



RESPA



tout seul !

Journal à destination des partenaires du CLIC «Réseaux Ecoute Soutien Personnes Agées»

Janvier 2012 n° 4

Actualités

EDITO

Des projets, encore des projets, toujours des projets...

Nous vous en parlions brièvement lors de notre dernière édition, un Espace Ressources Cancer (ERC) voit le jour en cette année 2012. En partenariat avec le CLIC-RESPA, c'est l'association Eollis à Phalempin qui porte ce projet. Des activités seront proposées sur notre territoire et des antennes ouvriront sur Faches-Thumesnil (maison des aînés), puis sur Mons-en-Barœul, dans les petites communes... Le but est bien de permettre aux malades et à leur proche de se reconstruire dans un autre lieu que l'hôpital, souvent porteur de mauvais souvenirs. Mais nous ne nous arrêterons pas là, car nous souhaitons développer une véritable plateforme de services pour les aînés de notre territoire. Ainsi, nous espérons voir aboutir un partenariat pour la mise en place d'une MAIA, d'un réseau de soins gérontologiques... Ces projets seront tous soumis à la décision de l'ARS, qui je l'espère, répondra favorablement à nos demandes.

YD

LA MAIA : c'est quoi, pour qui ?

MAIA, MAIA, on en parle, mais c'est quoi ? Une maison, un guichet, un lieu ? Qui intervient ? Quel est le public concerné ? Beaucoup de questions sur ce sujet.

La phase d'expérimentation touche à sa fin. Depuis le début la MAIA portée par l'association EOLLIS s'est faite forte de rallier les acteurs, d'animer cette nouvelle dynamique de gestion des difficultés des personnes fragiles sur un territoire donné. Nous avons rencontré Cécile GUERNIER, Pilote MAIA EOLLIS afin de comprendre les enjeux de ce dispositif.

La MAIA : pour qui ?

Pour toutes « les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative (sans limite d'âge) et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle » (cahier des charges national des dispositifs d'intégration MAIA).

La MAIA : pourquoi ?

L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent pas à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. Le constat est que le système est fragmenté. Il génère des ruptures dans l'accompagnement des personnes fragilisées. (Ville/Hôpital ; Sanitaire/médico-social/social ; Privé/Public). Cette fragmentation entraîne des difficultés dans la connaissance et le repérage des missions de chacun, des difficultés dans l'orientation « vers quel service s'adresser ? », des doublons dans les évaluations.

L'objectif est d'aller vers une fluidité dans le parcours d'un service à un autre.

La MAIA : comment ?

La MAIA est issue des mesures 4 et 5 du plan Alzheimer 2008-2012. C'est une ex-

périmentation financée par la CNSA sur 15 sites pilotes pendant 3 ans (2009-2011).

La mesure 4 permet la mise en place d'un dispositif d'articulation des partenaires entre eux pour arriver progressivement à l'intégration (liste non exhaustive des partenaires en fin d'article). L'objectif poursuivi est que tous les partenaires se connaissent, travaillent ensemble et partagent les informations.

La mesure 5 met en place des gestionnaires de cas. C'est un modèle inspiré du case management canadien. Il a des compétences spécifiques : sa formation initiale (Infirmier, Ergothérapeute,...) et sa formation complémentaire obligatoire : DIU

« coordonnateur de santé en Gériatrie ». Sa mission repose sur un suivi intensif régulier, répété, au long cours et jusqu'au bout. Il accompagne au maximum 40 personnes en situation complexe.

Qu'est ce qu'une situation complexe ?

La complexité résulte de l'association de plusieurs facteurs :

- Pathologies chroniques,
- difficultés familiales et/ou sociale,
- la présence de troubles cognitifs,
- un déni de la pathologie,
- une problématique de sécurité environnementale...

Ceux-ci n'ont pas besoin d'être tous réunis, c'est leur intensité qui conditionne leur répercussion sur la vie de la personne. Une personne jeune présentant des troubles cognitifs dispose de signaux d'alerte suffisant pour être suivi par le gestionnaire de cas.

Les signalements ont différentes origines : Services de Soins Infirmiers à Domicile, Services d'Aides à Domicile, Hopital, C.M.R.R., équipe médico sociale de l'APA, CCAS, Réseaux, CLIC, MEOTIS, Professionnels libéraux.

Suite P. 2

Où mais alors quel est l'accompagnement ?

- Tous d'abord, une entrée en relation afin d'instaurer un lien de confiance. Cette première étape peut s'avérer parfois particulièrement longue (déli de la pathologie, refus des aides...)

