

Refus d'aide et de soin des personnes âgées présentant des troubles du comportement

12 Septembre 2017 - Centre évènementiel de Courbevoie

Avec le soutien de



NEUILLY-SUR-SEINE



Éléments théoriques :

- Qu'est ce que le refus d'aide et de soin ?
- Qu'est ce que des troubles du comportement ?
- Quelles sont les postures facilitantes ?
- La particularité du rôle de l'aidant familial
- L'échange d'informations

Cas pratique scénarisé : la prise en charge de madame OUIMÉNON

- **1^{ère} table ronde : de l'orientation à la réunion de concertation**
(orientation, Clic, Hôpital de jour diagnostic, Psychiatrie de liaison et CMP, SSIAD et SAAD, la réunion de concertation)
- **2^{ème} table ronde : de l'intervention du gestionnaire de cas MAIA à la nomination du MJPM**
(l'intervention du gestionnaire de cas MAIA, l'Unité de Gériatrie Aigue, le Soins de suite et réadaptation Gériatrique, la nomination du mandataire judiciaire à la protection des majeurs)
- **3^{ème} table ronde : les services d'accueil et d'hébergement**
(l'accueil de jour, la résidence autonomie, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées, l'unité de soins longue durée.)

1

Comment se présente le refus d'aide

2

Qu'est ce que le refus d'aide et de soin ?

3

Les différentes pathologies démentielles

4

Les pathologies psychiatriques pouvant générer du refus d'aide ou de soin chez les personnes âgées

5

Les troubles du comportement

6

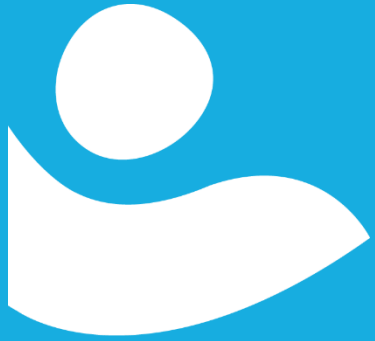
Postures facilitantes

7

La relation avec l'aidant

8

Quelles informations transmettre à qui ?



1. Comment se présente le refus d'aide ?

La personne peut avoir différents souhaits

Celui de rester ou non à domicile

Celui ou non d'avoir des aides, un suivi médical, social, etc.

Les professionnels identifient des besoins

afin de rendre réalisable le souhait de la personne au vu de ses difficultés.

Il peut s'agir par exemple du besoin :

- D'adapter un suivi médical ou des aides (humaines, techniques ou financières)
- De faire un bilan de santé
- De bénéficier d'une protection juridique
- D'adapter le domicile
- D'entrer en institution



La personne refuse ...

Elle refuse ces propositions soit

- Totalement ou partiellement,
- De façon aléatoire ou systématique.

Ces refus peuvent avoir différents impacts

Pour la personne concernée :

- Mise en danger sur le plan médical, financier, matériel
- Des conditions de vie dans un domicile insalubre rendant impossible la mise en place des aides nécessaires, ou créant des problèmes avec le voisinage.

Pour un aidant familial :

- Il risque alors d'être au quotidien face aux conséquences de ce refus

Pour les professionnels :

- Mauvaises conditions d'interventions
- Sentiment d'échec





2. Qu'est ce que le refus d'aide et de soin ?

Expression du refus de soins

Information préalable

Consentement aux soins

Droit du patient
Code civil
Loi du 4 mars 2002
Code de déontologie médicale

Le refus de soin

- Droit du patient à dire non
- Devoir des soignants de comprendre les causes
- Devoir du médecin d'informations sur les conséquences du refus.
- La place de la parole de la PA, même démente, est importante.
- Le refus de soin peut être un véritable mode d'expression pour le patient dément
- Il existe plusieurs types de refus : alimentaire, soins du corps, institutionnalisation, prise de médicaments, refus d'analyse etc.



Que révèle le refus de soins ?

- Un épuisement face aux renoncements liés à la vieillesse ou à la maladie, une souffrance morale, une douleur non verbalisée, trop de deuils, la perte du statut social ...
- Il peut aussi être réfléchi et sage. Les propositions de soins sont jugées disproportionnées par rapport aux attentes du patient.
- Mais les refus de soins peut être vécu douloureusement par l'entourage, parents et soignants.
- Pour le soignant, il s'agit d'une remise en cause, sa mission primaire étant de soigner l'autre.

Sur un plan philosophique et éthique

- Le respect de la liberté et de la dignité du patient implique le respect de son autonomie.
- Suzanne Rameix, explique que le non consentement aux soins apparaît comme contre- pouvoir à la technique (potentiellement manipulatrice) et « l'on doit donc accepter, en respectant l'humanité du patient et du médecin consentent à ne pas entreprendre de soins disproportionnés »



Au plan juridique

- Article 35 du Code de Déontologie médicale : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* »
- *Depuis 97: c'est le médecin qui donne la preuve de l'information*
- Article 36 : « *si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés* »

Objet de soins = Partenaire

- Loi du 04/03/2002 complétée par la loi du 22/04/2005 dit : tout acte de soins qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, doit faire l'objet d'une explication claire, compréhensible pour le patient, et adaptée et l'on doit recueillir son consentement.
- Contrat passé entre le médecin et son malade, basé sur la confiance et le respect mutuel.
- Charte du patient hospitalisé en 95 indique que : « tout patient informé des risques encourus peut refuser un acte à tout moment »
- Consentement aux soins apparaît en miroir comme également une possibilité de refus.

Le projet de soins

- Dynamique, il prend en compte les impératifs des professionnels mais également les intentions et les ressources du patient.
- Le projet de soin permet la discussion et la négociation avec les partenaires. De ce fait les décisions sont partagées dans un **climat de confiance**. Du coup on assiste à l'observance thérapeutique, l'acceptation des contraintes institutionnelles, et nous sommes dans la prévention des plaintes





3. Les différentes pathologies démentielles

La démence, qu'est-ce que c'est?

Ensemble de symptômes comprenant dans des proportions variables :

- Perte de mémoire = « amnésie »
- Dégradation du raisonnement
- Difficultés de langage = « aphasie »
- Troubles du comportement : perte d'initiative « apathie » / agitation / agressivité / déambulation
- Troubles de la reconnaissance des objets, des personnes (ex ne pas reconnaître son mari) « agnosie »
- Dégradation de la capacité à réaliser les activités du quotidien
 - Difficulté à réaliser les mouvements pour utiliser les objets de son environnement (ex se laver, manger) = « apraxie »
 - Difficulté à programmer et à s'organiser (ex organiser un trajet) = « trouble des fonctions exécutives »

Symptômes précédemment cités = troubles cognitifs

- Ces symptômes sont définitifs dans la démence
- Ces symptômes ont des conséquences sur la vie quotidienne du patient, et sur celle de son entourage
- La démence est plus fréquente chez la personne âgée, mais peut survenir chez un sujet jeune : 50 ans, certains cas dès 30 ans!
- La démence n'est pas un stade normal du vieillissement!



On classe les démences en différentes familles

Démences dégénératives

- Dues à une « usure » anormale des neurones
- Le mécanisme de ces maladies n'est pas tjrs bien connu

Exemples :

- maladie d'Alzheimer,
- démence à corps de Lewy,
- démence fronto-temporale,
- démence de la maladie de Parkinson,
- ...

Démences secondaires

- Surviennent suite à une maladie

Exemples :

- démence vasculaire (après un AVC),
- neurosyphilis (après une syphilis évoluée non traitée), VIH,
- maladie thyroïdienne non traitée,
- alcool, maladie de Creutzfeld-Jacob,
- tumeur cérébrale,
- ...

À noter : démence mixte = démence vasculaire + Maladie Alzheimer

Evolution des symptômes dans le temps

La démence :

- début progressif et évolution continue
- les symptômes ne s'améliorent jamais, ils s'aggravent avec le temps

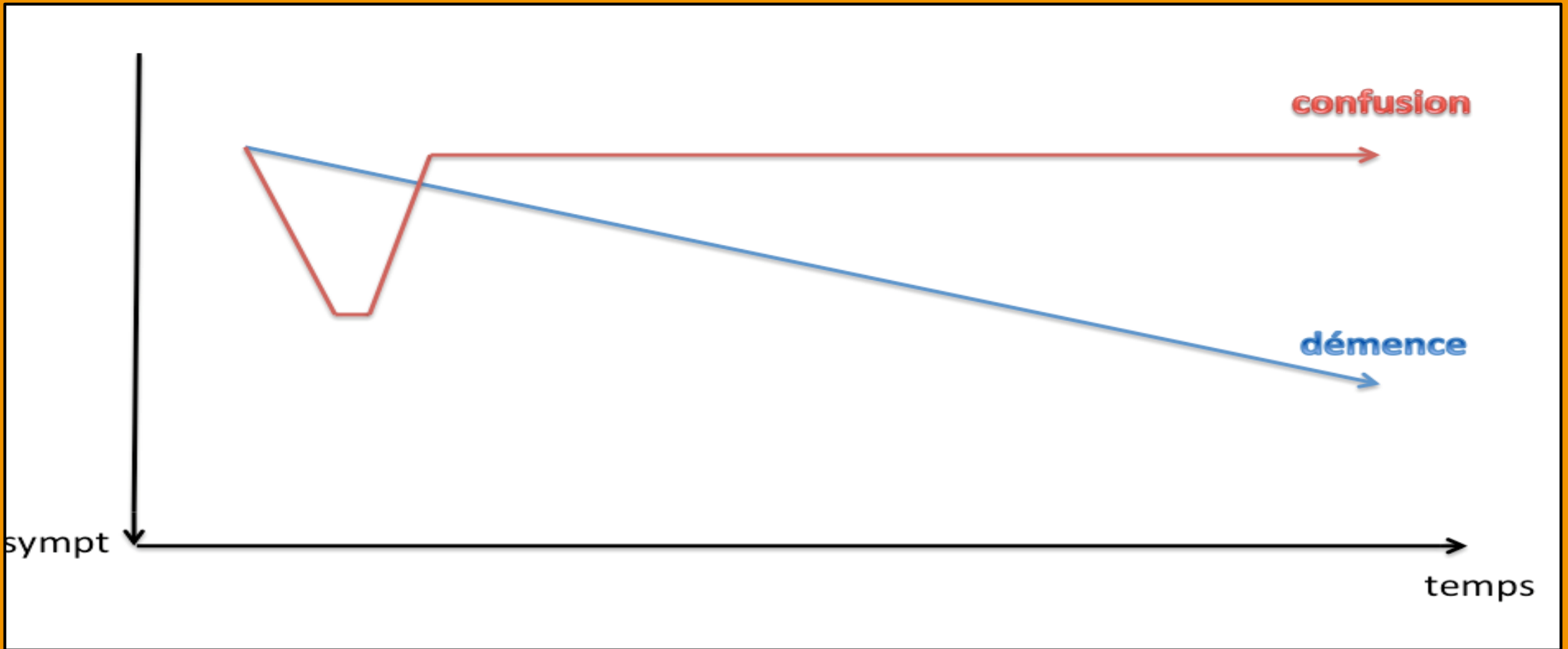
La confusion est une maladie différente de la démence :

- Mêmes symptômes que la démence
- Mais : début brutal, guérison systématique



Confusion

- Démence ≠ confusion
- Le cerveau de la personne âgée est sensible aux modifications d'environnement
 - ex : une chute, une infection urinaire, le décès d'un proche, un nouveau médicament.....
- Le cerveau de la personne âgée peut ne pas supporter ces modifications d'environnement => il a du mal à fonctionner => apparaissent brutalement des troubles cognitifs : c'est la confusion
- En traitant l'infection, en supprimant le médicament mal supporté, en traitant une douleur....., la confusion disparaît.



Les traitements

- Aucun médicament ne permet une guérison
- Mais existent des médicaments pour contrôler certains symptômes (anxiété, agressivité)
- Le plus gros du traitement : l'orthophonie, le soutien psychologique, la kiné, aider l'aidant principal... => qualité de vie
- Infos < DSM 5





4. Les pathologies psychiatriques pouvant générer du refus d'aide ou de soin chez les personnes âgées

Contexte / Enjeux :

Dans la population dite âgée, il existe plusieurs « sous populations relevant d'une prise en soins psychiatrique spécialisée :

- Les patients atteints de pathologies psychiatriques qui vieillissent
- Les patients qui développent des pathologies psychiatriques avec l'avancée en âge

Ils relèvent souvent d'une double prise en soins

- Gériatrique
 - (poly pathologies, poly médicalisations, perte d'autonomie psychique et/ ou fonctionnelle, altération cognitive possiblement associée)
- Psychiatrique



Les pathologies psychiatriques

Elles sont la plupart du temps des pathologies chroniques, ayant débutées à l'âge adulte jeune, stabilisées dans les phases de rémission clinique :

- pas de symptômes apparents,
- bonne adaptation à l'environnement

Ces phases de rémissions sont souvent obtenues grâce à la poursuite d'un traitement psychotrope actif au long cours et d'un suivi régulier, et avec des phases de décompensation, pas toujours explicables.

Il existe toutefois quelques pathologies psychiatriques à début tardif.


- Psychoses (schizophrénie, paranoïa, PHC, ...)
- Pathologies thymiques (PMD ou TBP, dépression, dysthymie ...)
- Névroses



La rupture de soins en psychiatrie

- La rupture de soins (suivi et traitement) est très fréquente en psychiatrie.
- La recherche d'un consentement aux soins prévaut même en pratique psychiatrique, mais s'avère bien souvent difficile à obtenir du fait de la pathologie même. Il existe un cadre juridique particulier établissant les modalités de soin en psychiatrie.



Déni	Vécu paranoïde	Délires systématisés	Les délires imaginatifs limités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conviction délirante de ne pas être malade, très fréquent dans les psychoses, refus de reconnaître une perception, amputation de la réalité. ▪ C'est un mécanisme de défense « je ne suis pas malade », ▪ A différencier de la dénégation (faire comme si une pensée n'existait pas) et de l'anosognosie (pathologie de la reconnaissance, déficit cognitif installé) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (schizophrénie, PHC) ou délire paranoïaque (paranoïa et délires apparentés) ▪ "On m'en veut, un-tel me veut du mal, la terre entière est contre moi, c'est un complot" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les persécutés, les quérulents processifs (revendication) "c'est mon droit", les inventeurs extravagants, les tyrans domestiques (jaloux) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Je suis un-tel (autre que lui), donc je n'ai pas besoin de vous" 

Réticence, méfiance extrême

- Fréquentes, plus particulièrement dans les psychoses, rendant impossible la prise de contact

Hostilité

- Dans les psychoses, la dépression hostile, "je refuse de vous parler, de vous voir, de vous recevoir..."



