

Le débat sur l'aide à l'autonomie s'ouvre dans de bonnes conditions sur le plan formel, avec des groupes d'experts nationaux, des débats en région, l'engagement du Président de la République et la conduite par deux Ministres de dialogue R. BACHELOT et M-A. MONTCHAMP. Par ailleurs, la nomination en tant que Directrice de la Cohésion Sociale de Sabine FOURCADE, précédemment adjointe au Directeur, renforce ce climat de respect et de dialogue avec l'Etat.

Pour autant, sur le fond de vraies inquiétudes demeurent ; lors du dernier Conseil de la CNSA, les deux Ministres n'ont pas donné suite à nos demandes d'abrogation de la convergence à la baisse en établissement et de création du fonds d'urgence à domicile.

Personnes âgées, familles, professionnels, directeurs nous devons donc être particulièrement présents dans ces débats pour rappeler les nécessaires améliorations à apporter sans attendre six mois.

...Et nous reparlerons de tout cela au cours de notre colloque des 20 – 22 mars.

Pascal Champvert
Président de l'AD-PA
Directeur Saint-Maur, Sucy, Bonneuil (94)

NOTEZ SUR VOS
AGENDAS

COLLOQUE AD-PA

**20 au 22 mars 2011
à Paris**

**BULLETIN D'INSCRIPTION
EN DERNIÈRE PAGE**

SOMMAIRE			
	ÉDITORIAL		1
	INVITÉ : J. PELLISSIER		2-5
	POSITIONNEMENTS		6
	DOMICILE		7
	EN BREF		8
	DÉBAT AUTONOMIE		9-10
	LIVRES		11
	COLLOQUE AD-PA		12
	ENCART SPÉCIAL "ADHÉRENTS"		
Infos réseau		I	
Évaluation		II	
Citoyenneté		III	
Convergence		IV	
<i>L'encart spécial est adressé uniquement aux adhérents AD-PA</i>			
www.ad-pa.fr			

*L'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées)
regroupe les Directeurs d'établissements de services à domicile et de coordinations.*

TROUBLE DU COMPORTEMENT ET PRENDRE-SOIN RELATIONNEL

Jérôme Pélissier, écrivain, docteur en psychologie,
chercheur et formateur en psychogérontologie

Jérôme Pellissier nous propose ici une synthèse de quelques unes des pistes de réflexion menées dans son dernier ouvrage, qui vient de paraître aux éditions Eres, *Ces troubles qui nous troublent : les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*.

Préambule

Près de la moitié des « troubles du comportement » ont lieu lors des situations de prendre-soin¹. Environ 80 % des personnes présentant un syndrome démentiel montrent des formes d'« agitation » lors de ces situations quotidiennes, depuis l'« opposition verbale au soin » jusqu'à la réaction de catastrophe² proprement dite. En effet, les situations de soin, de prendre-soin, telles que l'aide à la mobilisation ou à la toilette, risquent, si leur contenu n'est pas reconnu et compris comme « acte de soin », d'être perçues comme étranges, menaçantes voire agressives (un soignant qui paraît un étranger, un geste

¹ Cf. Philippe Landreville, et al., *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Paris, Maloine, 2005.

² Cf. la synthèse de Italo Simeone, « La réaction de catastrophe chez le vieillard dément », dans Michèle Grosclaude (sous la direction de), *Psychothérapie des démences*, Paris, John Libbey Eurotext, 1997.



très appuyé perçu comme un coup...). Saisie par la peur, par l'angoisse, la personne s'en défendra, avec les moyens dont elle dispose, et elle ne dispose en général plus, justement, des capacités cognitives permettant de dire calmement que nous lui faisons mal ou qu'elle a

peur. Elle s'exprimera alors par des insultes, cris, gestes pour repousser ou frapper, mais aussi différentes formes de résignation et d'apathie.

Ces situations placent les intervenants en grande difficulté. Surtout s'ils n'ont pas d'espace-temps pour les évoquer et en

discuter en équipe, s'ils ne disposent pas de connaissances sur les raisons les plus fréquentes de ces réactions. L'absence d'information sur ces conduites mène en effet aisément les intervenants, proches ou professionnels, à interpréter les réactions défensives des personnes présentant un

syndrome démentiel comme des agressions... ce qui les conduit très légitimement à adopter des attitudes défensives : rester en position dominante, ne pas s'approcher trop, toucher la personne rapidement pour les besoins du soin, éviter de la regarder, etc. Or ces attitudes défensives sont parmi les plus

susceptibles d'être perçues comme des formes d'agressivité par les personnes atteintes de troubles cognitifs... qui s'en défendent d'autant plus... Cercle vicieux, escalades de tensions, de peurs – d'angoisse pour les uns, d'épuisement psychique pour tous.

