

Le projet régional de santé : où en est-on ?

L'Agence régionale de santé (ARS) du Nord Pas-de-Calais doit mettre en place pour 2012 son projet régional de santé (PRS), composé d'un certain nombre de plans, de schémas et de programmes. Première étape de l'écriture de ce schéma : le plan stratégique régional de santé (PSRS) qui a été présenté le 7 juillet 2011 à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

● La composition du futur PRS

Le Projet régional de santé sera composé d'un plan stratégique régional de santé, de 3 schémas régionaux (de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-social), de 4 programmes obligatoires (télé-médecines, gestion du risque, PRIAC – accompagnement du handicap et perte d'autonomie- et PRAPS – accès à la prévention et aux soins-), et des programmes spécifiques non obligatoires (lutte contre les infections liés aux soins, lutte contre l'obésité...).

Pour l'instant, c'est surtout le plan stratégique régional de santé qui a été présenté aux partenaires. Ainsi, l'ARS a consulté la CRSA, le Conseil régional, le représentant de l'Etat dans la région, le conseil de surveillance de l'ARS, les Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais et un certain nombre de communes.

Le but du plan stratégique est de poser les constats des problématiques de santé de la région Nord Pas-de-Calais et d'y répondre par de grandes orientations stratégiques. Le but sera par la suite de les décliner dans les différents schémas et programmes précités, qui préciseront la planification des actions et l'attribution des moyens nécessaires.

● 2 constats importants, 2 objectifs ambitieux

Premier constat réalisé par l'ARS : l'écart persistant entre les indicateurs de santé de la région et ceux au niveau national. C'est désormais très connu : le Nord Pas-de-Calais présente les plus mauvais indicateurs de santé de France métropolitaine. Malgré l'effort de l'ensemble des partenaires santé, ces écarts restent significatifs. De plus, ils révèlent une vraie inégalité sociale et territoriale dans notre région.

Deuxième constat : ce mauvais état de santé de la population provoque une consommation de soins importante.

De manière générale, nous consommons plus de soins dans notre région que dans le reste de la France. Là encore, les écarts de consommation révèlent de vraies inégalités territoriales. En plus de l'état de santé de notre population, il est constaté un recours aux soins trop tardif.

Les objectifs du plan stratégique sont simples... mais ambitieux.

1er objectif : réduire l'écart entre les indicateurs régionaux de la région et ceux de la France métropolitaine.

2ème objectif : dégager des marges de manœuvre pour investir là où cela est nécessaire et pour maîtriser l'évolution des dépenses consacrées aux soins.

● Faire mieux... sans augmentation des dépenses

Ces deux objectifs paraissent en effet essentiels et il est important qu'ils soient repris dans le plan stratégique. Il n'y a pas de fatalité, et il est possible de corriger ces indicateurs caractérisant le mauvais état de santé de notre région. Néanmoins, nous avons du mal à voir comment l'ARS va procéder. Réduire les écarts de santé est faisable, mais cela a un coût important. Alors comment allier cet

objectif avec celui de maîtrise des dépenses de soins ?

L'ARS esquisse des réponses en proposant un recours aux soins plus précoce, en organisant une meilleure prise en charge des patients dans un parcours de soins coordonné, en diffusant une meilleure connaissance des risques et des pathologies au sein de la population...

Daniel Lenoir, directeur général de l'ARS, explique dans une récente interview que la réponse ne sera pas uniquement curative, mais qu'il faudra avoir recours à la prévention, à l'éducation du patient et à l'accès aux soins pour relever un tel déficit. Il faudra donc attendre pour voir comment seront déclinées ces actions dans les différents schémas et programmes. L'ARS a présenté à la CRSA le 7 juillet 2011 les grandes orientations des 3 schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. Le but est d'aboutir à une validation de ces schémas pour l'automne 2011. L'ensemble des partenaires et le conseil de surveillance de l'ARS devraient être saisis fin octobre sur le futur Projet régional de santé...

