

**BIEN VIEILLIR A
DOMICILE**

- Introduction par Sarah MERCIER, psychologue
- J'y suis, j'y reste, documentaire puis votre analyse du documentaire
- Intervention de Pauline BOURGEOIS, masseur kinésithérapeute
Laura GRESSET, ostéopathe et Marie-Agnès MIVELLE, bénévole
au SAD ADMR
- Intervention de Nicole VALLET, vice-présidente du SAD ADMR
- Intervention de Jacqueline HERODY, infirmière coordinatrice du
SSIAD ADMR
- Intervention du Dr Lise-Marie DESCHAMPS
- Intervention de Mme JEANNOT, CLIC Jura seniors
- Intervention du Dr Hervé DOUINE
- Conclusion / Questions-réponses

Introduction

Ce thème du "bien vieillir chez soi" est très vaste... Il fallait bien prendre le sujet par un bout, je vous propose donc une introduction un peu large pour démarrer avant d'entrer dans des éléments beaucoup plus concrets qui vous permettront d'envisager une vieillesse à domicile.

J'axerai mon introduction sur la définition du terme "habiter" et sur l'évolution du rapport au domicile avec l'avancée en âge. Enfin, j'aborderai l'impact psychologique du domicile sur la personne, c'est-à-dire quel rôle peut jouer le domicile sur le sentiment de bien-être de la personne.

I. Dedans-dehors : la fin de la vie dans les rues

Les besoins de l'être humain en matière d'habitat ont beaucoup évolué au fil des siècles, passant de besoins primaires (se protéger des intempéries et des bêtes sauvages) à des besoins secondaires (se réaliser et développer son identité à travers son habitation). Ainsi, le rapport à l'habitat a lui aussi bien évolué. Dans notre société occidentale, les rues, qui étaient un lieu de survie, le lieu du "nous", le lieu du jugement (pendaisons, exécutions publiques), se sont vidées, au profit des lieux plus individuels (maisons). Progressivement, on a donc assisté à un détachement du "nous" collectif, pour faire émerger le "je", l'individualité. La maison devient le "chez soi". Elle est donc perçue comme l'espace de l'individu et un prolongement de lui-même.

Les sociologues mettent en avant trois principes de base en ce qui concerne le "chez soi":

1. La maison doit nous représenter. On retrouve cette idée dans la phrase suivante : "dis moi comment tu vis, je te dirai qui tu es".
2. Chacun est maître chez lui : chacun fixe les règles qui régissent la vie chez lui
3. Le chez soi est automatiquement lié à la notion de cellule familiale

II. Habiter, c'est bien plus que se loger

Mais, avant de poursuivre, il semble nécessaire de définir ce que l'on entend par "habiter". Le terme habiter est apparu dans la langue française dès le XI^{ème} siècle et signifie le "fait de rester dans un lieu donné et d'occuper une demeure." Il contient deux dimensions, l'une temporelle et l'autre spatiale. L'habiter s'inscrit donc à la fois dans l'espace et dans la durée." (Perla Sarfaty-Garzon, Habiter, in Dictionnaire critique de l'habitat et du logement, Paris, Éditions Armand Colin, 2003.)

Le philosophe Martin Heidegger nous dit qu'"habiter, c'est bien plus que se loger". Thierry Paquot, philosophe également ajoute en effet qu'« "Habiter" (*wohnen*) signifie "être-présent-au-monde-et-à-autrui". [...] Loger n'est pas "habiter". L'action d'"habiter" possède une dimension existentielle. [...] "Habiter" c'est [...] construire votre personnalité, déployer votre être dans le monde qui vous environne et auquel vous apportez votre marque et qui devient vôtre.» Ainsi, lorsqu'on habite un lieu, on y met une partie de soi, on y projette de soi. De plus, il est toujours question d'écrire une histoire dans le lieu où l'on vit. Le domicile devient donc un témoin de l'histoire de la personne, de son histoire individuelle et familiale comme de son histoire sociale. Il permet par exemple à la personne âgée de se raconter, de montrer aux autres ce qu'elle a été, ce qu'elle a accompli, à quoi elle a ressemblé... Le domicile se fait espace de remémoration qui relie aux autres, vivants ou morts, à des lieux et à des événements passés.