Observations

Des études sur ces interactions ont permis de mieux comprendre ce qui s'y jouait. Plusieurs travaux importants, certains anciens¹, d'autres plus récents², ont ainsi pu montrer, par l'observation minutieuse de situations de prendre-soin (notamment l'aide à la toilette), minute après minute, que la très grande majorité des comportements défensifs ont été notamment précédés, en général dans les quelques secondes ou dizaines de secondes précédentes, par :

- un choc ou une surprise lors de l'entrée de l'intervenant dans la chambre (par exemple parce qu'il n'y a pas eu de temps entre les coups frappés à la porte et l'entrée dans la pièce) ;
- un choc ou une surprise lors de l'entrée de l'intervenant

1 Cf. par exemple Wagnild, G. & Manning, R. W., « Convey respect during bathing procedures », *Journal of Gerontological Nursing*, 1985, 11 (12).

2 Somboontanont, W., et al., « Assaultive behavior in Alzheimer's disease: identifying immediate antecedents during bathing », *Journal of Gerontological Nursing*, 2004, 30 (9).

dans l'espace « intime » de la personne (par exemple parce qu'il s'est rapproché trop vite du corps de la personne, ou qu'il est arrivé près d'elle par un côté d'où elle ne pouvait le voir venir) ;

- une absence de présentation et/ou d'annonce verbale de ce qui allait être fait (les troubles cognitifs conduisent déjà à des difficultés pour reconnaître le soignant comme soignant, pour comprendre ses intentions, pour « deviner » donc ce qui va se passer : si en plus de ces troubles le soignant ne se présente pas comme tel, n'explique pas tranquillement ce qu'il vient faire...)
- un rythme trop rapide, des mouvements trop brusques, et donc facteurs de surprises, voire de chocs (susceptibles de s'ajouter aux chocs sensoriels : bruit d'une barrière de lit tandis que la personne somnole, lumière vive tandis que la chambre est sombre, etc.) ;

- une invalidation de ce que la personne a exprimé (« J'ai froid... » – « Mais non, il faut chaud dans votre chambre. ») ou un autre type d'interaction délétère³...

L'ensemble de ces observations constitue un outil essentiel pour prévenir ces situations défensives. Une vigilance concrète quant aux manières de s'approcher de la personne, de communiquer, de procéder au soin... en est la clef. Mais pour avoir de réels effets à long terme, cette démarche préventive doit impérativement s'inscrire dans une approche globale : celle d'un prendre-soin centré sur la personne présentant un syndrome démentiel.

3 Nous faisons ici référence aux « interactions délétères » telles que décrites par Tom Kitwood sous l'expression anglaise de « Malignant Social Psychology ». Cf. Tom Kitwood, *Dementia Reconsidered : The Person Comes First*. Open University Press, 1997. Cf. également, en français, une description et analyse de ces interactions, dans Jérôme Pellissier, *Ces troubles qui nous troublent... Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*. Eres, 2010.

Prendre-soin relationnel

Inscrire nos interventions dans le cadre du prendre-soin centré sur la personne présentant un syndrome démentiel¹ nécessite l'implication de l'ensemble de l'entourage de la personne présentant un syndrome démentiel (l'ensemble des intervenants au sein d'un EHPAD par exemple). Chacun devra en

1 *Le person-centred dementia care*, tel que développé dans les travaux du psychogérontologue anglais Tom Kitwood et de ses « successeurs » au sein du *Bradford Dementia Group*. Cf. notamment Tom Kitwood, *Dementia Reconsidered : The Person Comes First*, Londres, Open University Press, 1997.

soutenir et défendre les grands principes.

Parmi lesquels le sens de ce qu'est prendre soin² : approche globale de nos actions, incluant les soins, rappelant que la vocation des professionnels est de permettre à des personnes confrontées à certains troubles, à certaines incapacités, d'en être le plus soulagées possible pour pouvoir continuer à vivre leur vie à leur

2 Les actions et les relations de prendre-soin incluent bien les « actes de soin ».

manière. Le prendre-soin (ainsi que l'ont notamment analysé des auteurs francophones comme Marie-Françoise Collière ou Walter Hesbeen³), s'appuie sur des actions soignantes et soutenantes destinées à aider la personne à améliorer ou, à défaut, maintenir le meilleur état psychique, émotionnel et

3 Cf. notamment Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la vie*, Paris, Masson, 1996, et Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Masson, 1997. Les bibliographies de ces ouvrages fournissent également les références des travaux anglo-saxons qui, dès les années 1960, ont lancé ces réflexions.

physique possible pour viser un objectif plus global : l'aider à continuer le plus possible à se développer, à conserver confiance en ses capacités, à désirer guérir, à désirer vivre avec sa maladie sans être écrasée par elle.

Il est en outre important de défendre que des soins ne peuvent s'inscrire dans ce cadre s'ils sont pratiqués de telle façon, sans évaluation notamment,

qu'ils altéreraient d'un côté (sentiment d'être respecté, pudeur, bien-être...) au nom de ce qu'ils maintiendraient de l'autre (propreté du corps, par exemple).

De même, les besoins affectifs, psychiques, sociaux, etc., ne sont pas moins essentiels que les fameux « besoins physiologiques ». Le besoin premier, fondamental, de toute personne est d'être justement

considérée comme une personne, un individu unique avec son identité, ses valeurs, ses désirs, ses habitudes, etc. Une personne dont le bien-être et la qualité de vie sont aussi essentiels que la propreté...

