleurs, elle expérimente actuellement dans d'autres départements un nouveau système de financement : le « panier de services » qui propose une rémunération globale contre un engagement de la structure à prendre en charge ou à faire prendre en charge l'ensemble des prestations demandées. Ce système pourrait être expérimenté à Limoges en 2015.

Au niveau national, plusieurs conseils généraux expérimentent une réforme de la tarification sous forme de CPOM, qui pourrait être généralisée après le vote de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement.

L'ARS a indiqué que l'offre de service des SSIAD va être reconfigurée pour permettre une redéfinition des périmètres d'intervention de chaque SSIAD et couvrir ainsi les « zones blanches ».

Les gestionnaires de SSIAD ont indiqué être en attente d'appels à projets et d'une réforme de la tarification pour permettre de prendre en charge dans de bonnes conditions les personnes lourdement handicapées / dépendantes et les personnes diabétiques.

Par ailleurs, les participants ont indiqué que la fermeture de certains SSIAD le week-end et le refus d'IDE libéraux de réaliser les toilettes médicalisées, contraignent des AVS à réaliser des soins pour lesquels ils ne sont pas formés ce qui génère un glissement des tâches.

L'ARS a indiqué que la réforme de la tarification des SSIAD n'aura pas lieu en 2014 et qu'il n'y aura pas d'appel à projet en Haute-Vienne cette année.

Solutions / propositions :

- Renforcer la qualification des professionnels qui interviennent à domicile
- Renforcer les interventions des SSIAD de nuit
- Améliorer la couverture territoriale en SSIAD
- Mieux intégrer les SSIAD et les SAAD dans le parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées

Quel accompagnement lors de la transition du domicile à l'établissement ?

Constats :

L'accompagnement à la sortie d'un accueil temporaire est souvent négligé contrairement à l'accompagnement en amont et pendant l'hébergement temporaire. En effet, le retour à domicile est souvent difficile pour les usagers et leurs aidants.

Les plateformes d'aide et de répit qui maillent le territoire (Nord et Sud) constituent une réponse à ce besoin d'accompagnement : formation des aidants avec COGLIM, activités aidants / aidés, accompagnement psychologique et pratique, séjours vacances...

Les participants s'accordent à dire que pour faciliter l'entrée en établissement d'un usager il est bénéfique de connaître ses habitudes de vie et de réaliser une visite de pré-admission.

Des groupes de parole pour les aidants permettent de discuter de l'entrée en institution avec des psychologues de Soins et Santé et du Mas Rome.

Les professionnels regrettent que l'historique du parcours de la prise en charge de la personne âgée ou handicapée ne soit pas communiqué aux établissements.

La Mutualité Française Limousine explique que le parcours de prise en charge est transmis lorsque des personnes âgées suivies par les différents services qu'elle gère (SAAD, SSIAD, accueil de jour, accueil temporaire) sont admises dans ses établissements.

Les professionnels notent qu'un seul accueil de jour est ouvert le week-end en Haute-Vienne, que les territoires Nord, Ouest et Sud-Est sont sous dotés et que le coût du transport est un réel problème. L'accueil de jour autonome de Saint-Yrieix-la-Perche a indiqué faire appel à un prestataire avec véhicules adaptés en Creuse pour organiser le transport des usagers à moindre coût.

La capacité minimale de l'accueil de jour est fixée, par décret, à six places lorsque l'accueil de jour est organisé dans un EHPAD. La capacité d'un accueil de jour autonome doit être d'au moins 10 places.

Solutions / propositions :

- Recueillir les habitudes de vie des résidents avec l'aide des aidants professionnels et des aidants familiaux pour faciliter l'entrée en établissement
- Identifier comment le dossier unique d'admission pourrait faciliter ce travail de recueil d'information
- Renforcer le rôle des psychologues en EHPAD
- Organiser des rencontres avec les SAAD et les IDE pour préparer les entrées en établissement
- Envisager la transmission des informations recueillies dans le cadre de l'expérimentation de tablettes numériques (projet Icare) aux établissements
- Transmettre l'historique de la prise en charge aux urgences
- Accompagner psychologiquement les usagers et les aidants en amont et en aval de l'entrée en établissement

Comment mobiliser les nouvelles technologies dans les EHPA et les EHPAD (dont la télémédecine) ?

Constats :

Les EHPAD nouvellement construits ont adopté des nouvelles technologies.

Ainsi, l'EHPAD de Landouge est équipé du dispositif de vidéo-vigilance Edao de Link Care services. De 21h00 à 7h15 la vidéo-vigilance est activée dans les chambres des résidents ayant donné leur accord. Chaque chambre est paramétrée en fonction des besoins pour détecter les chutes / les sorties de lit / un temps trop long aux sanitaires. Un plateau technique en Ile-de-France reçoit l'image cryptée et détermine s'il s'agit d'une fausse alerte ou s'il faut alerter les soignants de nuit. Ce dispositif a apporté aux soignants de nuit une sérénité dans leur travail et évite que les résidents ne soient réveillés par les rondes de nuit. Seule une chute n'a pas été détectée en un an : le résident a glissé sur le sol et y est resté pendant trois heures. Cependant, la maintenance du dispositif est onéreuse. L'EHPAD souhaite équiper les soignants de nuit de tablettes afin qu'ils puissent avoir connaissance de la nature d'une alerte s'ils sont au chevet d'un autre résident.

L'HIHL va également se doter d'un système de vidéo vigilance qui sera installé pour les résidents à risque de chute avec un retour image. Deux chambres sont équipées avec un système de rails pour faciliter le transport des résidents. Le Mas Rome a également équipé des chambres avec ce système.

D'autres solutions domotiques sont également installées telles que les chemins lumineux, les veilleuses et les couloirs qui s'allument automatiquement dans les EHPAD.

Les résidences services (Domitys) sont équipées de caméras de surveillance dans les parties communes et à l'extérieur. De plus, les sanitaires sont conçus de façon à être évolutifs. Les logements sont équipés de visiophones qui permettent de voir la personne désirant entrer dans la résidence sur la télévision et sur l'écran de l'interphone.

De même, les écrans de télévision des résidents peuvent être reliés à des chaînes internes qui proposent des informations et des divertissements.

Solutions / propositions :

- La vidéo-vigilance cryptée est une solution intéressante et efficace. Le coût élevé de l'abonnement rend toutefois difficile sa généralisation.

Comment améliorer la bientraitance et la qualité ?

Constats :

Les participants estiment que les formations des professionnels insistent trop sur le soin et pas suffisamment sur l'accompagnement global de la personne.

La plateforme collaborative de Monts et Barrages organise des temps de réflexion et d'échange de bonnes pratiques entre professionnels des ESMS, du secteur sanitaire, des services d'aide à domicile et libéraux.

Les participants déplorent l'image négative qu'ont les établissements pour personnes âgées auprès des médias et du grand public. L'EHPAD de Landouge fait actuellement l'objet d'un reportage qui sera diffusé en fin d'année sur France Télévisions.

Solutions / propositions :

- Proposer des formations qui forment non seulement au soin mais aussi à l'accompagnement global de la personne
- Organiser des commissions éthiques partagées avec les SAAD, les SSIAD, les EHPA, les résidences services et les EHPAD

- Identifier une personne référente pour chaque personne accompagnée
- Ouvrir les établissements vers l'extérieur
- Implanter les nouveaux établissements au cœur des villages et des villes à proximité des commerces et des services de soin.

Comment mieux organiser le travail en réseau des professionnels ?

Constats :

Les professionnels de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées médico-sociales et sanitaires sont nombreux.

La plateforme collaborative de Monts et Barrages propose un programme d'éducation thérapeutique du patient.

Dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, les logements-foyers pourront bénéficier d'un forfait autonomie s'ils proposent un socle minimal de services et organisent la coordination des intervenants à domicile.

Solutions / propositions :

- Organiser des formations pour les aidants professionnels et familiaux au sein des EHPAD
- Structurer les réseaux

4. GROUPE 4 : PERSONNES HANDICAPÉES - RÉPONSES INSTITUTIONNELLES ET STRUCTURES INTERMÉDIAIRES

Relevé des échanges – réunions du 04.04.2014 et du 16.04.2014

4.1. PARTICIPANTS

Représentants	Structures	04.04	16.04
Dominique DEMARTIAL	Président AREHA Bellac	Présent	Présent
Aline BERTIN	Responsable développement Mutualité Française Limousine	Présente	Présente
Laurence CLAUDON	Chargée de mission ARS Limousin	Présente	Présente
Anne-Laure BOURREAU	Directrice structures APEHISJ St Junien	Présente	Présente
Sandrine DESBORDES	Directrice AGEMAD	Présente	Excusée
Monique FAURE	Directrice FV Neuvic Entier et Ambazac	Présente	Excusée
Catherine TREILLARD	Pôle travail Delta plus	Présente	Présente
Christian SOUTHON	Directeur FAM Feytiat	Présent	Présent
Chrystèle BARRET	Directrice pôle travail APSAH	Présente	Présente
Jacquie KANO DJIBO	Directrice FV Alis	Présente	Excusée
Philippe LESCARRET	EHPAD La Chênaie	Excusé	Présent
Marie-France JALLET	EHPAD La Chênaie	Excusée	Présente
Carole NICOLAS	Adjointe PA-PH MDD Limoges	Présente	Présente
Claudette VERGER	Directrice structures ARSSE Eymoutiers	Présente	Présente
Olivier PINAULT	FF Cadre supérieur socio-éducatif CH Esquirol	Présent	Présent
Michel MASSERET	AFTC Limousin	Présent	Présent
Corinne BOUYSSÉ	Directeur général APAJH	Présente	Excusée
Pascal DESPORT	Directeur FV Bosmie l'Aiguille	Présent	Excusé
Dominique NADAUD	CREAHIL-CRA	Présente	Présente
Francine GILLET	CHU Limoges	Présente	Excusée
Nadine LISSANDRE	Fondation Amis de l'Atelier	Excusée	Présente
Sylvie LAROYE	Directrice FAM St Laurent sur Gorre	Présente	Excusée
Philippe ROL	CDTPI Isle	Présent	Présent
Elisabeth SUREAU	Référent autonomie MDD St Junien	Présente	Présente
Pascale LAULIAC	MDPH	Présente	Présente
Yann LEMASSON	Qualiticien pôle PAPH Conseil général	Présent	Présent
Annie LUCAS-JOYEUX	Sous-directrice établissements, services et aides aux PAPH, pôle PAPH CG	Présente	Présente
Liévine PRINCE	Consultante, Cekoïa Conseil	Présente	Présente

4.2. CONTEXTE ET PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL

4.2.1. Enjeux du groupe de travail n°4

L'état des lieux a montré que la Haute-Vienne manque de places en établissement médicalisé pour personnes handicapées. Dans le même temps, l'habitat collectif en foyer d'hébergement semble ne plus répondre aux aspirations des jeunes travailleurs d'ESAT alors que des solutions sont difficiles à identifier pour héberger les personnes handicapées vieillissantes. De même, les sections d'animations ont des difficultés à monter en charge et les accueils séquentiels peinent à se remplir. La transition des établissements pour enfants vers les établissements pour adultes manque de fluidité. Par ailleurs, il est nécessaire de mieux définir la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, des traumatisés crâniens et des personnes avec TED.

4.2.2. Questions à explorer par le groupe de travail

L'adaptation de l'offre et la réponse aux besoins :

- Quelles sont les évolutions nécessaires à l'offre d'hébergement et à l'offre d'accueils séquentiels ?

L'amélioration de la prise en charge :

- Quelle prise en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, handicapées psychiques, traumatisés crâniens et personnes avec TED) ?
- Quel accompagnement lors de la transition des établissements pour enfants aux établissements pour adultes, lors du vieillissement et du passage de l'établissement au domicile ?
- Comment mobiliser les nouvelles technologies dans les établissements pour personnes handicapées ?
- Comment améliorer la bienveillance et la qualité ?

Les acteurs et les coopérations :

- Comment mieux organiser le travail en réseau des professionnels ?

4.3. DÉROULEMENT DE LA RÉUNION

4.3.1. Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

- Réfléchir à la prise en charge :
 - Des jeunes (x3)
 - Des personnes handicapées vieillissantes (x7)
 - Des personnes avec TED, avec traumatisme crânien, avec troubles psychiques (x8)
- Travailler sur la coopération et la coordination entre les ESSMS (x8)
- Sécuriser et fluidifier le parcours de vie des personnes handicapées (x6)
- Réfléchir sur les évolutions nécessaires de l'offre d'hébergement et d'accueils séquentiels pour répondre aux besoins (x6)
- Réfléchir sur l'habitat regroupé et l'habitat adapté (x5)
- Identifier les motifs de la faible utilisation des places de sections d'animation par les usagers
- Réfléchir aux modalités de transition des structures pour enfants vers les structures pour adultes
- Réfléchir à l'accompagnement unique à domicile indépendamment de la typologie du public (SAPHAD, SAVS) et évaluer l'accompagnement réalisé par les SAPHAD dans le cadre du récent découpage territorial
- S'assurer de la mise en œuvre et du suivi des objectifs du schéma
- Réfléchir à la bienveillance
- Identifier des solutions pour les personnes hospitalisées en milieu spécialisé faute de place dans les structures médico-sociales
- Réinterroger l'offre sur le plan départemental au regard du dispositif existant et des évolutions des besoins des publics accompagnés

4.3.2. Réflexions et pistes d'action proposées

Quelles sont les évolutions nécessaires à l'offre d'hébergement et à l'offre d'accueil séquentiel ?

Constats :

- Les Foyers d'hébergement

Les participants notent que, de plus en plus fréquemment, des jeunes sortis d'IME orientés en ESAT et en Foyer Hébergement peuvent rapidement devenir inaptes au travail ou souhaiter un hébergement autonome.

Or, un accueil en foyer de vie est soit inopportun du fait des caractéristiques psychiques de la personne et des besoins associés, soit peu réalisable en raison du manque de place en Foyer de Vie.

- Les foyers de vie

Les participants sont en attente de la création de places de foyer de vie.

Le CH Esquirol fait remarquer que 11 personnes sont actuellement hospitalisées à l'année au CH en raison d'un manque de places.

Un Foyer de Vie (PEP) gère 9 appartements de semi-autonomie dans le cadre d'une habilitation « Foyer de Vie ». Des personnes en situation de handicap mental vivent actuellement en colocation. Le foyer de vie a accueilli en accueil temporaire des personnes handicapées psychiques. Des personnes qui ne peuvent plus travailler en ESAT ont également fréquenté l'accueil temporaire.

L'accompagnement est adapté au degré d'autonomie des personnes.

- Les SAVS

Les participants indiquent que le maillage des SAVS et des SAPHAD est satisfaisant.

Les professionnels notent que l'accompagnement par un SAVS est primordial pour les travailleurs d'ESAT qui ne sont pas hébergés en foyer d'hébergement.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

Les participants regrettent qu'une personne handicapée accompagnée par un SAVS doive changer de service d'accompagnement pour un SAPHAD lorsqu'elle quitte un ESAT.

Le Conseil général a indiqué que les territoires d'intervention des SAVS et des SAPHAD ont été redéfinis et qu'une augmentation de capacité de 20 places a été accordée à Delta plus.

- Les Foyers d'accueil médicalisé

Les participants indiquent être en attente d'appels à projet. Le manque de place pour le département est là aussi pointé.

- Les Maisons d'accueil spécialisées

L'ARS indique que le taux d'équipement du Limousin est élevé et qu'il n'y a pas de créations de MAS prévues dans l'immédiat.

Un besoin d'accueil temporaire en MAS a été identifié par le CH Esquirol.

- Les accueils séquentiels

Les participants soulignent que les accueils de jour permettent un répit aux aidants mais également de « tester » un type de structure pour les personnes handicapées.

Les professionnels indiquent que des accueils temporaires d'urgence pour des personnes handicapées isolées au domicile peuvent durer plus de 90 jours, le temps qu'une solution pérenne soit identifiée, même si en moyenne les places sont sous-occupées.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

Les participants ont expliqué qu'un accueil de jour itinérant pourrait être une solution pertinente en Haute-Vienne pour éviter les problèmes de transport, suivre la demande et aller au plus près des besoins.

Les accueils de jour au sein des établissements peuvent revêtir différentes formes. Il est nécessaire de distinguer les espaces et de créer des accueils de jour à proximité des moyens de transports. D'autre part, des équipements non utilisés à temps plein doivent être mieux investis (ex : FH en journée).

- L'offre d'hébergements alternatifs et de logements regroupés

En Corrèze, la Mutualité Française Limousine propose 3 structures de 10 logements à des personnes qui ne sont pas lourdement handicapées. Le logement est loué par la Mutualité Française à des bailleurs sociaux puis sous-loué aux demandeurs qui bénéficient d'une prestation allégée d'accompagnement à la vie sociale de 12 heures par semaine. Par ailleurs, les personnes ont accès à des prestations externes par une mise en réseau des acteurs.

L'AFTC met actuellement en place un projet de maison partagée par 5 personnes traumatisées crâniennes à Bellac. Le loyer et la PCH seront mutualisés. Le modèle a été élaboré en accord avec la MDPH et suppose que les locataires successifs aient un niveau de dépendance similaire.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

La maison des cinq devrait ouvrir en fin d'année. La surveillance de nuit reste à organiser.

Solutions / propositions :

Logement

- Développer l'accès au logement et le maintien dans ce logement des personnes handicapées indépendamment de leur statut (travailleur handicapé ou non)
- Favoriser les solutions au sein de la cité avec un accompagnement adapté aux besoins, tout en conservant des places traditionnelles d'internat pour permettre la fluidité des parcours
- Permettre aux personnes handicapées de « tester » les structures via des conventions inter-établissements
- S'inspirer des expériences des professionnels du domicile et des établissements pour créer des dispositifs et des logements adaptés aux difficultés des personnes handicapées

Domicile

- Améliorer les modalités de l'accompagnement à domicile par la coordination des acteurs (MDD, SAVS, SAPHAD, partenaires...) autour du projet de vie de la personne
- Evaluer la pertinence des capacités des SAVS et SAPHAD de chaque territoire
- Encourager les établissements à faire connaître aux services (SAVS ...) les dispositifs (accueil de jour, accueil séquentiel) qu'ils mettent en œuvre dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées ou des personnes handicapées

Accueil

- Créer des services d'accueil de jour avec un accompagnement différencié de la structure traditionnelle
- Identifier des solutions de transport pour permettre l'accès aux accueils séquentiels et aux accueils de jour par les usagers
- Expérimenter un accueil de jour itinérant (tous publics ?)

Autres

- Accompagner les personnes handicapées à l'accès à une plus grande autonomie (transports en commun, loisirs...)
- Reproduire dans le champ du handicap un dispositif du type des plateformes de répit et d'accompagnement

Complément apporté lors de la 2^e réunion :

- Faire connaître le guide départemental du Conseil général et l'annuaire des ESMS du Creahil
- Créer des places de SSIAD pour personnes handicapées

Quelle prise en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, handicapées psychiques, traumatisés crâniens et personnes avec TED) ?

Constats :

Les participants notent une augmentation du nombre de jeunes handicapés psychiques dont le parcours de vie est soumis aux aléas de la maladie.

Selon l'ARS et des professionnels des MDD, ces personnes refusent souvent l'accompagnement par un service. Les professionnels indiquent qu'ils ont peu de solutions pour prendre en charge les personnes avec TED ou avec troubles psychiques à domicile. De plus, toutes les places du SAMSAH sont occupées.

Dans le cadre de l'ouverture d'unités spécifiques dédiées aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes handicapées psychiques, le GCS Santé Mentale propose des stages d'immersion aux professionnels des établissements qui viennent dans les unités de soin pour observer la prise en charge des patients.

L'absence de solution d'hébergement pour les traumatisés crâniens en Haute-Vienne est soulignée.

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

Les participants indiquent que les SAVS pourraient proposer un accompagnement spécifique pour les personnes handicapées psychiques.

L'ARS indique que dans le cadre du plan Autisme, un dispositif de repérage et de diagnostic des jeunes va être mis en place via un centre expert au CHU de Limoges qui devrait ouvrir fin 2014. Cependant, aucune création de place n'est à ce jour programmée.

Les participants regrettent que les personnes en attente de MAS qui vivent en FV ne bénéficient pas d'un accompagnement adapté à leur rythme de vie.