TR



RESPA



tout seul !

Journal à destination des partenaires du CLIC «Réseaux Ecoute Soutien Personnes Agées»
octobre 2011 n° 3

Actualités

Nouvel EHPAD à Ronchin

L'établissement Geneviève et Roger Bailleul

Bientôt, un nouvel Etablissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à Ronchin, rue Descartes. Deux ans après le démarrage du chantier, le futur Ehpad annonce une ouverture, très attendue, début novembre avec déjà 84 demandes de pré-admissions enregistrées.

Une enseigne accueillante



Géré par le Centre communal d'action sociale de Ronchin, l'établissement médico-social est implanté sur un ancien terrain agricole d'une superficie de 21 363 m² dans le quartier résidentiel du Champ-du-Cerf. L'établissement s'élève sur 3 niveaux (rez-de-chaussée, 1er et 2ème étages). Deux passerelles internes et externes permettent de relier les deux parties du bâtiment, disposant d'un total de 82 places dont une section Cantou de 12 places en accueil permanent et 4 places en accueil de jour.

Confort et bien-être des résidents

Au rez-de-chaussée se trouvent un espace accueil, une salle polyvalente, un salon de coiffure, une salle de gym douce, une salle de kinésithérapie ainsi que le bureau du médecin et le secrétariat. On y trouvera également une cuisine centrale, la salle à

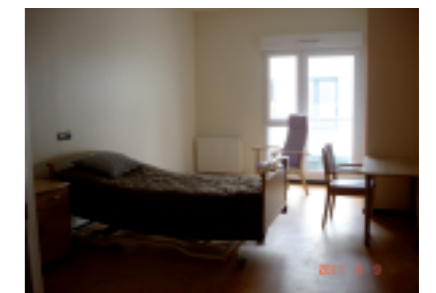
manger et une unité Alzheimer (Cantou).

A chaque étage, on retrouve deux lieux de vie, un salon avec télévision, une salle de bains commune avec baignoire médicalisée, une salle à manger avec kitchenette et terrasse.

Toutes les chambres ont une superficie moyenne de 25 m² et sont aménagées de manière à pouvoir accueillir aisément les personnes en fauteuil roulant. Elles disposent toutes d'une salle de bains avec douche et WC adaptés.

Tout, dans ce bâtiment flambant neuf, a été pensé pour que les personnes âgées se sentent bien !

C'est en tous cas le souhait du maire, M. Rabary et de son équipe municipale. A la tête de ce nouvel Ehpad, Béatrice Dellannoy, fraîchement arrivée, dispose de quelques mois pour préparer l'accueil des futurs «pensionnaires». Entre le recrute-



ment du personnel, l'aménagement intérieur et les rendez-vous de «pré-entrée», la nouvelle directrice a de quoi faire !

Les premières entrées sont programmées pour début novembre et seront échelonnées jusqu'en janvier, de manière à faciliter l'accueil des résidents.

SV

Suite P. 2

• Infos pratiques :

- Les dossiers de demandes de pré-admission sont disponibles au CCAS, en Mairie ainsi qu'à la Résidence Geneviève et 0 Roger Bailleur
- Les demandes d'admissions sont à adresser à M. le président du CCAS
- Pour tous renseignements et demandes de visite de l'établissement, s'adresser à la directrice, Mme Béatrice Delannoy.