Le prendre-soin est donc toujours relationnel, et permet également au professionnel de refuser d'être considéré comme juste bon à appliquer des techniques, à faire des actes sur des corps.

Un environnement soutenant

Nos interventions s'inscrivent nécessairement dans l'ensemble de ce que notre environnement, professionnel notamment, offre comme possibilité. Si chacun d'entre nous peut, individuellement, dans chaque relation de prendre-soin, ajuster ses manières de procéder et surtout de communiquer, il dispose de plus ou moins de soutien, de liberté, d'autonomie, en fonction de ce que permet son service ou son établissement, concernant différents domaines. La culture de l'établissement, son projet de prendre-soin global sont d'une grande importance. Inscrivent-ils les actes de prendre-soin dans une approche individualisée centrée sur la personne, avec reconnaissance du primat des aspects relationnels, du sens de chaque soin (est-ce seulement pour « avoir un corps hygiéniquement propre » que nous nous lavons ?) ? Soutiennent-ils le soignant dans ce chemin ou ne lui demandent-ils que de faire un « acte d'hygiène », le même sur tous les « patients » ?

Où en est l'établissement dans sa réflexion et ses pratiques autour des refus de soin et des oppositions aux soins ? Laisse-t-il les soignants isolés sur ces

questions ?

Le prendre-soin est-il également adapté aux spécificités des personnes très âgées : tient-il compte par exemple de la rapidité avec laquelle une grabatisation peut s'installer si la personne n'est pas aidée à se lever et à se déplacer ? Est-il adapté aux spécificités de personnes ayant des troubles cognitifs (Prend-il en compte, par exemple, les cris d'une personne qui ne peut plus s'exprimer verbalement comme un moyen d'expression d'une douleur, d'une angoisse, d'un besoin et non comme un « trouble du comportement » ?) ? L'aménagement des lieux a lui aussi une influence sur la qualité du prendre-soin. La chambre et la salle de bains de la personne sont-elles sensoriellement agréables, suffisamment chaudes, sans lumières agressantes ? Sont-elles personnalisées, évoquent-elles une atmosphère d'hôpital ou de lieu personnel ? Y dispose-t-on d'éléments (peigne, serviette, etc.) qui lui sont familiers ? Est-il facile, si par exemple une personne aime commencer la journée en musique, d'en mettre dans sa chambre ?

L'organisation et la cohérence du travail en équipe méritent aussi

de l'attention. Un soignant peut-il reporter un acte de prendre-soin, revenir un peu plus tard ou proposer à un collègue d'essayer un peu plus tard si lui n'y est pas arrivé ?

Des espaces-temps pour penser existent-ils ? La plupart des comportements troublés sont aussi des comportements troublants.

Inquiétants, angoissants, déstabilisants. Les soignants ont-ils des moments, des lieux, pour pouvoir parler de ces comportements, les penser, y réfléchir ensemble, échanger leurs impressions et leurs ressentis ?

Le projet de prendre-soin individualisé est bien sûr primordial. Le soignant dispose-t-il d'informations écrites aptes à lui apporter des connaissances sur la meilleure manière d'ajuster le prendre-soin à cette personne ?

Pour finir, rappelons très synthétiquement qu'il est illusoire de penser qu'un professionnel qui n'est pas soutenu dans son autonomie, écouté et respecté par ses employeurs et collègues, etc., puisse prendre-soin de l'autonomie des personnes malades, puisse longtemps les écouter et les respecter...

Connaissances et techniques

C'est donc bien tout l'environnement, tout l'établissement, qui participe en permanence aux

démarches de prévention et/ou d'apaisement des troubles du comportement. Démarches collégiales, impliquant d'utiliser

des outils d'observation des comportements, et des outils soutenant les réflexions sur leurs significations. Démarches au

terme desquelles on sera amené à utiliser nombre de techniques, méthodes, dispositifs particuliers, etc., depuis le « bain serviette » jusqu'à des éléments de la « méthodologie de soin Gineste-Marescotti », depuis « l'approche discontinuée » jusqu'aux « stratégies de diversion ». Des

techniques qui s'inscrivent bien alors dans le sens d'un prendre-soin global, des techniques alors ajustées, évaluées et pensées par les professionnels de manière autonome. Autonomie et ajustement dans le recours aux techniques : seul moyen, comme pour l'ensemble

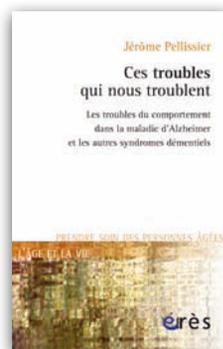
du prendre-soin, que ce ne soit pas les techniques, les outils, les protocoles, qui nous imposent leur sens, forcément inadapté à l'unicité de chaque situation de prendre-soin, forcément uniformisant et dépersonnalisant pour les soignants comme pour les personnes dont ils prennent soin.