Solutions / propositions :

- Créer un SAVS dédié à la prise en charge des publics spécifiques (TED, troubles psychiques...)
- Susciter et formaliser davantage les coopérations avec le milieu sanitaire (organiser des séjours précoces en milieu hospitalier pour prévenir et contrôler les crises, favoriser les stages d'immersion entre la psychiatrie et le médico-social ainsi que les formations)

Compléments apportés lors de la 2^e réunion :

- Créer quelques places en EHPAD dans des unités spécifiques pour les personnes traumatisées crâniennes
- Créer des places d'accueil de jour pour les personnes polyhandicapées
- Transformer des places de FH en EHPA spécialisé pour permettre d'accompagner les personnes handicapées vieillissantes encore autonomes et les préparer pour un hébergement en EHPAD
- Le CH Esquirol projette de mettre en place une équipe mobile de type EMESPA pour personnes handicapées qui aille dans les établissements pour personnes handicapées pour aider au diagnostic et à l'analyse des comportements.

Quelles solutions pour permettre aux personnes handicapées d'accéder à un logement, de s'y maintenir et d'y être accompagnées ?

Constats :

L'APF indique porter un projet d'habitat regroupé dans des logements de droit commun avec un accompagnement réalisé par un SAVS, une mise en commun de la PCH pour permettre de financer une présence la nuit.

Les appartements de suivi de l'AREHA répondent à une évolution des personnes handicapées mentales qui sont accueillies et qui sont préparées à l'autonomie dans des appartements intermédiaires. Cependant, certaines personnes vivent dans ces appartements depuis plusieurs années et ne sont pas en capacité de travailler en ESAT.

La fondation des amis de l'atelier propose des maisons relais où des personnes handicapées psychiques sont locataires le plus souvent avec l'aide d'une famille gouvernante. En parallèle, les usagers bénéficient d'un accompagnement par un SAMSAH. En l'absence de famille gouvernante, un établissement est appelé en cas de problème la nuit. Cependant, les appartements peuvent être vides si les personnes handicapées sont hospitalisées ou séjournent en famille.

Les logements-foyers peuvent également accueillir des personnes handicapées autonomes.

Par ailleurs, une « résidence accueil » de 20 places (10 à Limoges et 10 à Cussac) devrait être créée en Haute-Vienne par Prisme suite à un appel à projet de la DDCSPP.

A Saint-Junien, l'office HLM accueille des personnes âgées et des personnes handicapées ; le CCAS organise des animations et un service de conciergerie qui permet une présence 24h/24. Le service a un coût mensuel de 280€.

Les participants ont affirmé leur intérêt de développer le dispositif d'accueil familial en Haute-Vienne.

Les référents autonomie des MDD vont à partir de 2015 suivre, sur critères, certains plans personnalisés de bénéficiaires de la PCH. Un travail de partenariat avec les professionnels du champ du handicap doit être poursuivi.

Solutions / propositions :

- Identifier une personne référente pour chaque personne handicapée accompagnée au domicile

Quel accompagnement lors de la transition des établissements pour enfants aux établissements pour adultes, lors du vieillissement et du passage de l'établissement au domicile ?

Constats :

Les participants notent que l'accueil temporaire est un bon outil pour permettre la transition des établissements pour enfants aux établissements pour adultes. Pour permettre la réalisation de stages, une convention entre l'IME et l'établissement pour adulte est formalisée. Les modalités financières de ce type de convention paraissent poser problème pour les établissements qui ne bénéficient pas de dotation globale.

Les professionnels expliquent que des séjours de ruptures sont parfois nécessaires pour l'utilisateur ou pour l'établissement. Des conventions peuvent alors être passées entre les établissements.

La MDPH indique ne pas avoir de visibilité sur les places disponibles en accueil temporaire.

Les participants affirment que les SAVS peuvent permettre d'accompagner les jeunes qui sortent d'IME et qui sont en rupture de parcours.

Solutions / propositions :

- Identifier une solution pour permettre aux jeunes hébergés dans un IME qui n'est pas en dotation globale de réaliser des stages dans des établissements pour adultes
- Favoriser la mobilité des personnes handicapées entre les établissements
- Favoriser l'accompagnement par les SAVS des jeunes sortant d'IME ou d'IMPRO et qui sont en rupture de parcours.

Comment mieux organiser le travail en réseau des professionnels ?

Constats :

Les participants expliquent que les établissements mutualisent d'ores et déjà, via des conventions, les ressources dont ils disposent (Snoezelen, véhicules,...) dans les territoires périphériques. Cependant, les mutualisations requièrent que les professionnels se connaissent, connaissent les ressources dont ils disposent et les ressources qu'ils peuvent mettre à disposition.

Les adjoints PAPH des MDD vont prochainement contacter les établissements pour personnes handicapées pour se présenter et visiter les établissements.

Solutions / propositions :

- Identifier les ressources sur chaque territoire et les conditions de mutualisation

Comment mobiliser les nouvelles technologies dans les établissements pour personnes handicapées ?

Constats :

Les établissements pour personnes handicapées ne semblent pas disposer de dispositifs de vidéo-vigilance (tels qu'Edeo de Link care services) qui existent dans les EHPAD.

Les établissements pour personnes handicapées sont connectés à internet et aux moyens de communication modernes (Skype...)

Les participants mettent l'accent sur l'informatisation du Dossier Unique de l'utilisateur qui favorise la continuité et la qualité de la prise en charge. Certains établissements aimeraient s'équiper de tablettes numériques.

Comment améliorer la bientraitance et la qualité ?

Solutions / propositions :

- Organiser des groupes de réflexion éthiques inter-établissements pour aborder des questions telles que le vieillissement, la sexualité... et partager des expériences
- Identifier des solutions pour améliorer l'accès à la citoyenneté des personnes handicapées
- Prendre en compte les demandes de mobilité des personnes handicapées

Avis des professionnels et des usagers

1.	L'avis des professionnels et des représentants d'usagers sur la prise en charge des personnes âgées	182
1.1.	L'avis des professionnels rencontrés lors de la phase d'état des lieux	182
1.2.	L'avis des professionnels et des représentants d'usagers	188
1.3.	L'avis des retraités et des personnes âgées	192
1.4.	L'avis des personnes âgées et des représentants d'usagers	193
2.	L'avis des professionnels et des représentants d'usagers sur la prise en charge des personnes handicapées	200
2.1.	L'avis des professionnels rencontrés lors de la phase d'état des lieux	200
2.2.	L'avis des professionnels et des représentants d'usagers	205
2.3.	L'avis des personnes handicapées	207

I. L'AVIS DES PROFESSIONNELS ET DES REPRÉSENTANTS D'USAGERS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

I.1. L'AVIS DES PROFESSIONNELS RENCONTRÉS LORS DE LA PHASE D'ÉTAT DES LIEUX

I.1.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et en établissement

- ⊙ Selon les professionnels, l'augmentation du nombre de premières demandes d'APA est en partie liée aux nouveaux critères de prise en charge d'une aide-ménagère par la Carsat. Les conditions sont devenues plus restrictives, ce qui provoque une augmentation des demandes d'APA et donc une augmentation des délais de traitement des demandes.
- ⊙ Les enfants et les petits-enfants ont été touchés par la crise économique et ne sont parfois pas en mesure de faire face aux frais d'hébergement d'un établissement médicalisé, ce qui les conduit à accueillir chez eux leur proche âgé et à percevoir l'APA comme un revenu.
- ⊙ Les professionnels ont le sentiment que les familles ont l'impression de « gagner » de l'argent avec l'APA à domicile et d'en « perdre » avec l'APA en établissement du fait de la dotation globale des établissements.

I.1.2. Les dispositifs d'accueil et de coordination

a) La reprise en régie directe des missions de coordination gérontologique par les Maisons du Département (MDD)

- ⊙ Selon certains partenaires, la période de transition entre la disparition des CLIC et la montée en charge des référents autonomie, tout comme les changements de dénomination des référents autonomie, ont apporté de la confusion pour les professionnels et pour les usagers.
- ⊙ Les professionnels déplorent la multiplication d'acronymes, de dispositifs et d'acteurs qui apportent de la confusion pour les usagers. Ils insistent sur le manque de lisibilité de la politique menée en direction des personnes âgées pour les intervenants libéraux.
- ⊙ Les professionnels estiment que les territoires du Conseil général sont pertinents mais ils soulignent que le territoire du Sud comporte deux pôles / bassins de vie : St-Yrieix la Perche et St-Léonard-de-Noblat.
- ⊙ Selon les professionnels des territoires Ouest, Nord et Sud, la coordination entre les établissements et les services médico-sociaux et sanitaires fonctionne bien.

b) Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

- ⊙ Selon les partenaires, le dispositif MAIA permet un accompagnement des personnes âgées plus suivi et plus approfondi. Ils soulignent que ce dispositif intervient en complémentarité des services existants et qu'il permet de mieux structurer les interventions de chacun.
- ⊙ Les professionnels aimeraient que les quatre territoires haut-viennois soient couverts par une MAIA.

1.1.3. Le maintien à domicile

a) Les services d'aide à domicile (SAAD)

- ⊙ Les SAAD indiquent que les personnes âgées prises en charge par les services d'aide à domicile sont plus dépendantes aujourd'hui qu'il y a cinq ans. Ainsi elles relèvent de moins en moins d'un GIR 5 ou 6. Les gestionnaires de SAAD expliquent que leurs missions s'orientent aujourd'hui plus vers la prise en charge de la dépendance que vers la prévention de la dépendance. De fait, les SAAD interviennent de plus en plus tardivement et dans des situations d'urgence ce qui se traduit par la multiplication des demandes d'APA en urgence.
- ⊙ Selon les professionnels du territoire Centre Haute-Vienne, la population âgée d'origine étrangère des zones urbaines sensibles est difficile à prendre en charge en raison de la barrière linguistique.
- ⊙ Selon les partenaires et les SAAD, la couverture territoriale en services d'aide à domicile est suffisante. Les gestionnaires de SAAD privés à but non lucratif dénoncent la concurrence qu'ils qualifient de « déloyale » des SAAD privés commerciaux.
- ⊙ Les partenaires soulignent l'inégal niveau de formation des intervenants : les intervenants salariés étant mieux formés que les intervenants employés directement par les personnes âgées bénéficiaires du service.
- ⊙ De plus, les partenaires soulignent qu'un glissement de tâches entre les services médicalisés (SSIAD) et les SAAD existe en raison de l'insuffisance de places de SSIAD ou lorsque les effectifs sont réduits le soir et/ou le week-end. La réalisation d'actes relevant du soin et donc hors de la compétence des SAAD entraîne un surcoût et des interrogations concernant la qualité et la sécurité des actes (exemple : toilette médicalisée). De même, les professionnels expliquent que les usagers demandent parfois aux auxiliaires de vie de réaliser des actes pour lesquels ils ne sont pas formés parce que les personnes âgées ne veulent pas attendre le passage (trop tardif) du SSIAD.
- ⊙ Les partenaires ont souligné l'intérêt du projet de l'ARS « EHPAD centre de ressources » mis en place depuis 2013 et qui a permis de former des SAAD et de créer des groupes de parole pour discuter des pratiques et de la prise en charge des cas complexes.
- ⊙ Les gestionnaires de SAAD ont exprimé les difficultés à gérer les situations où les aidants de personnes atteintes de maladies dégénératives sont épuisés et engendrent des situations complexes avec des risques de maltraitance.

b) Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- ⊙ Les professionnels du territoire centre Haute-Vienne estiment que le mode d'intervention du SSIAD de nuit de l'association Soins et Santé est pertinent. Il a été mis en place à Limoges en 2012 et a une capacité de 10 lits.
- ⊙ Les partenaires soulignent que les SSIAD interviennent majoritairement les jours de semaine. En soirée et les week-ends, les effectifs sont réduits, ce qui ne permet pas de répondre aux besoins et remet en cause la continuité et la qualité de la prise en charge des usagers. Cette situation engendre un glissement de tâches des SSIAD vers les SAAD pour des actes qui relèvent du soin dans l'ensemble des territoires de la Haute-Vienne.
- ⊙ Les SSIAD ont expliqué que la population prise en charge a évolué depuis le dernier plan gériatrique. En effet, les personnes âgées à domicile sont plus dépendantes et ont des exigences accrues en termes de soins d'hygiène. Par conséquent, les usagers nécessitent une prise en charge plus conséquente. De plus, ils désirent des visites tôt le matin et tard le soir, ce qui n'est pas toujours compatible avec les plannings des services. En conséquence, certains SSIAD refusent de prendre en charge les cas lourds nécessitant des interventions fréquentes et longues.
- ⊙ Les professionnels rencontrés s'accordent à dire que l'offre de SSIAD ne permet pas de répondre aux besoins des personnes âgées dans l'ensemble du département.

c) Les nouvelles technologies : la téléassistance et le projet ICARE

- ⊙ Les professionnels du territoire Nord ont remarqué que les personnes âgées sont moins demandeuses de plans d'aide APA conséquents. Ils attribuent cette diminution des heures d'intervention à la téléassistance et à la domotique.
- ⊙ Les partenaires estiment que les nouvelles technologies sont intéressantes mais qu'elles sont parfois en décalage avec la réalité du terrain. En effet, des professionnels ont souligné l'inadaptation des logements des personnes âgées (installation électrique non conforme, sanitaires hors du domicile, ...) ce qui rend l'application à grande échelle des nouvelles technologies impossible et accessoire en comparaison avec les besoins primaires insatisfaits.

d) Les équipes mobiles

- ⊙ Les professionnels indiquent être très satisfaits des équipes mobiles et de la qualité des interventions. Ils soulignent le dynamisme des centres hospitaliers en matière de gériatrie.
- ⊙ Les professionnels sont très satisfaits de l'intervention de l'EMESPA à domicile comme en établissement. Ils souhaiteraient pouvoir bénéficier du même type de prise en charge pour les personnes âgées avec troubles psychiatriques et pour les personnes handicapées vieillissantes, et que l'EMESPA puisse intervenir sur l'ensemble du territoire départemental.

e) Les hébergements temporaires

- ⊙ Les partenaires indiquent que l'offre d'hébergement temporaire d'urgence est insuffisante en dépit de l'augmentation du nombre de places. Les établissements indiquent faire face à des contraintes budgétaires qui ne leur permettent pas toujours de laisser les places d'hébergement temporaire vacantes pour les accueils d'urgence. Ainsi, les places sont réservées et occupées et ne permettent pas de répondre aux besoins. Les professionnels expliquent que pour qu'un accueil temporaire remplisse ses missions, il faudrait abandonner l'objectif du taux d'occupation à 100 %.
- ⊙ Les professionnels du territoire Ouest Haute-Vienne ont indiqué que des places d'hébergement temporaire sont insuffisantes pour répondre aux besoins et que des places supplémentaires pourraient éviter des hospitalisations.
- ⊙ Les partenaires du territoire Nord Haute-Vienne ont le sentiment que l'hébergement temporaire est plus demandé qu'il y a cinq ans par les aidants comme forme de répit et comme préparation à l'entrée en établissement.

f) Les accueils de jour

- ⊙ Les professionnels indiquent que le plan Alzheimer 2008 – 2012 a pu bénéficier au département de la Haute-Vienne qui a ainsi pu étoffer son offre en accueil de jour.
- ⊙ Les professionnels expliquent que les accueils de jour autonomes fonctionnent mieux que les accueils de jour rattachés à un EHPAD.
- ⊙ Les professionnels du territoire Nord Haute-Vienne regrettent l'absence d'accueil de jour sur le canton de Bessines et indiquent que dans le Nord du département, les personnes âgées se rendent dans les accueils de jour Creusois.
- ⊙ Les partenaires indiquent que certains accueils de jour ont des difficultés de remplissage en raison du problème d'organisation du transport et de son coût, essentiellement dans les territoires ruraux.
- ⊙ Les professionnels indiquent que l'APA peut prendre en charge une partie du coût du transport.
- ⊙ A Limoges, un EHPAD finance une partie du transport des personnes âgées vers l'accueil de jour sur le tarif hébergement des résidents de l'EHPAD.

g) L'aide aux aidants

- ⊙ Les partenaires estiment que l'offre d'aide aux aidants est satisfaisante et bien connue des professionnels qui peuvent facilement orienter les aidants et les aidés.
- ⊙ Les professionnels ont l'impression que les dispositifs et les acteurs de l'aide aux aidants sont peu lisibles pour les usagers. Ils regrettent le manque de communication sur la construction du répertoire des actions d'aide aux aidants.
- ⊙ Les partenaires indiquent qu'ils sont parfois démunis lorsque l'aidant souhaite participer à une action et qu'il n'existe pas de solution pour « garder » l'aidé.

h) L'accueil familial social

- ⊙ Les professionnels rencontrés ont indiqué qu'il est nécessaire qu'une offre d'accueil familial social existe mais qu'elle doit rester limitée afin que les services du Conseil général puissent vérifier sa qualité et accompagner les accueillants familiaux. Cependant les partenaires ont indiqué que les aidants ont peu d'appétence pour ce type d'hébergement.
- ⊙ Les partenaires ont indiqué que les personnes âgées accueillies sont de plus en plus dépendantes, ce qui pose la question de l'adéquation de ce dispositif au public pris en charge. En effet, les accueillants familiaux acceptent des personnes âgées dont l'état de santé relèverait plutôt d'une prise en charge en établissement médicalisé.

i) Les logements adaptés en centre bourg

- ⊙ Les professionnels sont très favorables à ce dispositif d'habitat en centre bourg qui permet aux personnes âgées isolées de se rapprocher des lieux de vie et de bénéficier d'un habitat adapté.

j) Les aides pour l'adaptation de l'habitat individuel

- ⊙ Les professionnels rencontrés indiquent que les délais pour l'obtention des aides peuvent être longs et décourageants pour les personnes âgées.
- ⊙ Les partenaires indiquent qu'un nombre élevé de personnes âgées vivent dans des logements inadaptés et ce, sur l'ensemble de la Haute-Vienne.

k) L'accès à la vie sociale

- ⊙ Les professionnels regrettent le manque de transports collectifs adaptés aux personnes à mobilité réduite (PMR) ainsi que de transports à la demande dédiés aux personnes âgées.
- ⊙ Les partenaires notent l'isolement des personnes âgées à domicile (et parfois également en établissement).
- ⊙ Une offre de clubs et de loisirs à destination des personnes âgées existe mais le problème des transports persiste : les personnes âgées conduisent alors qu'elles n'en sont plus vraiment capables ou bien elles s'isolent.
- ⊙ Les partenaires soulignent l'intérêt du dispositif « Sortir plus » de l'Agirc-Arrco qui permet aux allocataires de 80 ans et plus de sortir de leur domicile avec un accompagnateur qui assure le transport.