- Une évaluation est ensuite réalisée. Elle est multidimensionnelle prenant en compte l'ensemble des aspects de la vie de la personne (autonomie, lieu de vie, entourage, aspects financiers...).

- Une phase d'écoute s'ensuit afin de faire émerger des demandes et besoins de la personne malade mais aussi de son entourage.

- Le gestionnaire de cas propose alors une concertation à l'ensemble des intervenants.

- L'objectif est la recherche de solutions, de sur-mesure et de réajustement, et ce de manière constante.

- Les évolutions se font grâce au retour d'expériences auprès des acteurs du territoire dans un objectif d'amélioration continue de l'accompagnement.

Expérimentation sur 15 sites pilotes pendant 3 ans (2009-2011), et après ?
On s'oriente vers une généralisation, avec 40 MAIA supplémentaires en 2011, et 100 supplémentaires en 2012, afin de disposer

progressivement d'une couverture nationale.

Entretien mené avec Cécile GUERNIER Pilote MAIA EOLLIS

ML

liste non exhaustive des partenaires : Réseaux de santé, Bénévoles, Associations de malades, Aides à domicile, Professionnels de santé libéraux, Conseil général (MDPH, équipes médico-sociales de l'APA), Maires, HAD, SSIAD, CLIC, Services Sociaux, Accueil de jour, Hôpitaux, SSR...

Santé

La chute chez la personne âgée 2/2 : comment la prévenir ?

Comment fonctionne l'équilibre ?

Les yeux, l'oreille interne, le rachis cervical et la plante des pieds contiennent les capteurs de l'équilibre. Ces capteurs renseignent en permanence le cerveau des changements de position. Le cerveau renvoie alors des signaux aux muscles et articulations. Par leurs mouvements, les muscles et articulations permettent à l'organisme de rester debout, même dans des situations de déséquilibre.

Le vieillissement des organes, l'amyotrophie (fonte musculaire), la transmission des informations sont alors de moins bonne qualité et le cerveau ne renvoie pas des ordres corrects.

Lorsque des pathologies comme le diabète, les neuropathies, les troubles visuels et auditifs viennent s'y ajouter, les troubles de l'équilibre sont favorisés.

On ne peut pas lutter contre le vieillissement des organes mais leur entretien permet de limiter la baisse de leur capacité.

Nous vous proposons une série d'exercices simples à réaliser à domicile et des conseils d'aménagement de votre intérieur.

1- S'entretenir.

Tous les exercices seraient idéalement à réaliser quotidiennement. Effectuer des séries de 10 mouvements. Augmenter le nombre de série selon vos progrès.

Le matin dans le lit.

Les personnes ayant une prothèse de hanche doivent éviter cet exercice ! Dérouiller des articulations. Genoux pliés,

Lors de notre précédente édition, nous avons évoqué quelques généralités sur les chutes chez nos aînés : épidémiologie, conséquences. Nous avons souligné que, or le fait que les chutes sont directement responsables du décès des personnes âgées (9000 par an en France), elles sont aussi à l'origine directe d'un grand nombre de placement en institution, les patients âgés ne pouvant plus revenir chez eux après une hospitalisation. Suite à ce constat, nous vous donnons 9 conseils, des attitudes clés à adopter ou faire adopter afin de prévenir au mieux les chutes de nos aînés

le pied sur le matelas, basculer les genoux d'un côté puis de l'autre.

Assis sur une chaise.

Pour entretenir un champ visuel correct, sans bouger la tête, regarder d'un côté puis de l'autre puis en haut et en bas.

Pour entretenir la mobilité articulaire des chevilles, tendre les genoux, poser les talons puis remonter les pointes vers le sol. Plier les genoux, reculer les pieds sous la chaise et mettre les pointes par terre.

Pour entretenir la mobilité articulaire des hanches et genoux, remonter les genoux vers la poitrine l'un après l'autre. Se pencher en avant le plus possible comme pour aller toucher les chevilles.

Deux exercices à éviter chez toute personne porteuse de prothèse de hanche !

Pour entretenir les muscles des jambes, les exercices se font face au dossier de la chaise

Se mettre sur la pointe des pieds en se tenant légèrement par les mains face à la chaise par exemple.

Ecarter la jambe sur le côté en gardant le

genou bien droit, reposer le pied et recommencer de l'autre côté.

2- Se relever du sol

Apprendre à se relever du sol permettra de dédramatiser la situation et de ne pas risquer de rester plusieurs heures au sol.

L'objectif est de pouvoir aller jusqu'à un point fixe à 4 pattes.

Pour cela, il faut passer du dos sur le ventre puis à quatre pattes puis trouver le point fixe stable, s'en servir pour se relever.