■ En guise de conclusion

Les situations d'agitation lors des soins sont particulièrement riches d'enseignement. Les personnes les plus à risque de ces réactions de catastrophe sont aussi celles qui nous apprennent le plus sur le prendre-soin : leur hypersensibilité affective et émotionnelle, leur difficulté à gérer cognitivement certains écarts entre habitudes, désirs, émotions, et contexte, révèlent de manière particulièrement

intense les ressources, comme les faiblesses, de leur environnement. On pourrait certes voir ces réactions de catastrophe comme des symptômes posant des « problèmes à gérer ». Mais on peut surtout les voir comme des défis et des occasions de développer nos réflexions et nos pratiques de prendre-soin : comment agir, communiquer, par nos paroles, nos émotions, nos attitudes, nos actes et

gestes, pour que ces personnes hypersensibles vivent le mieux possible ce qu'elles ont tant de mal à *comprendre* ?



Ces troubles qui nous troublent
de J. Pélissier
Érès - 392 p - 18 €

Geront ^{handicap} EXPO 2011

Les CONFÉRENCES
des PROFESSIONNELS
de la SANTÉ
et de L'AUTONOMIE

VIPARIS • Porte de Versailles • Pavillon 1

du 17 au 19 mai 2011



INSCRIPTION ET PROGRAMME :
www.gerontexpo-handicapexpo.com
www.fhf.fr / rubrique Colloques ou Agenda



AIDE A L'AUTONOMIE : L'AD-PA RAPPELLE L'ESSENTIEL

15 décembre

Suite aux déclarations de la Ministre R. BACHELOT et du Vice Président de l'ADF, Y. DAUDIGNY, l'AD-PA rappelle qu'elle reste ouverte pour participer au grand débat annoncé sur l'aide à l'autonomie ; son Président P. CHAMPVERT rappelle dans ce cadre que si l'AD-PA attend en effet des solutions sur la baisse du coût payé directement par les per-

sonnes âgées et leurs familles en établissement, elle attend surtout une amélioration des conditions concrètes de vie de nos aînés par l'augmentation de nombre de professionnels en institution et à domicile.

A très court terme, et dans cette perspective, elle demande à nouveau la création d'un fond d'urgence

de l'aide à domicile pour sauver les associations qui n'ont plus les moyens de fonctionner, et la suppression des dispositifs de suppressions d'emplois dans les établissements.

AIDE À DOMICILE : RAPPORT IGAS / IGF

25 janvier

Des sources bien informées indiquent que le rapport IGAS / IGF sur l'aide à domicile reconnaît les difficultés du secteur dénoncées par l'ensemble des acteurs, les fédérations d'employeurs, les syndicats de salariés, et l'AD-PA pour les directeurs.

L'AD-PA a toujours indiqué son accord pour une totale transparence des coûts d'intervention si elle s'accompagne d'une totale transparence des politiques publiques. Ainsi l'association n'est pas opposée à la mutualisation des moyens, voire au regroupement des intervenants ; elle rappelle simplement que ce discours des Pouvoirs Publics

est en rupture radicale avec des pratiques encore très récentes, où Etat et Départements refusaient la création de services dit « trop grands » et imposaient des petits services considérés alors comme « plus proches » des bénéficiaires.

L'AD-PA est aussi favorable à des contrats d'objectifs et de moyens dès lors qu'ils partent des besoins des personnes âgées et de la qualité du service qui leur est due.

Parallèlement, l'AD-PA a toujours affirmé la nécessité de personnels bien formés, travaillant auprès des publics fragiles. Alors que les Pouvoirs Publics en reconnaissent depuis peu la

nécessité, l'AD-PA n'acceptera jamais de retour en arrière imposant un recours accru à des personnels non formés au nom d'impératifs financiers.

L'AD-PA est favorable à une évolution du secteur, y compris en matière de réorganisation structurelle ; pour autant, ces évolutions devront se faire en prenant le temps du dialogue et de la concertation ; elles ne sauraient être conduites dans la violence et la précipitation ; cela rend donc d'autant plus indispensable la mise en place d'un fonds d'urgence, afin de sauver les structures en difficulté et de les accompagner dans les réformes à conduire.

AIDE A L'AUTONOMIE RAPPORT FINAL DE LA MISSION DU SENAT : ANALYSE DE L'AD-PA

1er février

Si le sujet est d'importance car il en va de la dignité de nos aînés, l'AD-PA (Directeurs de services à domicile et d'établissements) est en accord sur le fait que, s'agissant de l'aide à l'autonomie, il convient de sortir du catastrophisme ; notre société peut parfaitement relever ce défi, à l'instar de nos voisins européens.

L'association indique son accord

avec le Sénat sur :

- un financement reposant sur un socle de solidarité nationale
- le maintien de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie pour les personnes en GIR 4

Par ailleurs, l'AD-PA est favorable à ce que le financement soit assis sur les patrimoines à la condition expresse que l'ensemble des patrimoines soit concerné, ceux des per-

sonnes âgées aidées pour leur autonomie comme ceux de l'ensemble des Français.

En effet, l'AD-PA ne peut accepter une taxation en fonction de l'état de santé des personnes.

L'association rappelle également son souhait d'une prestation d'aide à l'autonomie quelque soit l'âge des personnes concernées (avant et après 60 ans).