1.1.4. L'offre d'hébergement

a) L'offre non médicalisée

- ⊙ Les partenaires ont indiqué que le concept de logements-foyers a besoin d'être rénové pour répondre aux besoins des personnes âgées encore autonomes. Cependant les professionnels s'inquiètent de la répercussion du coût des travaux sur le tarif hébergement. Ils indiquent aussi que les logements-foyers sont concurrencés par les logements adaptés.

b) L'offre médicalisée

- ⊙ Les professionnels rencontrés indiquent que l'offre en EHPAD a évolué depuis le précédent plan gériatrique et qu'il existe des listes d'attente pour certains établissements (spécialisés Alzheimer et maladies apparentées, situés en territoire Centre Haute-Vienne, neufs ou récemment rénovés). Ils indiquent qu'il reste aujourd'hui peu d'établissements médicalisés vétustes.
- ⊙ A contrario, les gestionnaires d'établissements du territoire Nord ont indiqué lors des entretiens avoir des difficultés à remplir leurs structures vieillissantes et de fait peu attractives.
- ⊙ Les professionnels souhaitent que les EHPAD s'ouvrent encore plus sur l'extérieur et soient des lieux de vie intergénérationnels à part entière.
- ⊙ Les professionnels estiment que les EHPAD manquent de places pour accueillir les personnes âgées avec démence et que la prise en charge des personnes âgées avec handicap psychique est problématique.
- ⊙ Les partenaires rencontrés estiment que les EHPAD doivent évoluer pour prendre encore plus en compte le parcours de vie, le consentement éclairé et le projet de vie du résident.
- ⊙ Les partenaires constatent que le public accueilli en EHPAD est de plus en plus âgé et dépendant, ce qui est confirmé par l'évolution des GMP.
- ⊙ Les professionnels notent que le nombre de places en EHPAD est insuffisant dans le territoire Centre Haute-Vienne, ce qui conduit les personnes âgées à s'installer dans des EHPAD du territoire Nord Haute-Vienne qui sont moins accessibles en transports en commun (ce qui peut entraîner des difficultés de proximité avec les familles).
- ⊙ Les partenaires ont observé un phénomène nouveau qui est le retrait des personnes âgées dépendantes d'EHPAD pour des raisons financières. Ce mouvement s'accompagne d'une hausse du nombre de demandes d'APA à domicile, ce qui reste à quantifier.

c) L'offre dédiée aux publics spécifiques

- ⊙ Les professionnels indiquent que les EHPAD ne sont actuellement pas adaptés pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes avec les personnes âgées. Ils indiquent qu'il leur manque des référents pour pouvoir prendre en charge dans de bonnes conditions ce public spécifique et soulèvent le problème de la tolérance des personnes âgées vis-à-vis des personnes handicapées. Ils soulignent qu'il est nécessaire de former les équipes des établissements pour pouvoir prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes en EHPAD ou en logements-foyers.
- ⊙ Les partenaires estiment qu'il manque des places dédiées à l'accueil des personnes âgées avec des pathologies psychiatriques.
- ⊙ Les professionnels ont témoigné de la réussite de l'intégration de quelques malades jeunes présentant des pathologies psychiatriques dans un EHPAD sous réserve d'élaborer un projet personnalisé.
- ⊙ Les professionnels du territoire Centre Haute-Vienne ont noté une augmentation sensible du nombre de demandes d'entrée en EHPAD du Centre Hospitalier Esquirol pour des malades psychiatriques. Cependant, les gestionnaires d'établissement ont indiqué ne pas savoir comment les prendre en charge et n'avoient pour solution qu'une admission en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) qui ne cible pas cette population.
- ⊙ Les partenaires du territoire Centre Haute-Vienne ont également exprimé leur difficulté à prendre en charge les malades jeunes avec démences liées à l'alcoolisme (exemple : syndrome de Korsakoff) et indiquent avoir recensé une file active de 80 personnes présentant cette pathologie dans le département.

1.1.5. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés

a) Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)

- ⊙ Les partenaires regrettent l'absence d'ESA dans l'Est de la Haute-Vienne (Eymoutiers, Saint-Léonard) au sein du territoire Sud Haute-Vienne. Ceux du territoire Nord indiquent que l'ESA fonctionne bien.
- ⊙ Les professionnels indiquent que l'ESA du territoire Ouest a une liste d'attente importante.
Les partenaires regrettent que l'accompagnement par l'ESA ne soit pas poursuivi par un autre service après les 15 séances. En effet, les bénéficiaires peuvent être rapidement perdus.

b) L'offre à destination des malades Alzheimer

- ⊙ Les partenaires estiment que l'offre à destination des personnes malades Alzheimer et maladies assimilées s'est beaucoup développée depuis le dernier plan gériatrique grâce au Plan Alzheimer.
- ⊙ Les partenaires indiquent que les établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont des listes d'attente importantes. Les partenaires du territoire Nord indiquent que le territoire est sous-équipé en unités Alzheimer.

1.2. L'AVIS DES PROFESSIONNELS ET DES REPRÉSENTANTS D'USAGERS

L'avis des professionnels et des représentants est issu de l'analyse des réponses au questionnaire mis en ligne sur le site du Conseil général de janvier à juillet 2014. Les réponses complétées à plus de 10 % ont été extraites le 10 juillet 2014. Ainsi 64 réponses ont pu être exploitées.

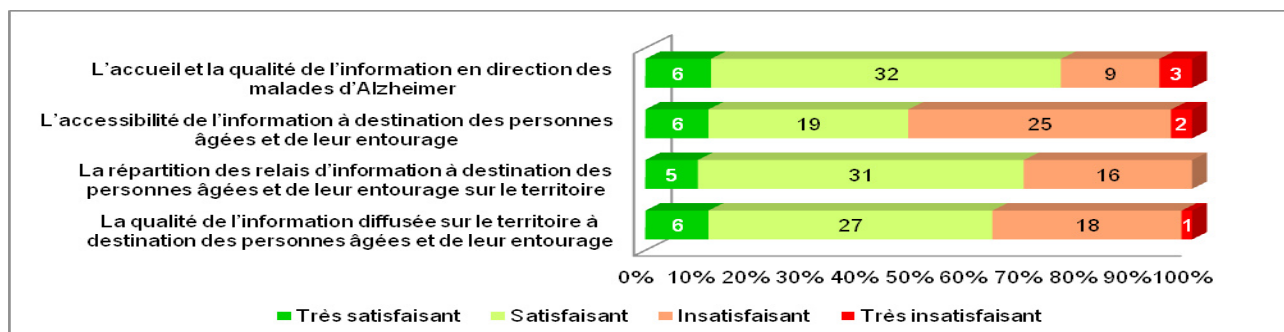
Parmi les répondants, on compte :

13 responsables d'un service	6 représentants institutionnels
9 responsables d'un établissement	2 mandataires judiciaires
8 représentants d'usagers	1 syndicat professionnel
8 travailleurs sociaux	1 assistant à maîtrise d'ouvrage
7 référents autonomie	
6 personnels médicaux et paramédicaux	

En termes de territoire d'intervention, les répondants ont indiqué intervenir dans le territoire : Centre Haute-Vienne (29 %), Sud Haute-Vienne (25 %), Nord Haute-Vienne (23 %), Ouest Haute-Vienne (21 %).

1.2.1. L'accueil et la qualité de l'information donnée aux personnes âgées et à leur entourage

Un répondant sur deux estime que l'accueil et la qualité de l'information donnée sont insatisfaisants voire très insatisfaisants.



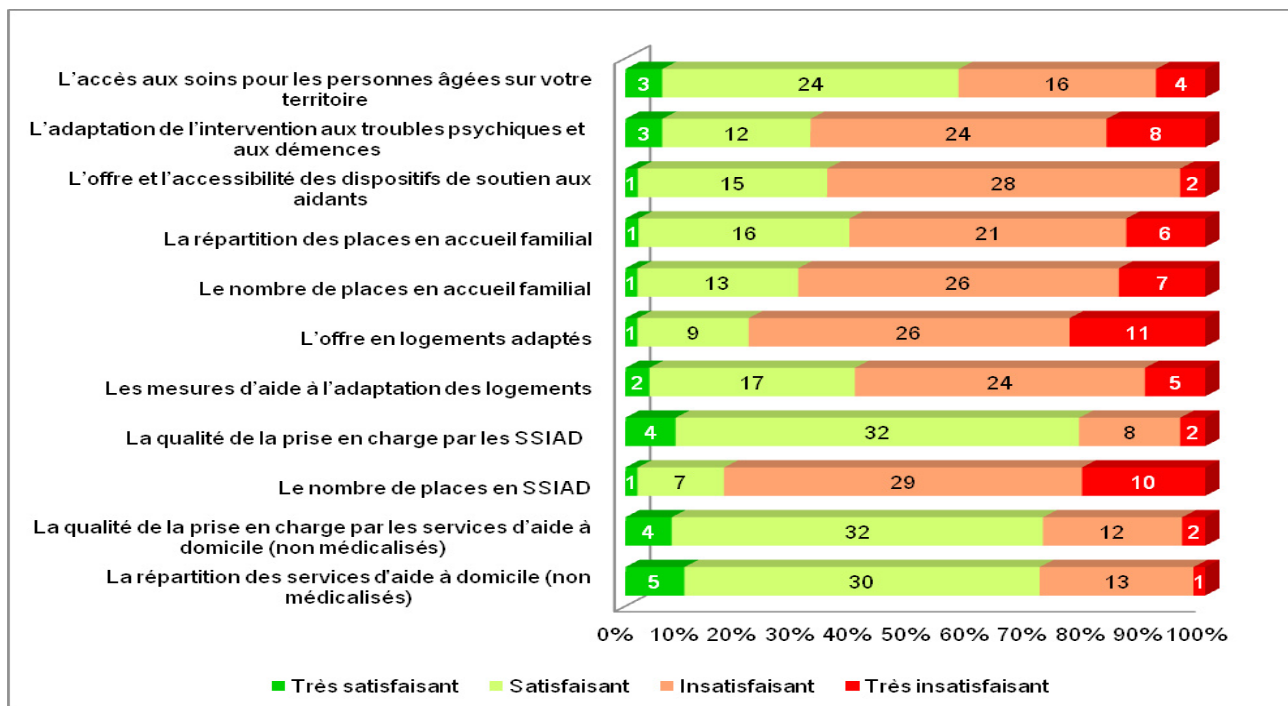
1.2.2. L'accompagnement à domicile des personnes âgées

Seul un répondant sur deux estime que l'accès aux soins pour les personnes âgées est satisfaisant. La qualité de la prise en charge par le SSIAD est majoritairement jugée satisfaisante, cependant le nombre de place est insuffisant pour 3 répondants sur 4.

2 répondants sur 3 jugent que les interventions des professionnels ne sont pas adaptées aux troubles psychiques et aux démences, et que l'offre et l'accessibilité des dispositifs de soutien aux aidants sont insatisfaisantes.

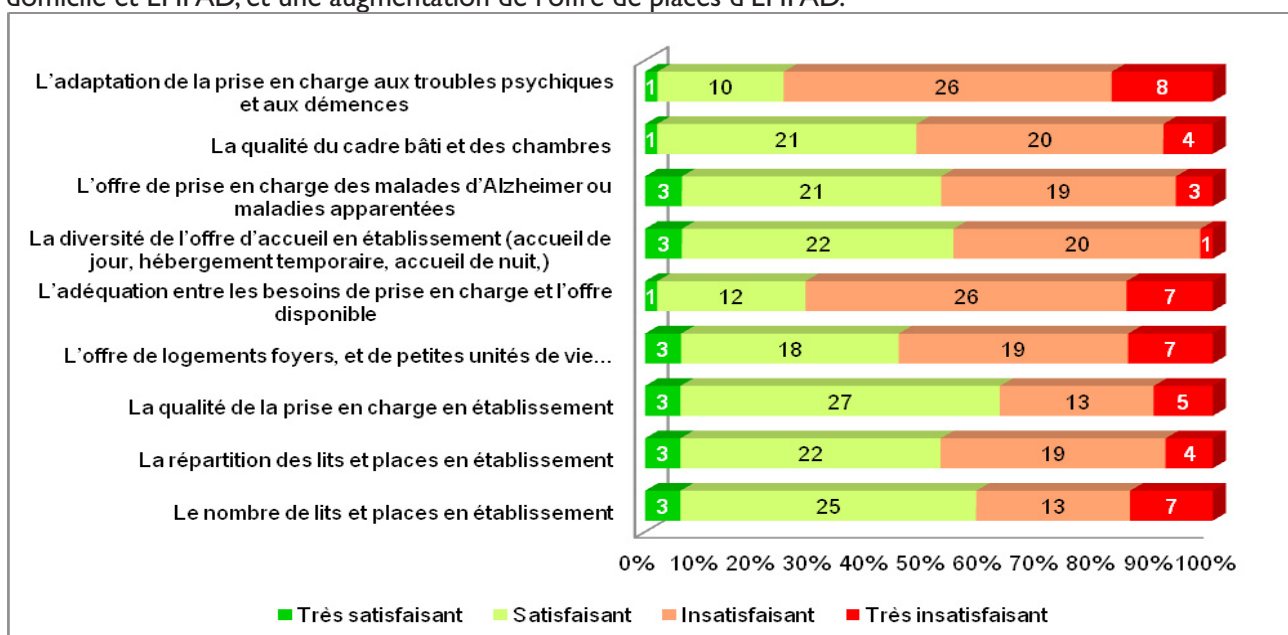
La majorité des répondants trouve que l'offre en logements adaptés est insatisfaisante ainsi que les mesures mises en place pour l'aide et l'adaptation des logements.

Plus de 2 personnes sur 3 sont satisfaites de l'offre et de la qualité des services d'aide à la personne.



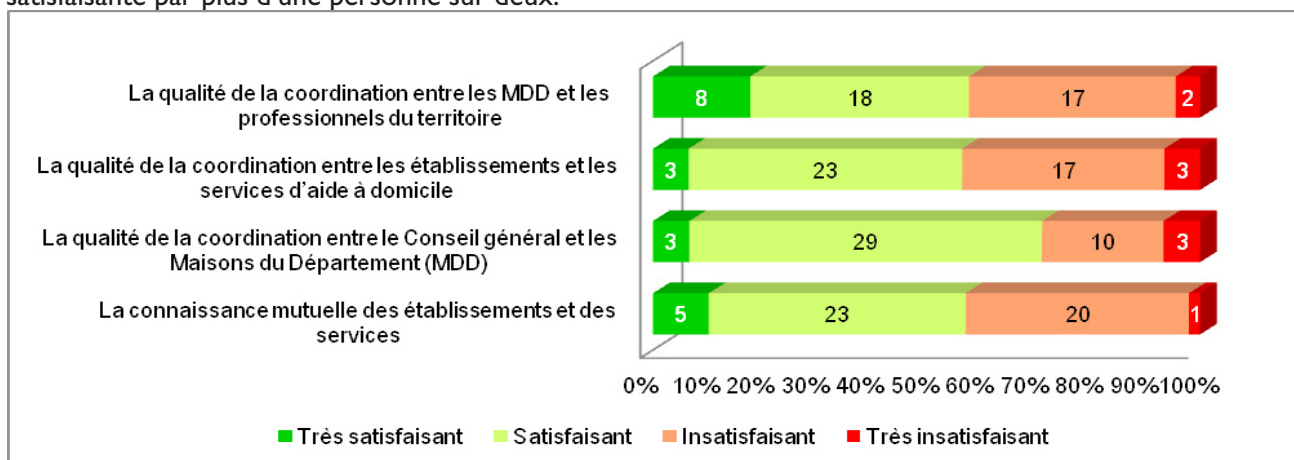
1.2.3. Les établissements accueillant des personnes âgées

Un répondant sur deux estime que globalement l'offre en structures pour personnes âgées est satisfaisante, avec cependant quelques améliorations à apporter : une meilleure adaptation de la prise en charge aux troubles psychiques et aux démences, un développement de l'offre intermédiaire entre domicile et EHPAD, et une augmentation de l'offre de places d'EHPAD.



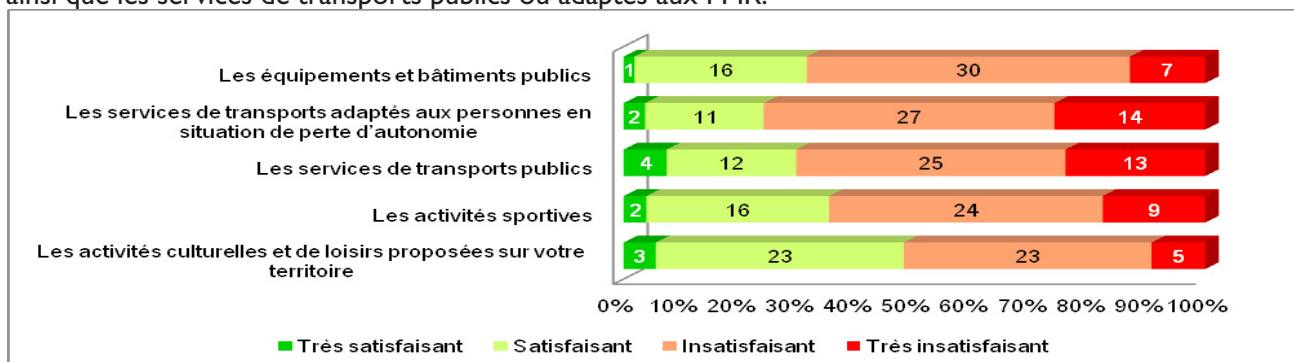
1.2.4. La coordination des acteurs autour des personnes âgées

La coordination des acteurs autour des personnes âgées (MDD, établissements et services...) est jugée satisfaisante par plus d'une personne sur deux.



1.2.5. D'une façon générale, comment qualifieriez-vous l'accessibilité aux activités et manifestations publiques pour les personnes en situation de perte d'autonomie sur votre territoire d'intervention :

Deux répondants sur trois estiment insatisfaisant l'accessibilité aux activités et manifestation publiques, ainsi que les services de transports publics ou adaptés aux PMR.



1.2.6. Commentaires libres des professionnels et des représentants de personnes âgées

- « La qualité de prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD n'est pas celle attendue par les familles et les résidents par manque de personnel :
 - o La charge de travail des personnels ne cesse d'augmenter du fait de l'aggravation de la dépendance des résidents
 - o Les effectifs salariés autorisés par le Conseil général et l'ARS ne permettent pas aux établissements de mettre en œuvre l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'ANESM. Malgré la diffusion de ces recommandations, la qualité de prise en charge des résidents n'a pas beaucoup évolué depuis 10 ans.
 - o Il est de même demandé de plus en plus de travail au personnel administratif et au personnel de direction sans que des moyens humains supplémentaires ne soient accordés (évaluations internes, évaluations externes, démarche qualité, exigences comptables et financières,...).
 - o Par manque de personnel, il est souvent difficile de mettre en place des réunions ou des groupes de travaux thématiques au sein des établissements. Ces échanges entre professionnels sont pourtant indispensables afin d'engager une réflexion sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées et l'organisation du travail au sein des différents services des établissements.
 - o Il est urgent de renforcer l'ensemble des équipes de travail au sein des EHPAD afin d'éviter l'épuisement professionnel des différents personnels qui doivent faire face à une charge de travail sans cesse en augmentation. Cette situation peut être génératrice de comportements maltraitants involontaires. »
- « Avec une population vieillissante, il y a encore des efforts à réaliser pour prendre en charge des personnes en perte d'autonomie. Les moyens ne sont pas adaptés : pas assez de personnels dans les EHPAD privés ou publics, les hôpitaux..., pas assez de matériel à disposition du personnel et des personnes soignées. On nous parle de bientraitance mais comment les personnels peuvent être bientraitants avec leurs soignés si on ne leur en donne pas les moyens!!! Les établissements publics ne sont pas rénovés, le matériel et les locaux sont vieux... et les EHPAD de dernière génération ne sont pas conçus pour bien vieillir »
- « Les bénéficiaires APA ont du mal à repérer « qui fait quoi » dans les services du Conseil général.
- « Nous sommes dans un territoire très rural et très vieillissant. La proximité et la coordination entre professionnels médico-sociaux est primordiale pour des maintiens à domicile de qualité afin de pouvoir respecter les habitudes de vie des personnes. »
- « Développer des solutions intermédiaires entre domicile et EHPAD : petites unités de vie, habitat regroupé avec services (services accessibles financièrement et gratuits) et animation »
- « Coordonner et améliorer la cohérence dans le parcours de la personne, de l'aide à domicile à la caisse de retraite, à l'EHPAD en passant par l'APA domicile. Chaque partenaire regarde la personne à travers son prisme sans partager avec les autres intervenants »
- « Remettre la prévention au cœur de nos démarches : améliorer le lien social pour lutter contre l'isolement et pour maintenir une bonne santé mentale. Ne pas voir que par le prisme du soin ; se rappeler que seulement 20 % des personnes âgées entrent en dépendance, les autres vieillissent bien ! »
- « Améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile par un travail de proximité entre établissements d'accueil et structures d'intervention à domicile, afin que la prévention de la perte d'autonomie soit un travail collectif basé sur les compétences déjà mises en œuvre dans les établissements, pour préparer et retarder l'institutionnalisation notamment par la reconnaissance du rôle de l'hébergement temporaire ou de l'accueil de jour : adaptation des moyens, lien renforcé avec les intervenants à domicile et les aidants. »

1.3. L'AVIS DES RETRAITÉS ET DES PERSONNES ÂGÉES

Le CODERPA 87²² a élaboré et diffusé en 2013 un questionnaire afin d'identifier les besoins des retraités et des personnes âgées dans le cadre de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement. 313 personnes ont complété le questionnaire.