3- Se Chausser.

Un bon chaussage est primordial pour maintenir l'équilibre



OUI

Ci-dessus, les chaussures sont adaptées car :

suite page 2 .../...

- Possède des talons de 3 à 4 cm à base large,
- Maintient le pied,
- Tient le talon,
- Est muni de semelle anti dérapante.



NON

4- Adapter son logement.

Cela permet de conserver une bonne autonomie en réduisant le risque de chute.

Libérer les espaces de circulation.

Supprimez ou déplacez les petites tables, chaises, plantes qui gênent le passage.

Adapter la hauteur du mobilier (Fauteuil, lit, WC...)

Pour se lever facilement, il faut que la hauteur de l'assise du siège corresponde à la distance entre le pli du genou et le sol de plus 5 cm. S'il persiste des difficultés à se lever, il ne faut pas hésiter à rehausser l'assise.

Pour vous aider, vous pouvez utiliser des cônes élévateurs, un rehausse WC, un fauteuil releveur, un lit à hauteur variable...



Aplanissez le sol

Eviter les tapis, fils électriques, dalles ou carrelage endommagés, moquette non fixée...

Pour cela, utiliser de l'antidérapant ou du collant double face, fixer sur le mur les fils électriques, poser des réglettes de fixation des moquettes.

5- Eclairer les pièces de la maison et porter ses lunettes.

L'adage dit « 100 ans, 100 Watts »

Les lampes de chevet, les interrupteurs à infra rouges, les veilleuses, les interrupteurs

fluorescents permettent d'éclairer les zones sombres de la maison.

6-Assurez vos déplacements.

N'oubliez pas l'aide technique de marche. Pour s'aider, utiliser un panier de déambulateur, une dragonne de canne pour éviter qu'elle ne tombe par terre, un embout de canne large



Réduisez les déplacements rapides.

Quand la sonnette ou le téléphone retentissent par exemple. Pour aider, distribuer des jeux de clés à des personnes de confiance. Le téléphone sans fil est un outil précieux à porter dans un sac « banane » ou à la ceinture.

Réduisez les déplacements nocturnes.

Le corps endormi est moins stable. Essayez de raccourcir la distance lit/wc ; au besoin utiliser une chaise percée. La répartition de la prise de boisson essentiellement avant 17 heures réduit les besoins urinaires nocturnes.

Stabilisez les transferts.

Utiliser des appuis stables pour aider comme des barres d'appui, des rampes, des meubles solides.

7-Organiser les rangements.

Agencer les rangements

Mettre les choses les plus lourdes à portée de main. Eviter les rangements hauts ou bas pour les objets d'utilisation fréquente.

Les plateaux tournants sur les étagères permettent un accès plus aisé.



La cave n'est pas un lieu de rangement.

L'escalier est souvent mal adapté et mal éclairé.

Si vous avez des difficultés pour vous baisser, utilisez des pinces ramasse objets, des enfile bas, des chausse-pieds, des ramasse-poussières et balayette à long manche., des lacets élastiques pour favoriser le chaussage.

8-Etre patient pour les petits travaux.

Attendre le passage de quelqu'un pour éviter les positions instables comme nettoyer les lustres, décrocher les rideaux, changer une ampoule ou nettoyer en hauteur.

Toutes ces aides techniques se trouvent dans les magasins de bricolage ou de grande distribution, pour d'autres rapprochez vous de votre pharmacie ou d'un magasin de matériel médical.

9-Conseils utiles.

Si la personne a peur de tomber, si elle vit seule, la téléalarme peut permettre d'appeler au secours rapidement où que vous soyez.

La demande est à effectuer auprès de la mairie ou du CLIC.

Si la personne est incapable de se relever, quelques conseils simples :

- Rester immobile quelques instants.
- Ramper sur le sol si elle le peut pour se rapprocher du téléphone
- Se couvrir avec une couverture, vêtement, nappe en attendant les secours.

Faire connaissance avec ses voisins permet d'alerter d'un événement inhabituel comme les volets fermés, des coups sur des tuyaux ou du carrelage... autant de signes de détresse.

KG



Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) : Des soins, oui. Un accompagnement au bien-être aussi...

Nous avons rencontré Monique SINGER, infirmière coordinatrice au SSIAD de Faches Thumesnil depuis 2008.

Sandrine Vannieuwenhove : Comment définiriez-vous le SSIAD ? En quoi est-ce différent d'un service à la personne ?