Quelques chiffres :

- 60 places d'accueil permanent en section Ehpad - 12 places d'accueil permanent en section Cantou	- Coût du projet : 10 M€ - Prix de journée : 64 € 22 (hors ticket modérateur)	- 1 médecin coordinateur ½ ETP - 3 infirmières à temps plein dont une coordinatrice
- 6 places d'accueil temporaire - 4 places d'accueil de jour	- Subvention Conseil général : 1,5 M€ (hors mobilier)	- 19 aides soignantes ETP - 15 auxiliaires de vie ETP

Législation

Débat

Le débat national sur la dépendance stoppé dans son élan

Quatre groupes de travail

En janvier 2011, Roseline Bachelot, ministre de la cohésion sociale et des solidarités, met en place les quatre groupes de travail (d'une cinquantaine de personnes) chargés d'apporter

un point de vue spécifique sur la question de la dépendance : société et vieillissement ; enjeux démographiques et financiers de la dépendance ; accueil et accompagnement des personnes âgées ; stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Des débats en régions

D'avril à juin, une trentaine de débats ont lieu en région pour collecter les propositions des acteurs locaux.

Fin juin, les rapports de ce débat national sont rendus

Les dépenses liées à la dépendance connaîtront une augmentation relativement modérée malgré le doublement du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2060. Celles-ci ne représenteront toujours qu'une petite fraction de la population française.

Les politiques publiques doivent évoluer vis-à-vis du vieillissement. Vieillir ne signifie par forcément devenir dépendant, surtout si l'habitat, l'urbanisme et les technologies intègrent cette donnée dès le départ.

La prise en charge des personnes dépendantes doit être améliorée. Les outils d'évaluations sont souvent faussés par les plafonds de l'Apa. On évalue trop souvent des besoins dans la limite de ce que le

Ce devait être une des grandes réformes du quinquennat. Annoncé en 2007, un débat national permettrait d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes. Le 24 août 2011, François Fillon, premier ministre, annonçait les mesures visant à réduire la dette nationale. L'une d'elle était la suspension des réformes sur la dépendance dont le débat préliminaire venait de s'achever.

Conseil général pourra financer. La coordination doit faciliter l'accès aux services et être plus efficace.

Les prises en charge financières peuvent être améliorées en relevant le plafond de l'Apa en fonction des GIR et en les indexant non pas sur les prix – comme actuellement – mais sur les salaires.

Les moyens de dégager des ressources supplémentaires sont fortement médiatisés alors que le groupe de travail estime que cette question dépasse ses compétences et relève de la gestion des finances publiques. Des pistes sont cependant évoquées : CSG, DMTG, journée de solidarité supplémentaires...

Les rapports donnent donc des pistes intéressantes à explorer plus profondément, mais le triple A des agences de notation est là.

Fin août : dépendance – austérité : un plan en efface un autre

Le 24 août, les mesures d'austérité visant à réduire le déficit de la France sont annoncées par François Fillon et mettent un coup d'arrêt aux réformes. C'est la quatrième fois que la réforme est repoussée. Pendant ce temps, des personnes dépendantes réduisent leur nombre d'heures car les sommes restant à leur charge sont trop

élevées et des structures d'aide à domicile ferment car le financement de leurs prestations n'est plus en phase avec leurs coûts. Face au manque de moyens dont dispose ce secteur pour assister les

personnes dépendantes, n'est-il pas souhaitable de transférer une partie des dépenses publiques liées aux prestations de confort (simple ménage, cours à domicile) vers les personnes qui en ont le plus besoin ? Des milliers d'emplois restent à créer faute de financement de ces prestations.

En attendant une vraie réforme...

Suite à cet arrêt brutal, Bérengère Poletti, députée UMP est désormais chargée par Roselyne Bachelot d'animer une mission parlementaire pour définir les modalités de soutien des structures en difficultés, alors que depuis 2009, seize fédérations demandent un fond d'urgence de 100 millions d'euros...

On avance, on avance...

Références :

lesechos.fr -> Dossier : La réforme de la dépendance
solidarite.gouv.fr -> rapports des quatre groupes de travail
adessadomicile.org -> Un nouveau report de la réforme dépendance
lemonde.fr -> Le discret enterrement de la réforme de la dépendance
uniopss.asso.fr -> Dossier de presse : Y a-t-il encore un avenir pour l'aide aux personnes à domicile ?