1.3.1. Présentation du profil des 313 répondants : des personnes de plus de 70 ans qui vivent seules chez elles en milieu urbain, ont au moins un enfant, un véhicule et des problèmes de dépendance et/ou de mobilité

Le profil des répondants :

- 63 % des personnes qui ont indiqué leur adresse habitent dans le territoire Centre Haute-Vienne, 19 % habitent dans le Sud Haute-Vienne, 13 % dans l'Ouest Haute-Vienne et 5 % dans le Nord Haute-Vienne ;
- Presque autant d'hommes (130) que de femmes (136) ont complété le questionnaire ;
- 42 % des répondants ayant indiqué leur situation familiale vivent en couple et 58 % vivent seuls ;
- 81 % ont au moins un enfant ;
- 37 % ont de 60 à 69 ans, 33 % ont entre 70 et 79 ans et 30 % ont 80 ans et plus ;
- 84 % des répondants possèdent un véhicule ;
- 98 % des répondants vivent dans leur propre domicile, 2 % vivent chez leurs enfants et 0,3 % vivent en résidence sénior.
- 51 % des répondants indiquent vivre en milieu urbain, 27 % en milieu rural et 22 % en milieu périurbain ;
- 72 % des répondants estiment être concernés par des problèmes de mobilité ou de dépendance ;
- 10 % des répondants n'ont pas de visites régulières.

1.3.2. Le logement : en majorité des propriétaires qui vivent dans une maison et estiment que leur logement est adapté à leurs besoins

80 % des répondants vivent dans une maison et 20 % vivent en appartement.

75 % des répondants sont propriétaires, 19 % sont locataires et 6 % sont hébergés à titre gratuit

81 % des répondants estiment que leur logement est adapté à leurs besoins contre 13 % de répondants qui estiment que leur logement est inadapté et 6 % qui ne le savent pas.

Parmi les besoins exprimés, 51 répondants ont indiqué avoir besoin :

- D'une aide-ménagère pour 37 % des répondants ;
- Une salle de bain (adaptée) pour 22 % ;
- D'une amélioration des circulations verticales pour 16 % et des circulations horizontales pour 4 % ;
- D'un service de portage de repas à domicile pour 10 % ;
- D'un moyen de transport pour 8 % ;
- D'une aide pour faire les courses pour 4 %.

1.3.3. L'équipement des logements : la moitié des répondants dispose d'internet et seul 13 % est relié à un service de téléassistance

Parmi les 303 répondants qui ont le téléphone, 52 % ont internet.

40 personnes sont équipées d'un service de téléassistance.

²² Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées

1.3.4. Les services à domicile : la majorité des répondants n'en a pas besoin

41 % des répondants ont besoin d'un service d'aide (SAAD, portage de repas) ou de soins à domicile (SSIAD).

36 % des répondants indiquent avoir accès à des commerçants ambulants à domicile.

1.3.5. La majorité des répondants a des loisirs et part en vacances

87 % des répondants ont des loisirs et 62 % partent en vacances.

1.4. L'AVIS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES REPRÉSENTANTS D'USAGERS

1.4.1. Présentation des répondants

L'avis des personnes âgées et de leurs aidants est issu de l'analyse des réponses au questionnaire en ligne publié du 7 janvier 2014 au 10 juillet 2014. Les réponses complétées à plus de 10 % ont été extraites le 10 juillet 2014. Ainsi seules 39 réponses ont pu être exploitées.

Le questionnaire a été complété par :

- La personne âgée elle-même pour 19 personnes ;
- Un membre de la famille pour 19 personnes ;
- Un professionnel pour une personne.

66 % des répondants sont des femmes.

53 % des répondants vivent en couple, 26 % sont veufs ou veuves et 21 % vivent seuls.

En termes d'âge :

- 16 % des répondants ont entre 61 et 65 ans ;
- 37 % entre 66 et 75 ans ;
- 11 % entre 76 et 80 ans ;
- 34 % entre 81 et 90 ans ;
- 3 % ont plus de 90 ans.

Les répondants ont indiqué vivre dans le territoire :

- Centre Haute-Vienne pour 54 %
- Nord Haute-Vienne pour 31 % ;
- Sud Haute-Vienne pour 8 % ;
- Ouest Haute-Vienne pour 8 %.

Avant de partir à la retraite, les répondants étaient :

- Agriculteurs exploitants pour 21 %
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise pour 3 %
- Cadres, professions intellectuelles supérieures pour 18 %
- Professions intermédiaires pour 8 %
- Employés pour 32 %
- Inactifs ayant déjà travaillé pour 8 %
- Autres sans activité professionnelle pour 11 %

23 répondants ignorent quel est leur niveau de dépendance exprimé en GIR. Pour les 12 répondants qui ont été girés :

- 3 sont en GIR 1-2
- 5 sont en GIR 3-4
- 4 sont en GIR 5-6

35 répondants (90 %) vivent à domicile, 3 en établissement et 1 personne vit à domicile et bénéficie d'un accueil de jour en établissement.

33 répondants (87 %) connaissent le dispositif de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA). 8 personnes soit 22 % des répondants sont bénéficiaires de l'APA.

Ces personnes ont eu connaissance de ce dispositif par :

- Par un proche (membre de votre famille, ami, voisin) pour 35 %
- Par les médias (Internet, presse, radio, télévision) pour 30 %
- Par un professionnel de santé (médecin traitant, infirmière,...) pour 14 %
- Par le référent autonomie de la Maison Du Département (MDD) pour 5 %
- Par une assistante sociale pour 5 %
- Par un syndicat pour 5 %
- Par la mairie ou le CCAS pour 3 %
- Par une association pour 3 %

1.4.2. La vie à domicile

21 répondants (66 %) ont le sentiment qu'il existe une coordination entre les différents professionnels qui interviennent auprès d'eux (médecin, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, travailleur social etc.).

Parmi les différents éléments qui contribuent à la qualité de vie à domicile, les répondants ont indiqué que les trois éléments les plus importants sont :

- Du personnel soignant disponible qui se déplace à domicile
- Un logement adapté
- Une bonne intégration dans son environnement : voisinage, activité professionnelle, loisirs, engagement associatif...

15 répondants (47 %) vivent à domicile avec l'aide d'un membre de leur famille. Parmi eux, 1 aidant à réduit ou cessé son activité professionnelle pour aider son proche âgé sans être rétribué.

13 répondants (42 %) ont aménagé leur logement pour rester à domicile.

En termes d'aménagements :

- 7 personnes ont aménagé les sanitaires ;
- 7 personnes ont une chambre en rez-de-chaussée ;
- 7 personnes ont amélioré l'isolation thermique, le chauffage ou la climatisation ;
- 6 personnes ont installé des rampes d'escalier ou des barres d'appui ;
- 1 personne a rehaussé son lit et un fauteuil.

Parmi les répondants qui vivent à domicile, 23 (55 %) ne bénéficient de l'intervention d'aucun service à domicile. Pour les autres répondants :

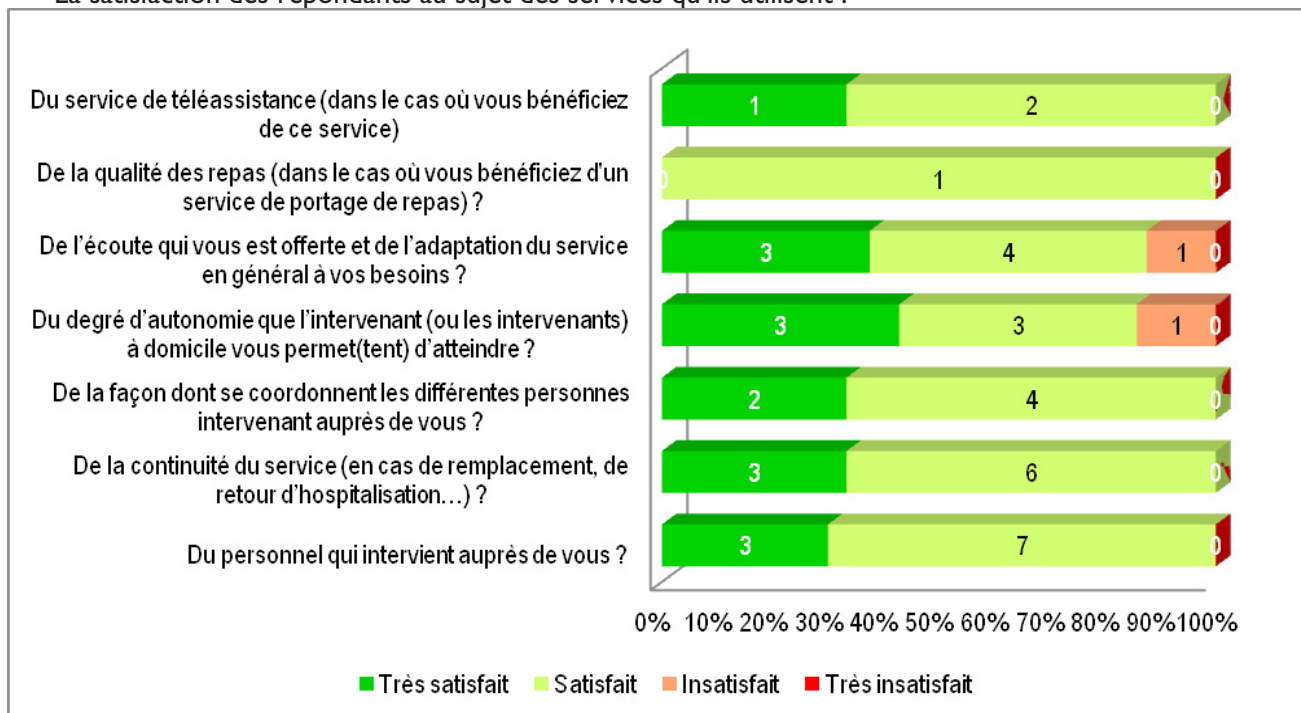
- 7 bénéficient de l'intervention d'un SAAD ;
- 7 d'un SSIAD ;
- 3 d'un service de téléassistance ;
- 2 d'un service d'aide pour les petits travaux.

Les répondants utilisateurs d'un service d'aide à domicile l'ont connu par l'intermédiaire :

- Du bouche à oreille (5 répondants – 50 %)

- D'un professionnel d'une MDD (2 répondants)
- D'un professionnel de santé (2 répondants)
- De la mairie (1 répondant)

La satisfaction des répondants au sujet des services qu'ils utilisent :



La vie à domicile correspond aux attentes et aux besoins de 29 répondants (94 %).

Concernant l'image que les répondants ont de l'établissement :

- Très positive pour 1 répondant ;
- Positive pour 13 répondants ;
- Négative pour 15 répondants ;
- Très négative pour 1 répondant.

12 répondants seraient intéressés par un hébergement en établissement sous les modalités suivantes :

- Hébergement au long cours pour 42 %
- Accueil de jour pour 17 %
- Accueil modulable / en alternance pour 17 %
- Accueil de nuit pour 17%
- Accueil temporaire pour 8 %

Parmi les éléments recherchés dans un établissement, les répondants ont cité :

- Le prix pour 31 %
- La proximité avec ma famille pour 20 %
- La qualité et la diversité de l'offre de soins pour 14 %
- La taille de l'établissement (petite unité de vie, grande structure) pour 12,5 %
- La proximité avec mon lieu de vie actuel pour 11 %
- La sécurité pour 7 %
- La qualité de l'animation pour 6 %

Les 23 répondants ont unanimement indiqué préférer « un établissement qui m'offrirait les services adaptés à mes besoins et qui me garantirait un coût maîtrisé » à « un établissement public ou privé où je trouverais des services de grande qualité et diversifiés quel qu'en soit le coût ».

Parmi les 16 répondants qui ne sont pas intéressés par un hébergement en établissement :

- 12 (75 %) ont indiqué que la vie à domicile leur convient bien ;
- 2 (12,5 %) que les établissements sont trop chers ;
- 2 (12,5 %) qu'ils n'ont pas confiance dans la qualité de l'accueil des établissements.

6 répondants (22 %) ont indiqué qu'ils sont intéressés par un hébergement en famille d'accueil pour les raisons suivantes :

- Un coût moindre qu'un établissement pour personnes âgées pour 20 % des répondants
- Un meilleur confort pour 30 %
- La participation à la vie d'une famille pour 50 %

14 répondants (52 %) ont indiqué être intéressés par un hébergement en appartement aménagé spécifiquement pour les personnes en perte d'autonomie pour les motifs suivants :

- Un logement adapté (7 personnes)
- Une localisation en centre-ville (5 personnes)
- Un coût moindre qu'un établissement pour personnes âgées (5 personnes)
- Un meilleur confort (4 personnes)

1.4.3. La vie en établissement

4 répondants fréquentent un établissement pour personnes âgées : 3 EHPAD (dont Nantiat et Châteauponsac) et un en accueil de jour spécialisé Alzheimer à Limoges.

Les répondants ont indiqué fréquenter un établissement pour les raisons suivantes :

- Difficulté pour accomplir les actes de la vie quotidienne de façon autonome (4 répondants)
- Problème de santé nécessitant une prise en charge médicale au quotidien (2 répondants)
- Prise en charge de la maladie d'Alzheimer (1 répondant)

L'entrée en établissement a été conseillée par :

- La personne âgée elle-même (2 répondants)
- Le médecin traitant (1 répondant)
- Le logement-foyer qui a conseillé une entrée en établissement médicalisé (1 répondant)

3 répondants sont très satisfaits ou satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé au sein de l'établissement à leur arrivée (présentation du personnel, visite des locaux...).

Un répondant indique avoir plutôt bien vécu son entrée en établissement car elle lui a permis d'être davantage aidé qu'il ne pouvait l'être chez lui.

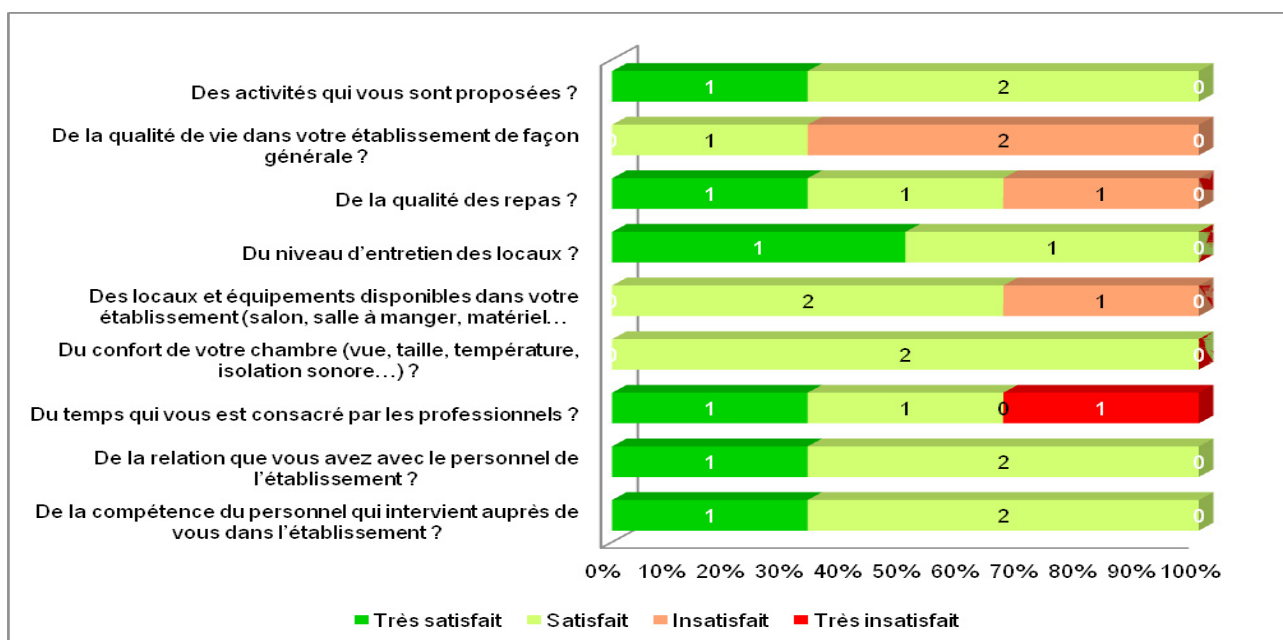
1 répondant indique avoir été opposé à l'entrée en établissement, mais comprendre aujourd'hui que c'était nécessaire (pour lui, et pour sa famille).

1 répondant indique que l'entrée a été facilitée par le passage par le logement-foyer.

3 répondants indiquent que l'accès à l'établissement a été plutôt aisé.

Parmi les éléments qui contribuent à la qualité de vie en établissement, les répondants ont sélectionné : de bonnes relations avec le personnel et l'existence d'activités.

Par rapport à la prise en charge dans la structure d'hébergement actuelle, les répondants ont indiqué leur niveau de satisfaction concernant les items suivants :



2 répondants sont satisfaits et 1 répondant est insatisfait de la fréquence de passage des membres du personnel auprès de lui et de leur écoute.

2 résidents n'ont pas la possibilité de sortir de l'établissement librement et 1 résident a cette possibilité. Il sort avec ses proches.

1 répondant a indiqué que la vie dans sa structure d'hébergement actuelle correspond à ses besoins et attentes contre 2 répondants qui ont indiqué que la vie dans leur structure d'hébergement actuelle ne leur correspond pas. Ils n'envisagent cependant pas de demander une réorientation.

Commentaires de personnes vivant en établissement :

« Je suis satisfaite du personnel mais il est en nombre très insuffisant. Il est même exemplaire au regard des moyens qui lui sont donnés. Beaucoup de temps de solitude ou à attendre dans le hall, avec les autres résidents, que le temps passe. Vu le prix que je paye ce n'est pas normal. Il faut absolument améliorer le nombre de soignants. C'est un problème de société qui n'est pas pris en charge alors que la population vieillit plus longtemps et devient dépendante à un moment donné. »

1.4.4. Les activités sportives et de loisirs et les transports

La moitié des 26 répondants pratique des activités sportives ou des loisirs.

Pour 11 répondants (92 %), l'accès à ces activités a été plutôt aisé et pour 1 répondant l'accès a été très facile et rapide.

Pour 7 répondants (78 %) les équipements fréquentés sont accessibles et pour 2 répondants les équipements sont très accessibles.

13 répondants (62 %) pratiquent des activités culturelles.

Pour 9 répondants (70 %) l'accès à ces activités a été plutôt aisé, pour 3 répondants l'accès a été très facile et rapide et pour 1 répondant l'accès a été plutôt difficile.

Pour 8 répondants (67 %) les équipements fréquentés sont accessibles et pour 4 répondants les équipements sont très accessibles.

8 répondants (35 %) utilisent un réseau de transport en Haute-Vienne. Parmi eux, tous utilisent le

réseau de la ville de Limoges.