III. Vieillir et habiter

Notre rapport à l'habitat et l'investissement du chez soi évolue avec l'avancée en âge. Avec la vieillesse, on observe notamment un attachement plus grand au chez soi. 3 éléments se superposent :

- l'IMMOBILISME : désir de garder son chez soi tel qu'il est, comme un témoin de notre vie. On va peut-être avoir moins envie de faire des travaux ou des aménagements dans notre domicile. On a moins envie de bouger les choses chez nous.
- l'ATTACHEMENT AUX OBJETS qui deviennent des "monuments intimes" : si on touche aux objets, on touche aux éléments de la vie émotionnelle et affective de la personne.
- la MOINDRE PROJECTION dans un vivre ailleurs : pour la personne âgée, vivre dans une maison de retraite, c'est difficilement envisageable du fait de l'énergie qu'un déménagement et une adaptation à un nouvel environnement pourrait demander. Cela paraît impossible.

Ainsi donc, le rapport que l'on a avec notre domicile évolue et dépend :

- de la façon dont chaque sujet vit sa vieillesse et se positionne par rapport à sa propre histoire (vision positive ou négative du vécu, regrets, remords, les représentations de la vieillesse...)
- de l'impact de ce vécu sur la façon d'habiter

La perte d'autonomie a également un impact sur la façon « d'habiter ». En effet, les possibilités d'investir et d'occuper l'espace se modifient, et sont limitées, par rapport à ce que la personne a connu avant. L'espace devient également moins intime, plus public, du fait des passages soignants et/ou aidants.

V. Enjeux psychologiques et identitaires de rester à domicile

Il faut donc bien avoir en tête que le domicile, la maison, le chez soi a un rôle psychologique très important. Le domicile est une enveloppe psychique pour la personne, c'est-à-dire une sorte de prolongement d'elle-même et d'enveloppe protectrice du Moi. La maison, c'est ce qui permet de se sentir exister et qui assure une continuité de l'identité. En bref, le domicile rassure la personne qui y vit. L'espace habité est un subtil équilibre entre intérieur et extérieur. Etre chez soi et avoir investi un chez soi est suffisamment rassurant pour pouvoir en sortir et est suffisamment rassurant pour pouvoir s'y réfugier et couper les liens avec l'extérieur. Le domicile, pour les sociologues remplit au moins quatre objectifs : il délimite entre l'intérieur et l'extérieur, il sécurise, il relie aux autres (on peut inviter, recevoir chez soi) et il rassure (on se sent bien chez soi, en sécurité, dans son espace à soi).

Pour conclure, je dirais que rester chez soi, pour la personne âgée, c'est rester debout, garder un pouvoir, une maîtrise sur les événements et c'est surtout conserver son autonomie. Il nous faut donc tenter de préserver cet espace de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Quand nous avons choisi ce thème du "bien vieillir chez soi", nos domaines de compétences réciproques nous ont amenés à nous poser la question dans le sens de "vieillir chez soi", sous entendu "malgré une perte d'autonomie" ou "dans l'éventualité d'une perte d'autonomie". En effet, la réalité actuelle de l'accompagnement des personnes âgées à domicile oblige tout un chacun à un retour sur soi : comment j'envisage ma propre vieillesse pour rester le plus longtemps possible chez moi ? C'est ce que nous nous proposons d'évoquer ce soir avec vous, grâce à l'intervention des nombreux professionnels qui œuvrent pour le maintien à domicile des personnes âgées, dans un soucis d'anticipation des limites du maintien à domicile. Pour cela nous allons commencer par deux courts extraits vidéo qui nous permettront de lancer le débat autour de cette question de "bien vieillir chez soi". Après ce visionnage, nous vous inviterons à prendre la parole pour exprimer votre point de vue.

Tout va bien!
Vous m'entendez?



Logement

Téléassistance

Cuisine

tapis

Chutes

déplacement

Salle de bain

escalier

lit

Jusqu'où peut-on aller pour rester chez soi ??

Qu'est ce que « aménager son logement » ? C'est l'action d'adapter, de modifier son domicile afin de le rendre plus adéquat. Adéquat à soi, à son âge, à ses besoins.