PM

Santé

La chute chez la personne âgée I/2 : quelques généralités

Quelques chiffres suffisent à prendre conscience de la véritable problématique de santé publique qu'elles représentent. Actuellement, 20 % de la population est âgée de plus de 65 ans et la tendance au vieillissement va continuer. Or, un tiers des ces personnes et la moitié des plus de 85 ans feraient une chute par an.

En France, elles entraînent plus de 9000 décès par an chez les plus de 50 ans, un chiffre comparable à celui des accidents de la route.

Toutefois, la mortalité immédiate ne mesure pas à elle seule l'importance du problème. Les conséquences directes restent en général relativement bénignes, seules 10 % des chutes se compliquent de lésions physiques. Cependant, plus du tiers des patients hospitalisés seront ensuite placés en institution. La personne âgée tombe en effet parce qu'elle a atteint la limite de ses capacités à vivre de manière indépendante. Un accident en apparence mineur suffit à déstabiliser cet état d'équilibre précaire.

Une première chute est à considérer comme un signe d'alarme à ne pas négliger. Elle peut en effet entraîner la victime dans un cercle vicieux qui va la priver de son autonomie. Les suites sont fréquemment marquées par la peur de retomber et l'angoisse de marcher. La tendance est alors d'éviter les activités anxiogènes et de se réfugier dans la sédentarité, source apparente de sécurité, mais qui en réalité conduit à une régression des facultés motrices. Cette situation peut être aggravée par l'inquiétude justifiée des proches qui réagissent par une attitude exagérément protectrice.

Sans prise de mesure adéquates, le risque est grand de confirmer l'axiome : « Qui a chu, choir ».

Les dispositions à prendre pour prévenir les risques sont de natures diverses et s'adressent simultanément à la personne et à son environnement. Elles impliquent plusieurs professionnels, les proches et bien évidemment l'adhésion du patient lui-même.

Tout d'abord, le médecin, premier maillon de la chaîne, identifiera et prendra en charge les problèmes physiques qui ont favorisé la chute (problème de vision, d'hypotension, médication, dépression,

L'être humain est un animal de nature peu compatissant. Tombez malencontreusement sur vos fesses et vous déclencherez invariablement l'hilarité de tous vos congénères présents. La culbute est même un procédé comique inépuisable pour les auteurs en mal d'inspiration. Pourtant, l'épidémiologie des chutes et de leurs conséquences porte nettement moins à la rigolade.

rhumatisme...). Il peut également conseiller l'orientation vers les services sociaux si nécessaire ou prescrire l'intervention d'un thérapeute selon les besoins.

Une visite à domicile par l'ergothérapeute peut servir à identifier les zones et les comportements à risque à domicile du patient. Les coins sombres et mal rangés, les tapis et sol glissants, la salle de bain, les escaliers, autant de pièges. Des aménagements faciles à mettre en œuvre peuvent limiter les dangers (antiglis, poignée inversée, rampe d'escalier...). Il peut également prodiguer des conseils utiles (canne, chaussure, rangement...).

La rééducation effectuée par le kinésithérapeute a aussi son importance. Il traite les déficiences physiques à l'origine de la chute (raideurs articulaires, faiblesses musculaires, coordination...), entraîne les activi-

tés fonctionnelles à risque et contribuera à restituer les capacités de réaction en cas de déséquilibre. Il sera attentif aux besoins des capacités et des limites du patient.

On prend en compte aussi des troubles de l'équilibre caractéristiques du patient anxieux et âgé. En cas de déséquilibre, il se voit incapable de mettre en œuvre des réactions de protection qui permettent d'éviter les blessures. Un point essentiel doit aussi être abordé : le relèvement du sol. Une personne capable de se relever seule après une chute est en effet plus confiante et court moins de risques, car elle sait qu'elle ne restera pas allongée au sol durant des heures.