Les répondants estiment que l'accès à ce réseau de transport est :

- Très facile et rapide pour 14 %
- Plutôt aisé pour 43 %
- Plutôt difficile 29 %
- Très difficile 14 %

Les commentaires des répondants sur les activités sportives et de loisirs et les transports :

« Habitant à la campagne, je peux pratiquer mon activité « sportive » (marche) facilement car les chemins ne manquent pas dans la région !!! En revanche, concernant les transports en commun, il vaut mieux avoir (et pouvoir utiliser) son propre véhicule... »

« Habitant la campagne le réseau est insuffisant par sa fréquence et son éloignement relatif »

« Les horaires des transports en commun ne sont pas adaptés aux horaires des activités sur Limoges »

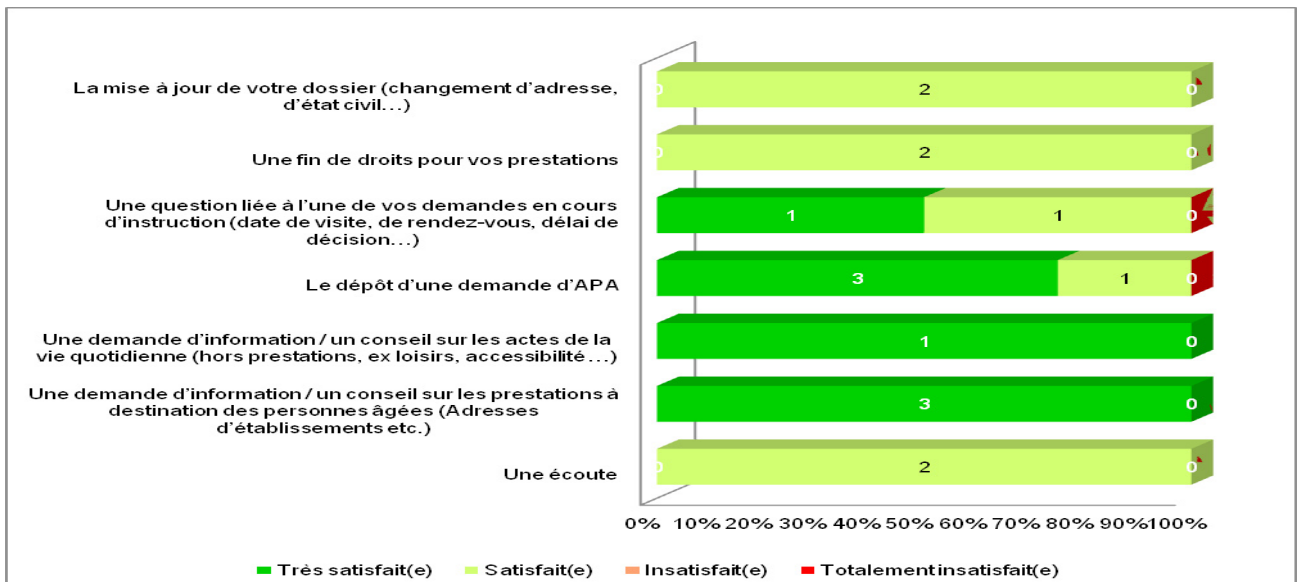
« Il serait intéressant que Télébus puisse aller au domicile de la personne âgée en perte d'autonomie et puisse la raccompagner à son domicile également »

« J'ai peur de prendre les transports en commun et j'habite à une dizaine de kms de l'agglomération. Je me déplace lorsque ma voisine me conduit en voiture ou lorsque mon fils vient 1 fois par mois car il habite à 300 kms. »

1.4.5. Les référents autonomie des MDD

7 répondants (29 %) connaissent les référents autonomie des MDD et savent quelles sont leurs missions.

4 répondants (17 %) ont eu l'occasion de faire appel à ses services pour les raisons suivantes et sont satisfaits ou très satisfaits des réponses apportées :



Commentaires des répondants sur les MDD :

« Je m'étonne qu'habituant la Haute-Vienne depuis 9 ans et utilisant internet tous les jours je n'ai pas eu connaissance des Maisons du Département (MDD). Je précise que je suis adhérent de trois associations dont une de malades. Je suis surpris qu'il faille recourir à ses voisins pour obtenir une aide ponctuelle alors que le dossier MDPH (si difficile à remplir pour la majorité des personnes) pourrait déclencher un contact avec la MDD ou une assistante sociale. »

1.4.6. L'avis des répondants sur les mesures à adopter en priorité pour améliorer la qualité de l'aide apportée aux personnes âgées en établissement et/ou à domicile :

« Il serait utile d'avoir plus de personnel au sein de l'EHPAD, c'est ce qui prime avant même de changer le mobilier des chambres qui n'est pas forcément usé. En second, la qualité alimentaire, c'est le dernier plaisir des résidents, qualité mais pas innovation. »

« Augmenter le nombre de travailleurs sociaux et les former »

« Beaucoup de personnes ne savent pas utiliser internet ; de ce fait, elles ne connaissent pas toujours ce dont elles peuvent bénéficier. Elles manquent d'assistance pour remplir les dossiers souvent volumineux et complexes. Il faudrait un référent par quartier ou par village pour leur venir en aide. »

« Communication pas seulement par internet car beaucoup ne disposent pas d'ordinateur une mesure simple serait de mettre des taxis collectifs à disposition de ceux qui ne disposent pas de moyen de transport »

« Etre plus accompagné dans les démarches administratives »

« Coordonner les professionnels avec un référent par personne âgée »

« Une bonne coordination entre les différents services »

« Développer les services à la personne »

« Prendre en compte les besoins, être attentif à l'évolution de la situation »

« Une bonne coordination entre les différents services »

« Faciliter l'information et l'accès financier à la télésurveillance »

« Former les professionnels pour améliorer la qualité de l'aide et la relation avec la personne dépendante: respect de la dignité de la personne »

« Maintenir la prise en charge financière et l'accompagnement »

« Mettre en place tous les moyens pour éviter d'adresser des personnes âgées aux urgences du CHU pour rien : des médecins attachés aux EHPAD pour le suivi médical des résidents, des infirmières la nuit en EHPAD, plus de personnels soignants auprès du résident, des unités de soins de recours gériatriques en dehors du CHU, notamment dans le nord du département « sinistré médicalement », la possibilité donnée aux infirmiers libéraux de salarier des aides-soignantes, plus d'aides pour aménager le logement, développer la prise en charge à domicile la nuit, avoir des EHPAD dans chaque commune autour de Limoges (Condat n'a qu'un petit EHPAD spécialisé Alzheimer avec peu de lits, il faudrait un EHPAD plus grand pouvant accueillir tous types de personnes âgées dépendantes), aider au financement du prix de journée, une ruine pour la personne et sa famille, et pour quelles prestations ! »

« Plus de moyens financiers et de personnel »

2. L'AVIS DES PROFESSIONNELS ET DES REPRÉSENTANTS D'USAGERS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES

2.1. L'AVIS DES PROFESSIONNELS RENCONTRÉS LORS DE LA PHASE D'ÉTAT DES LIEUX

2.1.1. Les dispositifs d'accueil et de coordination

a) La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

- ⊙ Les partenaires sont satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec la MDPH.
- ⊙ Les professionnels ont l'impression que la mise à jour semestrielle des listes d'attente ne débouche sur aucune action concrète au niveau de la création de places supplémentaires pour répondre aux besoins identifiés.

b) Les Maisons du Département (MDD)

- ⊙ Les référents autonomie expliquent que la politique en direction des personnes handicapées est encore en construction dans les MDD et qu'ils accompagnent d'ores et déjà des personnes handicapées pour ce qui concerne l'accès aux droits.
- ⊙ Les professionnels ont noté un problème de coordination des intervenants au domicile des personnes handicapées. Ils souhaiteraient que les services du Conseil général puissent organiser cette coordination.
- ⊙ Selon les professionnels du territoire Nord Haute-Vienne, les usagers qui ne sont pas pris en charge par un service ou un établissement ne savent pas se repérer et s'orienter dans les dispositifs destinés aux personnes handicapées. Ainsi, il arrive que les gestionnaires d'établissement reçoivent des familles avec un enfant en situation de handicap qui ne savent pas où ni à qui s'adresser.

2.1.2. La vie à domicile

a) Les services d'aide à domicile

- ⊙ Les gestionnaires de SAAD expliquent les difficultés d'intervention des auxiliaires de vie auprès des personnes handicapées par la méconnaissance des conséquences des pathologies des personnes accompagnées. Ils souhaitent une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social dans le respect des secrets médical et professionnel.
- ⊙ Les SAAD indiquent que les personnes handicapées aidées à domicile sont peu informées sur la nature et l'intensité de l'accompagnement dont elles bénéficient. Ainsi, les professionnels peuvent ignorer quels sont les autres professionnels qui accompagnent une même personne et intervenir ainsi de façon redondante.
- ⊙ Les partenaires soulignent que la coordination entre les intervenants à domicile est un point qui reste à améliorer.
- ⊙ Les professionnels expliquent que les situations à domicile sont de plus en plus complexes à gérer.

b) Les services d'aide et de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- ⊙ Selon les professionnels du territoire Sud Haute-Vienne, le SSIAD de la Croix-Rouge a une liste d'attente conséquente.
- ⊙ Les gestionnaires de SSIAD personnes handicapées expliquent que les personnes prises en charge à domicile sont parfois lourdement handicapées et peuvent nécessiter jusqu'à trois visites par jour.
- ⊙ De plus, les SSIAD priorisent les personnes handicapées lors des tournées afin de les visiter en premier et en dernier dans la journée pour leur permettre d'avoir une vie sociale.
- ⊙ Les gestionnaires de SSIAD expliquent que le niveau de handicap de certaines personnes est tel qu'elles relèveraient plus d'une prise en charge en établissement médicalisé et d'une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne.
- ⊙ Les professionnels indiquent que la non coordination des professionnels peut entraîner des interventions redondantes. Ainsi, une personne peut avoir la toilette prise en charge par la PCH et faire appel à un SSIAD personne handicapée pour réaliser la toilette.
- ⊙ Les gestionnaires de SSIAD souhaitent la création d'une prestation de « SSIAD renforcé » qui leur permettrait de prendre en charge dans de bonnes conditions les personnes les plus lourdement handicapées à domicile.

c) L'hospitalisation à domicile (HAD)

- ⊙ Les gestionnaires de services d'hospitalisation à domicile indiquent que les personnes handicapées prises en charge par le service sont lourdement handicapées.

d) Les services d'accompagnement : SAVS, SAPHAD et SAMSAH

- ⊙ Les gestionnaires de SAVS indiquent que les personnes prises en charge par le SAVS ont besoin d'un accompagnement plus soutenu que les personnes suivies par un SAPHAD, ce qui implique souvent d'aller au domicile chaque jour y compris le soir et le samedi.
- ⊙ Les professionnels rencontrés estiment qu'il manque un SAVS dédié aux déficiences sensorielles
- ⊙ Les professionnels indiquent que les SAPHAD ont trouvé leur place sur le territoire. Ils estiment que le dispositif est important et utile.
- ⊙ Les professionnels du territoire Nord Haute-Vienne soulignent que les gestionnaires du dispositif ont pu travailler avec des partenaires des champs sanitaires et médico-sociaux pour accompagner les usagers en attente de place en ESAT.
- ⊙ Les gestionnaires de SAPHAD indiquent que les personnes suivies s'ennuient : elles ne travaillent pas et n'ont pas d'activités éducatives.
- ⊙ Certains professionnels du territoire Ouest Haute-Vienne s'interrogent sur le rattachement des équipes des SAPHAD à des établissements et non à des services du milieu ouvert.
- ⊙ Les professionnels du territoire Nord HV indiquent qu'il manque des places de SAMSAH dans ce territoire.

e) Les nouvelles technologies

- ⊙ Certains professionnels s'interrogent sur la pertinence de la domotique pour les personnes handicapées.

f) Les équipes mobiles

- ⊙ Selon les professionnels rencontrés, la PASS Mobile, tout comme les Centres de santé mentale ont permis de réduire le nombre d'hospitalisations et de fréquentation des services d'urgence psychiatrique. Les partenaires reconnaissent la qualité du travail réalisé par l'équipe mobile ainsi que le soutien qui leur est apporté.
- ⊙ Les professionnels souhaitent qu'une équipe mobile telle que l'EMESPA puisse être créée pour les personnes handicapées.

g) Les places d'hébergement temporaire

- ⊙ Selon les professionnels rencontrés, les places d'hébergement temporaires sont réservées longtemps à l'avance par les familles dans le cadre du répit, ce qui ne permet pas de proposer des places d'accueil temporaire d'urgence ou des places de stage pour les jeunes d'IME.
- ⊙ Les professionnels soulignent que l'hébergement temporaire d'urgence ne fonctionne pas bien dans le département et que lorsque l'aidant familial est hospitalisé, la personne handicapée est souvent envoyée dans le milieu sanitaire faute de solution dans le secteur médico-social. Les places d'hébergement temporaire se transforment parfois en places d'hébergement permanent.

h) Les accueils de jour

- ⊙ Selon les professionnels et les représentants des usagers, il ne peut pas y avoir de répit sans organisation et prise en charge du transport des personnes handicapées.
- ⊙ Selon les professionnels rencontrés, les personnes handicapées suivies par un SAPHAD devraient également être accueillies en accueil de jour.
- ⊙ Les professionnels du territoire Centre Haute-Vienne indiquent que certains accueils de jour ne parviennent pas à se remplir en raison des difficultés de transport des personnes handicapées. Les gestionnaires d'accueil de jour estiment que le coût des transports constitue un frein à la fréquentation.

i) La formation des aidants

- ⊙ Selon les partenaires, il existe un problème de communication de l'offre de formation à destination des aidants familiaux de personnes handicapées.

j) L'accueil familial social

- ⊙ De nombreux professionnels regrettent que l'accueil familial ne soit pas plus développé dans le département.

k) Les logements adaptés en centre-bourg

- ⊙ Les professionnels sont favorables aux logements adaptés en centre bourg pour les personnes handicapées.
- ⊙ Les partenaires et les bailleurs sociaux souhaiteraient posséder un cahier des charges qui leur permette d'adapter les logements aux besoins des personnes handicapées.
- ⊙ Selon les partenaires, les jeunes adultes handicapés préfèrent habiter dans un appartement individuel ou partagé plutôt qu'habiter dans un établissement.
- ⊙ Les partenaires soulignent l'intérêt du projet Ti'Hameau de la Souterraine du département de la Creuse.

2.1.3. La vie en établissement

a) Les besoins exprimés

- ⊙ Selon les professionnels rencontrés, les enfants accueillis en IME présentent de plus en plus fréquemment des troubles du comportement et la liste d'attente en SESSAD est conséquente.
- ⊙ Les professionnels travaillant en établissements indiquent que les passerelles entre les établissements pour enfants et les établissements pour adultes ne sont pas suffisamment fluides. En effet, les périodes de stage sont rarement effectuées par les jeunes dans les établissements pour adultes en raison du manque de places d'accueil séquentiel et de la nécessité d'avoir une orientation de la MDPH pour pouvoir réaliser le stage. De plus, si la structure pour adultes ne correspond pas aux besoins réels de la personne handicapée, elle ne peut plus retourner en établissement pour enfant puisque sa place a déjà été attribuée à un autre enfant ou adolescent.
- ⊙ Les gestionnaires d'ESAT du territoire Nord Haute-Vienne indiquent que les travailleurs aspirent à vivre en milieu ouvert ou en appartement partagé, ce qui explique les difficultés de remplissage des places de foyer d'hébergement.
- ⊙ Les professionnels ont noté une augmentation du nombre de personnes handicapées présentant des problèmes psychiatriques.
- ⊙ Les partenaires ont indiqué qu'il existe une augmentation du nombre de personnes handicapées qui deviennent parents et par conséquent, des besoins spécifiques en matière de soutien à la parentalité.
- ⊙ Les professionnels ont noté un manque de places en foyer de vie, en foyer d'accueil médicalisé et en maison d'accueil spécialisé. Ils indiquent que les personnes orientées vers ces structures par la CDAPH attendent à domicile avec une PCH, partent dans les départements limitrophes ou restent dans l'établissement qui n'est plus adapté à leurs besoins dans l'attente d'une autre place.
- ⊙ Les professionnels ont indiqué qu'il existe dans le département de la Haute-Vienne un manque de dispositifs et d'ESMS pour prendre en charge les personnes avec troubles envahissants du développement, les traumatisés crâniens, les handicapés psychiques et les personnes handicapées vieillissantes.
- ⊙ Les professionnels regrettent que les ESMS « choisissent » les usagers accueillis dans leur structure en fonction de la lourdeur du handicap, qui est en constante augmentation.

b) L'équipement en places d'hébergement pour adultes en situation de handicap

- ⊙ Les partenaires soulignent que les jeunes en situation d'aménagement Creton, orientés vers un foyer de vie, n'ont plus leur place en IME puisque l'IME a vocation à préparer l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap.
- ⊙ Les professionnels du territoire Nord Haute-Vienne indiquent que les appartements sont complets et qu'il manque des places pour pouvoir répondre à la demande. De plus, ils soulignent l'embouteillage causé par les personnes retraitées d'ESAT qui restent en foyer d'hébergement faute d'une solution plus adaptée.
- ⊙ Les professionnels du territoire Ouest Haute-Vienne indiquent que les foyers d'hébergement correspondent de moins en moins au choix de vie des jeunes travailleurs d'ESAT qui préfèrent la vie à domicile ou en appartement partagé. Ils expliquent qu'ils ont des difficultés à remplir ces places et qu'elles pourraient être transformées en places d'hébergement pour les personnes handicapées vieillissantes retraitées d'ESAT.
- ⊙ Selon les professionnels du territoire Centre Haute-Vienne, les sections d'animations ne sont pas pleinement occupées.

c) Les foyers de vie

- ⊙ Les professionnels du territoire Nord Haute-Vienne ont remarqué une augmentation du nombre de personnes handicapées psychiques hébergées en foyer de vie. Ils indiquent que les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge de ce nouveau public.
- ⊙ Les professionnels du territoire Centre Haute-Vienne indiquent que le nombre de personnes déficientes intellectuelles avec troubles psychiatriques orientées en foyer de vie augmente et que les structures n'ont pas l'habitude de prendre en charge ce type de public. En conséquence, les établissements tentent de limiter le nombre de personnes présentant ce type de handicap.
- ⊙ Les partenaires relèvent qu'une partie du public accueilli en Foyer de vie pourrait aller en EHPAD afin de bénéficier d'un nouveau rythme de vie. De même, ils notent que d'autres personnes ont gagné en autonomie et pourraient bénéficier d'un autre type de prise en charge de type appartement de suite.
- ⊙ Les professionnels indiquent qu'il est nécessaire de s'adapter aux besoins des usagers et de créer des passerelles entre les différents établissements et services.
- ⊙ Les professionnels du territoire Nord Haute-Vienne estiment que les foyers de vie doivent évoluer et adapter les prestations aux nouveaux besoins de la population, notamment au vieillissement.

d) Les maisons d'accueil spécialisé (MAS)

- ⊙ Les professionnels indiquent que le personnel des MAS n'est pas formé pour accompagner les personnes handicapées en fin de vie.
- ⊙ Les partenaires confirment le problème du manque de places en MAS et le phénomène d'embouteillage généré par les personnes handicapées vieillissantes.

e) L'offre destinée aux personnes handicapées vieillissantes

- ⊙ Les professionnels soulignent que le dispositif est « embouteillé » par les personnes handicapées vieillissantes et ont le sentiment qu'aucune réponse n'a réellement été apportée.
- ⊙ Certains professionnels estiment que les Unités « personnes handicapées vieillissantes » au sein des EHPAD ne sont pas une solution en raison du « déracinement » occasionné par le déménagement et de l'écart d'âge entre les personnes âgées et les personnes handicapées vieillissantes.

f) L'hospitalisation des résidents d'établissements

- ⊙ Les partenaires rappellent qu'il est nécessaire d'éviter les urgences hospitalières aux personnes handicapées.

2.1.4. L'insertion professionnelle

- ⊙ Les professionnels confirment que le département de la Haute-Vienne a un nombre de places en ESAT insuffisant pour répondre aux besoins des personnes handicapées.

2.1.5. L'accès à la vie de la cité

a) Les transports : un réseau et un accès insatisfaisant pour les personnes handicapées qui vivent hors de Limoges

- ⊙ Les partenaires indiquent que le dispositif Handicar ne dessert que trois communes et que ce service s'arrête trop tôt les soirs de semaine.
- ⊙ Les professionnels indiquent que les transports en commun sont accessibles aux personnes handicapées dans la ville de Limoges mais qu'en dehors de Limoges, il n'y a pas de moyens de transport.
- ⊙ Les partenaires souhaitent que le dispositif Handicar puisse également transporter des personnes âgées.

b) Une offre de loisirs à développer

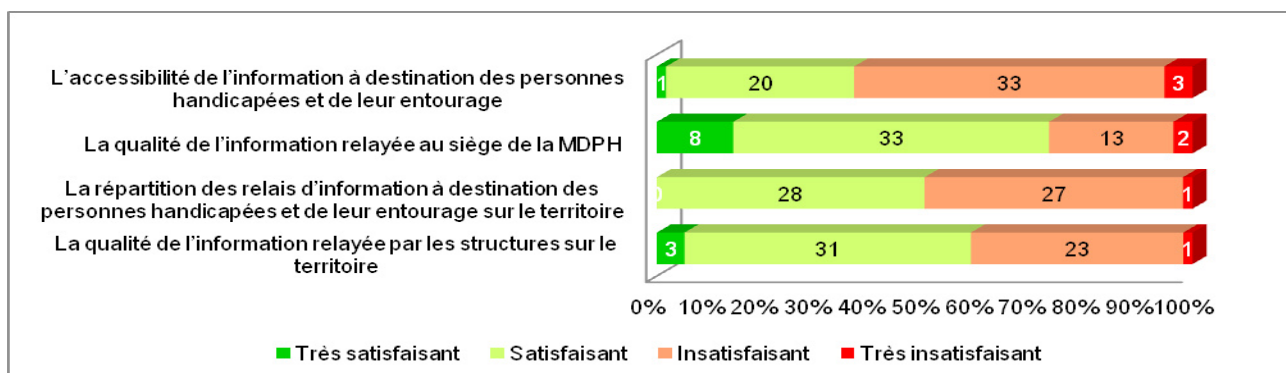
- ⊙ Les partenaires indiquent que le service « vacances – loisirs » géré par l'APAJH, n'est pas subventionné et a un coût non négligeable pour les personnes handicapées.