Monique Singer : Le SSIAD intervient souvent comme une alternative à une longue hospitalisation, une entrée en établissement. C'est un service qui permet de maintenir ou de restaurer une certaine forme d'autonomie et égale-

ment d'assurer un accompagnement et une prise en compte globale du patient, parfois même d'assurer au patient une fin de vie confortable. Les aides soignantes de mon équipe sont diplômées et formées et interviennent souvent en complémentarité avec d'autres professionnels comme l'auxiliaire de vie, le kinésithérapeute ainsi que d'autres services d'aide à domicile tel que le portage de repas par exemple.

SV : Quelles sont les missions d'un SSIAD et précisément celles de l'aide soignante ?

MS : Le SSIAD a des missions à la fois de soins et d'accompagnement. Les aides soignantes ont un rôle tout à fait déterminant dans la prise en charge et le suivi du patient. L'aide soignante, c'est un peu le pivot de la gériatrie dans le sens où elle va être attentive à la physiologie du patient pour justement prévenir les risques de pathologie (alimentation, hydratation...).

Les aides soignantes de mon équipe sont particulièrement attentives au

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile ou SSIAD est une Association de loi 1901 regroupant des aides soignantes diplômées sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice. Le SSIAD assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers aux personnes de plus de 60 ans, malades ou dépendantes, aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques invalidantes.

patient, à son écoute et veillent naturellement à son bien-être. Au delà de la toilette et des soins, elles ont un rôle de prévention, d'éducation et en même temps d'animation.

SV : Et vous, Madame SINGER, en tant qu'infirmière coordinatrice, où vous situez-vous, quel est votre rôle ?

MS : Une coordinatrice de SSIAD, c'est avant tout une infirmière, qui a en plus des missions administratives, managériales et relationnelles. Je coordonne avec ma collègue, Madame DERNIS, une équipe de 16 aides soignantes, une infirmière et une secrétaire autour d'un projet de service.

En tant qu'infirmière coordinatrice, j'assure les premières visites et autorise ou non l'admission du patient. La première rencontre avec le patient lorsque le médecin a établi la prescription médicale, est extrêmement importante. Elle va me permettre de faire connaissance avec le patient, son environnement, les aidants naturels

et d'avoir une connaissance globale de la situation du patient.

Mon rôle est ensuite d'élaborer un plan de soins individualisé avec l'équipe soignante et d'assurer un suivi auprès du patient. Ainsi, ponctuellement, je rends visite au patient et évalue ce qu'on appelle « les

bonnes pratiques professionnelles ».

SV : Qu'est-ce qui vous anime au quotidien ? Pourquoi avoir choisi le métier d'infirmière coordinatrice dans un SSIAD ?

MS : Je n'ai pas vraiment choisi le métier d'infirmière coordinatrice mais bien celui d'infirmière auprès des personnes âgées. C'est un public avec lequel je me sens proche, un public très réceptif à l'attention qu'on leur porte. J'ai travaillé six années en EHPAD et j'ai vraiment aimé cela mais aujourd'hui j'apprécie davantage cette proximité avec la personne, son environnement, ses proches, son histoire et considère cela comme une relation privilégiée avec le patient, spécifique au domicile.

Ce que je considère aussi comme étant un privilège ou une chance, c'est de travailler au sein d'une petite structure, à taille humaine, où les projets deviennent plus vite réalité.



SV : Et quels sont les projets pour le SSIAD de Faches-Thumesnil ?

MS : Récemment, il y a eu un projet d'extension qui a débouché sur l'obtention de 51 places Personnes Agées et 9 places Personnes Handicapées, le recrutement d'une infirmière et d'une aide-soignante supplémentaire et l'emménagement dans de nouveaux locaux plus spacieux et mieux adaptés.

Et actuellement, nous travaillons et réfléchissons encore à la mise en place d'un programme d'animation.

SV : Qu'entendez-vous par Animation ?

MS : Sur la base du volontariat des patients, nous pourrions proposer un créneau, non encore déterminé, réservé essentiellement au bien-être et pour le plaisir du patient. L'idée est bien d'accorder du temps à la personne et de créer du lien social, en dehors des soins, en jouant au scrabble, en proposant un massage relaxant, une séance de socio-esthétique ou même encore une sortie.

SV

Nouveaux modes de prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentée : le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Le Plan Alzheimer 2008-2012 (le 3ème depuis 2001) instaure, au sein des EHPAD, de nouvelles structures de prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Le Plan Alzheimer se décompose en plusieurs objectifs et mesures ; c'est la mesure n°16, l'une des mesures phare du plan, qui prévoit de généraliser la création d'unités spécifiques, les UHR et les PASA

La mesure 16 du Plan Alzheimer distinguent deux types d'unités selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées :

- Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) destinées à accueillir des « personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées dont les troubles du comportement sont incompatibles avec une vie en collectivité »,
- Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dont le but premier est d'améliorer la qualité de vie des résidents présentant des troubles modérés du comportement (et en conséquence celle des autres résidents).