Vaste programme, direz-vous ! Force est d'admettre que ces mesures sont mises en place tardivement, après que la chute ait entraîné une hospitalisation. Et encore, les priorités à ce moment là sont la diminution des durées de séjours et ne laissent que peu de marge de manœuvre pour prévenir une nouvelle chute.

Bien que la prévention reste embryonnaire, une prise de conscience se développe petit à petit. Une réflexion doit avoir lieu à tout niveau afin de concevoir une prise en charge coordonnée. Le développement d'une prévention réfléchie est indispensable afin d'éviter dès aujourd'hui des souffrances inutiles et un coût social exorbitant.

Référence : Gérontologie préventive, Christophe Trivalle, Edition Masson

KG



Le suicide chez la personne âgée

Un tabou à lever

Entretien avec Camille Pontière psychologue clinicienne

Bernard Deschildre : Camille, vous avez souhaité aborder un sujet dont on ne parle pas assez, le suicide chez les personnes âgées. Tout d'abord pouvez-vous situer ce phénomène ?

Camille Pontière : La France est un des pays occidentaux les plus touchés par le suicide : 12 000 décès par an. Il est la première cause de mortalité chez les jeunes adultes et la troisième cause chez les personnes âgées, après les maladies cardiovasculaires et le cancer.

BD : Pouvez vous nous rappeler quelques définitions de base sur le sujet ?

CP : Le suicide est une mort volontaire. Le philosophe Durkheim l'a défini en 1897 comme « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer ». Les idées suicidaires correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort. Ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires.

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus menaçantes. Le suicide apparaît alors comme le seul moyen de faire taire une souffrance insupportable pour le sujet.

BD : Pourquoi n'en parle-t-on pas assez ?

Camille Pontière est une psychologue présentant une expérience variée : son cursus l'a emmené, aussi bien dans de gros établissements publics qu'en établissements plus petits, que ce soit en France métropolitaine ou dans les départements d'Outremer. Elle est notamment intervenue en soins palliatifs, chez les personnes âgées et chez les polytraumatisés et amputés. Elle travaille actuellement en Guadeloupe.

rriorisation de beaucoup d'anciens ne jouent pas en faveur d'un dépistage.

Il est essentiel pour le professionnel dans le domaine de la santé de savoir détecter et évaluer la crise suicidaire chez les patients concernés.

CP : Alors que le taux de suicide est de 17,1 pour 100 000 habitants en France, les personnes de plus de 60 ans sont à environ 30 pour les 75/84 ans et à 44 pour les 85/95 ans. Le silence est encore plus important parmi cette population. De plus, les tentatives aboutissent beaucoup plus que chez les sujets plus jeunes.

BD : Pourquoi cela ?

CP : Les personnes âgées utilisent des méthodes plus radicales que les autres populations : pendaison, arme à feu et défenses-tration sont fréquentes.

BD : Quelles sont les causes de ses tentatives nombreuses ?

CP : Les causes sont variées et trop souvent ignorées : solitude accentuée par le veuvage, sentiment d'inutilité, maladie qui diminue le corps et l'esprit... Le manque d'accompagnement, d'écoute et d'attention de l'entourage sont des facteurs favorisant l'ignorance de ce phénomène. La surdité et l'int -

BD : Comment détecter une crise suicidaire ?

CP : Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin. Il est important d'être vigilant au moindre symptôme pouvant laisser présager un risque suicidaire. Il faut être vigilant par rapport à certaines idées reçues. **Il est faux de croire que les personnes qui évoquent le suicide ne passent pas à l'acte. 8 sur 10 franchissent le cap.**

BD : Quelles sont les causes de ses tentatives nombreuses ?

CP : Il est indispensable d'en discuter avec elle.



Verbaliser, exprimer ses difficultés, sa souffrance lui permettra de se sentir entendue, comprise et momentanément soulagée.

BD : Il est donc important pour tous les professionnels entourant les personnes âgées d'être attentifs et vigilants aux signes d'alerte.