Nous savons que vous ne pouvez pas envisager de refaire nombres travaux dans votre maison pour la rendre accessible, mais le but est de vous donner quelques conseils et pistes de réflexions si de futurs travaux sont à envisager.

EXTERIEUR

Les extérieurs : Sécuriser au maximum le pourtour de votre maison et son accès. Lisser les bords de la maison afin d'avoir un terrain au maximum plat et régulier.



CHAUFFAGE



Le mode de chauffage : Attention au chauffage au bois, car même si vous avez quelqu'un pour vous faire la provision, mettre un morceau de bois dans le poêle ou la chaudière nécessite un peu de force et une certaine mobilité.

FILS ELECTRIQUES

Les fils électriques : préférer fixer les fils qui traînent contre une plaine, un mur. Si cela n'est pas possible, les glisser dans une gaine de sol (qui sera plus voyante et qui empêchera de se prendre les pieds dans le fil).



SOLS



Les sols glissants à proximité d'un point d'eau : toujours prévoir mettre un tapis mince antidérapant, ou des pastilles antidérapante

ECLAIRAGE

L'éclairage : Il est important de bien voir, penser aux détecteurs de présence dans les lieux de passage comme les couloirs ou les entrées. Toujours avoir une lampe de chevet sur sa table de nuit et l'allumer dans vos levers nocturnes.



TAPIS



Les tapis : les ôter est une bonne solution pour éviter de trébucher ou de glisser.

ESCALIERS



Les escaliers : bien les équiper d'une ou deux rampes. Il est également possible de marquer le bord de marche avec un trait de couleur afin qu'elle soit bien visible. Pour les marches qu'il pourrait y avoir dans la maison il est bien également de mettre des barres d'appui sur un ou deux côtés.

CHAUSSONS



Les chaussures : préférer des chaussons qui vous tiennent le pied, des chaussons fermés au talon.

SALLE DE BAIN



La salle de bain : lieu important pour votre hygiène corporelle, il est indispensable que celui-ci soit pratique et accessible.

Préférer une douche de préférence à l'italienne ou avec un rebord pas trop haut. Pensez la assez large pour pouvoir mettre une chaise dedans, et pour la place d'un aidant.

Si vous avez une baignoire : prévoir une marche pied ou marche d'accès afin de diminuer l'effort pour enjamber la baignoire

Le fond de la douche ou de la baignoire doit être équipé d'un revêtement anti dérapant.

Le siège de bain : afin de prendre le bain ou la douche assis. Cela peut être une planche de bain posée sur les bords de la baignoire ou un tabouret de bain ou un siège de bain.

Attention aux sièges de douche muraux qui ne sont pas pratique et encombrant.

Les barres d'appui peuvent être présentes dans la douche pour se tenir ou se relever quand on est assis (le mitigeur et autres robinetterie, porte serviette et porte savon n'étant pas des barres d'appui de confiance !!),

Le mitigeur : il est bien car le réglage de la température est plus facile.

Le sol : les tapis et pastilles antidérapantes.

TOILETTES



Les WC : c'est souvent une pièce étroite, donc si elle est à refaire et si vous avez la possibilité agrandissez la surface.

Pour les WC bas, il existe des rehausseurs qui se fixent sur la cuvette

Idem des barres d'appui peuvent être installées de chaque côté afin de permettre de s'asseoir et se relever en toute sécurité (le lave mains n'est pas non plus un appui de confiance !!)

Et pouvoir aller seul aux toilettes et important pour préserver son intimité.

CUISINE



La cuisine : lieu qui a également toute son importance, pour manger et garder des forces !