RÉFORME DES SSIAD COURRIER DE LA PROFESSION AUX MINISTRES

Suite à la réunion de concertation qui s'est tenue le 14 octobre 2010 à propos des questions soulevées par l'enquête lancée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans le cadre du projet de réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Madame Nora Berra, ancienne secrétaire d'Etat aux aînés, avait apporté quelques réponses et assurances aux demandes que nous lui avons formulées. Celles-ci constituaient à nos yeux une condition pour permettre aux SSIAD adhérents à nos réseaux de participer pleinement à cette enquête.

Aux termes de cette réunion, Madame Nora Berra s'était plus particulièrement engagée sur trois points :

■ Ne pas publier le projet de décret portant réforme de la tarification SSIAD avant de disposer des résultats et des analyses de l'enquête conduite par la DREES ;

■ Saisir la CNSA en vue d'effectuer, d'une part une étude permettant d'évaluer le plus finement possible les volumes et modalités d'utilisation des crédits non reconductibles (CNR) et d'autre part une étude de coûts auxquels sont confrontés les SSIAD conformément à la nouvelle mission qui lui a été reconnue par l'article 53-1 de la loi du 24 décembre 2009 ;

■ Garantir la transparence dans la transmission des données brutes de chacun des items de l'enquête.

Au cours d'une autre réunion de concertation en date du 15 décembre 2010, la DREES et les services de la DGCS ont présenté aux organisations nationales gestionnaires de SSIAD les modalités de restitution des données de l'« enquête d'activité SSIAD 2010 ».

Le collectif salue la dynamique de respect par la DGCS de l'engagement pris par Madame Nora Berra, de transparence

concernant l'exploitation du recueil de données et leur transmission aux organisations et aux SSIAD. Il est ainsi prévu une restitution des données aux organisations sous la forme d'un « fichier xls contenant la base nationale anonymisée de l'ensemble des SSIAD ». Cependant, nous souhaiterions disposer des données renseignées non anonymisées pour les SSIAD adhérents de chacune de nos fédérations, afin de procéder à une analyse partagée des informations. Selon la méthode qui a fait ses preuves dans le secteur sanitaire depuis plusieurs années et pour permettre la levée du caractère anonyme des données, qui s'impose lorsque la mise à disposition des données est faite en direction de toutes les organisations, nous vous demandons que la DREES, à l'instar de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour les données budgétaires du champ sanitaire, s'engage à fournir les données des services concernés aux organisations nationales gestionnaires auxquelles adhèrent les structures. Parallèlement, nous nous engageons à recueillir et à vous faire parvenir l'accord préalable de ces SSIAD.

Quant aux aspects réglemen-

taires et plus spécifiquement tarifaires de ce projet de réforme, nos organisations souhaitent rappeler les principes auxquels elles demeurent très attachées.

Cette réforme ne peut s'engager à moyens constants compte tenu des besoins de crédits supplémentaires présentés par nombre de services confrontés à des patients réclamant une charge en soins de plus en plus lourde et d'en tenir compte dans la circulaire budgétaire 2011. Cette circulaire budgétaire devrait également dégager et flécher des financements pérennes en direction des SSIAD créés ou ayant bénéficié d'une extension de capacité avec des crédits non reconductibles. Il s'agit également de sauvegarder une procédure de négociation budgétaire individualisée qui permette de prendre en compte les différents coûts spécifiques à chaque structure. Cette procédure et le dialogue de gestion qu'elle induit entre chacun des SSIAD et les autorités de contrôle et de tarification appelle le maintien d'une fixation du tarif sous la forme d'une dotation globale annuelle.

Enfin, nous vous serions vivement reconnaissants de bien vouloir nous recevoir collectivement afin de faire un point plus complet sur l'ensemble de ces sujets.

■ L'AD-PA EST HABILITÉE POUR RÉALISER LES ÉVALUATIONS EXTERNES

Le 15 juillet a été publiée au B.O. Santé-Protection sociale – Solidarité 2010/6, page 123, la décision qui habilite l'AD-PA à réaliser les évaluations externes, telles que prescrites par la loi 2002-2.

La légitimité et l'implication de l'AD-PA pour la promotion et d'amélioration de la qualité dans les établissements et services pour personnes âgées n'est plus à démontrer, et surtout n'est pas récente (ce qui est loin d'être le cas pour tous).

En 2011 vous envisagez de faire réaliser l'évaluation externe de votre EHPAD, SSIAD, SAAD ou MAS ? Alors, avant de renouveler votre adhésion à l'AD-PA pour 2011 (IMPORTANT), pourquoi vous ne nous demanderiez pas un devis pour connaître les tarifs AD-PA pour ces prestations ?

Depuis maintenant six mois, l'AD-PA organise une série de journées de formation décentralisées sur le thème « Evaluation externe... Attention piège ! Comment ne pas se faire avoir... ».

Voici pourquoi, dès à présent, l'AD-PA s'est organisée pour pouvoir proposer la réalisation d'évaluations externes, mais aussi l'accompagnement des établissements et services qui voudront préparer leur évaluation et ce dès l'année prochaine. Et ce bien sûr à des coûts « AD-PA ».