2.2. L'AVIS DES PROFESSIONNELS ET DES REPRÉSENTANTS D'USAGERS

2.2.1. L'accueil et la qualité de l'information donnée aux personnes handicapées et à leur entourage

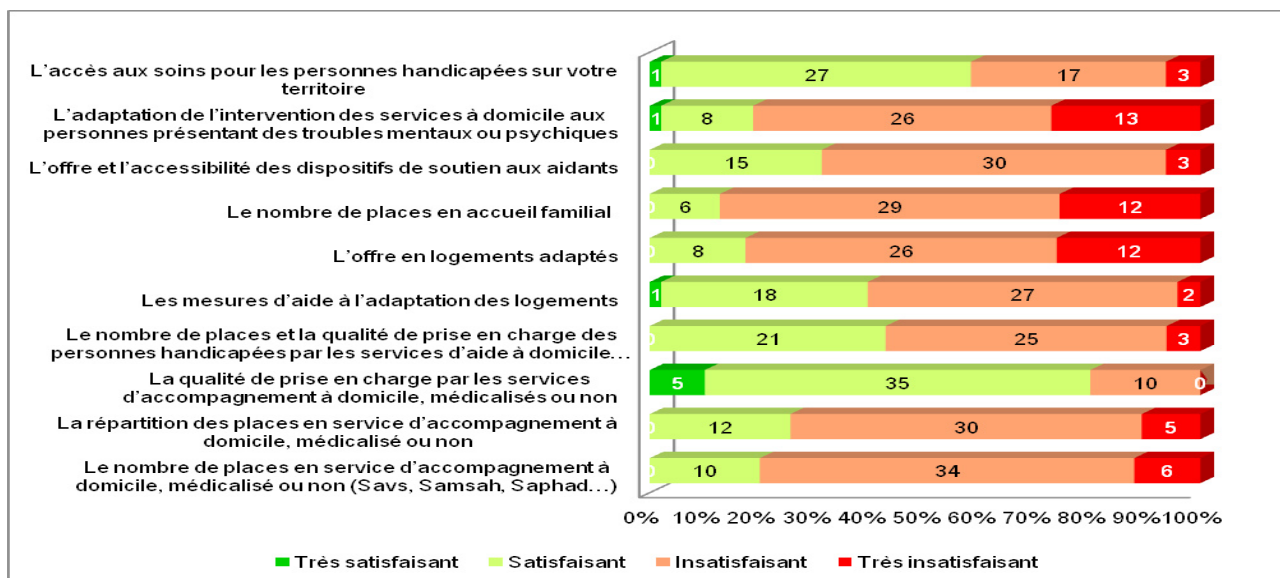
Plus de deux répondants sur trois sont satisfaits de la qualité de l'information relayée par la MDPH.

Une personne sur deux est satisfaite de la qualité de l'information donnée aux personnes handicapées sur les différents territoires.



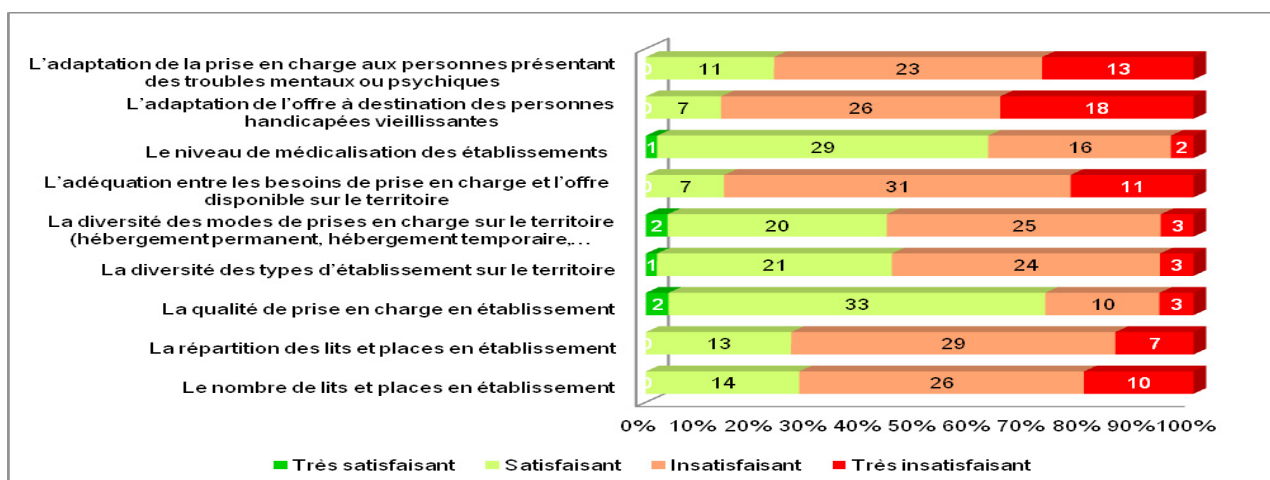
2.2.2. L'accompagnement à domicile des personnes handicapées

De nombreux dispositifs sont jugés insatisfaisants et demandent à être développés ou mis en œuvre : l'accueil familial, les logements adaptés et les aides à l'adaptation du logement, les SAVS et les SAMSAH, l'intervention des SAD en direction de personnes porteuses de troubles mentaux et psychiques ainsi que le soutien des aidants.



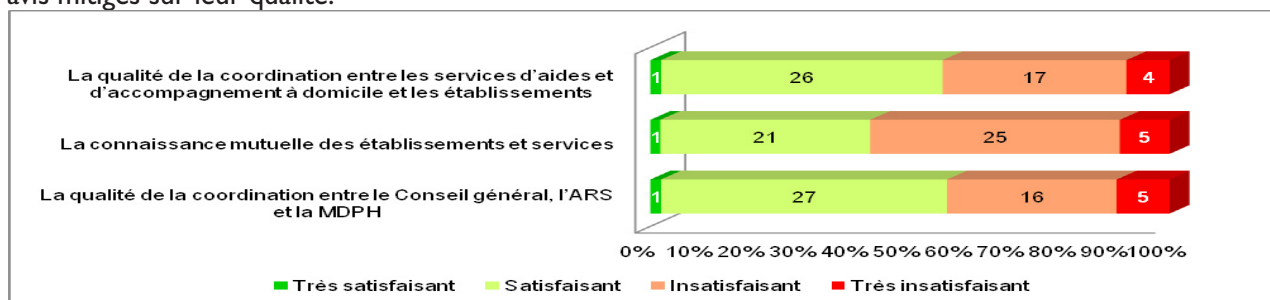
2.2.3. Les établissements accueillant des personnes handicapées

Les places en structures sont jugées insatisfaisantes par 3 personnes sur 4, mal réparties sur le territoire haut-viennois (la majorité des répondants), présentant une offre peu diversifiée tant en termes de prise en charge que de type de handicap ou d'accompagnement au vieillissement. Cependant la qualité de la prise en charge est satisfaisante pour deux tiers des répondants.



2.2.4. La coordination des acteurs autour des personnes handicapées

La coordination des acteurs et la connaissance mutuelle des établissements et services reçoivent des avis mitigés sur leur qualité.



2.2.5. Les commentaires libres des professionnels et des représentants de personnes handicapées

- « Il serait souhaitable qu'il y ait davantage d'établissements de type MAS dans le département. Le département de la Haute-Vienne est le plus pauvre dans ce domaine. Le nombre de places dans ces établissements est insuffisant. C'est le parcours du combattant pour pouvoir obtenir une place et la famille est malheureusement contrainte d'accepter les rares places disponibles sur d'autres départements. L'éloignement géographique est douloureux aussi bien pour la personne handicapée que pour la famille. »
- « Il n'y a pas de MAS en quantité suffisante (délai d'attente pour une admission trop long) »
- « Les personnes handicapées vieillissantes sont laissées pour compte dans le département. »
- « Déjà beaucoup de choses à poursuivre et soutenir mais à noter un gros manque la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, comment gère-t-on les sorties d'ESAT ? et le manque de place pour les enfants handicapés en structures spécialisées. L'intégration en milieu ordinaire a des limites et à quel prix se fait-elle ? Un enfant « passe entre les mains » de 3 à 4 services par jour : soins infirmiers, école, service spécialisé, mode garde (assistante maternelle, crèche ou garde à domicile),... »
- « Augmentez les places en Saphad qui correspondent bien aux besoins des personnes pour un accompagnement de qualité »
- « Du fait de l'absence d'une convention avec la sécurité sociale, du faible investissement des caisses de retraite et des mutuelles en rapport à la profession d'ergothérapeute, ces professionnels sont rares dans le suivi à domicile des personnes âgées et handicapées, la demande est pourtant croissante, mais faute de financement, les personnes à qui profiterait un suivi ergothérapeutique doivent renoncer à cette prise en soins »

2.3. L'AVIS DES PERSONNES HANDICAPÉES

2.3.1. Présentation du questionnaire

L'avis des personnes handicapées est issu de l'analyse des réponses au questionnaire en ligne publié du 7 janvier au 11 juillet 2014. Le questionnaire a été diffusé par le Conseil général, par les établissements et services et par la Caf. Cette dernière a envoyé le questionnaire à 2 637 personnes bénéficiaires de l'AAH. Les réponses complétées à plus de 10 % ont été extraites le 11 juillet 2014. 311 réponses ont pu être exploitées.

Ce questionnaire est un indicateur de tendances du fait de la non exhaustivité du nombre de personnes ayant répondu et d'un nombre de réponses inégal à certaines questions.

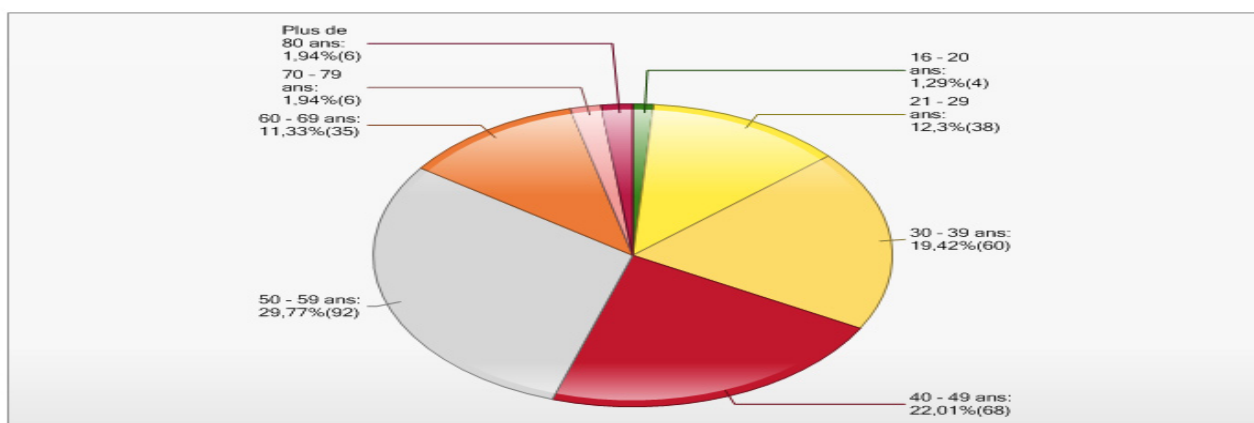
75 % des questionnaires ont été complétés par la personne handicapée elle-même, 20 % par un membre de la famille et 5 % par le tuteur ou le curateur de la personne handicapée.

2.3.2. Présentation du profil des répondants

55 % des répondants sont des hommes.

43 % des 307 répondants à la question concernant la situation familiale sont en couple, 43 % vivent seuls et 14 % vivent avec leur famille (avec leurs parents).

En termes d'âge, environ 67 % des répondants a 40 ans et plus.



Parmi les 268 répondants qui connaissent le territoire de la Haute-Vienne qui correspond à leur lieu d'habitation :

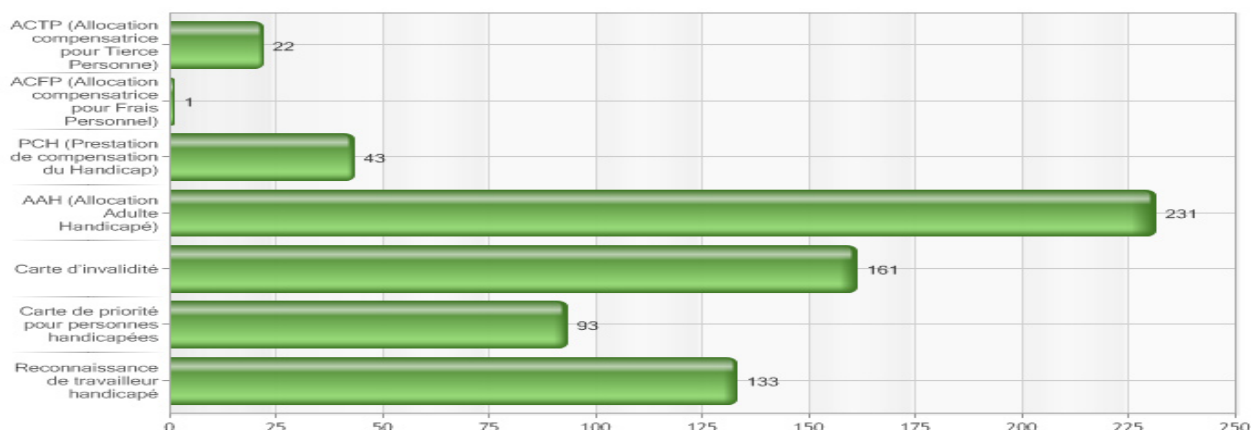
- 47 % vivent dans le territoire Centre Haute-Vienne ;
- 21 % dans le territoire Nord Haute-Vienne ;
- 16 % dans le territoire Sud Haute-Vienne ;
- 16 % dans le territoire Ouest Haute-Vienne.

Un répondant sur deux (158) a son lieu d'habitation ou sa structure d'hébergement situés hors de la Haute-Vienne mais dans la région Limousin.

2 répondants ont leur lieu d'habitation ou leur structure d'hébergement qui se situe hors de la région Limousin.

90% des répondants ne bénéficient pas d'une mesure de protection (curatelle, tutelle...). Parmi les 31 personnes qui bénéficient d'une mesure de protection, 61% rencontrent leur tuteur une fois par semaine, 19% de façon irrégulière, 16% une fois tous les 15 jours et 3% une fois par mois.

231 personnes perçoivent l'Allocation Adultes Handicapé (AAH), 161 personnes ont une carte d'invalidité et 133 personnes ont une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.



88 % des répondants ne bénéficient pas d'une pension de retraite.

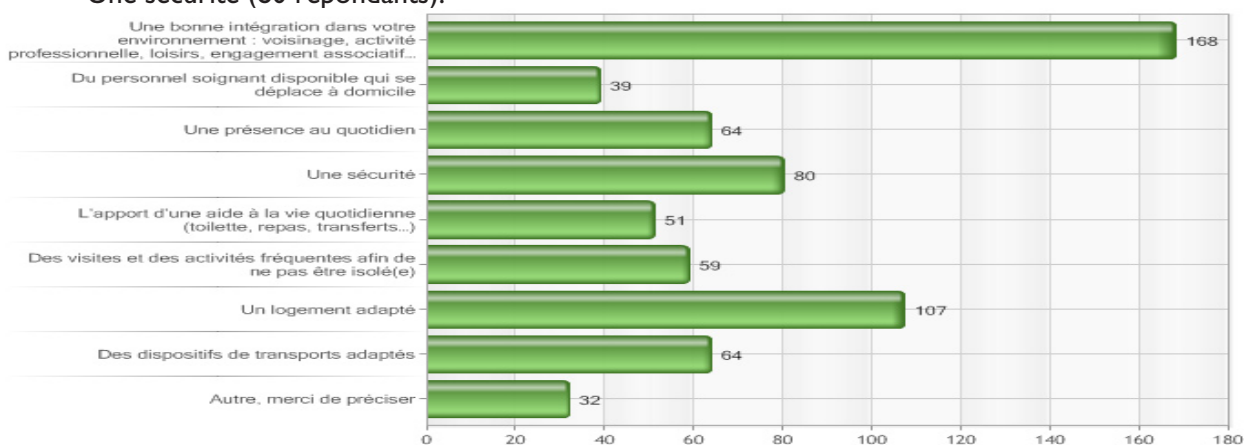
Parmi les répondants, 54 % bénéficient d'une orientation / formation professionnelle et 46 % d'une orientation vers un établissement ou un service spécialisé.

Actuellement, 90 % des répondants vivent à domicile, 6 % vivent en établissement et 4 % vivent à domicile mais bénéficient d'un accueil de jour en établissement.

2.3.3. La vie à domicile

Les trois éléments qui contribuent à la qualité de vie à domicile qui ont été le plus fréquemment cochés par les répondants sont :

- Une bonne intégration dans votre environnement : voisinage, activité professionnelle, loisirs, engagement associatif... (168 répondants) ;
- Un logement adapté (107 répondants) ;
- Une sécurité (80 répondants).



55% des répondants indiquent vivre à domicile sans l'aide d'un membre de leur famille.

Parmi les 125 répondants qui vivent à domicile avec l'aide d'un proche, 19% ont indiqué que leur aidant familial a cessé ou réduit son activité professionnelle pour les aider dans leur prise en charge au quotidien.

79% des répondants qui vivent à domicile ont indiqué ne pas avoir aménagé leur logement pour pouvoir rester à domicile.

Parmi les répondants qui ont aménagé leur domicile en lien avec leur handicap ou en lien avec la qualité de leur habitat, 46 % ont aménagé les sanitaires (salle de bains, toilettes...), 22% ont aménagé une chambre en rez-de-chaussée, 14% ont changé le chauffage.

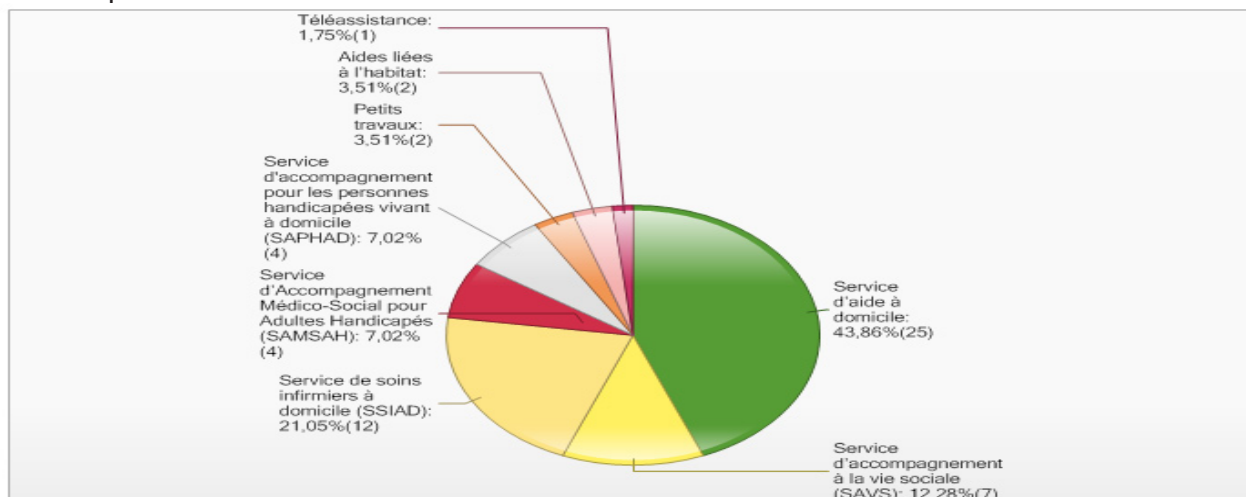
Type d'aménagement	Nombre derépondants	%
Sanitaires	46	46 %
Chambre au rez-de-chaussée	22	22 %
Chauffage	14	14 %
Rampe d'escalier	8	8 %
Maison de plain-pied	4	4 %
Cuisine	2	2 %
Volets électriques	1	1 %
Poignées de sécurité salle de bains/matelas bas	1	1 %
Appareils en braille	1	1 %
Ascenseur	1	1 %
Accès intérieurs et extérieurs	1	1 %
Total	101	100%

69% des répondants ne bénéficient pas de l'intervention d'un service à domicile.