La famille doit elle aussi jouer un rôle primordial ?

CP : Oui, mais cette dernière n'est pas toujours sur place : éloignement géographique, manque de temps, disputes familiales... font partie des effets pervers de notre société et ils favorisent le sentiment de solitude. **C'est donc à nous, les professionnels, que revient très souvent le rôle de détection et d'alerte.**

BD : Merci beaucoup pour ce regard sur nos aînés.

Pour en savoir plus :

<http://www.has-sante.fr>, conférence de consensus : « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », novembre 2000
<http://www.iasp.info/>, « association Internationale pour la prévention du suicide »
Le risque suicidaire chez la personne âgée « autre regard » BRUN M., février 2001

BD

Aide à domicile

Les fédérations des entreprises de services à la personne

Acteurs récents des activités du domicile, les entreprises de ce secteur s'organisent. Pas évident de faire entendre sa voix lorsque votre entité seule appartient au secteur des PME, voire des TPE. Pas évident seul de faire face ou d'anticiper les évolutions législatives. Pas évident de disposer en interne de toutes les compétences. Les entreprises ont donc décidé de s'organiser, à l'identique des associations, en fédérations représentatives.

Historiquement, le secteur des services à la personne était le champ des associations. Depuis 1997, le secteur d'activité est ouvert aux intervenants du monde entrepreneurial. Très rapidement, le secteur a connu de très profondes mutations en lien avec une demande croissante de prestations. En ce qui concerne la gestion de la dépendance des personnes de plus de 60 ans, outre la demande quantitative, le secteur a fait face à une demande qualitative. La structuration du marché a imposé des exigences sur le plan réglementaire face aux particuliers, mais aussi pour les salariés.

Les structures de ce secteur d'activité ont la particularité d'être des petites et moyennes entreprises. Aussi, pour défendre leurs intérêts et s'organiser, elles ont décidé de se fédérer au sein de l'Agence nationale des services aux personnes. Il existe deux fédérations : la Fédération des services aux particuliers, FESP et la Fédération française des services à la personne et de proximité, FEDESAP.

Historique des créations des fédérations

La FESP (Fédérations des services aux particuliers). Depuis la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, le secteur s'est fortement développé grâce à une politique dynamique de soutien à l'initiative.

Ce développement a incité les acteurs du secteur à se regrouper pour agir avec cohérence et efficacité. Le Syndicat des entreprises de services à la personne (SESP), créé en 1996, a souhaité faire évoluer sa structure

pour répondre aux nouvelles demandes de ses adhérents et à l'évolution du marché. Cette démarche a conduit à la création de la Fédération du service aux particuliers (FESP), constituée le 20 avril 2006.

La FEDESAP (Fédération française de services à la personne et de proximité) est née en septembre 2007 de l'initiative de responsables d'entreprises en réaction au projet gouvernemental de supprimer les



exonérations de charges liées à l'activité des services à la personne. Une forte campagne de mobilisation, sous la forme d'une pétition signée par plus de 1 200 entreprises envoyée aux députés et sénateurs, a permis ainsi le rejet de cette mesure.

Les missions des fédérations

Elles œuvrent en faveur de la qualité de service, de la professionnalisation du secteur et luttent contre le travail au noir en :

- représentant leurs adhérents auprès des pouvoirs publics, nationaux et locaux, des instances européennes, des organisations patronales et syndicales et de l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) ;
- structurant les métiers pour en pérenniser l'activité ;
- soutenant les principes fondamentaux du libre choix de la structure intervenante par le bénéficiaire du service, la libre concurrence et l'égalité de traitement par les instances publiques ;
- promouvant une meilleure reconnaissance du secteur et en professionnalisant la profession tant au niveau des intervenantes que de l'encadrement

La FESP est représentative des entreprises du secteur des services à la personne et à ce titre participe aux négociations avec les partenaires sociaux. Présentes à la table de négociation de

la convention collective des entreprises de services à la personne ainsi qu'au Conseil d'administration de l'ANSP, elles défendent les intérêts des entreprises de services à la personne. Elles organisent un panel d'offres afin d'aider les PME dans le quotidien de la gestion de leurs activités : support juridique veille informationnelle quotidienne (juridique, économique, fiscale, sociale, concurrentielle...), partenariats avec des prestataires. Elles travaillent sur des sujets de fond avec le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Pôle emploi.