Cette mesure n°16 (Plan Alzheimer 2008-2012, objectif n°5 - mesure n°16, page 43) stipule notamment que : « Ces unités seront renforcées en personnel, avec un taux d'encadrement élevé, l'intervention de professionnels spécifiquement formés à la maladie, mais aussi des formations pour l'ensemble du personnel de ces établissements à la spécificité de la prise en charge. Elles seront également adaptées dans leur architecture et leur aménagement intérieur. »

Si les UHR sont plutôt ouverts au sein d'EHPAD directement rattachés à des Centres Hospitaliers (pour des patients nécessitant une continuité des soins 24h/24), les PASA, quant à eux, ont toutes leur place au sein de tout EHPAD. Ainsi, l'ouverture de telles structures peuvent (et doivent) apporter une réelle valeur ajoutée à la prise en charge des résidents désorientés.

Dans un fonctionnement qui s'apparente à une sorte « d'accueil de jour interne » (pour 12 à 14 résidents accueillies entre 10h et 17h par exemple), le PASA a pour vocation de maîtriser les troubles modérés du comportement par une prise en

charge adaptée, en petits groupes homogènes qui permettent ainsi de réaliser des activités thérapeutiques en fonction des capacités et besoins de chacun. Un projet de vie spécifique, reprenant nécessairement un programme d'animation « à visée thérapeutique » est à construire en amont de chaque souhait de création. Car la question est bien là : un PASA va-t-il permettre une meilleure prise en charge des résidents de l'EHPAD ?

→ Chaque jour sont proposées dans le PASA des activités thérapeutiques, collectives et/ou individuelles, dont l'objectif est de maintenir le lien social, mobiliser les fonctions sensorielles, cognitives ou fonctionnelles. Ces activités s'intègrent dans l'accompagnement personnalisé du projet de vie et de soins du résident, et font l'objet d'évaluations régulières par les équipes du PASA. **Ce sont ici les facteurs clés de réussite d'un tel projet.**

Le Cahier des charges du PASA

La sélection des résidents : Les résidents accueillis dans le PASA sont atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou troubles apparentés, et présentent des troubles du comportement. Ces troubles sont évalués par le médecin coordonnateur et les équipes soignantes, à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique version Equipe Soignante (Echelle NPI-ES).

Exigences architecturales : L'environnement architectural est le support du projet de soins et d'activités adaptés ; il répond à 3 objectifs (Cf. encart 1 ci-dessous) :

Créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant, Procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,

Offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

Les professionnels intervenant dans le PASA peuvent être :

- Du personnel de l'EHPAD ponctuellement détaché pour le PASA (animatrice, soignants...),
- Du personnel dédié (psychomotricien ou ergothérapeute, Assistant de Soins en Gérontologie (Cf. encart 2 ci-dessous), psychologue).

En introduction, nous évoquons le renfort en personnel prévu dans le cadre de la mesure 16 du Plan. Il semble évident que, à effectifs constants, il serait contre-productif d'ouvrir un PASA.

Enfin, ce Plan Alzheimer prendra fin en 2012, les candidatures sont donc à déposer a priori pour la fin du premier trimestre auprès des services de l'ARS.

LB

Le cahier des charges des PASA est très précis concernant l'architecture de ces pôles, il prévoit :

- Une entrée adaptée,
- Un espace salon dédié au repos,
- Un espace repas avec office,
- Au minimum, 2 espaces d'activités adaptées,
- Des sanitaires (2 WC dont un avec douche),
- Les locaux de service nécessaires au fonctionnement du pôle,
- Un accès direct à un jardin.

Les Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) sont des nouveaux profils de compétence. « L'assistant de gérontologie contribuera à la prise en charge des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs : il lui appartiendra de suivre le plan de soin, d'aide et d'accompagnement proposé par l'équipe médicale et l'infirmière coordinatrice.