Parmi les personnes qui bénéficient d'un service à domicile, 33% ont recours à un SAAD, 21% à un SSIAD et 9% à un SAVS.

Type de service à domicile qui intervient auprès de vous	Nombre de
Service d'aide à domicile	35
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	20
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	9
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)	7
Téléassistance	7
Service d'accompagnement pour les personnes handicapées vivant à domicile (SAPHAD)	6
Aides liées à l'habitat	6
Petits travaux	5
Démarches administratives	5
Total	100

Les SAAD, les SSIAD et les SAVS interviennent le plus auprès des personnes handicapées en termes d'heures par semaine.



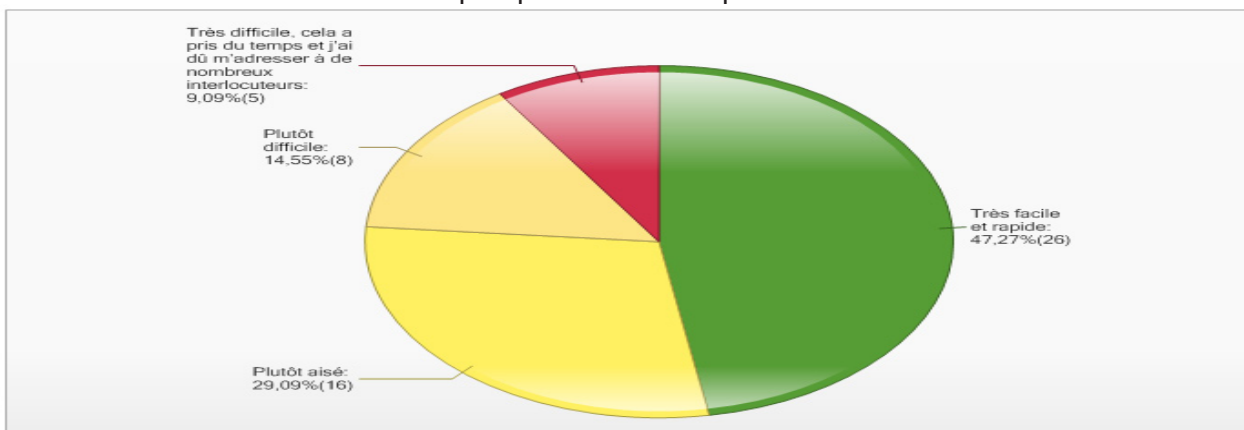
Le service principal intervient auprès des personnes handicapées

- Entre 1 an et moins de 3 ans pour 28 % des répondants ;
- Plus de 5 ans pour 28 % des répondants ;
- Entre 3 ans et moins de 5 ans pour 16 % des répondants
- Moins de 6 mois pour 17 % des répondants ;
- Entre 6 mois et moins d'un an pour 12 % des répondants.

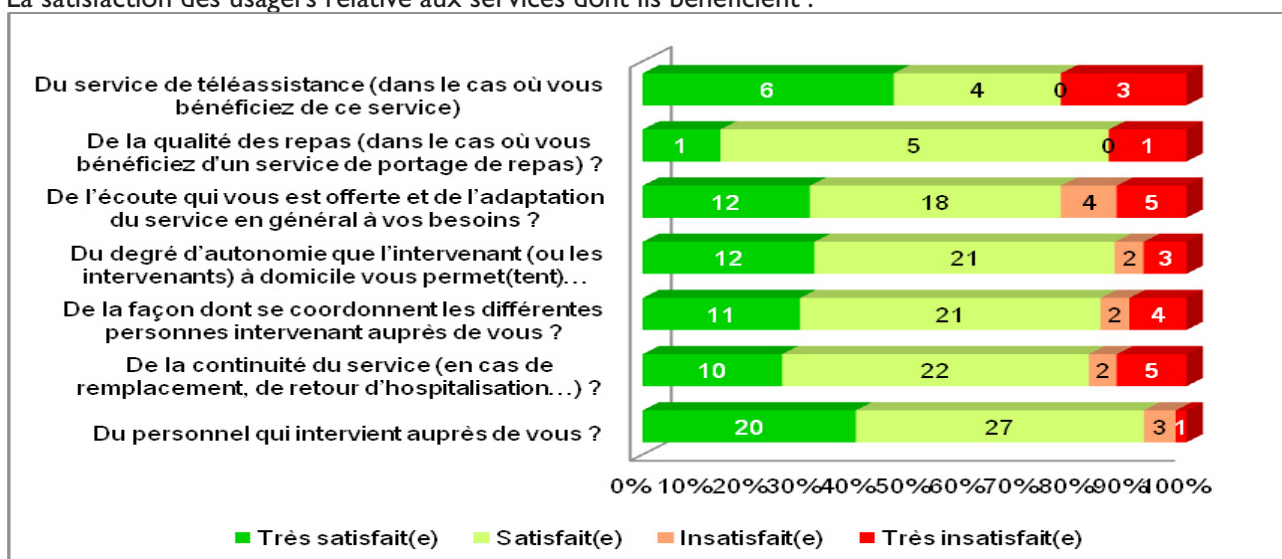
29 % des répondants ont été orientés vers le service par la MDPH, 23 % par un professionnel de santé et 18 % par une association.

Moyen de connaissance du service	Nombre de répondants	%
Par l'intermédiaire de la MDPH	16	29 %
Par un professionnel de santé	13	23 %
Par une association	10	18 %
Par le bouche-à-oreille	7	13 %
Par une assistante sociale	4	7 %
Par un proche	3	5 %
Par le travail	2	4 %
Par l'intermédiaire du personnel d'une Maison du Département	1	2 %
Total	56	100%

L'accès au service a été très facile et rapide pour 47 % des répondants :



La satisfaction des usagers relative aux services dont ils bénéficient :



L'intervention du service à domicile correspond aux attentes et aux besoins spécifiques des répondants :

- Dans l'ensemble oui pour 57 % des répondants ;
- Oui, tout à fait pour 30 % des répondants ;
- Pas vraiment pour 11 % des répondants ;
- Pas du tout pour 2 % des répondants.

La vie à domicile correspond aux besoins et aux attentes de 82 % des 260 répondants.

Les 207 répondants qui vivent à domicile et qui ont poursuivi le questionnaire ont une image de l'hébergement en établissement :

- Négative pour 48 % des répondants ;
- Très négative pour 27 % des répondants ;
- Positive pour 23 % des répondants ;
- Très positive pour 1 % des répondants.

94 % d'entre eux ne souhaitent pas bénéficier d'un hébergement en établissement.

Pourquoi je ne souhaite pas bénéficier d'un hébergement en établissement	Nombre de répondants	%
La vie à domicile me convient bien	207	85 %
Je n'ai pas confiance dans la qualité d'accueil des établissements	11	5 %
Je ne connais pas d'établissement adapté à mon handicap sur le département	8	3 %
Je suis encore suffisamment autonome	4	2 %
Je souhaite rester indépendant	2	1 %
J'ai un enfant à charge	2	1 %
Les établissements sont trop loin de chez moi	2	1 %
Je préférerais un logement adapté ou un logement-foyer	1	0 %
Je suis encore trop jeune	1	0 %
Total	243	100%

Parmi les personnes qui souhaitent bénéficier d'un hébergement en établissement :

- 26 % souhaitent bénéficier d'un internat ;
- 26 % d'un accueil temporaire ;
- 26 % d'un accueil modulable / en alternance ;
- 21 % d'un accueil de jour.

18 personnes ont indiqué avoir une orientation vers un établissement ou un service spécialisé. Parmi elles, 28 sont orientées en foyer de vie, 22 % en MAS et 17 en ESAT.

Orientations	Nombre de répondants	%
Foyer de vie	5	25 %
Maison d'accueil spécialisé	4	20 %
ESAT	3	15 %
Foyer d'accueil médicalisé	2	10 %
UEROS	1	5 %
Accueil de jour	1	5 %
CRP	1	5 %
Maison de retraite / EHPAD	1	5 %
IME	1	5 %
ESAT + SAVS	1	5 %
Total	20	100%

Parmi 249 répondants, 5 personnes soit 2 % des répondants seraient intéressées par un hébergement en famille d'accueil.

Parmi 231 répondants, 41 personnes soit 18 % seraient intéressés par un hébergement en appartement adapté.

2.3.4. La vie en établissement

18 personnes ont indiqué le nom de leur établissement :

- EHPAD de l'hôpital intercommunal du Haut-Limousin site de Magnac-Laval, 5 sens à Landouge et Saint-Yrieix-la-Perche (3 personnes)
- Centre Hospitalier Esquirol Limoges (2 personnes)
- MAS de Chamberêt en Corrèze (1 personne)
- Mas de Saint-Laurent de Belzagot en Charente (1 personne)
- Centre Hospitalier Spécialisé la Valette à St Vaury dans la Creuse (1 personne)
- Accueil de jour Euréka Les Amis de l'Atelier (1 personne)

- ESAT de Panazol (1 personne)
- FAM Aixe-sur-Vienne (1 personne)
- FV Ambazac (1 personne)
- FV Panazol (2 personnes)
- FV Beaubreuil à Limoges (1 personne)
- FV Jeanne Chauveau à Limoges (1 personne)
- FV Feytiat (1 personne)
- IME Eyjeaux (1 personne)

Parmi les 25 personnes en établissement :

- 36 % y résident ou s'y rendent depuis 1 an à moins de 3 ans ;
- 24 % y résident ou s'y rendent depuis 3 ans à moins de 5 ans ;
- 24 % y résident ou s'y rendent depuis plus de 5 ans ;
- 12 % y résident ou s'y rendent depuis 6 mois et moins d'un an ;
- 4 % y résident ou s'y rendent depuis moins de 6 mois.

76 % des résidents vivent en FAM, FV, EHPAD et MAS :

De quel type d'établissement s'agit-il ?	Nombre de répondants	%
Foyer de vie	8	32 %
Maison de retraite / EHPAD	4	16 %
Maison d'accueil spécialisé	4	16 %
Foyer d'accueil médicalisé	3	12 %
Hôpital psychiatrique	2	8 %
Accueil de jour	2	8 %
Foyer d'hébergement	1	4 %
IME	1	4 %
Total	25	100%

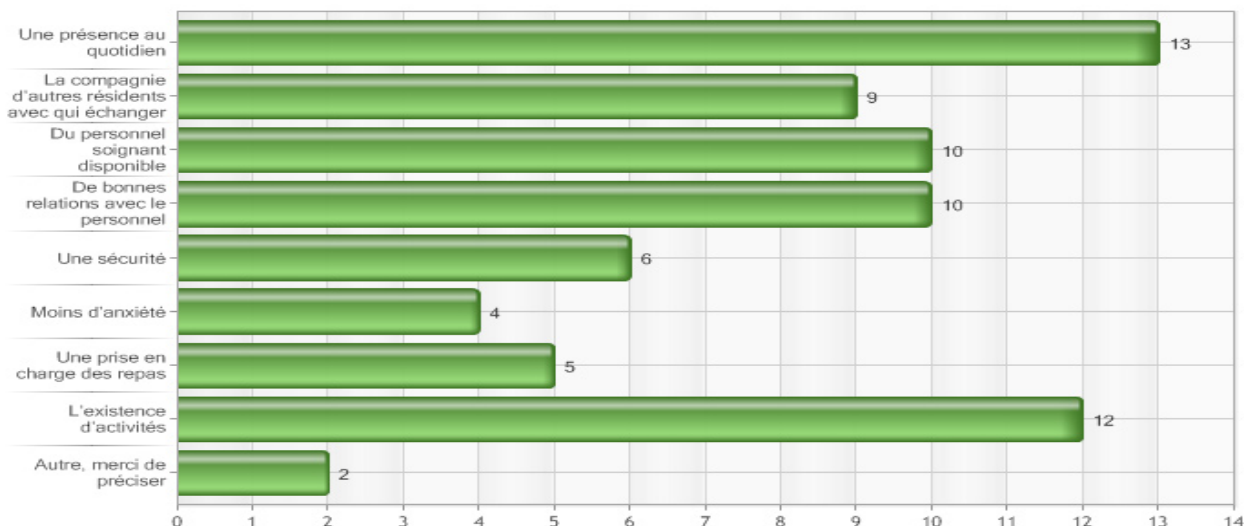
76 % des 25 répondants sont accueillis en internat, 20 % en accueil de jour et 4 % en accueil temporaire / modulable.

Concernant l'accès à l'établissement, les répondants estiment qu'il a été :

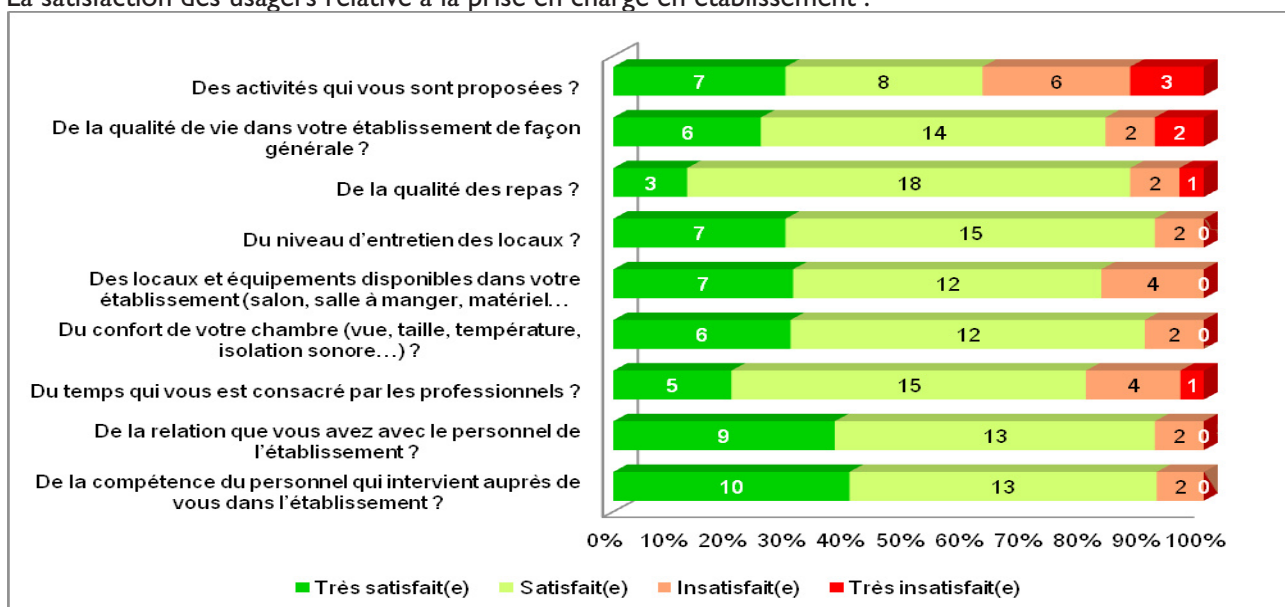
- Plutôt aisé pour 56 % ;
- Plutôt difficile pour 24 % ;
- Très facile et rapide pour 12 % ;
- Très difficile, cela a pris du temps et j'ai dû m'adresser à de nombreux interlocuteurs pour 8 %.

Parmi les éléments qui contribuent à la qualité de vie en établissement, les répondants ont sélectionné le plus souvent :

- Une présence au quotidien ;
- L'existence d'activités ;
- Du personnel soignant disponible ;
- La compagnie d'autres résidents avec qui échanger.



La satisfaction des usagers relative à la prise en charge en établissement :



88 % des répondants (25 personnes) peuvent rencontrer une personne pour discuter (bénévole, psychologue, personnel socio-éducatif, ...) qu'ils rencontrent :

- De façon irrégulière pour 45 % des répondants ;
- Plus d'une fois par semaine pour 18 % ;
- Une fois par semaine pour 23 % ;
- Une fois par mois pour 14 %.

La vie dans la structure d'hébergement actuelle correspond aux attentes de 79 % des répondants. Parmi les personnes qui sont insatisfaites de leur structure d'accueil actuelle 4 sur 5 envisagent de demander une nouvelle orientation vers :

- Un FAM en accueil modulable / alternance ;
- Un FH occupationnel en internat ;
- Un FV en internat ;
- Un accueil familial en internat.

2.3.5. L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

41 % des répondants soit 108 personnes sont en capacité de travailler en milieu ordinaire.

La majorité des répondants en capacité de travailler en milieu ordinaire est actuellement à la recherche d'un emploi (39 %). 33 % sont actifs et en situation d'emploi.

Occupation actuelle	Nombre de répondants	%
En recherche d'emploi	47	39 %
Actif, en situation d'emploi	39	33 %
Retraité	18	15 %
En formation	12	10 %
Congé parental	3	3 %
Total	119	100%

58 personnes soit 26 % des 225 répondants sont en capacité de travailler en entreprise adaptée.

Parmi eux, 40 % sont à la recherche d'une place dans une entreprise adaptée et 23 % sont actuellement employés dans une entreprise adaptée.

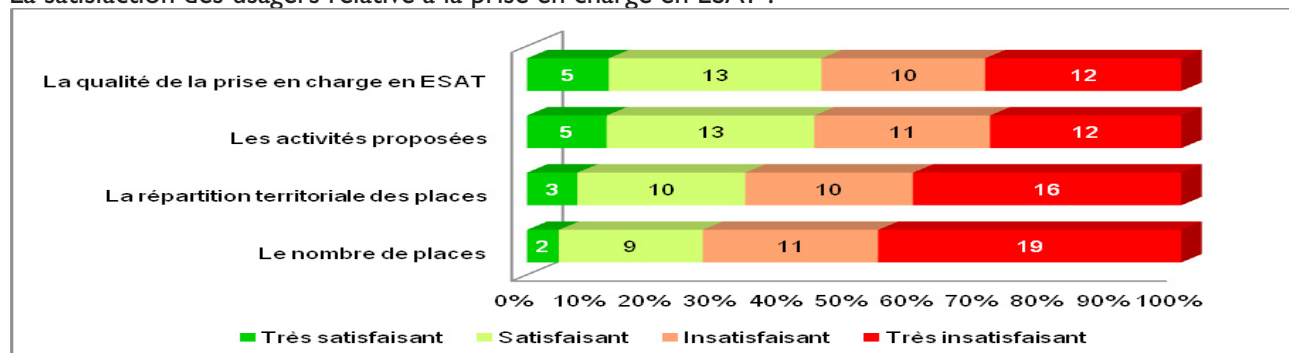
Occupation actuelle	Nombre de répondants	%
En recherche de place dans une entreprise adaptée	19	40 %
Actif, en situation d'emploi dans une entreprise adaptée	11	23 %
En formation	5	11 %
Arrêt maladie	4	9 %
Recherche d'emploi en milieu ordinaire	4	9 %
Femme au foyer	3	6 %
Salarié en milieu ordinaire	1	2 %
Total	47	100%

18 % des 217 répondants soit 38 personnes sont en capacité de travailler en ESAT.

50 % d'entre eux sont à la recherche d'une place en ESAT et 33 % sont en poste en ESAT.

Occupation actuelle	Nombre de répondants	%
En recherche de place dans un ESAT	15	50 %
Actif, en situation d'emploi dans un ESAT	10	33 %
En formation	2	7 %
Retraité	1	3 %
Arrêt maladie	1	3 %
En IMPRO	1	3 %
Total	30	100%

La satisfaction des usagers relative à la prise en charge en ESAT :



2.3.6. L'accès aux activités sociales et culturelles et aux transports

40 % des répondants (106 personnes) pratiquent des activités sportives et de loisirs.

Ils estiment que l'accès à ces activités est :

- Plutôt aisé pour 39 % des répondants ;
- Plutôt difficile pour 26 % ;
- Très facile et rapide pour 22 % ;
- Très difficile pour 12 %.