<p>Délire mégalo-maniaque, de grandeur, de toute- puissance</p>	<p>Hallucinations accoustico-verbales, intrapyschiques</p>	<p>Automatisme mental</p>	<p>Déréalisation- dépersonnalisation</p>	<p>Morcellement</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre psychotique : manie délirante, schizophrénie, paranoïa ▪ « Je suis le plus fort, le meilleur, rien ne peut m'atteindre, je n'ai pas besoin de vous" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Injonctions hallucinatoires(schizophrénie, PHC) "mes voix me disent de ne pas vous écouter, de ne pas vous parler, de ne pas vous suivre" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensées et actes imposés, divinement de la pensée, vol de la pensée (schizophrénie, PHC) ▪ "vous savez ce que je pense, vous le devinez, c'est insupportable" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les psychoses souvent en phase aiguë ▪ " Je ne reconnais pas le monde dans lequel je suis, je ne me reconnais pas" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'unité corporelle ,perception des limites corporelles altérée, avec fort risque de vécu d'intrusion très angoissant et non exprimable(corps est en mille morceaux, dans tous les coins de la pièce)



Hermétisme

- Discours incompréhensible, obscur, souvent , abstrait (psychoses dissociatives)

Rationalisme morbide

- Dans les psychoses" je suis dans cet état parce que..., C'est normal, c'est logique"



Logorrhée	Repli autistique (schizophrénie, psychoses déficitaires)	Mutisme	Catatonie à l'extrême	Miroir psychotique, écholalie, échomimie (schizophrénie)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coqs à l'âme, discours accéléré et difficile à suivre dans la manie, rendant impossible l'échange verbal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de contact verbal ni visuel possible, personne inaccessible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Psychoses, dépressions sévères) oppositionnel ou non 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne statufiée, inaccessible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reproduction des paroles et des gestes qui rend impossible l'instauration d'un dialogue réel, d'une prise de contact



Idées délirantes d'incurabilité (mélancolie)

- "Ce n'est pas le peine que je me soigne, car c'est foutu, c'est fini"



Manipulation, discours inauthentique

- Inauthentique(plus particulièrement dans les personnalités pathologiques : psychopathes, états limite, hystérie ...)



Ambivalence

- Dans les psychoses, tantôt c'est oui, tantôt c'est non

Clivage

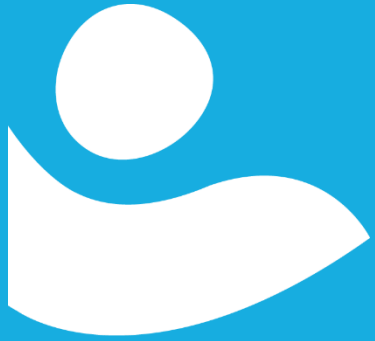
- Dans les psychoses et les états limites, c'est tout blanc ou tout noir



Les troubles de compréhension

- Dans les psychoses





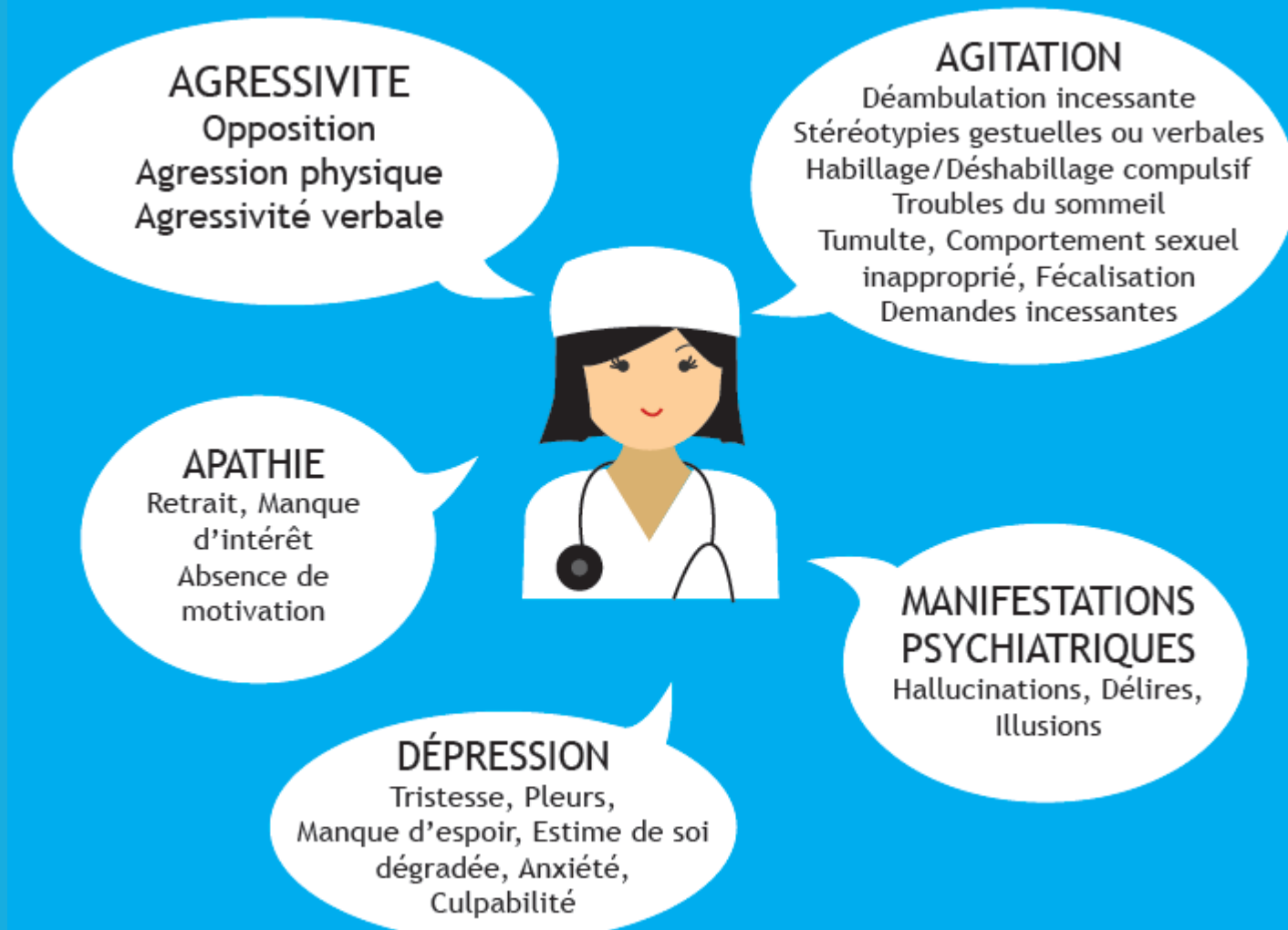
5. Les troubles du comportement

Troubles

- Négatifs : apathie, bradykinésie, régression
- Positifs : hyperactivité, agitation, fugues, troubles des conduites instinctuelles (sommeil, appétit, sexualité), stéréotypies, troubles psychotiques (délire, hallucinations, interprétations)



Les symptômes comportementaux et psychologiques dans les pathologies démentielles



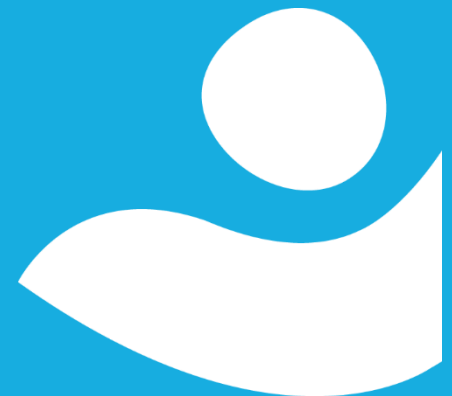
Avant ou après le diagnostic de démence

- -36 mois : repli social (40%)
- -20 mois : dépression (50%)
- -15 mois : paranoïa (20%)
- - 5 mois : anxiété (30%)
- 0 mois : diagnostic
- + 6 mois : délire (10%)
- + 18 mois hallucinations (30%)
- + 24 mois agressivité (40%)



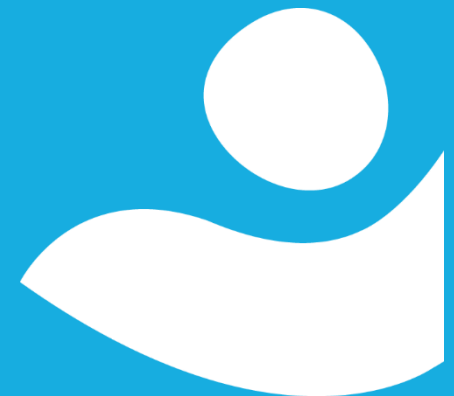
L'enjeu

- Touchent 80% des patients déments
- Première cause d'institutionnalisation par épuisement des aidants
- Doivent toujours faire penser à une détérioration cognitive sous jacente surtout s'il n'existe pas d'ATCD psychiatriques. Nécessitent toujours un bilan cognitif



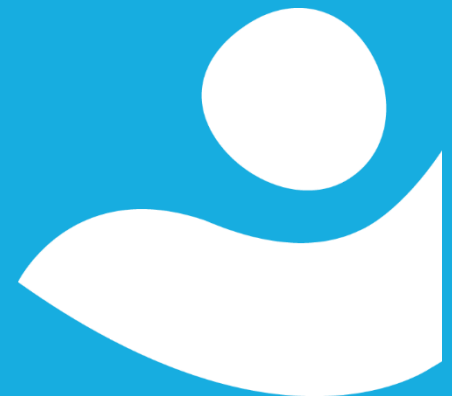
Leurs significations ?

- Tenter de décrypter
- Eliminer une origine organique (fécalome rétention aiguë d'urines, IDM etc.)
- Eliminer une cause iatrogène (anticholinergiques, Ldopa, Neuroleptiques, morphine etc.)
- Personnalité antérieure (psychiatrique, éléments névrotiques ou psychotiques)
- Contexte récent
- Modification de l'environnement



Les troubles du comportement chez un patient atteint d'altération cognitive

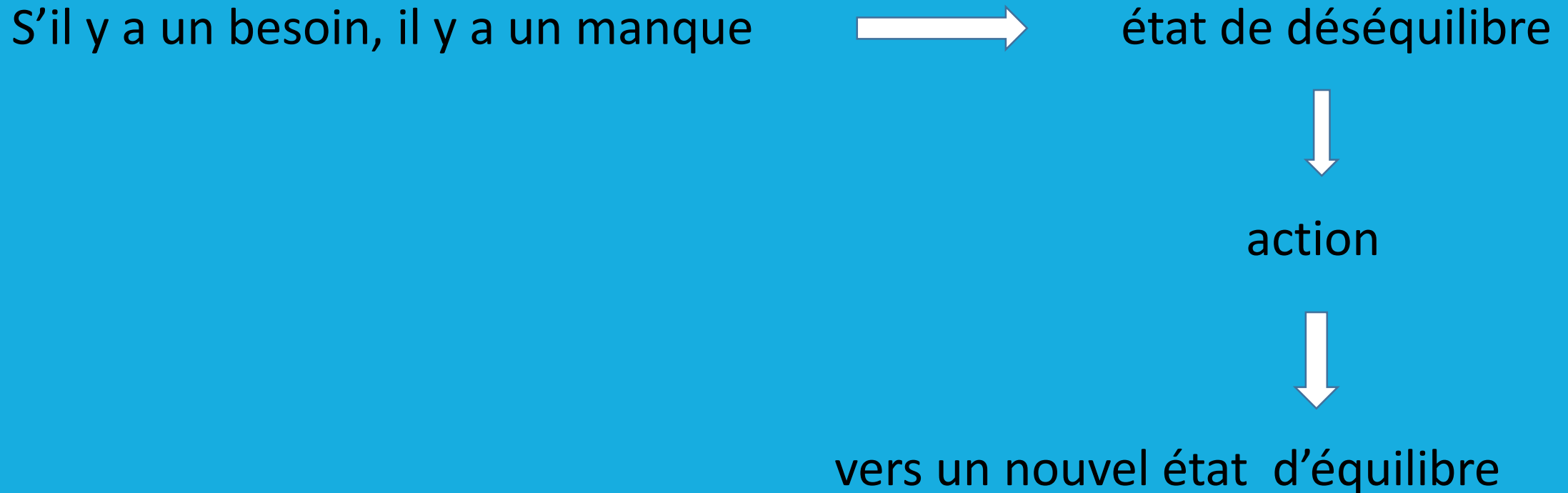
- Nous ne recherchons pas la disparition des symptômes démentiels mais la meilleure qualité de vie possible pour ces malades.
- *Le symptôme est d'abord une production avant d'être une défaillance, il est le signe d'une activité mentale autour d'une défaillance*
 - = *une tentative d'adaptation inefficace*
 - = *le signe que le dément peut encore éprouver un sentiment et tenter de la communiquer*



Les troubles du comportement chez un patient atteint d'altération cognitive

- Les troubles du comportement sont des symptômes, les symptômes ont toujours un sens.
- Les troubles sont différents pour chaque patient, ils ont un sens pour chaque patient.
- Le sens est difficile à trouver car le dément ne partage pas la même réalité que nous, et sa maladie affecte beaucoup nos possibilités de communiquer avec elle.
- Comprendre un comportement troublé demande de s'intéresser à la vie émotionnelle du patient et de se mettre à l'écoute de sa souffrance.

Le comportement est la réponse à un besoin





6. Postures facilitantes

Extrait des recommandations HAS de bonne pratique – Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs – Mai 2009

Savoir être et savoir faire

Extrait des recommandations HAS de bonne pratique

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

Mai 2009

Toilette

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver
- Choisir le type de toilette adapté au résident
- Lui demander son accord
- Privilégier l'autonomie du patient
- Eviter d'être intrusif
- Assurer l'intimité de la personne (portes fermées, etc.)
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus
- Etre doux dans ses gestes et sa voix
- Expliquer au résident ce qu'il va être fait au fur et à mesure
- Négocier les soins
- Discuter avec le résident pendant la toilette

Dr Saskia Foucart-Caron - Chef de service de Gériatrie

Réveil – petit déjeuner



- Se présenter
- Souhaiter une bonne journée
- Respecter le rythme du patient autant que possible
- Eviter d'être brutal et de parler fort
- Ne pas générer une ambiance « d'urgence »





- Proposer un lieu calme pour les visites
- Privilégier la communication entre soignants et famille
- Donner des conseils aux visiteurs
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible)
- Prendre le relais auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur

Eviter les visites au moment des repas ou des instants intimes du résident



- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible)
- Vérifier la température de la nourriture
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin
- Créer une ambiance calme
- Eviter la brutalité dans les gestes
- Donner des responsabilités au résident selon des capacités (Valorisation)
- Respecter le rythme du résident dans sa prise de repas
- Connaître les goûts et les aversions
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger
- Nommer les plats
- Enchaîner les plats
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident
- Adapter les ustensiles aux capacités du résident



Coucher



- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes dans la nuit
- Respecter l'heure de la prise du traitement
- Ne pas réveiller systématiquement





- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage, etc.)
- Orienter dans le temps
- Rassurer, calmer par une voix douce
- Utiliser le contact, le toucher
- Veiller au calme des lieux
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes



Comportements

DANS TOUS LES CAS :

- Vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale.
- Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement.
- Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire. L'agitation ou l'agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.