• Les objectifs

Toute cette organisation poursuit 3 buts majeurs :

- offrir une prestation de qualité
- garantir la création d'emplois non précaires, non délocalisables, vitaux et reconnus
- la croissance économique, avec pour corollaire la lutte contre l'emploi dissimulé et l'économie souterraine.

Références :

- **ANSP** : Agence nationale des services à la personne



www.servicessalapersonne.gouv.fr

- **FESP** : www.fesp.fr, Fédération régionale Tél : 03 20 99 45 29

- **FEDESAP** www.fedesap.org Tél : 01 75 43 77 20,

ML



Actualités semaine bleue 2011 : ce qui ce passe près de chez vous

- **Mardi 18 octobre 2011 à Ronchin** : à 14h30 à l'auditorium de Ronchin (3 bis rue Lavoisier), Chorale «Les belles années» de Robert Dupont. Renseignements sur les manifestations pour les aînés de Ronchin au Point Info Senior tél. 03 20 16 60 82.
- **Mercredi 19 octobre 2011 à Faches-Thumesnil** : Randonnée intergénération-



nelle aux marais de la Marque à Fretin (parcours de 2 à 5 km). Inscription auprès du CCAS de Faches-Thumesnil au 03 20 96 19 12.

• **Jeudi 20 octobre 2011 à Mons-en-Barœul** : à 15h salle Allende (Av. Robert Schuman, face à la mairie) : spectacle pour les aînés. Inscription auprès du CCAS de Mons-en-Barœul 03 20 68 79 32.

• **Samedi 22 octobre 2011 à Lezennes** : à 14h45 salle Brassens (36 rue Ferrer), la mairie organise des manifestations pour les aînés lezennois. Renseignements auprès de la mairie au 03 20 91 59 01.

• **Samedi 29 octobre 2011 à Villeneuve d'Ascq** : de 9h à 12h se tiendra le forum «Vieillesse et citoyenneté : une matinée pour en parler». Inscription auprès du CCAS de Villeneuve d'Ascq au 03 28 76 52 00. Possibilité de transport pour les aînés.

TR

Des ateliers pour mieux vieillir

La MSA Nord-Pas-de-Calais, la CARSAT Nord-Picardie (ex CRAM),

le RSI Nord-Pas-de-Calais et la CARM Nord-Pas-de-Calais ont décidé d'unir leurs compétences en fondant l'ASPAS : Association pour la Santé des Personnes et l'Autonomie des Seniors. L'association a notamment pour mission la mise en œuvre des Ateliers du Bien Vieillir sur la région Nord-Pas-de-Calais.

• **Un atelier bien vieillir : c'est quoi ?**
Organisés en 7 séances de 3 heures et réunissant 10 à 15 personnes, ils se déroulent dans des structures de proximité permettant de favoriser le lien social dans les communes et villages. Animés par des médecins, des travailleurs sociaux et des bénévoles, tous formés à l'animation de ce programme, ils s'appuient sur une méthode interactive conjuguant contenu scientifique, conseils ludiques et convivialité.

Les ateliers bien vieillir :



Ouverts aux personnes de plus de 55 ans, les ateliers sont centrés autour de sept thématiques privilégiées par les seniors :

- «Bien dans son corps, bien dans sa tête»,
- «Pas de retraite pour la fourchette, bouger c'est la santé»,
- «Les cinq sens en éveil, gardez l'équilibre»,
- «Faites de vieux os»,
- «Dormir quand on n'a plus 20 ans»,
- «Le médicament, un produit pas comme les autres»,
- «De bonnes dents pour très longtemps».