AMIS ADHÉRENTS

L'AD-PA adresse des INFOS CHAQUE SEMAINE à ses adhérents par courrier électronique. Si vous ne les recevez pas, indiquez-le nous à ad-pa@orange.fr et indiquez-nous vos changements d'adresse !

EHPAD DE LA CHAIZE-LE-VICOMTE RECRUTE ANIMATEUR(TRICE)

A 30 minutes de la Côte, 10 minutes de La Roche-sur-Yon, la maison de retraite de La Chaize-Le-Vicomte (85310) 91 résidents - recherche son animateur(trice) à plein temps - statut Fonction Publique Hospitalière - Cat. B.
Pour tout renseignement, contacter Eveline MOREAU - Directrice
Tél : 02 51 40 15 10 - mail : direction@mr-lachaizelevicomte.fr - site : www.mr-lachaizelevicomte.fr

La maison de retraite doit faire payer le conjoint avant les enfants

Avant de réclamer de l'argent aux enfants de son pensionnaire, la maison de retraite doit faire payer le conjoint. Car, selon la Cour de cassation, le devoir de secours de l'époux « prime l'obligation alimentaire » des enfants.

Pour condamner les enfants à payer la pension de leur mère, a estimé la Cour, les juges doivent d'abord constater que leur père n'a pas les moyens de payer seul.

Le code civil pose deux principes et, selon la Cour de cassation, les juges ne doivent pas les confondre : d'abord,

« les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance » et ensuite « les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin ».

Pour la Cour de cassation, l'obligation alimentaire qui découle de la parenté n'est due que subsidiairement. Le devoir de secours et d'assistance du conjoint est primordial. La Cour a donc annulé une décision qui avait condamné toute la famille, le père et ses enfants, à subvenir ensemble aux besoins de leur épouse et mère.

source AFP

L'espérance de vie qui dépasse 100 ans en France, c'est possible

L'espérance de vie maximum pourrait bien dépasser un jour les cent ans en France sans que l'on puisse déterminer à quelle échéance, explique l'Institut national d'études démographiques (Ined), qui précise que tout se jouera aux grands âges de la vie. En France, alors qu'en 1750-1759, l'espérance de vie n'était qu'autour de 27 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes, elle « atteint aujourd'hui près de 78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes, soit pour ces dernières un triplement en 250 ans », soulignent les démographes Jacques Vallin et France Meslé dans une étude parue jeudi. Depuis les années 70, les Français gagnent environ trois mois d'espérance de vie chaque année mais « peut-on espérer continuer sur cette voie encore longtemps ? », s'interrogent-ils. Pour tenter de le savoir, ils ont examiné les progrès de l'espérance de vie à 80 ans : c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne de 80 ans peut espérer encore vivre. Cette notion se distingue de « l'espérance de vie à la naissance », la plus communément utilisée, qui désigne l'espérance de vie moyenne de toute une population, tous âges confondus, et qui ne correspond en fait qu'à une génération fictive. Or on

observe une forte baisse de la mortalité aux âges avancés : l'espérance de vie à 80 ans a fortement augmenté ces dernières années, permettant par ricochet l'augmentation de « l'espérance de vie à la naissance », note l'Ined. Outre les avancées médicales, ces progrès pourraient être dus « à l'attention grandissante portée aux personnes âgées dans le domaine de leur santé au quotidien, plus grande et plus efficace dans les sociétés les plus solidaires », analysent les démographes. Donc, « tout risque de se jouer demain sur les grands âges et ils peuvent encore être le champ de progrès importants » si l'on songe à « toutes les innovations médicales, sociales, politiques, culturelles susceptibles d'allonger la vie ». Mais « les changements politiques, économiques et sociaux qui permettraient d'en diffuser les bénéfices à tous seront-ils au rendez-vous ? », se demandent les démographes. Dans les pays favorisés, « il est très probable que l'espérance de vie dépasse un jour 100 ans, mais il est déraisonnable d'affirmer que ce sera précisément le cas de telle ou telle génération déjà née », en concluent-ils.

source AFP

DÉBAT AUTONOMIE

Dans le grand débat qui s'engage sur l'aide à l'autonomie voici deux positions :

- La première très synthétique d'AVVEC (qui regroupe AD-PA et FNAPAEF)
- La deuxième plus approfondie du GR 31 dont l'AD-PA est un membre actif ;

Enfin la position sur le refus du terme dépendance que l'AD-PA vous invite à proscrire de vos interventions !

Les 7 piliers du 5^{ème} risque



AVVEC rappelle avant tout que l'aide à l'autonomie répond à des enjeux éthiques envers les personnes âgées et handicapées, mais aussi économiques car les moyens financiers à dégager seront un puissant facteur de croissance par la création de centaines de milliers d'emplois non délocalisables. Pour AVVEC le 5^{ème} risque doit être fondé sur 7 principes qui permettent aux personnes âgées fragilisées d'être reconnues à part entière comme des ADULTES :

AUTONOMIE

Utilisation de l'expression positive « aide à l'autonomie », et non dépendance ou perte d'autonomie.