Opposition – Refus de soin

A faire

- Etre doux et adapter son comportement
- Essayer de décaler les soins autant que possible
- Etre à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus
- Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie
- Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin
- Négocier afin d'assurer les soins prioritaires

A ne pas faire

- Infantiliser
- Faire la morale au résident
- Parler de façon autoritaire
- Réprimander
- Forcer le résident
- Utiliser des moyens de contention

Comportement moteur aberrant

A faire

- Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche
- Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer
- la sécurité générale et le bien-être des autres résidents
- Assurer une présence régulière auprès du résident
- Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon

A ne pas faire

- Barrer la route, l'empêcher d'avancer
- L'Obliger à s'asseoir même pendant les repas
- Laisser des obstacles sur le passage (sol humide, etc.)
- Laisser les portes des locaux techniques ouvertes
- Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes

Agitation

A faire

- Etre doux, être rassurant, sécurisant
- Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson
- Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée
- Faire diversion
- Proposer une activité ou une promenade
- Etablir des routines quotidiennes
- Repérer les moments de fatigue et d'agacement
- Limiter le nombre et la durée des visites
- Assurer une présence permanente au moment du crépuscule
- Isoler le patient

A ne pas faire

- Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid)
- Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière, etc.)
- Solliciter de façon incessante
- Utiliser des moyens de contention

Agressivité

A faire

- Etre doux, être rassurant, sécurisant
- Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson
- Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée
- Faire diversion
- Proposer une activité ou une promenade
- Proposer une collation ou une boisson
- Enlever les objets dangereux
- Assurer un périmètre de sécurité
- Demander de l'aide si besoin
- Isoler le patient
- Appeler le médecin

A ne pas faire

- Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid)
- Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière, etc.)
- Se sentir blessé des propos tenus
- Montrer sa peur
- Infantiliser
- Adopter un ton supérieur ou autoritaire
- Tenter de raisonner le résident
- Faire des remarques humiliantes, mettre en échec
- Punir
- Utiliser des moyens de contention

Délires, hallucinations

A faire

- Indiquer au résident que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
- Avoir des propos rassurants.
- Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
- Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
- Assurer une présence régulière.
- Appeler le médecin.

A ne pas faire

- Paniquer.
- Tenter de raisonner le résident.
- Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
- Nier le délire.
- Entretenir une conversation sur le délire. Créer des situations complexes ambiguës.
- Utiliser des moyens de contention.

Cris

A faire

- Parler.
- Capter le regard.
- Tenir la main.
- Créer une ambiance apaisante, de détente.
- Proposer une collation ou une boisson.

A ne pas faire

- Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
- Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
- Minimiser la douleur.
- Utiliser des moyens de contention.



7. La relation avec l'aidant : communiquer avec l'aidant en cas de refus d'aide

1 - Qui est l'aidant?

➤ Il existe deux catégories d'aidants : les aidants familiaux et les aidants professionnels.

➤ L'aidant familial n'est pas forcément la personne de confiance.

L'aidant familial a une position particulière dans la famille : il est confronté au quotidien aux difficultés, doit savoir les gérer, et n'a souvent que peu de reconnaissance pour ce qu'il fait, par la personne malade mais aussi les autres membres de la famille.

➤ L'aidant professionnel intervient pour une mission spécifique. Il doit avoir suffisamment de connaissances de la situation pour intervenir. La structure dont il dépend est un lieu structurant pour ses interventions.

2 - Expliquer la raison du refus de soins

- Refus de soins réfléchi : Savoir reconnaître à la personne la capacité à décider pour elle-même. Laisser de côté ses propres idées pour accompagner le cheminement de la personne de la façon la plus objective possible.
- Ne pas hésiter à se faire aider par des professionnels en cas d'interrogations ou de difficultés.
- Refus de soins non réfléchi : En cas de démence, la personne n'est pas capable de raisonner, ni d'expliquer son comportement. C'est une réaction à une souffrance, ou une incapacité à s'adapter. Les explications ou critiques n'auront aucun impact positif sur la situation.

3 - Savoir s'adapter

- La personne n'est pas en capacité ou en volonté de s'adapter. Ce sont donc les aidants qui ont obligation de s'adapter pour venir en aide.
- Nous traiterons principalement le refus de soins non réfléchi car, dans ce cas, la communication est souvent difficile voire impossible et l'aidant doit s'adapter seul à la situation.
- Il s'agit de prendre la bonne distance afin de ne pas laisser l'émotionnel prendre le dessus.
- Laisser les professionnels intervenir dans leur champ de compétence lorsqu'ils sont présents.

3 – Savoir s'adapter aux comportements inadaptés : Quelques exemples

- Accepter que ces comportements ne sont pas volontaires ni dirigés vers une personne en particulier.
- **Déambulation** : Laisser la personne déambuler même si cela ne correspond pas à ce qui est souhaité. Créer une ambiance apaisante. Essayer de capter l'attention de la personne avec une autre activité.
- **Fugue** : Sécuriser la sortie de l'appartement. Ne pas laisser la personne seule. L'accompagner dans ses sorties. Adopter dans certains cas des bracelets de géolocalisation.
- **Agitation/Agressivité** : Rester très calme et essayer de capter l'attention de la personne sur une autre activité. Ne pas obliger la personne à faire ce qu'elle ne souhaite pas. Enlever les objets dangereux.

3 – Savoir s'adapter aux comportements inadaptés

- En cas de difficultés, ne pas hésiter à faire appel aux professionnels soignants compétents.
- Accepter de se mettre en retrait pour un temps afin de faire tomber la tension.
- Participer à des groupes d'échanges d'aidants familiaux ou des formations proposées par les associations du secteur

3 – Savoir s'adapter aux incapacités à gérer les actes de la vie quotidienne

- **Toilette** : Ne pas obliger si la personne refuse mais reporter la toilette plus tard. Accepter que la toilette ne soit pas complète. Passer le relai aux professionnels si le refus est récurrent.
- **Habillage** : Laisser au maximum l'autonomie mais proposer les vêtements dans l'ordre ou ils doivent être mis. Accepter que l'habillage ne soit pas selon les normes «usuelles ». Laisser le choix des vêtements.
- **Repas** : Accepter que les repas ne se fassent pas aux heures habituelles. Laisser des en-cas à disposition. Adapter la nourriture pour un « manger-mains » si besoin.

3 – Savoir s'adapter en créant un environnement favorable

- Il est important de créer un environnement serein et détendu.
- Ne pas mettre en échec en proposant des actions que la personne ne peut pas faire.
- Préserver au maximum les repères habituels.
- Avoir un langage simple qui ne nécessite pas une réponse complexe.
- Ne pas avoir des échanges « négatifs » avec les autres sur le comportement inadapté de la personne en sa présence.
- Savoir apporter le rire pour débloquer une situation.
- Intégrer la personne dans les conversations afin qu'elle se sente reconnue

4 – Savoir se protéger

- Le rôle d'aidant familial est très difficile.
- Il faut savoir passer le relai en cas de difficulté. Ce n'est pas un échec personnel. L'épuisement de l'aidant est aussi délétère pour la personne.
- Se donner du temps pour s'occuper de soi et avoir des relations sociales extérieures.
- Faire appel aux professionnels afin de pouvoir rester dans son rôle familial.
- Echanger sur les difficultés rencontrées.

Partie 8

Quelles informations transmettre, à qui ?



Quelles informations transmettre à qui?

Présentation d'un outil élaboré dans le cadre du schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Sarah Straehli/ Responsable de l'aide sociale personnes âgées et personnes handicapées

Annie Roux Catalano/ Responsable du Service Territorial de l'Autonomie

Outil intitulé

« Secret professionnel et partage d'informations à caractère secret concernant les personnes vulnérables, âgées ou handicapées
Références légales et grands principes »

Accessible en ligne sur www.hauts-de-seine.fr

1/ L'information protégée par le secret professionnel

2/ Se taire, parler ou transmettre: possibilités et obligations légales

3/ Les modalités du partage d'informations à caractère secret ou confidentiel

1/L'information protégée par le secret professionnel:

- Quelles sont les informations à caractère secret?
- Le secret professionnel: qu'est-ce que c'est?
- Les personnes soumises au secret professionnel
- Distinction avec les notions de discrétion professionnelle et de respect de la vie privée d'autrui

2/ Se taire, parler ou transmettre: possibilités et obligations légales:

- L'obligation de se taire sous peine de sanctions pénales, disciplinaires ou civiles
- La possibilité de parler et / ou de transmettre des informations:
Notamment en cas de privations ou de sévices, ou de mauvais traitements sur personne vulnérable
- L'obligation de parler et/ ou de transmettre des informations
Fonctionnaires ayant connaissance d'un crime ou d'un délit
Transmission d'informations sur réquisition policière ou judiciaire
- L'obligation d'agir: l'obligation de porter assistance à personne en danger

3/ Les modalités du partage d'informations à caractère secret

Article L1110-4 du Code de la Santé Publique

Qui peut échanger des informations à caractère secret?

- *Les professionnels de santé ou les professionnels « autres » du champ social ou médico-social (R1110-2 du Code de la Santé Publique),*
- *A condition qu'ils participent tous à la prise en charge de la même personne.*

Quelles informations peut-on échanger?

- *L'échange doit avoir pour objectif:*
- *En matière de santé= assurer la coordination ou la continuité des soins*
- *En matière sociale= assurer la prévention ou le suivi médico-social et social*
- *Les informations échangées= celles strictement nécessaires à l'accomplissement de cet objectif*

Faut-il informer la personne / obtenir son autorisation?

Notion « d'équipe de soins »

Si les professionnels appartiennent à la même « équipe de soins »:

- *L'information est réputée confiée par la personne à l'ensemble de l'équipe.*
- *Il n'est pas nécessaire de recueillir son consentement pour échanger des informations.*
- *Cependant, lorsqu'il s'agit d'un échange au sein d'une même « équipe de soins » entre professionnels de santé et professionnels « autres » du champ social ou médico-social (exemple partage d'une information à caractère médical avec l'assistant social ou le psychologue de l'équipe) : la personne doit en être préalablement informée.*

Si les professionnels ne font pas partie de la même «équipe de soins »:

- *L'information et l'autorisation de la personne sont des pré-requis à tout échange nominatif, sauf si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il y a urgence ou impossibilité de l'informer.*
- *Nécessité de la remise à la personne d'un support écrit d'information.*

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles:

- Signature d'un protocole ou élaboration d'une charte pour toute instance régulière de concertation
- Aucune transmission systématique d'informations
- Lorsque l'accord de la personne est requis: si la personne ne donne pas son accord à l'échange, celui-ci ne peut se faire que de façon anonymisée
- Restitution des préconisations de l'instance à la personne
- Neutralité

Merci de votre attention

Document « Secret professionnel et partage d'informations à caractère secret concernant les personnes vulnérables, âgées ou handicapées. Références légales et grands principes » accessible en ligne sur:

www.hauts-de-seine.fr



Pause déjeuner

Reprise à 14h



Madame OUIIMÉSNON



Début 2013, la gardienne d'un immeuble contacte le CCAS pour signaler la situation de Madame OUIMÉSNON une personne âgée qui vit dans l'immeuble.

- Il s'agit d'une dame âgée, veuve, relativement isolée,
- Elle a une nièce unique en Italie, et refuse de recevoir des aides,
- Les voisins sont gênés des odeurs qui se dégagent de son appartement encombré.
- Elle aurait le gaz à domicile.



- Le CCAS prend note de ces éléments et contacte le Clic par le biais du FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation).



- Ce formulaire permet de transmettre un maximum d'éléments dès l'orientation. Les alertes identifiées par le CCAS confirment l'orientation auprès du Clic.

1^{ère} table ronde – 40 minutes

CLIC

- *Centre Local d'Information et de Coordination*

Mme FIRMIN

Responsable du Clic Archipel

Mme MARTIN

Ergothérapeute du Clic Archipel

SSIAD – ESA

- *Service de Soins Infirmiers à Domicile*
- *Equipe Spécialisée Alzheimer*

Mme HERMAN

Directrice du SSIAD SAPA

SAAD

- *Service d'aide à domicile*

Mme CREON

Directrice adjointe ASDL

Mme GALLOUX

Directrice Alliance Vie

HDJ DIAG / CMP

- *Hôpital de jour diagnostic*
- *Centre Médico Psychologique*

Dr LYNCH

Gériatre CH Rives de Seine

Dr FOUCART CARON

Gériatre - Responsable du service de gériatrie aigüe à l'Institut Hospitalier Franco Britannique

Dr BUZGAR

Praticien Hospitalier du secteur de Psychiatrie de Courbevoie

Mme MAGER

Infirmière du secteur de Psychiatrie de Courbevoie

- **Le Clic prend contact** avec le CCAS, le médecin traitant, les partenaires identifiés sur cette situation.
- Le Clic apprend que le médecin traitant de Madame est parti à la retraite il y a 2 ans et que son remplaçant n'a jamais rencontré cette dame.
- Le CLIC tente de joindre Madame pour prendre contact avec elle, et organise une visite à domicile.
- Lors de la **première visite**, le Clic trouve porte close. Un mot est laissé à l'attention de Madame avec les coordonnées du Clic. Durant plusieurs mois le Clic tente de prendre contact avec Madame, et le CCAS est régulièrement interpellé par la gardienne.

- **Juin 2014**, les pompiers ré interpellent le CCAS pour signaler que Madame a chuté à domicile et a refusé d'être hospitalisée.
- Le CCAS ré interpelle le CLIC, et la gardienne de l'immeuble de Madame OUIMÉSNON introduit le Clic auprès de Madame.



CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination



Missions principales

- Accueil, écoute, information, conseil à l'utilisateur et soutien aux familles.
- Évaluation des besoins et élaboration du plan d'aide personnalisé.
- Mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'aide personnalisé



Population cible

- Personnes de + 60 ans habitant sur le secteur du Clic et leur entourage.



Modalités d'admissions

- Pour le public :
 - accueil avec ou sans RDV ;
 - appels téléphoniques, e-mail, fax, courrier...
- Pour les professionnels :
 - possibilité de signaler des situations difficiles par téléphone, e-mail ou fax ;
 - organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire ou de réunions de synthèse.

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination



Fin de prise
en charge

- Veille si stabilisation de la situation
- Décès de la personne.
- Déménagement.
- Entrée en institution.