L'aide à la vie quotidienne, les techniques de soins spécifiques, la démarche de soins de soutien sont au cœur de son métier. » (Plan Alzheimer 2008-2012, objectif n°6 – mesure n°20, page 52)

Un dossier d'admission commun en EHPAD en test jusqu'en janvier 2012

A la demande du ministère de la Santé, 5 régions ont été sélectionnées pour tester un dossier d'admission commun en EHPAD. La région Nord Pas-de-Calais a été retenue pour faire partie de ce test. Ainsi vous trouverez le dossier en téléchargement sur le site de l'ARS et de l'URPS Médecin. Vous pouvez aussi le demander directement au CLIC. Ce document est composé de 2 volets :

un volet administratif qui pourra être rempli par la personne âgée ou toute autre personne habilitée à le faire (famille, CCAS, CLIC...) un volet médical qui devra être rempli par le médecin traitant du demandeur ou tout autre médecin, à mettre sous pli confidentiel et adressé directement au médecin coordonnateur de l'EHPAD choisi.

Pour mémoire, l'objectif est de réduire le temps passé par la personne âgée et/ou l'entourage professionnel à remplir une multitude de dossiers différents. Ainsi, le document a pour objet d'être complété en un seul exemplaire, puis d'être photocopié et transmis aux établissements sélectionnés.

Le CLIC-RESPA a décidé de s'engager dans ce test. Ainsi, nos collaborateurs utiliseront ce document à la place du dossier unique que nous avions élaboré ensemble, et ce jusqu'au 31 janvier 2012. Si vous rencontrez des difficultés dans l'utilisation de ce document, ou si vous avez toute autre question s'y rapportant, n'hésitez pas à nous contacter au 09 548 59650.

TR

Un nouveau guide des maisons de retraite ?

Comme vous le savez, il existe très peu de place disponible en maison de retraite sur notre territoire, surtout si vous recherchez une place en EHPAD ! Le CLIC étant constamment demandé pour les personnes âgées et leur famille sur ce sujet, nous avons pris l'habitude de renseigner les usagers sur les structures existantes hors de notre territoire. Pour ce faire, nous utilisons le guide du CODERPA, très bien réalisé et complet, que nous pouvons remettre aux usagers. Seul point faible : celui-ci n'était plus actualisé depuis 2009, et les tarifs n'étaient donc plus à jour. Nous avons appris ces dernières semaines que le CODERPA arrête cette mission, il n'existera donc plus de guide pour les maisons de retraite. Un nouveau guide est en préparation en partenariat avec la communauté urbaine de Lille. Tous les CLIC de la métropole mettront à jour le guide des structures autorisées de leur secteur, et l'ensemble sera coordonné par la CUDL. Espérons que nous les acteurs joue le jeu, car en attendant, les familles continuent de vivre un véritable parcours du combattant...

TR

Violences faites aux femmes âgées

Le Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF) et le réseau ALMA France annoncent la constitution d'un recueil de données sur les violences faites aux femmes âgées en France, dans le cadre du projet européen STOP V.I.E.W (Stop Violence Against Elderly Women).

Les chiffres du réseau ALMA indiquent que les victimes de violences sont des femmes à 75,5%. ALMA constate que les femmes victimes âgées de moins de 65 ans sont 24,5% en moyenne contre 75,5% en moyenne lorsqu'elles ont plus de 65 ans. L'augmentation de l'âge triple le risque d'être victime. Certains paramètres sociaux peuvent donc favoriser les situations de violences : être femme, être pauvre, être isolée, être âgée. Ces indicateurs, surtout s'ils s'additionnent, sont des clignotants de situations présentant des risques de violences.

« Bien que les femmes âgées soient particulièrement exposées aux violences, il n'existe rien de spécifique en direction des femmes âgées victimes de maltraitances. Ces violences s'exercent à leur rencontre, parce qu'elles sont des femmes (stéréotypes liés au sexe) et parce qu'elles sont âgées, (stéréotypes liés à l'âge). Elles sont aggravées par l'isolement, les handicaps et la pauvreté et se perpétuent parce qu'elles restent invisibles et qu'elles ne sont pas nommées pour ce qu'elles sont : on les appelle « maltraitances ». »

Plus d'informations sur le site du CNIDFF : www.infofemmes.com/v2/modules/upload/upload/Communique-de-presse/DossierPresseStopVlew29112011.pdf

TR

Une étude sur la politique tarifaire des services d'aide à domicile

L'aide à domicile est constituée des activités de services ou d'aide aux familles, aux ménages et aux personnes fragiles, lorsque celles-ci sont réalisées au domicile du bénéficiaire. Au cours des dernières décennies, les politiques publiques se sont appropriées l'enjeu, à la fois du fait du vieillissement de la population, du potentiel de création d'emploi mais aussi de la perspective de dépenses publiques que ce groupe d'activités représente.