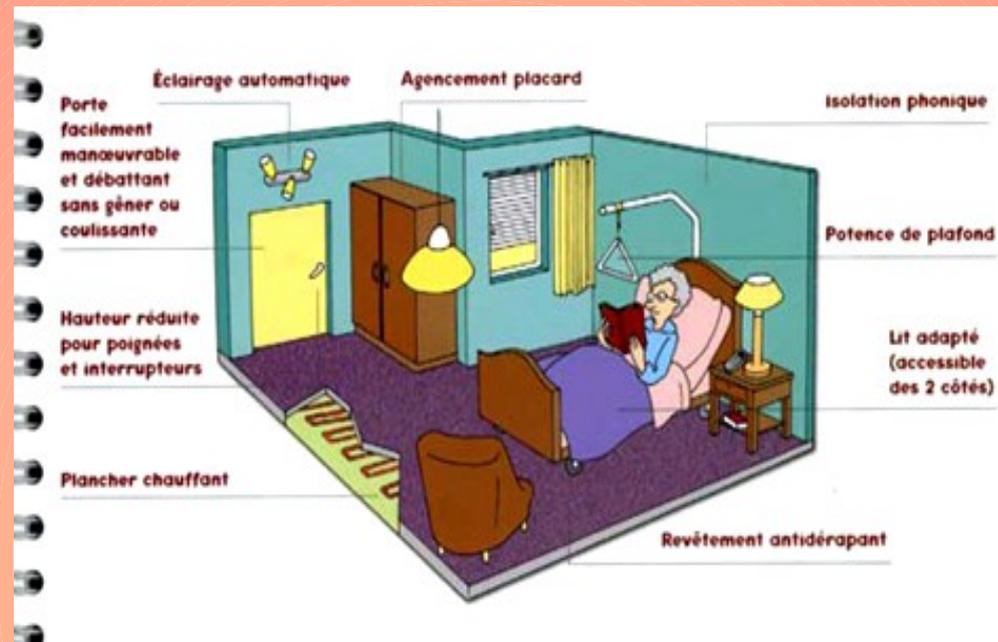
Les moyens de cuissons : préférer l'électrique au gaz qui est plus dangereux et surtout pour les personnes sous O2. De plus le micro onde peut être très pratique pour réchauffer les plats et peut se poser sur une table.

S'organiser et tout amener sur la table pour éviter de faire 36 voyages. S'organiser également dans le rangement de vos placards et mettre tout ce qui vous sert le plus dans des rangements de hauteurs comprises entre votre hanche et votre épaule.

Faites de la place, et ôter tout ce qui est inutile pour que les lieux de circulations soit larges.

Il est bien de rajouter également des prises électriques à bonne hauteurs pour facilité les branchements.

CHAMBRE



La chambre à coucher :

L'accès au lit : il faut ôter ce qu'il ne vous sert pas et le passage autour du lit doit être possible et pas trop étroit. Penser à mettre des cales sous vos pieds de lit pour le surélever, vous pouvez également le faire pour vos canapé/fauteuil.

Les volets : l'idéal est bien évidemment les volets électriques, attention de ne pas faire comme la petite dame que l'on va voir tout de suite après !!

L'éclairage : comme dit précédemment il vous faut un éclairage accessible depuis votre lit pour vos levers nocturnes.

CHUTES



Conclusion : Penser à l'après ... si la dépendance survient ... si votre souhait est de rester à la maison ... y a t il la possibilité d'aménager une chambre au rez de chaussé pour les personnes qui sont à l'étage ? ... pour les seuils et les marches : plans inclinés ... Lieu de vie à l'étage : ascenseur, élévateur ... envisager un déménagement ... Etre bien chez soi, c'est être en sécurité, donc aménager son domicile en conséquence, et surtout pour éviter les chutes, qui peuvent être grave. En pensant chute, je pense à la télé assistance, mais je crois qu'elle ne sert pas uniquement à cela , je laisse la place à Marie Agnès pour vous en dire plus.

La TELEASSISTANCE de FILLIEN

Pour bien vieillir chez soi il est bon de s'abonner à la téléassistance. Pour un coût de 27 euros par mois la personne est en sécurité chez elle.

L'appareil de téléassistance, le transmetteur, se branche sur la prise téléphonique. Le client porte sur lui un émetteur, un bracelet ou un médaillon, selon son choix.

Au moment de l'installation un dossier est rempli sur lequel est inscrit avec précision :

- + l'adresse complète et les facilités d'accès pour arriver chez la personne
- + le numéro de téléphone
- + ses problèmes de santé
- + le numéro de téléphone de la police ou gendarmerie
- + numéro de téléphone et nom du médecin
- + et enfin le nom, lien de parenté de 3 personnes du voisinage qui ont accepté de venir en aide à l'abonné

A la moindre difficulté ou chute, le client appuie sur son détecteur et l'alarme est lancée. Dans un délai très bref l'opératrice de FILLIEN répond et gère l'appel en fonction des besoins ou de l'urgence et décide de prévenir le médecin ou les voisins.