Le prochain atelier commence en octobre à Villeneuve d'Ascq, à la CARSAT (1 allée Vauban), à l'espace Caliotte. Un nouvel at-

elier aura lieu pendant le 1er semestre 2012 sur Villeneuve d'Ascq.

Pour tout renseignement concernant les Ateliers du Bien Vieillir : calendriers, lieux, inscriptions, tarifs, merci de contacter l'ASPAS au 03 21 24 61 28.

Bientôt un Espace Ressource Cancer près de chez vous



L'association Eollis en partenariat avec le CLIC-RESPA ouvre un Espace ressources cancer début 2012. Le territoire d'intervention de ce service comprend les 46 communes d'Eollis et les 12 communes du RESPA. Des activités seront proposées aux personnes malades (ateliers socio-esthétiques, séances d'éducation physique, groupe de paroles, séances de sophrologie...) pour se reconstruire et vivre avec la maladie. Des antennes ouvriront dans les communes du secteur du CLIC-RESPA très prochainement. Plus d'informations dans le prochain numéro.

TR

Un rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les aînés

Ce nouveau rapport de l'Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, traite des violences physiques, sexuelles, mentales et financières. Ce sont là – avec la négligence – les faits de maltraitance envers les aînés commis à la fois dans les lieux de résidence privés, les maisons de retraite et les maisons de soins infirmiers. Le rapport de l'OMS/Europe, supervisé par un groupe international d'experts des secteurs sanitaire, judiciaire, social et autres, prodigue à l'adresse des



décideurs, des praticiens et des organismes de développement des conseils sur le recours à des stratégies éprouvées pour remédier à la maltraitance des personnes âgées. Vous pouvez télécharger le rapport sur le site de l'OMS :

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

2012 : année européenne du vieillissement actif

L'Union européenne a proclamé 2012 «Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle». Le vieillissement actif est essentiel pour maintenir la solidarité entre les générations dans les sociétés qui connaissent une augmentation rapide de la proportion de per-

sonnes âgées.

Pour les décideurs politiques et les acteurs concernés, le défi consistera à améliorer les perspectives pour le vieillissement actif en général et pour permettre aux personnes âgées de vivre en toute autonomie, en intervenant dans de nombreux domaines : l'emploi, les soins de santé, les services sociaux, la formation permanente, le bénévolat, le logement, l'informatique ou encore les transports.

Plus d'informations sur le site : <http://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp>

TR

L'association RESPA est financée par :

le Conseil Général du Nord, la CARSAT, et les villes d'Anstaing, Baisieux, Chérenge, Faches-Thumesnil, Forest-sur-Marque, Lezennes, Mons-en-Barœul, Ronchin, Tressin, Villeneuve d'Ascq et Willems.



«Vous souhaitez recevoir gratuitement le journal RESPA tout seul ? Vous ne souhaitez plus le recevoir ? Vous avez des suggestions, des remarques ? Merci d'envoyer vos demandes à contact@clic-respa.fr»

Directeur de publication : Yannick DEPIN – Présidente du CLIC-RESPA ; Rédacteurs : Bernard DESCHILDRE – Directeur de la clinique de Villeneuve d'Ascq ; Karine GOVAL – Médecin gériatre ; Laurent BODEL – Directeur Les Orchidées Villeneuve d'Ascq ; Marjorie LEFEBVRE – Directrice ADHAP Services Métropole Sud ; Philippe MERESSE – Responsable qualité ADAR Flandres métropole ; Thomas RUBION – Directeur du CLIC-RESPA ; Sandrine VANNIEUWENHOVE – responsable de la maison des aînés Faches-Thumesnil - Journaliste : Marie-Pierre LEGRAND - Maquettiste : Wided NAJAR.