DIGNITE

Mobilisation de moyens réellement nouveaux pour mieux accompagner les personnes âgées quel que soit le lieu de vie, diminuer les prix payés en établissement, et soutenir les familles des personnes à domicile.

UNIFICATION - CONVERGENCE

Reconnaissance d'un droit à compensation du handicap quel que soit l'âge (avant et après 60 ans) dans le cadre de la Loi de 2005 prévoyant la convergence des dispositifs personnes handicapées - personnes âgées en 2010.

LIBERTE

Reconnaissance du choix de vie entre domicile et établissement.

TRANSPARENCE

Renforcement du rôle de la CNSA et autonomisation de son fonctionnement par une forte diminution de l'Etat dans ses instances, afin de permettre une meilleure transparence et éviter les détournements de crédits.

EVALUATION

Mise en place d'un plan d'aide individuel partant des besoins de la personne quel que soit son lieu de vie.

SOLIDARITE

Mise en place de financements solidaires excluant tout recours sur succession ou gage sur patrimoine ; la participation des assurances privées et mutualistes peut être envisagée si elle est réglementée et vient en supplément des financements publics.

Harmoniser et mieux financer les aides à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Le GR 31 assure la liaison entre les 31 organisations représentatives des personnes âgées, des personnes handicapées ou œuvrant à leur égard qui siègent au Conseil de la CNSA. Il s'est donné pour mission de préparer le positionnement des organisations précitées dans les débats du Conseil de la CNSA et de contribuer à l'édification d'un nouveau risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'aide à l'acquisition ou au maintien de l'autonomie répond à des enjeux éthiques envers les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Le niveau de réponse que leur apporte notre société révèle la place et la considération qu'elle leur reconnaît.

Cette politique de « l'autonomie » répond aussi à des enjeux économiques qui ne doivent pas être posés seulement en termes de coûts mais aussi d'investissement. Car, les moyens financiers qui seront mobilisés seront un puissant facteur de croissance par la création de centaines de milliers d'emplois non délocalisables.

Mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et âgées constitue une orientation importante et attendue par tous nos concitoyens, handicapés ou non, âgés ou non. Cette impulsion nouvelle doit s'appuyer sur 7 principes fondamentaux qui ont été édictés par la loi du 11 février 2005 (dont certaines dispositions n'ont toujours pas été mis en œuvre) et qui permettent aux personnes ayant besoin d'aides à l'autonomie quel que soit leur âge d'être considérées de plein droit comme des assurés sociaux et des citoyens :

AUTONOMIE

Préférer, comme le préconise la CNSA dans son rapport de 2007, la notion d'« aide à l'autonomie » à celle de prise en charge de la dépendance. Le rapport à l'autonomie pour ces populations varie certes en fonction, de leur parcours de vie, de leur âge, de l'origine et de la nature de leur handicap. Ainsi, elles s'inscrivent selon les cas dans un objectif de conquête, de maintien, ou de reconquête d'une autonomie qui constitue une dynamique devant servir de guide à l'élaboration des politiques publiques.

DIGNITÉ

Mobiliser des moyens réellement nouveaux pour mieux accompagner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en quête d'autonomie quel que soit leur lieu de vie, diminuer les prix payés (reste à charge), et soutenir les familles des personnes à domicile et en établissement.

COMPENSATION

Promouvoir la reconnaissance d'un droit universel à compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge (avant et après 60 ans).

LIBERTÉ

Garantir à chaque personne ayant besoin d'aides à l'autonomie la liberté de choisir ses lieu et mode de vie en lui donnant les moyens d'y faire face.

GOUVERNANCE

Renforcer les missions de la CNSA dans la mise en œuvre des politiques publiques et des prestations relatives à l'autonomie des personnes handicapées et âgées.

Confirmer son rôle de coordonnateur vis-à-vis de l'ensemble des instances et collectivités, en charge de leur mise en œuvre au plan local.

Consolider la participation des organisations représentatives des personnes âgées, des personnes handicapées à la gouvernance de ces organismes, instances ou collectivités et notamment au sein du conseil de la CNSA.

ÉVALUATION

Mettre en place, à partir d'une démarche d'évaluation individualisée et multidimensionnelle, un plan de compensation élaboré non pas seulement en fonction d'une catégorisation par niveau d'incapacité mais aussi par référence à la situation singulière, aux besoins et au projet de vie de toute personne ayant besoin d'aides à l'autonomie quel que soit son âge et son lieu de vie.

SOLIDARITÉ

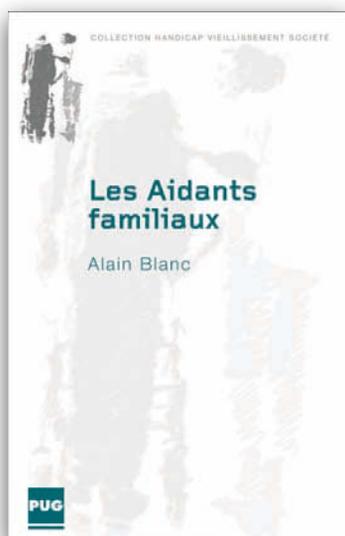
Faire reposer très majoritairement le financement des prestations mettant en œuvre ce nouveau droit universel sur les ressources de la protection sociale et de la solidarité ; ces financements excluent tout recours sur succession et toutes conditions de ressources dans l'accès au droit ; l'intervention des produits d'assurance collective ou individuelle, à destination exclusivement des personnes âgées, peut être envisagée si elle est encadrée et vient en supplément des financements publics.