- A cela on peut ajouter différentes adaptations avec un coût supplémentaire :
- | |
|---|
| 1 poire de lit (3 euros) |
| 1 bracelet ou un médaillon supplémentaire (3 euros) |
| 1 flash lumineux (pour les sourds) (3 euros) |
| 1 détecteur de fumée (3 euros) |
| 1 détecteur de chute (3 euros) |



ménage

Courses

Lien social

transport

repas

aide

entretien

services

sortir

La plupart des personnes émettent le vœu de vivre à domicile le plus longtemps possible, une réalité en résonance avec le réseau ADMR qui cherche à rendre possible le maintien à domicile à tout âge.

La première des demandes que nous recevons est bien souvent l'entretien du logement, lorsque la personne ne peut plus faire ses vitres, récurer, assurer les tâches les plus difficiles...

Avant l'intervention d'une aide à domicile, un bénévole de l'association va rencontrer la personne pour établir avec elle son dossier. La personne aidée exprimera ses attentes et un projet personnalisé sera établi qui fixera le cadre de l'intervention. Tout cela pour permettre aux aides à domicile qui interviendront de le faire au plus près des besoins de la personne aidée.

Vivre dans un logement propre, bien rangé, contribue à se sentir bien chez soi.

L'aide qui peut être apportée ne se limite pas qu'à l'entretien du logement. La préparation des repas peut devenir compliquée pour de multiples raisons, l'épluchage des légumes peut poser problème par exemple. Cela peut se faire avec l'aide à domicile. Faire de la soupe, cuire des légumes...

Encore faut-il avoir des provisions ! Si les courses posent problème, deux solutions se présentent :

- soit l'aide à domicile les fait seule avec la liste qui a été faite
- soit la personne aidée peut se faire emmener en courses, le plus souvent avec le véhicule de l'aide à domicile.

Un temps d'intervention un peu plus long doit être prévu pour que cela se passe dans de bonnes conditions.

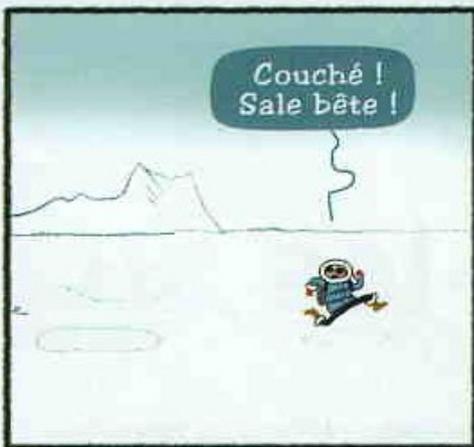
Dans les modalités pratiques, les règles sont très strictes lorsqu'il y a manipulation d'argent, tout est encadré.

Lorsque la préparation des repas devient trop compliquée, la livraison des repas à domicile peut prendre le relais ; actuellement, les livraisons s'effectuent tous les 2 jours. Des repas sans sel sont possibles.

La salariée qui effectue la livraison, place le repas au frigo, s'assure qu'il ne reste pas de barquette périmée et prend le temps d'échanger avec les clients ; cela contribue au maintien du lien social.

Bien vivre à domicile, c'est pouvoir sortir et garder le contact avec les autres. Lorsque la personne ne peut ou ne veut plus conduire, il est possible de sortir de chez soi pour aller chez son coiffeur, son médecin, à un rendez-vous... Des dispositifs existent pour une aide financière.

Recevoir une aide à domicile chez soi, c'est bien plus qu'avoir « une femme de ménage ». C'est accueillir la présence chaleureuse et aidante d'une professionnelle qui permet à la personne âgée de vivre le mieux possible à la maison et qui participe pleinement à son équilibre de vie. Mais pour accepter que quelqu'un rentre dans son domicile et son intimité, il faut anticiper, mettre en place une heure de temps en temps pour se faire aider. C'est essentiel, il faut choisir et non subir.



toilette

bien-être

soin

hygiène

corps

estime

se lever

se coucher

médicaments

Personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes
Personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant un handicap

Soins d'hygiène et de propreté
Soins de confort et de bien être
Soins relationnels