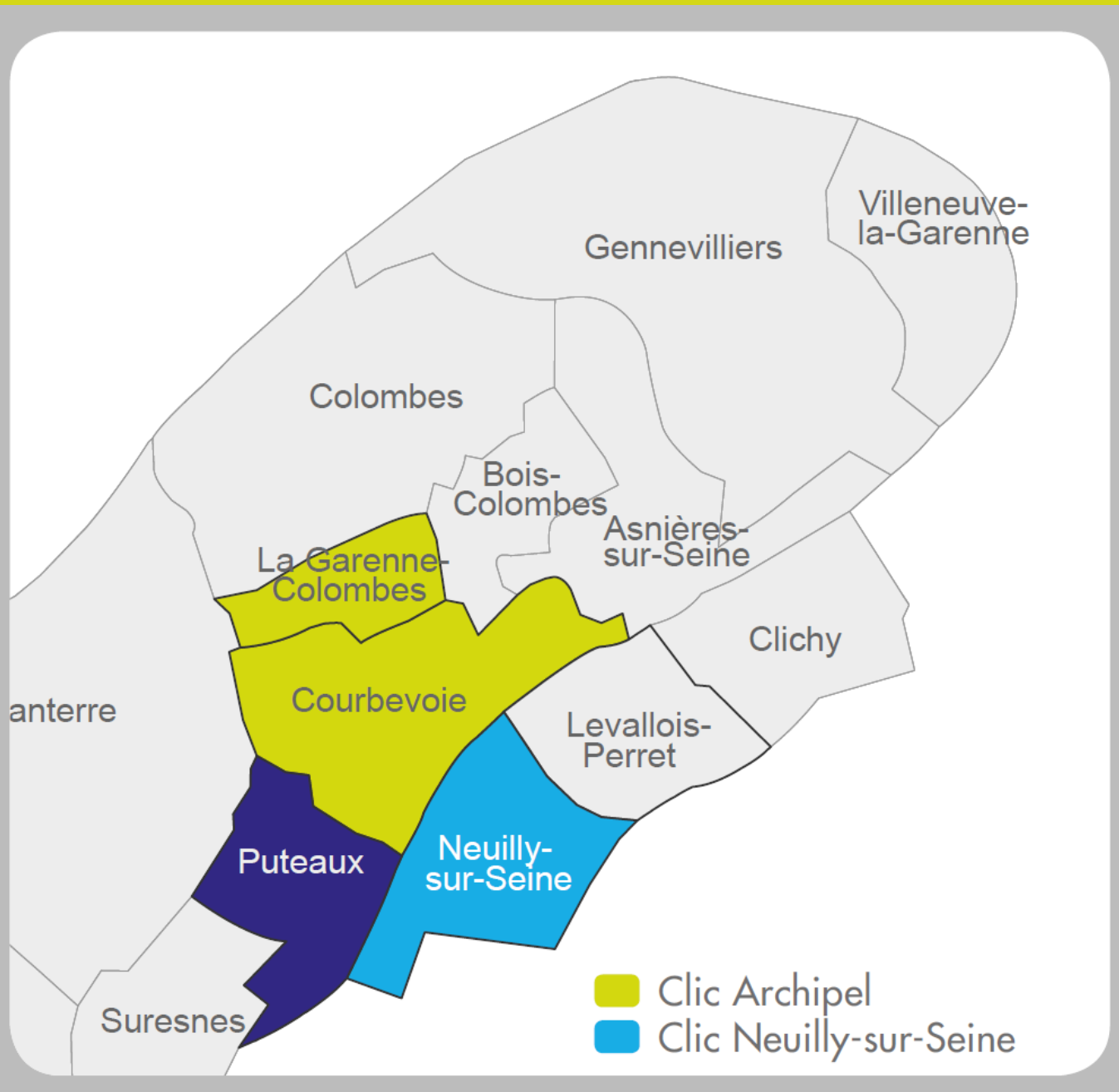
Financement



- Intervention gratuite.



Missions
spécifiques

- Aide à l'ouverture de droits (CNAV, APA, CPAM, SLE, ASPA...) ou lien avec autres professionnels.
- Aide à la recherche de logement (type EHPAD et foyers logement).
- Signalement des personnes vulnérables.
- Évaluation CNAV.
- Évaluation par des ergothérapeutes et/ou psychologues.
- Présence de médecins et temps de coordination médicale.
- Conférences, plan canicule.
- Actions de prévention : ateliers mémoire.



-  **Clic Archipel – Courbevoie** ☎ **01 47 88 12 22**
-  **Clic Neuilly-sur-Seine** ☎ **01 40 88 87 07**
-  **Coordination gérontologique** ☎ **01 46 92 95 25**

Le Clic rencontre Madame à domicile, l'informe sur ses services et identifie que :

- Madame a été prise en charge à 2 reprises dans des services hospitaliers d'urgence et est rentrée à domicile indiquant à l'hôpital qu'à domicile tout allait bien,
- Mme aurait été suivie d'un CMP il y a 10 ans,
- Le domicile est encombré, Madame est en situation d'incurie, le réfrigérateur est encombré et contient des produits périmés,
- Madame souhaite rester à domicile.

- Un bilan à l'HDJ diagnostic, et la mise en place d'un médecin traitant,
- Le passage d'un infirmier voir du SSIAD, ou d'un ESA,
- Le montage du dossier APA à domicile,
- La mise en place d'aide à domicile notamment pour désencombrer le domicile.

Hôpital de jour Gériatrique diagnostic



Missions principales

- Bilan gériatrique, diagnostic et soins :
 - bilan diagnostic et d'évaluation des fonctions cognitives ; bilan de chutes ; bilan nutritionnels ; bilan et suivi des plaies chroniques ; évaluation et prise en charge de la fragilité.
- Pose de diagnostic, définition des thérapeutiques et des moyens à mettre en œuvre pour l'aide au maintien à domicile.



Population cible

- Personnes de + 70 ans ou + 75 ans selon les spécialités.
- Ayant besoin d'un bilan complet et d'un accès à un plateau technique sans avoir recours à une hospitalisation complète.



Modalités d'admissions

- Passage par la consultation d'évaluation gériatrique pour le public venant spontanément.
- Personne orientée par un établissement de santé notamment les services d'UGA.

Hôpital de jour Gériatrique diagnostic



Durée de prise en charge

- 1 à 2 séances de prise en charge en HDJ.
- Accueil en HDJ à la journée entre 9h et 17h.



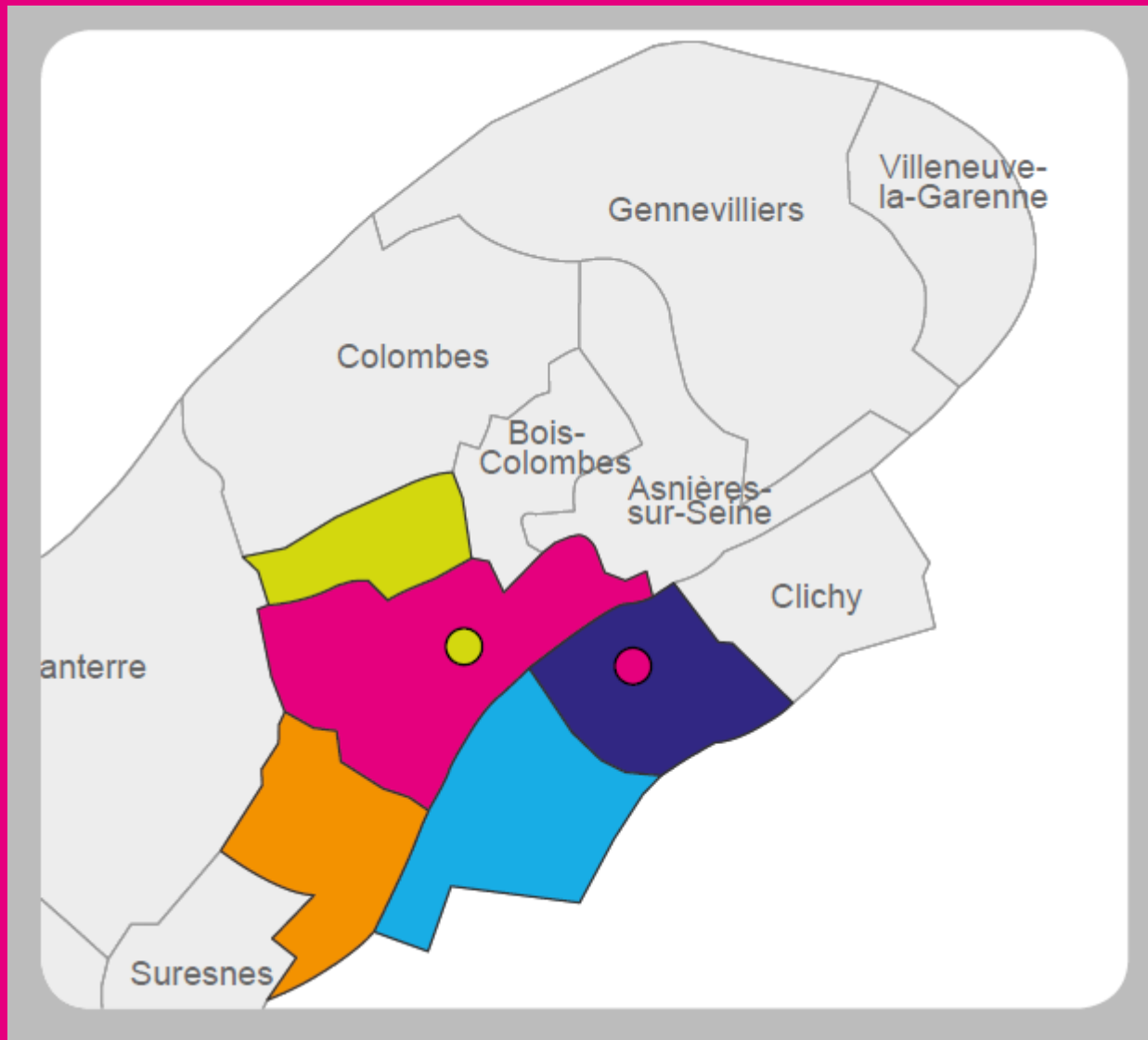
Financement

- Prise en charge par l'assurance maladie et les assurances santé (mutuelles).
- Sans reste à charge si prise en charge à 100%.



Missions spécifiques

- Mémoire.
- Poly pathologie.
- Onco-gériatrie.
- Post-AVC.
- Permet le relais vers une multitude de services.
- Diffusion de bonnes pratiques.
- Personne ayant une prescription médicale adressée par le médecin traitant.



CHCNP

☎ 01 49 04 31 91



IHFB

☎ 01 47 59 59 59

Durant le passage à l'HDJ Diagnostic la psychiatrie de liaison est interpellée

Psychiatrie de liaison



Missions principales

- Délivrer un avis spécialisé en psychiatrie pour des patients âgés présentant des troubles psychiques.



Population cible

- Prise en charge pour motif somatique dans un service du CH de Courbevoie (service de médecine, SSR, HDJ et rééducation).
- Patient qui présente des troubles psychiques débutant ou préexistant.



Modalités d'admissions

- Sollicitation du médecin du service.
- Organisation des RDV HDJ de certains patients les mercredis pour faciliter l'accès à cette expertise.

Psychiatrie de liaison



Durée
moyenne de
prise en charge

- La durée de prise en charge est modulable dans le temps et vient répondre aux besoins de soins de la personne âgée.



Financement

- Convention inter établissements/ dans le cadre d'une MIGAC.



Missions
spécifiques

- Lien avec le Clic Archipel, participation à la réunion de synthèse mensuelle.
- Travail pluridisciplinaire qui vise entre autres à rechercher une pathologie sous-jacente ou à étudier la situation d'une personne identifiée comme présentant une pathologie sous-jacente.

En cas de besoin le lien est alors fait avec le CMP pour proposer un suivi

CMP : Centre Médico Psychologique



Missions principales

- Structure pivot du secteur, le CMP est une unité de soins ambulatoires qui propose : accueil, diagnostic, orientation et consultations.
- Il assure la continuité des soins tout en permettant de maintenir le patient dans son milieu socio familial et favorise son intégration sociale et/ou professionnelle
- ainsi que son autonomie en évitant l'hospitalisation et en prévenant la rechute.
- Prévention et éducation du patient pour éviter le recours à l'hospitalisation.



Population cible

- Personnes adultes ou jeunes de + 16 ans souffrant de difficultés psychologiques et/ou de troubles psychiatriques.
- Domiciliées sur la ville de secteur.



Modalités d'admissions

- Contact physique ou par téléphone auprès du secrétariat du CMP pour solliciter une demande de prise en charge.
- Orientation par un médecin généraliste ou hospitalier.
- Un RDV avec un membre de l'équipe infirmière est proposé pour une première évaluation. À l'issue, un entretien avec un psychiatre sera proposé.

CMP : Centre Médico Psychologique



Durée
moyenne de
prise en charge

- La durée de prise en charge est modulable dans le temps et vient répondre aux besoins de soins de la personne.



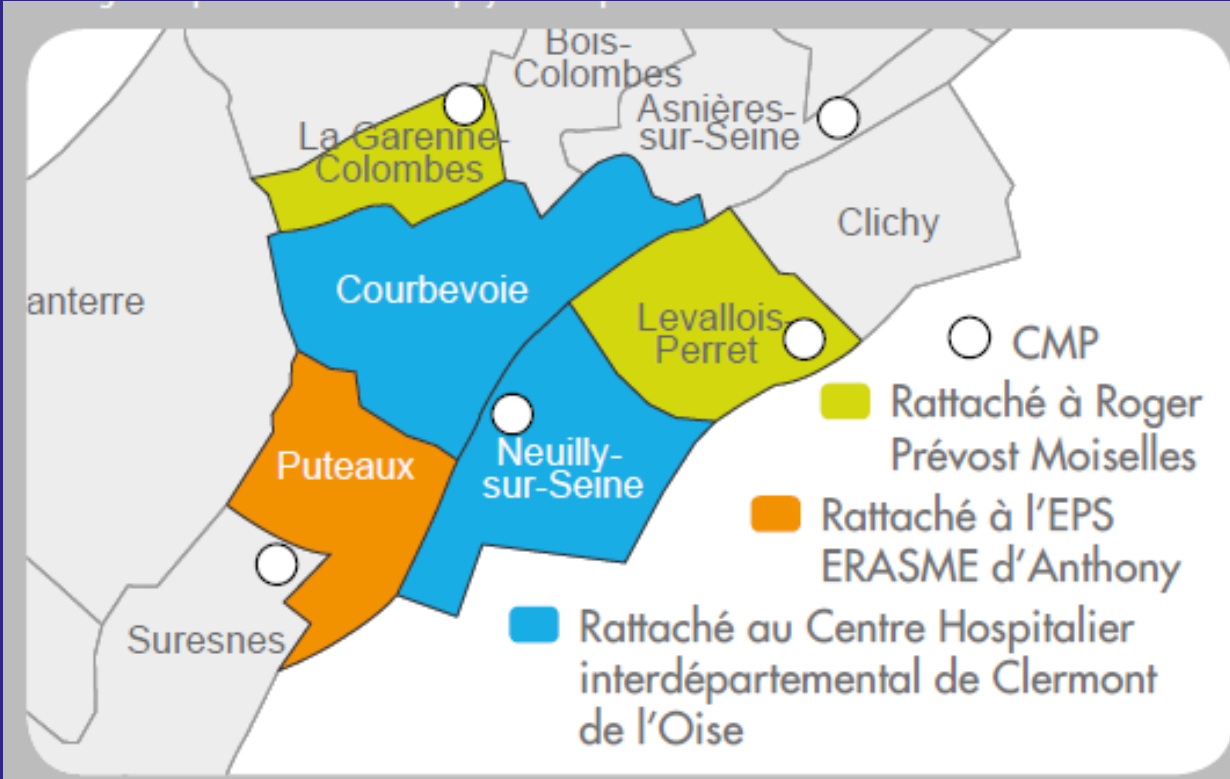
Financement

- Prise en charge à 100% par l'assurance maladie, sans avance de frais.