PARLONS D'AUTONOMIE

L'AD-PA demande qu'on abandonne définitivement le terme «dépendance» qui est dévalorisant voire insultant pour les personnes, au profit d'«aide à l'autonomie» qui est positif et indique l'objectif vers lequel notre société doit accompagner chacun de ses membres y compris âgés.

LES AIDANTS FAMILIAUX

Alain Blanc



En ce début de troisième millénaire, l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées constitue un enjeu de société réactualisé. Le nombre de ces personnes et les possibilités de leur accompagnement, collectivement valorisées, sont en effet en augmentation. Plusieurs solutions sont possibles pour prendre en charge ces personnes dépendantes, dont l'institutionnalisation et les différentes formes de l'aide à domicile. Le recours aux aidants familiaux constitue une autre option qui correspond aux attentes des familles et des aidés et satisfait la vie collective, dans la mesure où l'action des aidants peut se substituer à celles des acteurs publics.

Cet ouvrage montre la difficulté des aidants familiaux confrontés, d'une part, à l'accompagnement des populations connaissant des formes inégales et variées de la perte d'autonomie et de la dépendance et d'autre part, aux contraintes difficiles imposées par les familles et par les différents niveaux de la puissance publique. Le recours à des aidants familiaux étant une solution à un problème rencontré dans la vie collective, ces aidants ont la possibilité de se constituer en acteur collectif.

Afin d'élargir la réflexion, deux situations, en Suisse et en Belgique, complètent l'ouvrage.

Presses universitaires de Grenoble

GRANDIR

Sophie Fontanel

La longue histoire d'amour d'une fille pour sa mère.

« À 8 heures du matin, ça y est, j'avais accepté. Je me levai, je filai chez ma mère, je m'assis sur une chaise près du lit : «Maman, je lui disais pour la première fois depuis l'enfance : je t'aime. Tu es ma vie. Et comment, si je t'aime, toi qui es ma vie, je pourrais te laisser là dans ce lit, à l'abandon? Je ne le pourrais pas. Ecoute, je veux que tu me donnes l'autorisation d'appeler le docteur, qui appellera l'ambulance, et tu seras dans un hôpital mais tu seras soignée, et je t'aime. Et je te donnerai du courage, je le pourrai. Tu veux bien ?»

La seconde inoubliable où je fus suspendue à sa réponse. «Oui à tout», elle avait annoncé. Et plus tard, dans l'ambulance, le sublime sourire retrouvé malgré les souffrances qu'elle endurait : «Sophie, tu me surprends.» Grandir, c'est bien après la croissance, on dirait. »

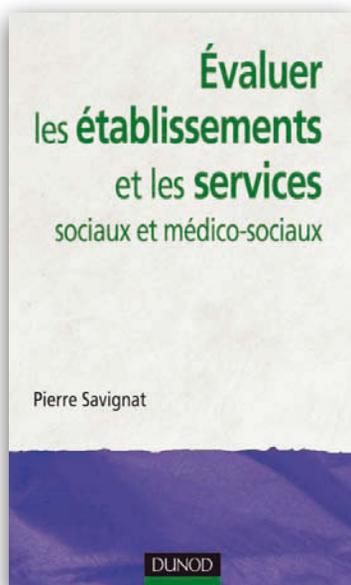
Sophie Fontanel est romancière, essayiste et grand reporter à Elle.



Editions Robert Laffont - 17 €

ÉVALUER LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Pierre Savignat



Cet ouvrage présente de manière systématique et complète les questions posées par l'obligation faite aux établissements et services sociaux ou médico-sociaux de procéder, à intervalle régulier, à des évaluations internes et externes, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002. Il situe pour cela l'apparition de l'évaluation dans le champ social et médico-social à travers une analyse des rapports, débats et textes législatifs ou réglementaires. L'auteur contextualise l'évaluation et en questionne les fondements (activité, qualité, prestations, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, etc.). Il précise également les différences et complémentarités avec d'autres procédures, et plus particulièrement celles relatives aux démarches qualité. Il montre les articulations avec les autres niveaux

d'évaluation prévus par la loi du 2 janvier 2002 (observation des besoins sociaux, évaluation des schémas, évaluation des besoins individuels). Il présente les principes généraux et les repères de nature à développer le processus évaluatif. L'examen de la construction du dispositif institutionnel, de son évolution et de son architecture actuelle complète cette approche, qui permettra aux responsables, directeurs, cadres et professionnels du secteur de disposer des clefs nécessaires pour comprendre et mettre en oeuvre cette nouvelle obligation.

Editions Dunod - 34 €

NB : Notre ami Pierre Savignat est correspondant départemental de l'AD-PA dans l'Ardèche.