Résultat d'un travail réalisé par des chercheurs du Clersé, cette contribution vise à dresser un état des lieux des pratiques de prix dans les activités de l'aide à domicile et à faire émerger un certain nombre de vecteurs de détermination de ces prix dans un champ d'activité structuré à la fois par les particularités du financement de l'action sociale, par le poids des régulations territoriales, et par l'incitation, depuis 2005, à un mode de coordination et de régulation concurrentiel.

Pour plus d'informations, merci de télécharger la synthèse sur le site de la direction régionale du travail : www.npdc.travail.gouv.fr/gallery/file/1788.pdf

TR

Un document pour mieux communiquer avec un malade Alzheimer

« Je suis toujours la même personne », tel est le titre de ce document pour mieux communiquer avec la personne malade. Une invitation à communiquer autrement à propos de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

La Fondation Roi Baudouin (Belgique) propose dans ce document des avis et conseils concrets basés sur une analyse de la manière dont on communique aujourd'hui sur les maladies de type Alzheimer.

En pratique :
- six valeurs fondamentales
- comment faire pour communiquer « autrement » autour de la maladie d'Alzheimer ?

- ce que disent les mots
- identifier les « frames » (cadres de pensée)
Pour plus d'informations, merci de télécharger le document à l'adresse suivante :

www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/3013-POD-Alzheimer-FR_DEF.pdf

TR

Les «octaves» : nouveaux modes d'accueil des personnes âgées

Porté par la communauté urbaine de Lille, le projet octaves a pour objectif de regrouper des habitats pour personnes âgées (8, d'où octave...) et d'y inclure des services intégrés tel qu'un coordinateur spécifiquement embauché pour accompagner les usagers (IETP pour 50 logements), et faciliter l'accès aux services à la personne (télé*alarme, services d'aide et de soins à quelques lignes, le projet est encore en construction, les bailleurs et les communes se réunissent régulièrement pour fixer le cahier des charges de ces octaves. Plusieurs sites expérimentaux ont déjà été sélectionnés :

- Villeneuve d'Ascq / Logis Métropole : opération Liberté
- Roubaix / LMH : opération Boileau Neuve-Racine
- Tourcoing / SIA : opération Dron
- Armentières / Habitat du Nord : opération Bizet
- Marcq en Baroeul / Logis Métropole : opération Lambrecq-Lezis
- Lambersart / Vilogja : opération Pacot-Vandracq
- Capinghem / Groupe Hainaut Immobilier : opération Humanité
- Roncq / Notre Logis : opération Dojo-Poste
- Santes / Partenord

Et trois autres expérimentations doivent encore être confirmées. Plus d'informations sur ce projet dans nos prochains numéros.

TR

Bientôt des équipes spécialisées Alzheimer à domicile

En juillet 2011, l'Agence régionale de Santé Nord Pas-de-Calais émettait un appel à projet pour la création de neuf équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD). Des équipes pluridisciplinaires mobiles intervenant sur des périodes de trois mois auprès de malades d'Alzheimer ou apparentés à un stade léger à modéré de développement de la maladie.

Trois objectifs

Ces équipes spécialisées ont trois objectifs. Le premier est de développer avec le patient et à domicile des stratégies de compensation et de diminuer les troubles du comportement. Le deuxième objectif concerne l'entourage par l'acquisition de compétences « d'aidant » (Communication verbale et non verbale, éducation thérapeutique.) Le dernier objectif vise l'environnement du malade en maintenant ou en améliorant le potentiel cognitif, moteur et sensoriel des personnes ainsi que la sécurité.

Des équipes pluridisciplinaires

Les ESAD comportent trois types de professionnels :
1. L'infirmier coordinateur (IDEC) chargé de la première évaluation des besoins de la personne, de la coordination des interventions

ainsi que de la relation avec les partenaires.
2. L'ergothérapeute et/ou psychomotricien qui évalue les capacités de la personne, fixe les objectifs et réalise des séances de soins, de réhabilitation et d'accompagnement.
3. Les assistants de soins en gérontologie (ASG) qui réalisent une part des soins de réhabilitation et d'accompagnement sur la base des consignes de l'ergothérapeute.

Des interventions concentrées

Après prescription médicale (neurologue, gériatre ou médecin traitant) la personne reçoit la visite de l'infirmier coordinateur (IDEC) qui évalue ses besoins. Ensuite l'ergothérapeute et les assistants de gérontologie se relaient au cours d'une douzaine de séances. Ce dispositif d'accompagnement concentré sur trois mois sera renouvelable chaque année.