Missions
spécifiques

- Le CMP travaille en partenariat avec les professionnels des secteurs médico-social, éducatif, judiciaire, associatif, le Clic, les ESAT, foyers de vie, les maisons de retraite.



LA GARENNE-COLOMBES

☎ 01 46 49 16 40

- CMP
- HDJ
- HAD
- Unité d'hospitalisation
- Foyer post cure (Moiselles)

LEVALLOIS-PERRET

☎ 01 55 46 90 50

- CMP
- CATT
- Unité d'hospitalisation
- HAD

COURBEVOIE

☎ 01 47 90 60 99

- CMP
- CATT
- Unité d'hospitalisation
- Psychiatre de liaison

PUTEAUX

☎ 01 41 44 38 99

- CMP
- HDJ
- CATT
- Appartements thérapeutiques
- Unité d'hospitalisation d'accueil intersectorielle
- Unité d'hospitalisation de moyen et long séjour

NEUILLY-SUR-SEINE

☎ 01 55 24 22 90

- CMP
- CATT
- Unité d'hospitalisation

Les bilans révèlent que

- Madame a une démence sur une personnalité paranoïaque,
- son MMS est en dessous de 15
- Elle est en GIR 3

Une ordonnance est faite pour que le SSIAD réalise les soins d'hygiène, délivre les traitements et vérifie les paramètres vitaux.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile



Missions principales

- Dispensation de soins infirmiers de base (hygiène et confort) et ou technique à domicile ou en structures non médicalisées.
- Continuité des soins.



Population cible

- Personnes de + 60 ans malades ou dépendantes.
- Personnes de - 60 ans atteintes de maladies chroniques ou en situation de handicap (places dédiées PH).
- Secteur géographique autorisé.



Modalités d'admissions

- Le recours au SSIAD se fait par le biais d'une prescription hospitalière ou du médecin traitant.
- Le patient doit justifier d'un droit à l'assurance sociale.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile



Durée
moyenne de
prise en charge

En fonction des besoins de la personne après réévaluation et renouvellement d'ordonnance tous les 3 mois.



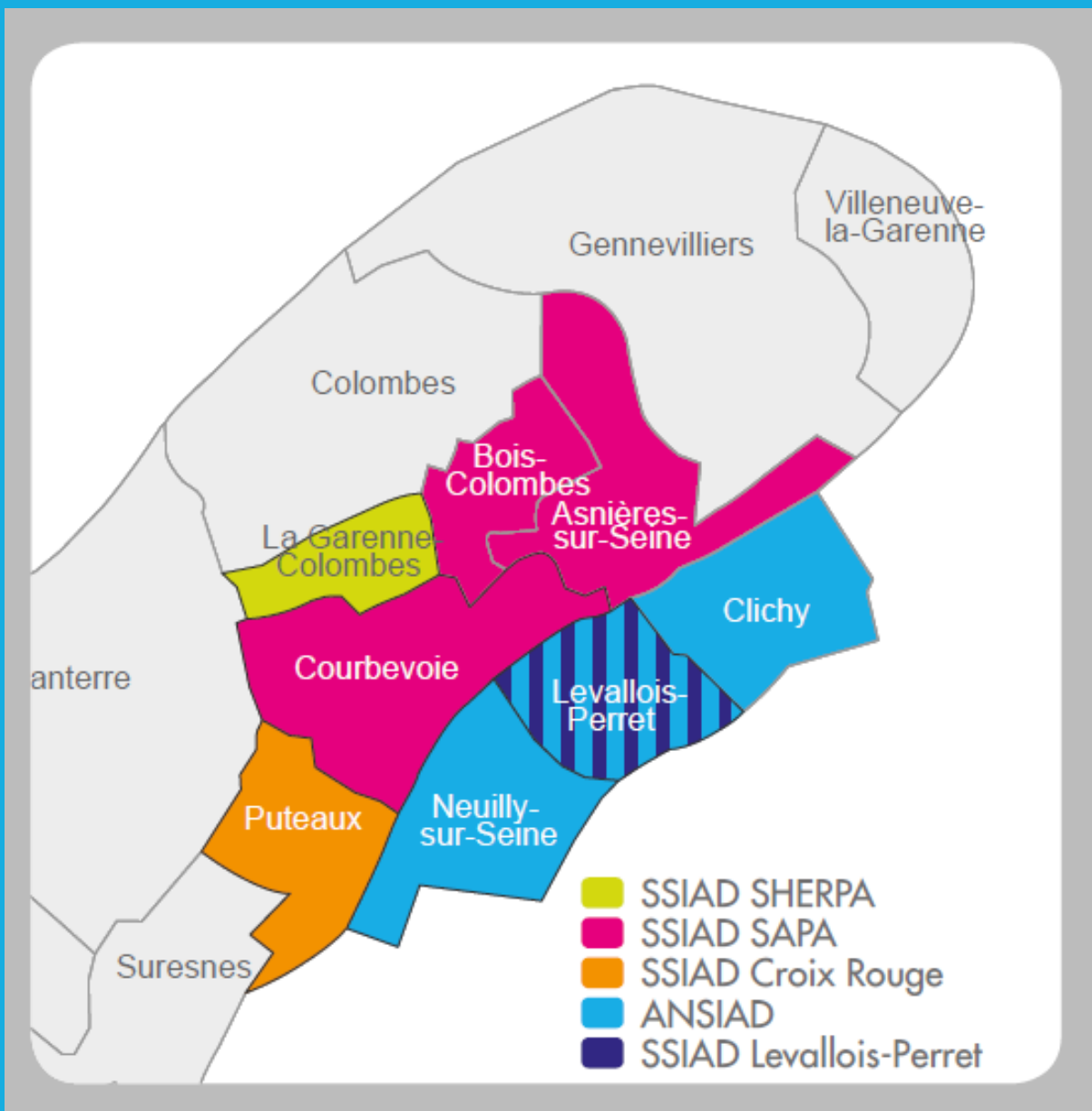
Financement










Prise en charge à 100% par la sécurité sociale sans avance de frais.



Missions
spécifiques

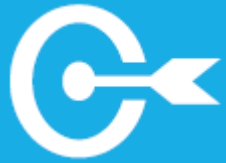
Selon les services :
→ Soutien aux aidants.
→ SSIAD renforcé.
→ ESA (voir fiche ESA).



	SSIAD SHERPA	 01 47 81 65 11
	SSIAD SAPA	 01 43 34 15 00
	SSIAD CROIX ROUGE	 01 47 78 74 91
	ANSIAD	 01 46 40 12 74
	SSIAD LEVALLOIS-PERRET	 01 47 58 64 47

Certains SSIAD portent une E.S.A.

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer



Missions principales

- Séances de réhabilitation et d'accompagnement à domicile auprès de la personne ayant des troubles cognitifs modérés.
- 3 axes d'interventions :
 - la personne ;
 - l'aidant ;
 - l'environnement.



Population cible

- Adultes ayant des troubles cognitifs modérés MMS > ou =15.
- Secteur géographique autorisé.



Modalités d'admissions

- Prescription médicale.
- Assuré social ou ayant droit.

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer



Durée
moyenne de
prise en charge

- 12 à 15 séances sur 3 mois renouvelables tous les ans.



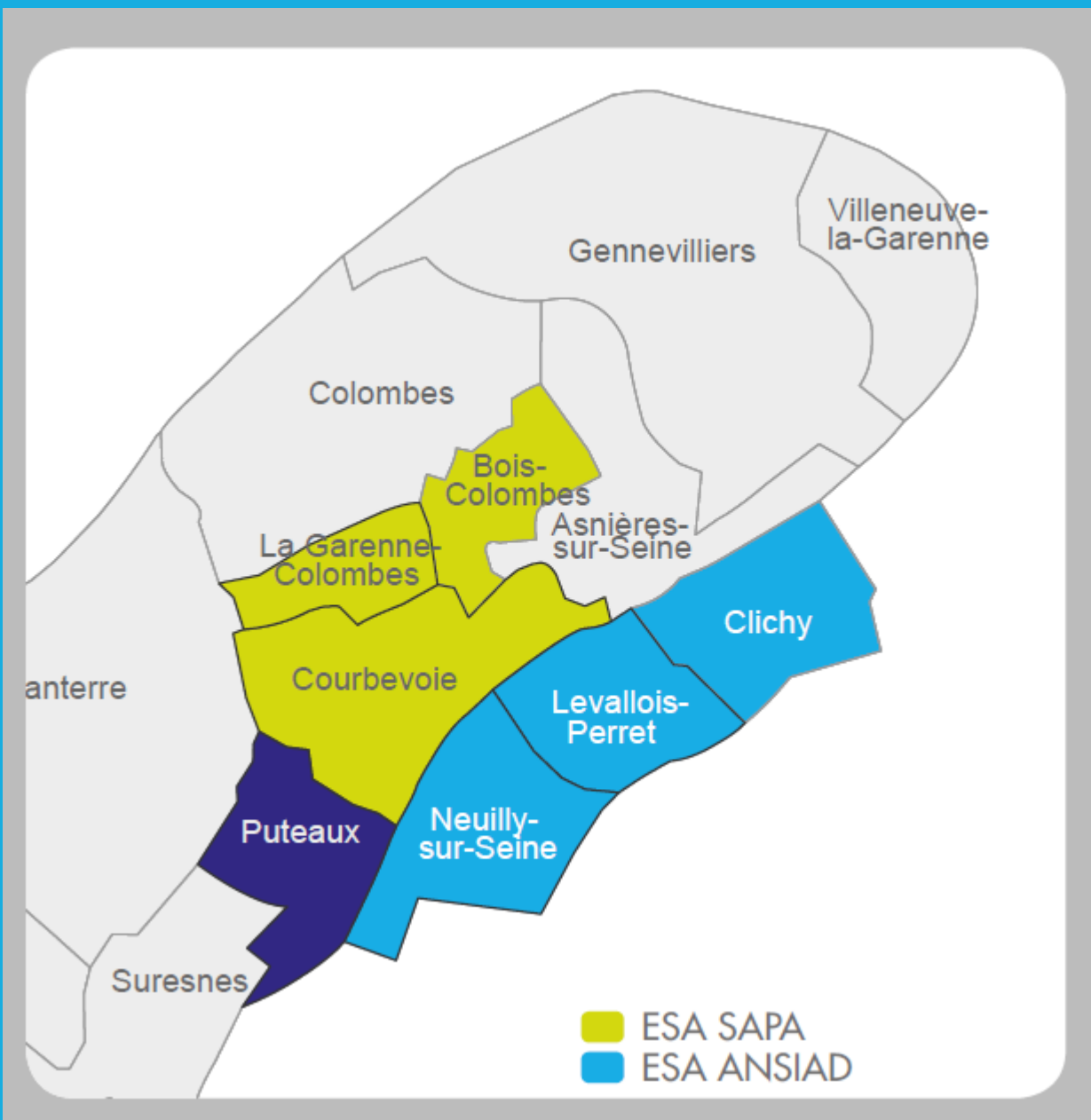
Financement

- Prise en charge à 100% par la sécurité sociale sans avance de frais.



Missions
spécifiques

- N.C.



ESA SAPA ☎ 01 43 34 15 00

ANSIAD ☎ 01 46 40 12 74

SESID (PUTEAUX) ☎ 01 47 32 29 62

Une visite du SAAD a lieu à domicile

SAAD : Services d'Aide à Domicile



Missions principales

- Délivrance de prestations à domicile :
 - services d'aide ménagère : ménage, aide aux courses, repassage ;
 - services d'auxiliaire de vie sociale : aide à la toilette, aide aux repas, sorties, compagnie, garde de nuits...



Population cible

- Personnes de + 60 ans.
- Personnes de – 60 ans atteintes de maladies chroniques ou en situation de handicap.



Modalités d'admissions

- Personne orientée par un professionnel.
- Libre venue (téléphone, e-mail, fax, rdv, site web).

SAAD : Services d'Aide à Domicile



Durée
moyenne de
prise en charge

En fonction des besoins de la personne.



Financement

- Si plan d'aide pour les + 60 ans :
 - GIR 1 à 4 : APA à domicile délivré par le Conseil départemental ;
 - GIR 5 et 6 : aide délivrée par la caisse de retraite.
- Si plan d'aide pour les - 60 ans : des aides sont délivrées par la MDPH (PCH, ACTP...).
- Possibilité de prestations par les assurances ou mutuelles.
- Possibilité d'une prise en charge aide sociale du Conseil départemental pour les personnes sans ressources, si le service est habilité.
- Possibilité de réductions d'impôts.



Missions
spécifiques

Intervention en prestataire ou mandataire.

Gardes malades, interventions 24h/24, gardes de nuit, astreinte téléphonique, prise en charge des animaux de compagnie (hors soins et toilettage), transport véhiculé.

SAAD

Refus systématique

Madame ne souhaite pas mettre en place d'aide à domicile malgré ses difficultés et le bon premier contact avec la responsable du service.

SSIAD

Refus aléatoire

Les intervenantes doivent souvent attendre longtemps à la porte, et lors de chaque intervention il faut négocier pour intervenir.

Pour madame OUIMÉSNON :

- une perte de poids est constatée, il y a des interrogations sur la régularité de son alimentation,
- des doutes sur le suivi de la prise de médicament,
- des courriers s'accumulent à domicile.

Pour les professionnels :

- il y a de nombreux glissements de tâches car souvent pour ne pas laisser madame en difficulté les intervenants du SSIAD ont tendance à faire plus que ce qu'elles doivent faire (petit déjeuner,),
- le domicile est encombré ce qui ne permet pas une intervention dans de bonnes conditions,
- il y a une perte de sens à intervenir seul.

- Le SAAD et le SSIAD interpellent le Clic,
- La situation est évoquée en réunion de coordination du Clic,
- Le compte rendu de l'HDJ diagnostic confirme une altération des facultés cognitives de Madame et un MMS < 15,
- Madame ne s'est pas présentée au RDV du CMP.

Décisions des professionnels à l'issue de la réunion de coordination Clic :

→ Après avoir croisé les éléments sociaux et médicaux réunis par les acteurs de ville et de l'hôpital, la décision commune est prise de faire une demande de protection juridique.