Les répondants ont indiqué que les équipements fréquentés lors des activités sont :

- Accessibles pour 45 % des répondants ;
- Partiellement accessibles pour 29 % ;
- Très accessibles pour 20 % ;
- Pas du tout accessibles pour 6 %.

41 % des répondants pratiquent des activités culturelles (103 personnes).

Ils estiment que l'accès à ces activités culturelles est :

- Plutôt aisé pour 50 % des répondants ;
- Plutôt difficile pour 26 % ;
- Très facile et rapide pour 22 % ;
- Très difficile pour 2 %.

Les répondants ont indiqué que les équipements fréquentés lors des activités sont :

- Accessibles pour 48 % des répondants ;
- Partiellement accessibles pour 26 % ;
- Très accessibles pour 20 % ;
- Pas du tout accessibles pour 5 %.

34 % des répondants utilisent un réseau de transport en Haute-Vienne (86 personnes) :

- Réseau de transport en commun de la ville de Limoges pour 71 % des répondants ;
- Réseau de bus pour 24 % ;
- HANDICAR 87 (transport adapté) pour 5 %.

Les répondants estiment que l'accès à ces réseaux de transport est :

- Plutôt aisé pour 35 % des répondants ;
- Plutôt difficile pour 28 % ;
- Très difficile pour 20 % ;
- Très facile et rapide pour 17 %.

Les commentaires libres suivants ont été écrits au sujet des transports et des loisirs :

Handicar 87 :

- « On ne choisit pas les horaires pour le dispositif Handicar (mais le chauffeur est sympathique) »
- « Les horaires du dispositif Handicar sont inadaptés, les rendez-vous ne sont pas modifiables et doivent être pris longtemps en avance »
- « Il n'y a pas assez de bus pour les personnes qui travaillent et donc il est nécessaire que j'adapte mes horaires de travail par rapport aux transports. Heureusement que j'ai un employeur conciliant. »
- « Je n'ai jamais eu accès au dispositif Handicar ou à un autre réseau malgré mes démarches. Je devais prendre un taxi avec les contraintes que cela impose par rapport à mon fauteuil roulant »
- « Le service des transports pour les personnes handicapées est très difficile à obtenir. On doit prévenir assez longtemps à l'avance. »
- « Pour Handicar 87, je trouve que certaines plages horaires sont saturées et ne permettent pas une bonne disponibilité/ accessibilité du service ; »
- « Transport adapté insuffisant (surtout pour les personnes lourdement handicapées et les déficients sensoriels) donc accès très difficile aux loisirs et à la culture. »

Bus de Limoges :

- « En ce qui concerne le transport en bus à Limoges, il est limité, surtout le week-end, le soir, et les jours fériés »
- « Étant déficient visuel, j'ai de grosses difficultés pour voir les destinations des bus et les horaires »
- « Étant malvoyante je trouve parfois difficile de repérer quel est le bus qui arrive à l'arrêt (comme à Churchill par exemple...) »
- « Il n'y a pas de tarifs spéciaux pour les personnes handicapées »
- « J'habite Panazol, je travaille jusqu'à 20h et à cette heure-là il n'y a plus de bus, mes « arrêts » n'ont pas d'horaires affichés »
- « Le réseau et les équipements de transport urbain de Limoges ne sont pas entièrement adaptés aux non-voyants »
- « Le réseau de transport en commun de la ville de Limoges est adapté pour aller en centre-ville mais beaucoup trop long pour aller de l'établissement au domicile des parents. 1 heure minimum en bus contre 15 mn en voiture. Il faut prendre 2 bus et faire le tour de Limoges en bus pour rentrer le week-end. Système abandonné le vendredi pour rentrer au domicile au profit du véhicule des parents. »
- « Tous les bus ne sont pas adaptés au handicap visuel ainsi que les arrêts de bus (signalisation sonore et visuelle, accessibilité aux horaires de bus et fréquence de passage de bus) »
- « Les horaires ne permettent pas de pratiquer les activités ou sorties se terminant au-delà de 20 h. Pendant l'été il arrive que je travaille en horaires décalés et je n'ai aucun transport pour me rendre à mon travail alors que j'habite à Limoges »
- « Les déplacements en fauteuil sont compliqués à cause des trottoirs, des zones pavées, des poteaux (signalisation, trolley, feux de circulation,...) gênant le passage et les voitures stationnées sur le trottoir »
- « Quand on a une mobilité réduite, se confondre dans la normalité est difficile car tout est très rapide autour de nous, les conduites des chauffeurs de bus sont brusques, nous avons rarement le temps de nous installer en sécurité »
- « Manque de renseignements audio pour les arrêts et lorsqu'ils existent le son est trop faible. Pas de bornes avec des infos en braille pour connaître la zone desservie ou bien divers renseignements. »

Le réseau de bus hors de Limoges / RDTHV :

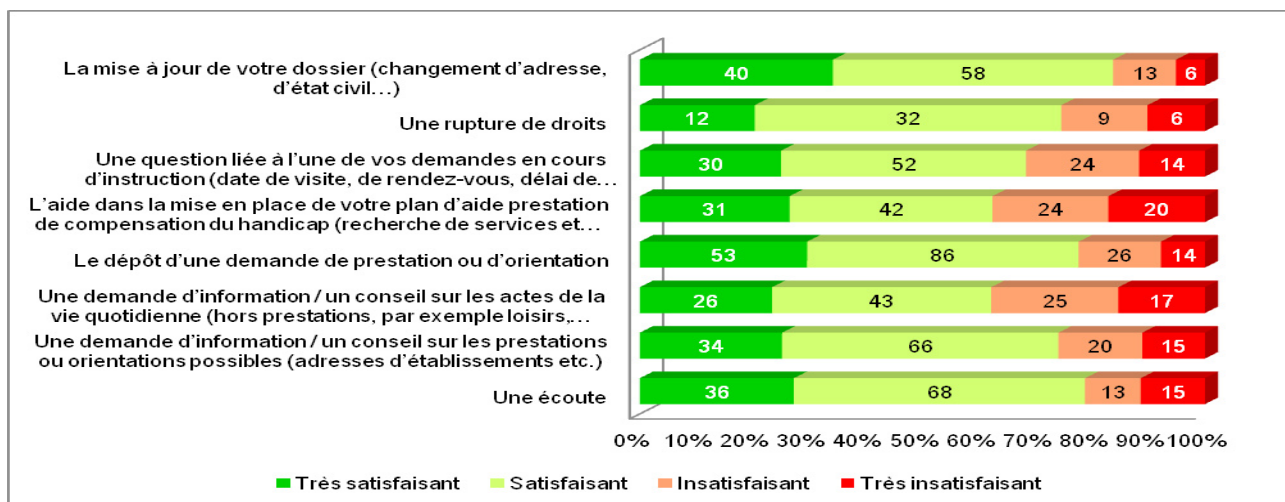
- « Il n'y a pas de vrai réseau, utile aux habitants, comme un bus qui toutes les heures desservirait toute la campagne avec arrêt dans les Gares et en Centre-Ville et aussi dans les Centres Commerciaux de la Région (exemple : un car de Mézières à Limoges / Saint-Junien à Bessines en passant par tous les villages et gares et Centres Commerciaux) »
- « Je prends le réseau RDTHV occasionnellement »
- « L'accès aux transports en commun est très compliqué pour une personne aveugle ce qui explique ma sédentarité »
- « Les transports dans nos campagnes ont des horaires mal adaptés à nos besoins (exemple un bus le matin pour se déplacer à Limoges et le plus souvent un le soir pour rentrer pas avant 17 h). Il serait bien de penser à des solutions adaptées pour les personnes ne pouvant se déplacer que par les transports »
- « Nous avons un car dans Mézières sur Issoire qui vient le matin à 6h15 mais pas pendant les vacances. Ensuite nous avons un car le midi, mais on nous a dit qu'il va peut-être disparaître. Étant donné que ce bus nous permet de nous déplacer à Limoges pendant les vacances pour faire nos courses ou avoir accès aux centres médicaux spécifiques à nos handicaps, je serai obligé de mettre ma maison en vente et de partir vers des endroits plus accessibles »
- « Les villages de campagne sont isolés et il faut une voiture pour faire la moindre course »

Loisirs :

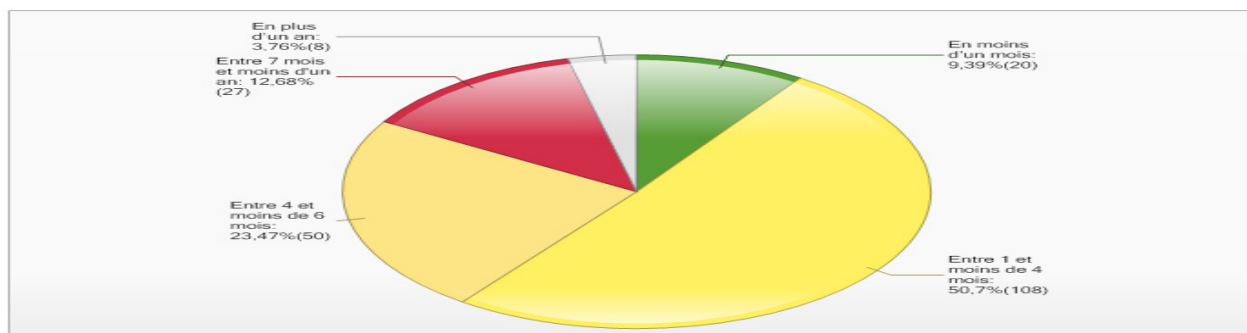
- « Je n'ai aucun loisir par manque de moyens »
- « L'école de musique municipale de la Ville de Limoges n'est toujours pas accessible aux personnes en fauteuil roulant et c'est réellement dommage. J'ai dû arrêter mon activité dans l'espoir qu'un jour cela soit accessible »
- « Il n'y a pas d'activité sportive ou culturelle proposée par le Foyer »
- « Il y a peu d'activités qui me sont proposées compte tenu de mon polyhandicap mental et moteur »
- « J'aimerais participer à des activités et être accompagné mais je suis loin de tout et les structures qui pourraient me correspondre sont déjà surbookées »
- « Les activités culturelles ou de loisir sont souvent loin des centres villes et le réseau de transport en commun n'est pas adapté pour participer à ces activités (surtout en soirée) »
- « Mon état de santé et surtout mes moyens financiers ne me permettent pas de pratiquer quoi que ce soit »
- « Peu d'activités sont proposées au sein de l'hôpital par manque de personnel compétent pour l'encadrement de personnes handicapées »
- « Je regrette que le théâtre du Cloître, le plus proche de mon domicile ne soit pas mieux équipé pour les personnes handicapées. Boucle magnétique par exemple. »
- « L'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire est compliquée : rejet de la part des citoyens « ordinaires » et accès parfois impossible en raison des horaires »
- « Vie sociale très insuffisante »
- « Je vais à la piscine et il y a souvent des escaliers, ce qui n'est pas facile pour moi »

2.3.7. La MDPH

La satisfaction des usagers relative aux réponses apportées par la MDPH :



En termes de délais de traitement des demandes, la moitié des répondants a indiqué que la décision a été envoyée entre 1 et moins de 4 mois après le dépôt de la demande.

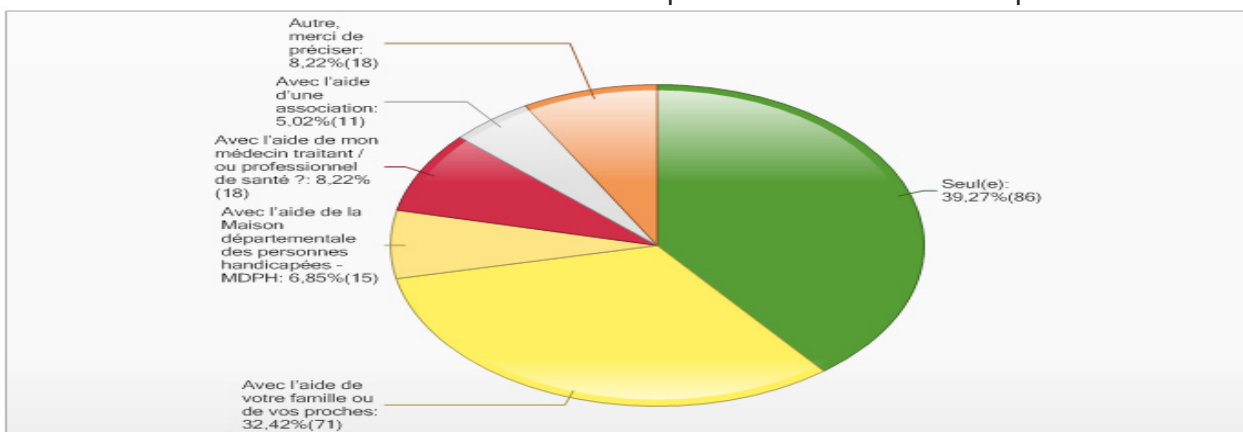


Les délais de traitement ont semblé :

- Satisfaisants pour 19 % des répondants ;
- Acceptables pour 33 % des répondants ;
- Plutôt longs pour 16 % des répondants.
- Trop longs pour 31 % des répondants ;

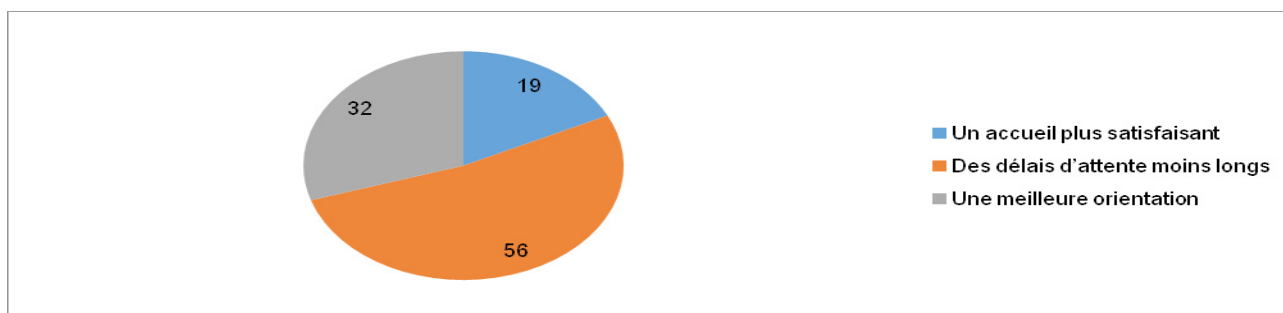
144 répondants bénéficient de l'intervention de différents professionnels (médecin, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, travailleur social,...). Parmi eux, 58 % estiment qu'il n'existe pas de coordination entre les différents professionnels.

En termes d'élaboration du projet de vie, 39 % des 219 répondants ont élaboré seuls leur projet de vie, 32 % l'ont élaboré avec l'aide de leur famille ou de leurs proches et 7 % ont été aidés par la MDPH.



58 % des répondants (93 personnes) estiment que les différents services qui sont proposés, en établissement ou à domicile, leur permettent de mettre en œuvre leur projet de vie.

54 % des 204 répondants indiquent avoir des attentes particulières par rapport à la MDPH. Parmi eux, 56 % ont indiqué souhaiter que les délais d'attente soient moins longs, 26 % que la MDPH les oriente et les aide à trouver une structure ou un service et 19 % souhaitent que l'accueil de la MDPH soit plus satisfaisant.



Pour améliorer la qualité de l'aide apportée aux personnes handicapées en établissement et ou à domicile, les répondants ont cité les thèmes suivants comme étant prioritaires :

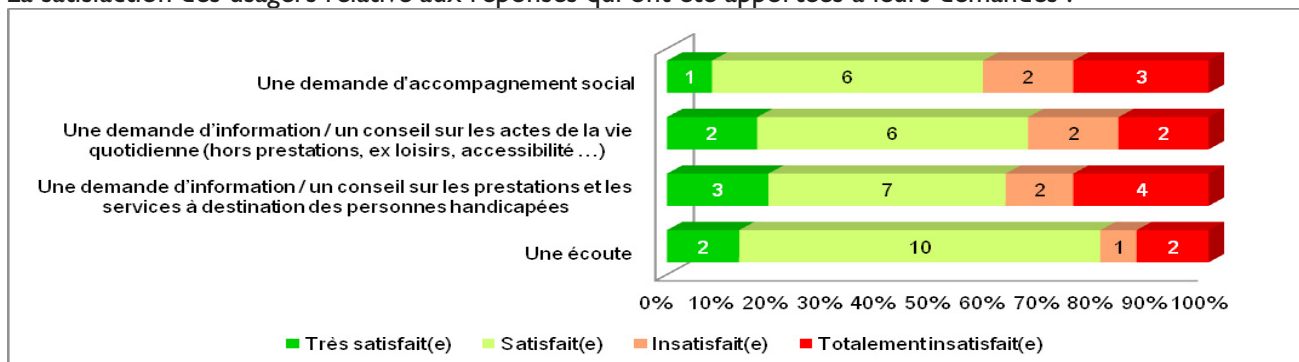
- La création de places en structures spécialisées ;
- Une écoute et un accompagnement par la MDPH ;
- Plus d'aides financières (pour une aide-ménagère, ou encore pour des loisirs) ;
- Informer plus et mieux sur les aides pour adapter le logement ;
- Lutter contre l'isolement des personnes handicapées ;
- Améliorer les transports ;
- Reconnaître les aidants familiaux ;
- Réduire les délais d'attente de la MDPH.

2.3.8. Les référents autonomie des MDD

6 % des répondants soit 13 personnes connaissent les référents autonomie des MDD. Parmi eux, 85 % savent quelles sont les missions des référents autonomie.

6 % des répondants soit 13 personnes ont déjà fait appel aux services des référents autonomie.

La satisfaction des usagers relative aux réponses qui ont été apportées à leurs demandes :



18 % des répondants soit 23 personnes ont des attentes particulières vis-à-vis des MDD et des référents autonomie.

Les 2 répondants ayant précisé leur réponse ont indiqué qu'ils souhaiteraient mieux connaître les services proposés par les MDD.

2.3.9. Les commentaires libres des personnes handicapées

Demandes d'information :

- « Organiser des réunions d'information au profit des parents, tuteurs, et des personnes concernées par le handicap et que ce ne soit pas des associations qui organisent chacune de leur côté des réunions où parfois les éléments apportés ne sont pas toujours complets vis à vis des différents organismes. »
- « Créer un bulletin d'information et de liaison à destination des personnes handicapées les informant de leurs droits »
- « C'est ce questionnaire qui nous informe de missions possibles des MDD en faveur du handicap ... (quel lien avec la MDPH ?) »
- « Des explications claires concernant la PCH et les aides techniques. »

Demandes de places :

- « C'est bien de donner un accord de prise en charge vers une liste de foyers occupationnels encore faut-il qu'il y ait de la place sinon cela ne sert à rien du tout »
- « Il existe des départements où des attentes comme les miennes ont trouvé des solutions ; pourquoi pas en Haute Vienne ? (Quid des projets innovants ?) »
- « Il y a très peu d'offre d'emploi pour les personnes handicapées »



POUR EN SAVOIR PLUS

Le Département est un acteur majeur des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et des personnes adultes handicapées, tant au titre des actions concourant au maintien à domicile que du financement des structures d'accompagnement ou d'accueil.

Le budget consacré à ces différentes missions est, pour 2015, de 57 886 360 € pour les personnes âgées et de 64 448 338 € pour les personnes handicapées.

Ce schéma départemental de l'autonomie qui englobe ces deux secteurs, s'inscrit pleinement dans les orientations de la loi de février 2005 sur les droits des personnes en situation de handicap et des propositions du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Des objectifs tels que le droit au répit pour les aidants familiaux, l'adaptation des logements au handicap et au vieillissement, la lutte contre l'isolement et le respect du libre choix du maintien à domicile, sont autant de thèmes abordés lors de la concertation et pour lesquels des propositions d'actions ont été faites.

Communiquez, consultez ou téléchargez l'intégralité du schéma départemental d'autonomie 2015-2019 sur www.haute-vienne.fr (rubrique "publications").



11, rue François Chénieux – CS 83112
87031 Limoges cedex 1

 **D'INFOS**
haute-vienne.fr