Un appel à projet

Ces ESAD font partie des nombreux appels à projets désormais lancés par l'ARS. En concertation avec les acteurs locaux, l'ARS définit en effet, pour une période de cinq ans, un Projet régional de santé (PRS.) Pour obtenir une réponse aux besoins soulevés par ce PRS, l'ARS lance régulièrement des appels à projets auprès des acteurs locaux. Ces derniers formulent alors leurs propositions de projet en réponse au cahier des charges initial. Une commission de sélection retient ensuite les projets les plus pertinents. Pour la zone de proximité de Lille, un maximum de trois équipes spécialisées a été demandé. Tous les dossiers ont été déposés. Après avis de la commission de la sélection, les candidats retenus pourront mettre en œuvre leurs équipes.

PMRE

Pour plus d'information : www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/

Le territoire de l'ARS NPDC a quatre niveaux de découpage : région, territoire de santé, zones de proximité, espaces de projet et d'initiative.



«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.

Le SROMS (schéma régional d'organisation médico-sociale) enfin dévoilé

La finalité de ce document est de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux de la population handicapée, en perte d'autonomie et concernée par les addictions.

Dans le numéro 3 d'octobre 2011, Thomas RUBION vous exposait les grandes lignes du PRS (Projet Régional de Santé), via le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Il se compose, rappelons le, de trois schémas d'organisation :

- Un schéma régional de prévention (SRP)
- Un schéma régional d'organisation des soins ambulatoires et d'hospitalisation (SROS)
- Un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

Nous avons choisi de vous dévoiler ici les grandes lignes du SROMS, correspondant sans doute aux attentes supposées du plus grand nombre de nos lecteurs. Le document détaillé est disponible sur une centaine de pages. Il est disponible à l'adresse que vous trouverez à la fin de cet article.

L'approche sanitaire et l'approche sociale doivent être en permanence croisées.

4 volets sont détaillés dans ce document :

I le volet transversal :

Il doit prendre en compte l'amélioration du système d'information et l'observation des besoins et de l'offre médico-sociale. Pour cela, l'ARS (Agence Régionale de Santé) :

- développera un système d'information interne, en lien avec les structures ;
- développera l'information partagée : DMP (Dossier Médical Personnalisé)
- 2. l'accès aux soins doit être amélioré : à la fois sur le plan physique (accessibilité aux installations et proximité), sur le plan financier (notamment pour ceux dont les

revenus sont juste au dessus des minima sociaux) et social et culturel (coordination et continuité des soins). Prévention, formation à ces publics spécifiques et anticipation sont les maîtres mots.

3. Il faudra assurer la continuité des parcours à chaque étape de la vie, notamment lors d'évaluations personnalisées globales. (et coordination avec la Belgique).

4. L'efficacité devra être améliorée au bénéfice des usagers, par la prévention de la bienveillance ainsi que l'équité des allocations par la contractualisation et l'évaluation.

5. Le soutien aux aidants sera renforcé ; par l'amélioration de la connaissance et de la lisibilité des dispositifs d'aide ; et via une offre accessible et de proximité (séjour de répit, hébergement temporaire).

II Le volet Handicap :

Ce volet doit permettre de :

1. favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoces, depuis l'enfance, afin de faciliter le parcours des familles, en renforçant les CAMSP (Centre d'Action Médico-social Précoce), et en favorisant leur accès aux personnes en situation de handicap.
2. favoriser l'accès effectif aux droits des handicapés que ce soit en milieu scolaire, socioprofessionnel et tout au long du parcours de vie.
3. apporter une réponse coordonnée aux périodes de rupture : périodes charnières et besoins spécifiques non satisfaits.
4. tout en favorisant l'accès à l'offre adaptée de proximité.

III Le volet gériatrique :

Il sera nécessaire de :

1. prévenir et retarder la perte d'autonomie, en développant l'éducation thérapeutique de la personne âgée, et en maintenant un maximum d'autonomie.
2. en accompagnant les personnes âgées dans le respect des choix (proximité, coordination)
3. en améliorant les réponses possibles aux personnes atteintes d'Alzheimer et autres pathologies.
4. et, quand nécessaire, accompagner en fin de vie (à domicile ou en établissement).

IV Le volet addictions :

L'action prioritaire se fera sur les facteurs de risque d'entrée en addiction, afin de limiter les dommages et la mortalité prématurée liée à ces comportements.

Sensibilisation, formation et évaluation seront les maîtres mots.

- Le repérage sera favorisé,
- Les ruptures dans la chaîne de soins seront pourchassées
- La recherche et la formation encouragées
- L'évaluation permettra la labellisation en addictions.

Bien entendu ces grandes lignes seront précisées, détaillées, et suivies de plan d'actions.

Pour en savoir plus :

www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Projet-regional-de-sante-PRS.123292.0.html

BD

L'association RESPA est financée par :

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