→ Il est également identifié que le cumul des difficultés sur le plan médical, social et environnemental va nécessiter un suivi intensif et de long court. La décision est prise d'orienter vers la gestion de cas MAIA

2ème table ronde – 40 minutes

Gestion de Cas MAIA

Mme PETIT

Gestionnaire de cas MAIA Hauts de Seine Centre Nord

UGA - SSR

- *Unité de gériatrie Aigue*
- *Soin de suite et de réadaptation*

Dr CHANSIAUX

Chef de pôle Département de médecine Gériatrique CH Rives de Seine

Dr KALFA

Géiatre – médecin chef Hôpital la Cité des Fleurs

MJPM

- *Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs*

Mme DEDEYAN

SOS 3ème âge

M PRIET

Directeur Association Tutélaire 92

En effet sur cette situation, les critères nationaux de gestion de cas sont réunis*:

- 1 : Le maintien à domicile est compromis en raison de problèmes d'autonomie fonctionnelle ET de problèmes médicaux ET de problèmes d'autonomie décisionnelle (que la personne elle-même ou son environnement en soit à l'origine)
- 2 : les aides et soins mis en places sont insuffisants ou inadaptés
- 3 : il n'y a personne dans l'entourage pour mettre en place et coordonner de façon intensive et dans la durée les réponses aux besoins

Gestion de cas MAIA



Missions principales

Suivi renforcé, intensif et au long cours de situations complexes



Population cible

La situation de la personne doit répondre aux 3 critères suivants cumulés :

- Critère 1. Situation instable compromettant le maintien à domicile en raison du cumul de problèmes : problème d'origine du champ médical, avec une répercussion sur l'autonomie fonctionnelle, et une répercussion sur l'autonomie décisionnelle ;
- Critère 2. Aides et soins insuffisants ou inadaptés ;
- Critère 3. Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et de coordonner dans la durée les réponses aux besoins.

! Personne de - 60 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, dont le projet de vie est de rester à domicile.



Modalités d'admissions

Orientation par un professionnel ou un bénévole via un formulaire spécifique.

Gestion de cas MAIA



Fin de prise en charge

- Prise en charge dite intensive et de long cours.
- La sortie est justifiée par :
 - une institutionnalisation ;
 - un déménagement ;
 - la volonté de la personne de sortir du dispositif ;
 - un décès.



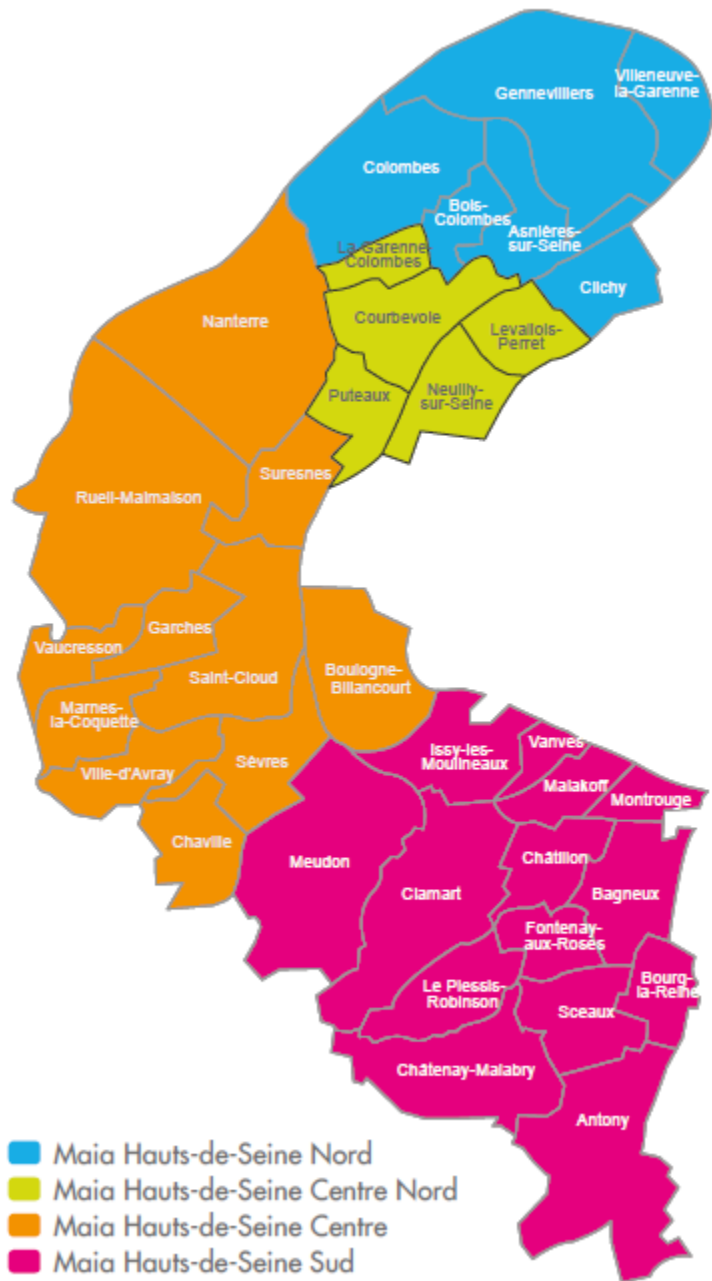
Financement

- Gratuit pour l'utilisateur.



Missions spécifiques

- Observatoire en fonction des situations suivies (remontées des organisations dans une approche parcours de vie, auprès du pilote MAIA).



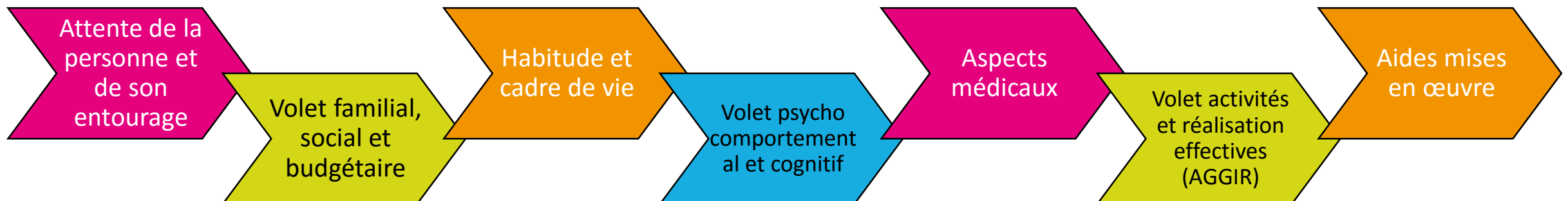
MAIA Hauts de Seine Nord
Pilote.maia@reseau92nord.org
 06.38.14.31.85.

MAIA Hauts de Seine Centre Nord
Maia-cn92@fondationdiaconesses.org
 06.15.01.15.65.

MAIA Hauts de Seine Centre
pilote@maia92centre.fr
 06.11.20.02.63.

MAIA Hauts de Seine Sud
Pilote.maia@gcsms92.fr
 07.77.16.34.17.

- Le gestionnaire de cas met du temps à instaurer un lien de confiance avec Madame OUIMÉSNON pour qu'elle accepte son intervention,
- Le Clic et les différents partenaires sont identifiés et transmettent un maximum d'informations au gestionnaire de cas MAIA pour
 - capitaliser sur les évaluations que chacun a effectuées,
 - et pour remplir une évaluation multidimensionnelle.



- Une synthèse et un Plan de Service Individualisé (PSI) permettent d'identifier les priorités et répartir les rôles entre les professionnels : c'est une feuille de route commune,
- Le gestionnaire de cas rencontre régulièrement la personne, et échange avec les professionnels pour suivre la bonne réalisation des objectifs co définis,
- Le PSI est revu minima tous les 6 mois.

- Un peu avant Noël, la situation de Madame se dégrade.
- Une admission en UGA est faite pour éviter un passage aux urgences, la synthèse du gestionnaire de cas est transmise à l'équipe de l'hôpital.

UGA : Unité de Gériatrie Aigue



Missions
principales

- Gestion des épisodes aigus.
- Hospitalisation complète.
- Prise en charge des patients gériatrique en admission directe non programmée ou programmée.



Population
cible

Personne de + 75 ans présentant une pathologie aiguë à traiter dans le cadre d'une polypathologie existante et/ou facteurs sociaux et environnementaux fragiles.



Modalités
d'admissions

- L'admission en UGA peut se faire à la demande du médecin traitant à partir du domicile pour éviter un passage du patient par les urgences.
- Cette orientation peut également être programmée.
- L'admission peut se faire à la suite d'un passage aux urgences.

Aujourd'hui le passage par les urgences avant l'UGA concerne 90% des patients. Il est important de privilégier un mode d'entrée sans passage par les urgences.

UGA : Unité de Gériatrie Aigue



Durée
moyenne de
prise en
charge

- 10 jours d'hospitalisation en moyenne.



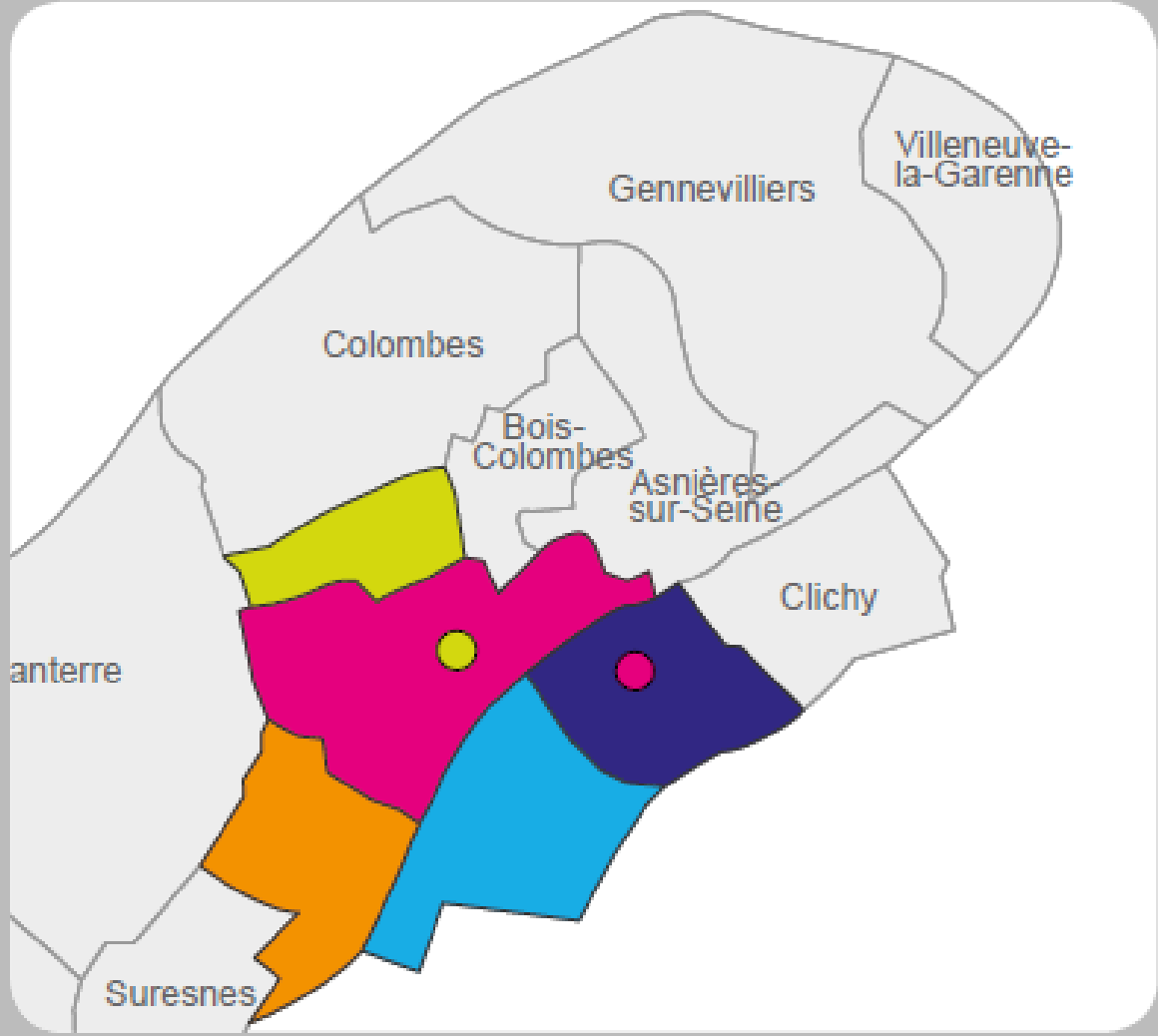
Financement

- Prise en charge par l'assurance maladie et les assurances santé (mutuelles).
- Sans reste à charge si prise en charge à 100%.



Missions
spécifiques

- N.C.



UGA CHCNP

☎ 01 49 04 30 30

UGA IHFB

☎ 01 47 59 19 41

Il est nécessaire de transférer Madame en SSR Gériatrique avant son retour à domicile

SSR Gériatriques : Soins de suite et de réadaptation



Missions principales

- Stabilisation et récupération de l'autonomie.
- Soins médicaux.
- Préparation à la réinsertion.
- Hospitalisation complète.



Population cible

- Personnes de + 75 ans en situation de dépendance dont le maintien ou le retour à domicile est actuellement critique et en besoin de :
 - soins médicaux et ou de consultations médicales ;
 - rééducation.



Modalités d'admissions

- Personne ayant une prescription médicale, orientée par un professionnel et/ou un établissement notamment les services d'UGA.

SSR Gériatriques : Soins de suite et de réadaptation



Durée
moyenne de
prise en
charge

- 45 jours.



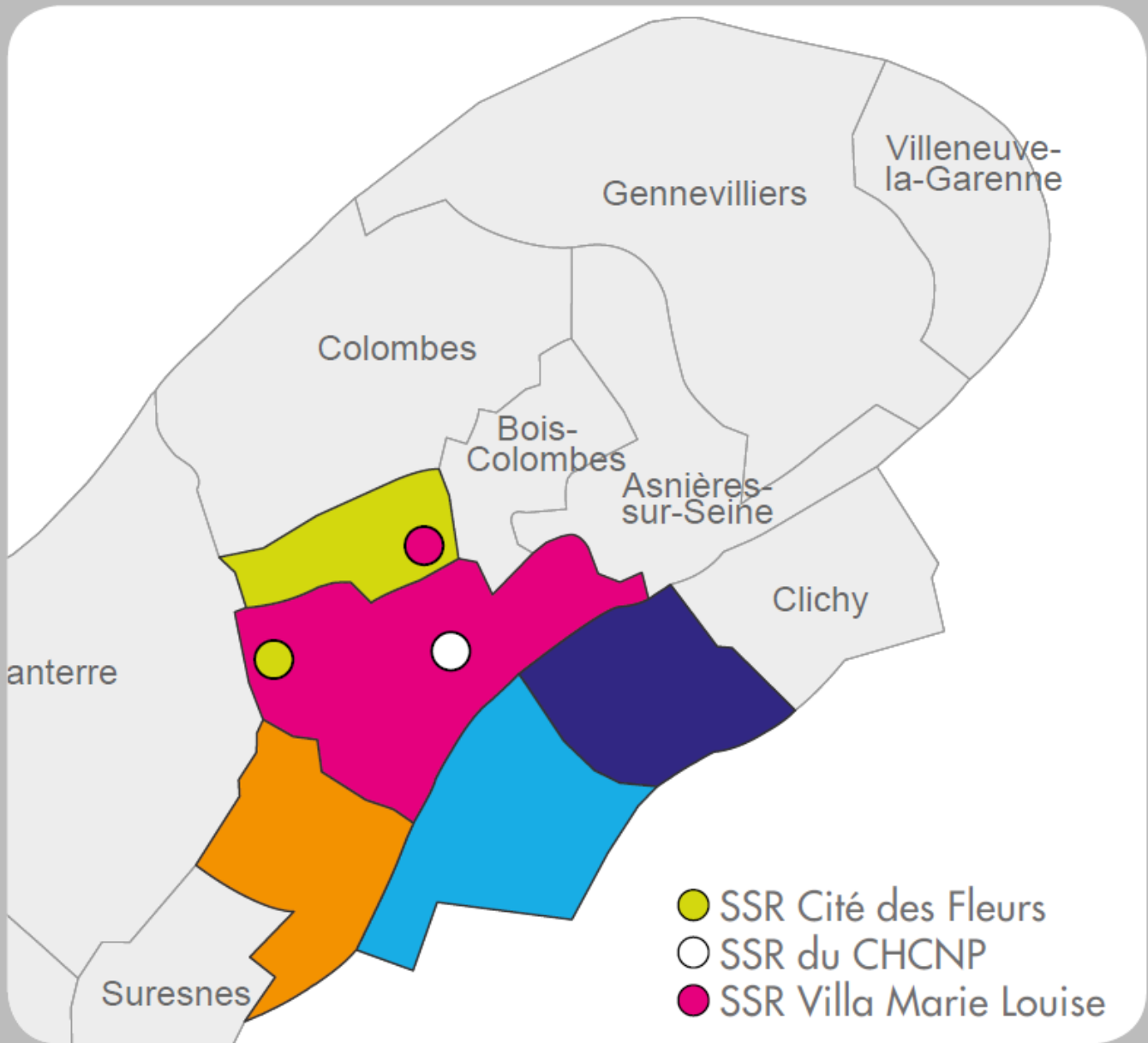
Financement







- Prise en charge par l'assurance maladie et les assurances santé (mutuelles).
- Sans reste à charge si prise en charge à 100%.



Missions
spécifiques

- Prise en charge palliative (lits dédiés).
- HDJ SSR G
- Consultations post AVC



	CITÉ DES FLEURS	 01 56 37 57 00
	CHCNP	 01 49 04 30 30
	VILLA MARIE LOUISE	 01 41 19 39 39

- Des échanges ont lieu avec l'équipe hospitalière et les acteurs du domicile pour organiser au mieux le retour et notamment l'acceptation des aides,
- Le Gestionnaire de cas rend régulièrement visite à madame durant l'hospitalisation,
- Madame sort de l'hôpital, avec le maintien du SSIAD et la mise en place d'aides à domicile à minima.
- Une attention est portée à maintenir les aides et les adapter dans le temps lors de la réévaluation de chaque PSI.

- La nomination du mandataire judiciaire intervient environ 8 mois après la demande de protection juridique

MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs



Missions principales

- Exercice des mesures de protections juridiques.
- Assistance, contrôle et aide.
- Protection de la personne et/ou de ses intérêts patrimoniaux.



Population cible

- Personne majeure ayant besoin d'être représentée, contrôlée et/ ou assistée dans les actes de la vie civile :
 - du fait de l'altération médicalement constatée par un médecin agréé de ses facultés mentales et/ou corporelles ;
 - une altération momentanée du jugement.



Modalités d'admissions

- Nomination d'un mandataire suite à une désignation du juge des tutelles.

MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs



Durée
moyenne de
prise en
charge

- Le plus souvent, les mesures sont prononcées pour 5 ans renouvelables.
- En fonction du type de mesures, cette durée peut varier de 1 à 20 ans.



Financement

- Principe : à la charge du majeur, financement total ou partiel du majeur. Généralement un pourcentage des ressources du majeur protégé, selon un barème.
- Pour les personnes ayant de faibles ressources et pas ou peu de patrimoine, un financement public peut s'exercer à titre subsidiaire.



Missions
spécifiques

- Sauvegarde de justice / mandat spécial : mesure provisoire et urgente
- Curatelle (simple ou renforcée) : contrôle, conseil, assistance
- Tutelle : représentation dans les actes de la vie civile
- Mandat de protection future : mode de protection contractuel

- Nomination d'un MJPM suite à une décision du juge
- Évaluation globale par le MJPM et recueil des besoins du protégé
- Élaboration du document individuel de protection des majeurs (DIMP)
- Compte rendu annuel au juge du compte de gestion ainsi que des commentaires sur l'état d'avancement de la mesure de protection.

3ème table ronde – 40 minutes

Accueil de jour	Mme GAYON <ul style="list-style-type: none">• <i>Coordinatrice de l'Accueil de Jour les Pivoines ,</i> Mme BENOIT <ul style="list-style-type: none">• <i>Responsable de l'Accueil de jour GER'HOME</i>
Gestion de cas MAIA	Mme PETIT <ul style="list-style-type: none">• <i>Gestionnaire de cas MAIA Hauts de Seine Centre Nord</i>
Résidence Autonomie	Mme BELLINI <ul style="list-style-type: none">• <i>Directrice de la Résidence Autonomie Greffulhe</i> Mme TRICARD <ul style="list-style-type: none">• <i>Directrice de l'EHPAD Villa Borghèse et de la Résidence Autonomie Villa Borghèse</i>
EHPAD <ul style="list-style-type: none">• <i>Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes</i>	Mme ASSOULINE <ul style="list-style-type: none">• <i>Directrice de l'EHPAD GER'HOME et de l'Accueil de jour GER'HOME</i> Mme THERY <ul style="list-style-type: none">• <i>Infirmière à l'EHPAD Solemnes</i>
USLD <ul style="list-style-type: none">• <i>Unité de Soins de Longue Durée</i>	Dr CHANSIAUX <i>Chef de pôle Département de médecine Gériatrique CH Rives de Seine</i>

- Suite à une décision pluri professionnelle le Gestionnaire de cas MAIA accompagne Madame en visite de préadmission en accueil de jour pour faciliter l'acceptation de ce projet ...

Accueil de jour



Missions
principales

- Maintien et stimulation de l'autonomie.
- Préservation de la socialisation.
- Répit pour l'aidant.



Population
cible

- Personne orientée par un professionnel.
- Libre venue.
- Montage d'un dossier qui nécessite un avis du médecin traitant.



Modalités
d'admissions

- Personnes de + 60 ans atteints de maladie d'Alzheimer, démences apparentées, troubles cognitifs modérés et légers.
- Il est nécessaire d'avoir une capacité d'attention et de participer aux activités proposées.
- Priorité est donnée aux habitants de la commune d'implantation et des communes voisines.

Accueil de jour



Durée
moyenne de
prise en
charge

- Pas de durée maximale de prise en charge, mais en fonction des troubles cognitifs/comportementaux et de la perte d'autonomie.



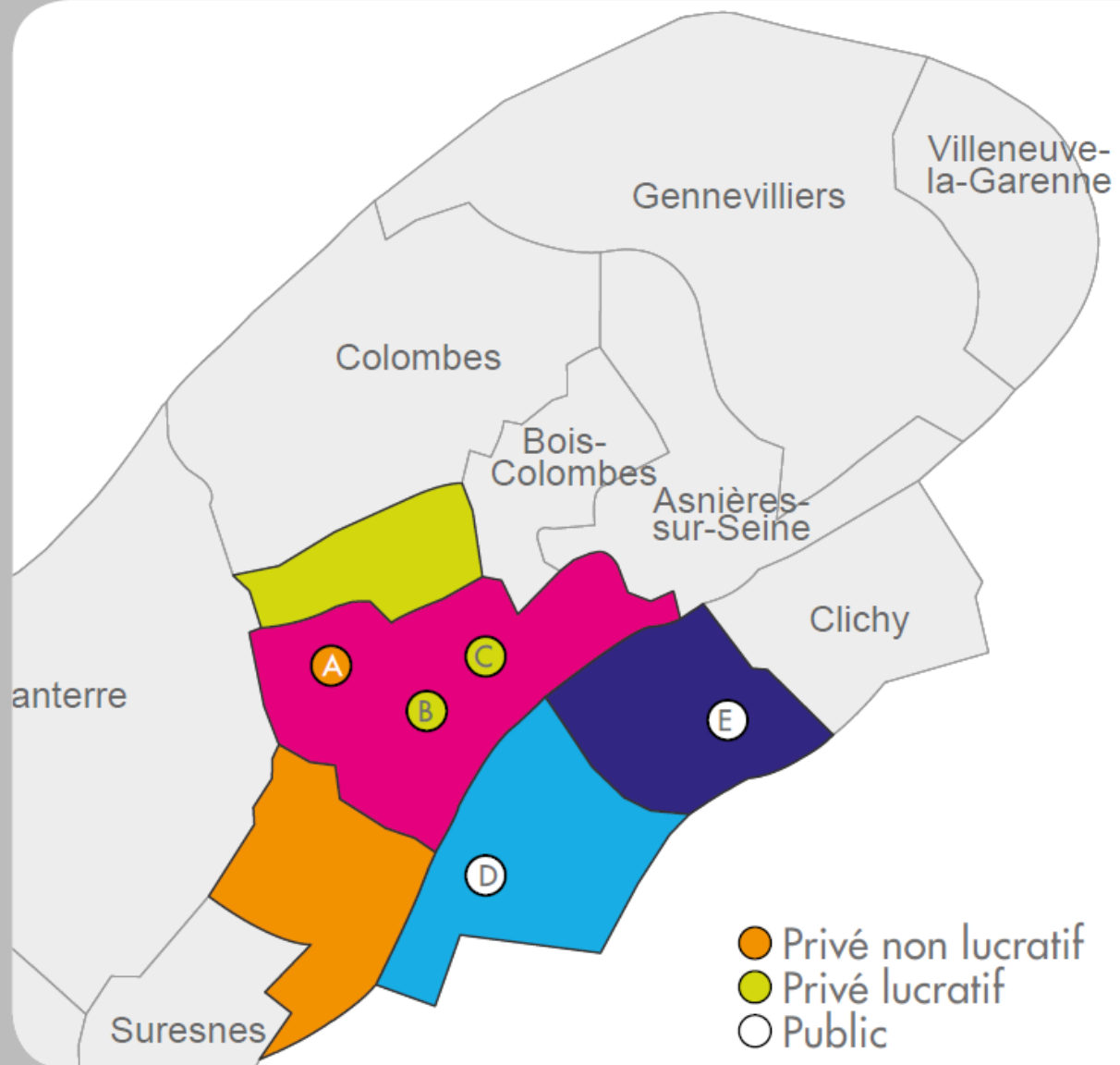
Financement

- Payant.
- Prise en charge possible en partie par le Conseil départemental (APA).



Missions
spécifiques

- Transport du domicile à l'accueil de jour (par la structure ou par convention avec une société).
- Groupe de parole.



A RÉSIDENCE DES CHAMPS PHILIPPE ☎ 01 49 97 95 34

B VILLA BORGHÈSE ☎ 01 75 61 88 10

C GER'HOME ☎ 01 47 89 47 89

D LES PIVOINES ☎ 01 78 99 72 74

E L'OASIS ☎ 01 47 58 23 51

- Le MJPM gère les papiers et la partie budget.
- Le premier mois se passe plutôt bien :
 - le point est fait avec l'accueil de jour
 - l'APA prend en charge l'accueil de jour et le transport.
- Le rythme est réévalué à 2 journées d'accueil par semaine

- Le maintien à domicile de madame OUIMÉSNON est fragile, la question d'un établissement d'hébergement se pose

- Voici les solutions existantes

Foyer logement – Résidence autonomie



Missions principales

- Hébergement non médicalisé.
- Service hôtelier (restauration, service de blanchissage du linge...).
- Options collectives (contribution supplémentaire).



Population cible

- Retraités autonomes.
- Personnes en GIR 5 et 6 à l'entrée.
- Si le foyer logement est communal, la priorité est donnée aux résidents de la commune.



Modalités d'admissions

- Montage d'un dossier comprenant un volet GIR.
- Le directeur de l'établissement prononce l'admission.

Foyer logement – Résidence autonomie



Durée
moyenne de
prise en
charge

- Le foyer logement est le lieu de vie de la personne.
- La fin de prise en charge dans un foyer logement peut être due à une trop forte perte d'autonomie du résident, qui nécessite alors qu'il intègre un établissement proposant des services adaptés à la prise en charge de la dépendance (EHPAD, USLD...).



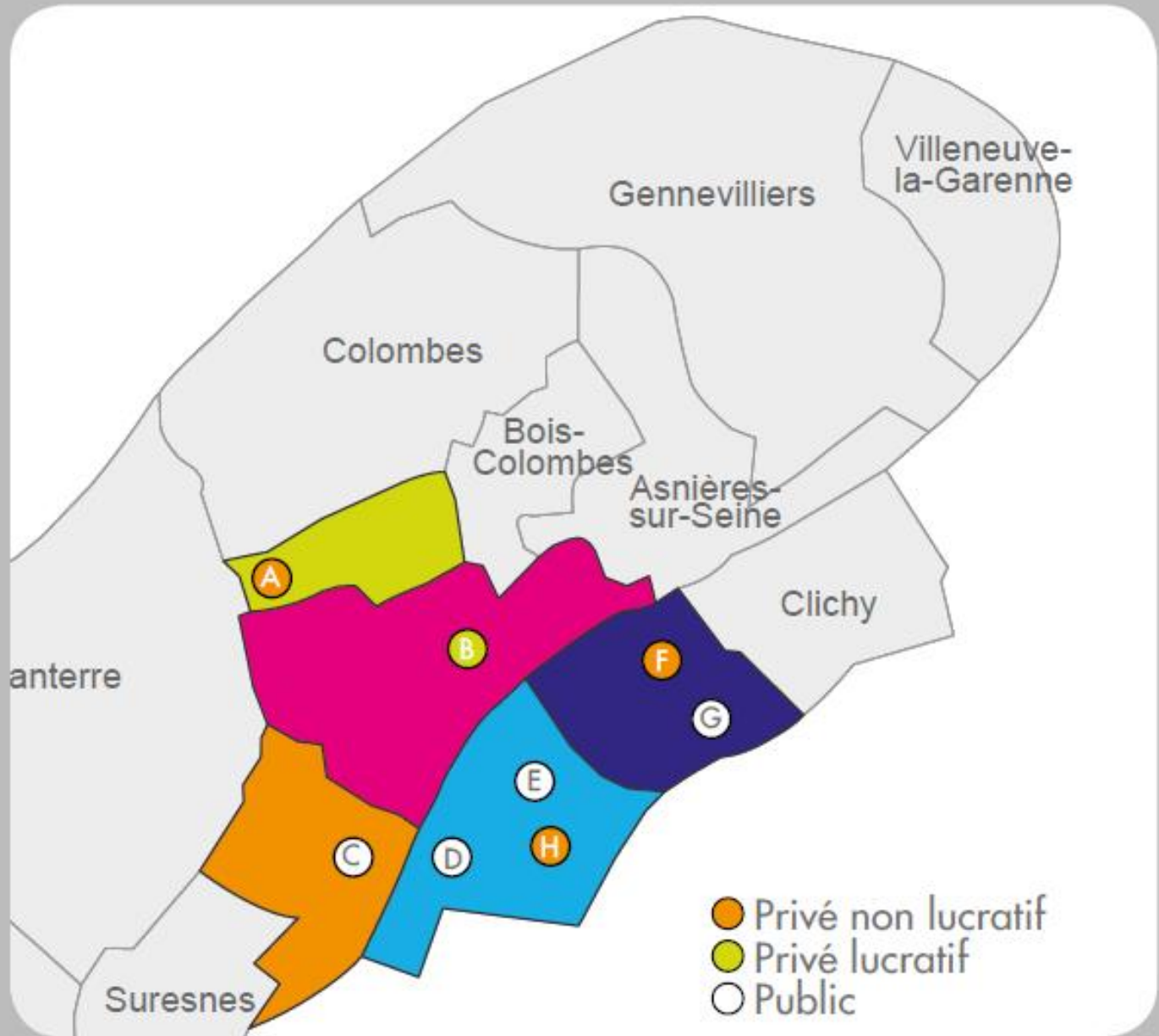
Financement

- Payant.
- En fonction des conventions de l'établissement, il est possible de bénéficier de l'APL, l'ALS, l'aide sociale.



Missions
spécifiques

- Animations et prestations de confort (coiffeur...).
- Accessibilité sociale grâce à des tarifs hébergement avantageux.
- Service de sécurité 7j/7 et 24h/24 (accueil, interphone, téléalarme...).



A	RÉSIDENCE DES CHAMPS PHILIPPE	☎ 01 47 84 96 15
B	VILLA BORGHÈSE	☎ 01 75 61 88 10
C	RÉSIDENCE RICHARD WALLACE	☎ 01 43 38 78 60
D	RÉSIDENCE DU PONT	☎ 01 55 62 63 50
E	RÉSIDENCE BELOEUIL MILLER	☎ 01 44 69 19 03
F	RÉSIDENCE GREFFUHLE	☎ 01 47 58 60 00
G	RÉSIDENCE LORRAINE	☎ 01 42 70 20 49
H	FONDATION MARTHE ANDRÉE LUCAS	☎ 01 46 24 91 51

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes



Missions principales

- Hébergement médicalisé.



Population cible

- Personnes de + 60 ans (sauf dérogation pour - 60 ans), en perte d'autonomie ou en situation de dépendance dont le maintien à domicile est critique, ± atteints de la maladie d'Alzheimer, de troubles cognitifs, de démences, et ayant besoin :
 - de soins médicaux et/ou de consultations médicales ;
 - d'aide dans les actes de la vie quotidienne.



Modalités d'admissions

- Dossier unique de candidature : modèle CERFA avec volet administratif et médical.
- Libre accès au public.
- Personne orientée par un professionnel (sous condition de demande de la personne et de dossier de candidature).
- Viatrajectoire.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes



Durée de prise en charge

- Lieu de vie de la personne.



Financement

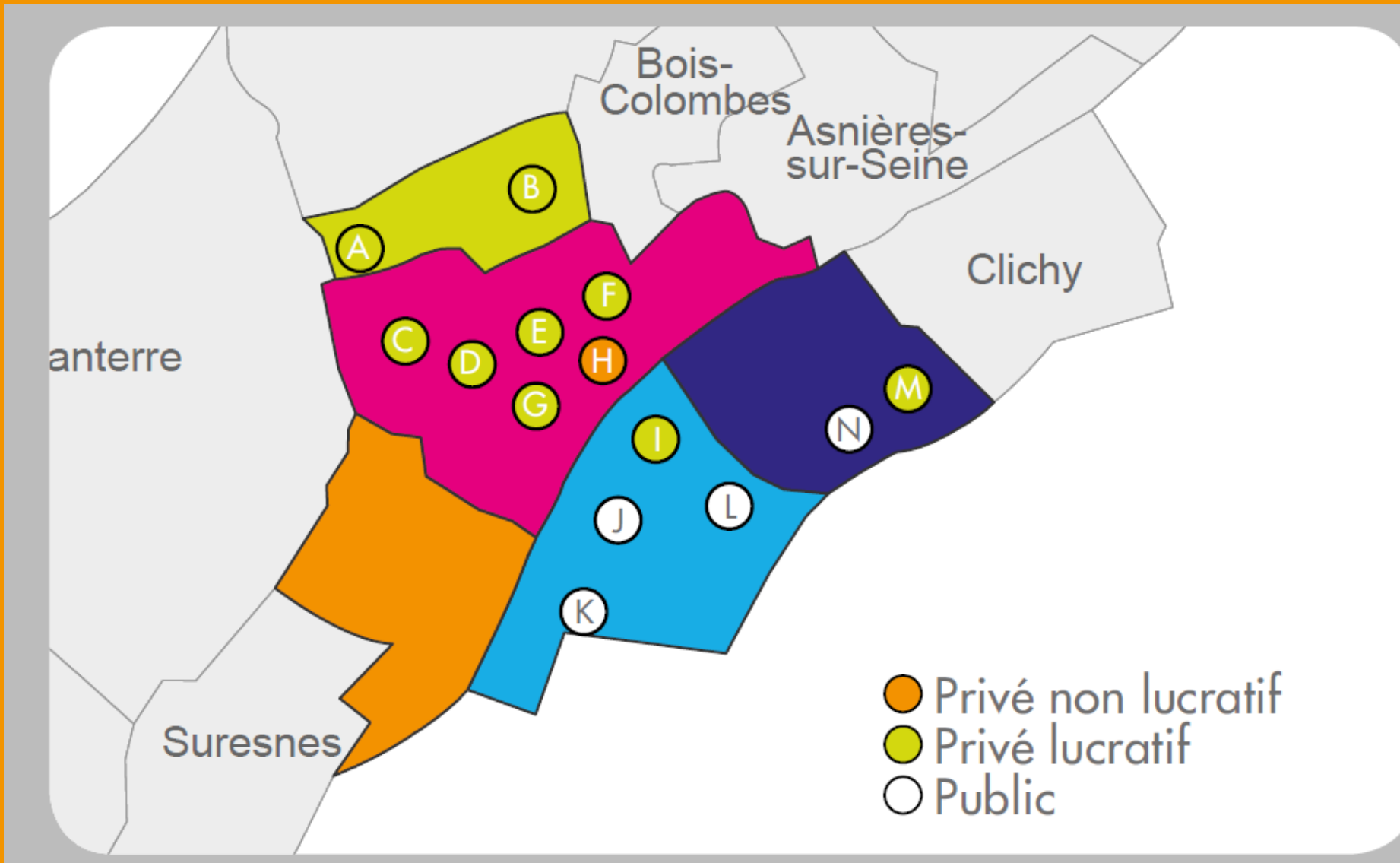
- Tarif hébergement à la charge du résident : prise en charge des frais liés à la chambre, de l'hôtellerie, de la restauration et des animations.
- Tarif dépendance, qui peut être en partie pris en charge par le Conseil départemental en fonction du degré d'autonomie du résident.
 - Ce tarif comprend les prestations d'aide, de surveillance et les protections pour l'incontinence.
- Tarif soins, versé par l'assurance maladie à l'établissement. Il correspond aux prestations médicotechniques.

Pour les établissements agréés, il y a des places habilitées à l'aide sociale.



Missions spécifiques

- Hébergement temporaire, PASA, Unités protégées, Unités grands dépendants, ...



A	LA TOURNELLE	☎ 01 46 88 35 00
B	ORPÉA LA GARENNE COLOMBES	☎ 01 56 05 65 40
C	LÉONARD DE VINCI	☎ 01 41 88 12 00
D	MAISON SOLEMNES	☎ 01 47 47 65 09
E	VILLA BORGHÈSE	☎ 01 75 61 88 10
F	RÉSIDENCE GER'HOME	☎ 01 47 89 47 89
G	UNION BELGE	☎ 01 43 33 02 16
H	LES CHÉNÊTS	☎ 01 47 89 15 00
I	ORPÉA BORDS DE SEINE	☎ 01 41 92 20 20
J	EHPAD SOYER	☎ 01 84 11 83 20
K	EHPAD GALLIGNANI	☎ 01 47 45 25 44
L	EHPAD ROGER TEULLE	☎ 01 47 45 38 44
M	RÉSIDENCE ARPAGE MORNAVY	☎ 01 47 30 50 10
N	LES MARRONNIERS	☎ 01 47 58 57 65

USLD : Unité de Soins de Longue Durée



Missions principales

- Hébergement
- Surveillance médicale continue et soins importants



Population cible

- Personne de + 60 ans en perte d'autonomie ou en situation de dépendance critique.
- Besoin de soins et ou de consultations médicales.
- Assistance dans les actes de la vie quotidienne.
- GIR : 1-2-3.



Modalités d'admissions

- Un dossier de préadmission est à remplir par le patient avant présentation aux membres de la commission d'admission.
- L'admission définitive s'appuie sur l'avis du médecin référent, après visite médicale de préadmission.

USLD : Unité de Soins de Longue Durée



Durée
moyenne de
prise en
charge

- Lieu de vie de la personne.



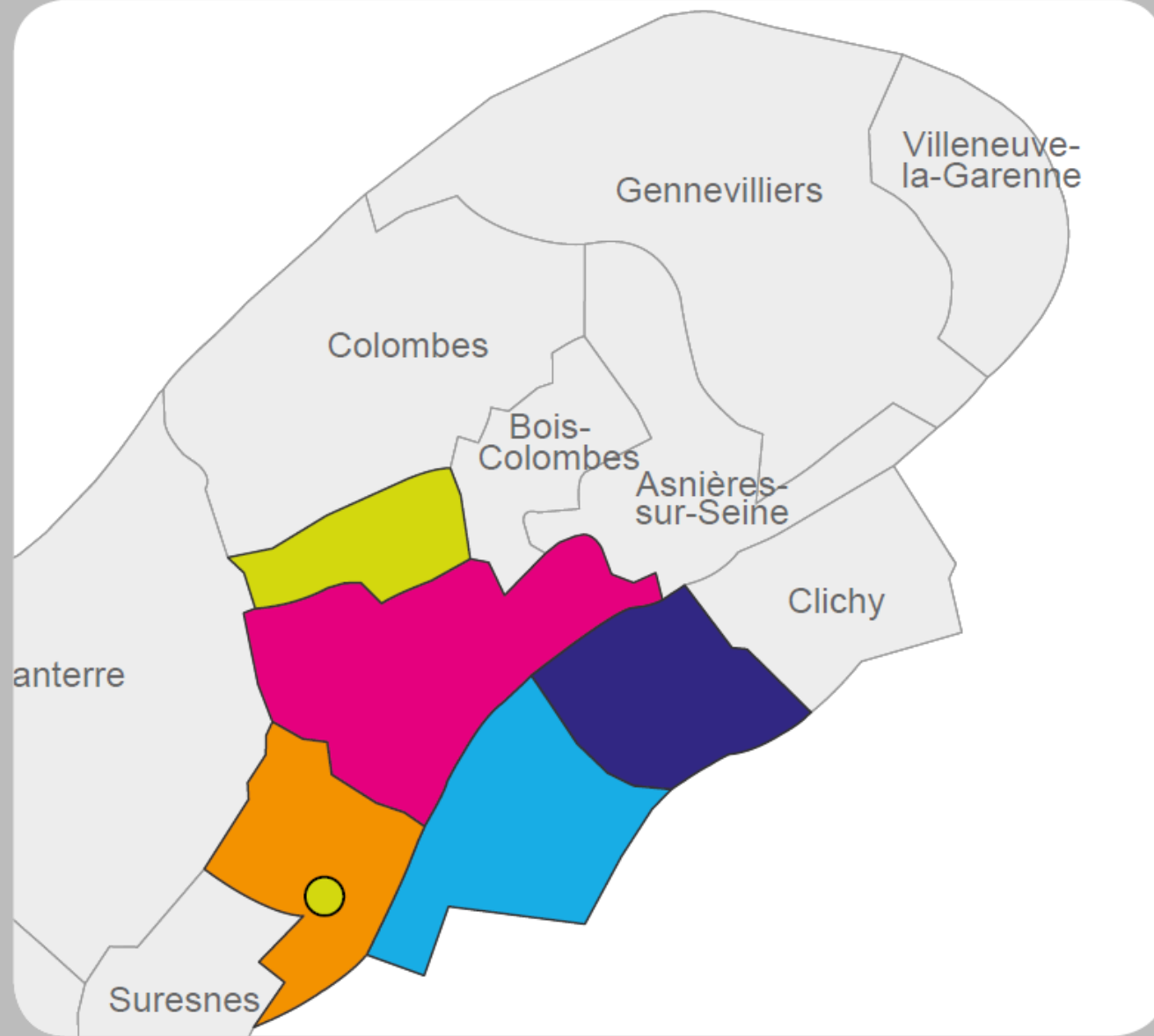
Financement

- Voir fiche EHPAD.



Missions
spécifiques

- N.C.



USLD PUTEAUX

☎ 01 41 18 30 00

© MAIA Hauts de Seine Centre Nord – Tous droits réservés

Conclusion

- Face à une situation complexe ou de refus il n'y a pas de solution miracle,
- Il faut analyser la situation et individualiser chaque prise en charge,
- Il ne faut pas rester seul,
- Dans ce parcours d'accompagnement tous les professionnels sont là pour madame OUIMÉSNON à l'instar d'une équipe,
- Ils sont co responsables de son parcours de prise en charge,
- Chaque étape a du sens quand elle est prise au bon moment en fonction de la situation de chaque personne !

Prévention, repérage des fragilités, accès au diagnostic, concertation, accès à un service ...

Il est important de bien connaître les ressources et de promouvoir les bonnes pratiques de notre territoire pour comprendre les blocages, adapter sa posture, limiter les ruptures évitables, et faciliter les parcours.

Pour cela :

- L'équipe relai peut être mobilisée,
- Nous vous proposerons en 2018 des formations en petits groupes pour utiliser les outils qui se mettent en place et facilitent le travail partenarial: Site Internet Maillage, Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation (FAMO) , annuaire et référentiel des missions, Via-trajectoire, Lisa...
- Des groupes de travail sont en cours.

Inscrivez vous ! Maia-cn92@fondationdiaconesses.org

Suite à la journée un questionnaire en ligne vous sera adressé, il contribuera à étayer notre feuille de route en fonction de vos attentes.

Pour plus de précisions :

Clovis Hofnung – Pilote MAIA Hauts de Seine Centre Nord

Clovis.hofnung@fondationdiaconesses.org

06.15.01.15.65.