Le personnel salarié :

- o Une infirmière coordinatrice
- o Une secrétaire
- o 8 aides soignantes

L'ensemble du personnel salarié est à temps partiel

Les interventions se font
au domicile du patient dans un secteur
géographique précis

SSIAD
28 places autorisées

- 26 places personnes âgées
- 2 places personnes handicapées

Pourquoi

- Assurer un suivi de soins pour faciliter le retour à domicile après une hospitalisation
- Aider au maintien du patient à domicile avec un environnement familial ou de voisinage
- Stimuler les capacités du patient dans les gestes quotidiens afin de prévenir ou retarder la dégradation de son état de santé et préserver son autonomie
- Accompagner le patient et sa famille dans les différentes étapes de sa maladie y compris la fin de vie
- Retarder le plus possible l'entrée en structure d'accueil pour personnes âgées dépendantes

La demande de prise en charge peut être faite par le patient, la famille, le médecin, un centre hospitalier, un service social

Les conditions d'admission :

- o Résider dans le secteur du SSIAD
- o Avoir une prescription médicale et bénéficier d'une couverture maladie
- o Répondre aux critères de dépendance évalués par la grille AGGIR
- o La prise en charge d'un patient est non définitive et ré-évaluable
- o Interventions limitées au nombre de place autorisées

Comment ?

Quel coût ?

L'intervention est prise en charge à 100% par les caisses d'assurance maladie (ou l'aide médicale) avec dispense d'avance de frais

En partenariat avec ?

- Médecins - Infirmiers libéraux - Centre de soins
- Pédiatres - Kinésithérapeutes - Pharmacies
- Hôpitaux - HAD - Assistantes sociales
- Maison de santé - Prestataires de matériel médical
- Conseil Général - MDPH - IFSI
- Associations locales ADMR
- Structures d'accueil temporaire et d'accueil de jour

Pour qui ?

Quoi ?

Avec qui ?

Où ?

LA TOILETTE

L'aide à la toilette comprend l'hygiène corporelle mais également le déshabillage/l'habillage.

Pour les personnes plus dépendantes elle englobe aussi l'hygiène de l'incontinence, la prévention d'escarre, parfois l'aide au lever et au coucher.

La toilette peut être réalisée par 3 professionnelles, toutes 3 diplômées d'état, à savoir l'infirmière, l'aide-soignante, l'auxiliaire de vie sociale.

La législation encadrant ces professions définit les rôles respectifs de chacune. Ainsi entre autre activité il est mentionné dans les référentiels que :

- « **L'IDE réalise et/ou supervise la réalisation des soins d'hygiène** »

La toilette relève de son rôle propre c-a-d qu'elle peut l'effectuer de façon autonome.

Par contre à domicile l'IDEL ne peut effectuer la toilette que si elle est prescrite par un médecin. Ce soin, effectué selon la prescription ponctuellement ou quotidiennement, est remboursé par la sécurité sociale.

- « **L'AS assure des soins d'hygiène, de confort et des soins préventifs** »

La toilette est un acte délégué par l'IDE. Ainsi une AS ne peut travailler que dans une structure embauchant également une ou des IDE, elle exerce son activité sous la responsabilité de l'IDE.

A domicile les AS travaillent sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice du SSIAD

L'aide à la toilette par le SSIAD s'adresse aux personnes de plus de 60 ans malades ou dépendantes et aux personnes de moins de 60 ans atteintes d'une pathologie chronique ou présentant un handicap. Ces personnes doivent répondre aux critères de dépendance évalués par la grille AGGIR et avoir besoin d'aide au moins 5 jours/7.

Comme pour les IDEL l'intervention du SSIAD nécessite une prescription médicale. Elle prise en charge à 100 % par les caisses d'assurance maladie avec dispense d'avance de frais.

- « **L'AVS accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...)** »

L'aide à la toilette, ponctuelle ou quotidienne, est réalisée de façon autonome sous la responsabilité de son supérieur hiérarchique.

Au SAD ADMR de Nozeroy les salariées travaillent sous la responsabilité de la présidente et de la responsable du personnel.

Je précise que le référentiel d'activités ne concerne a priori que les AD qui sont titulaires du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou de l'ancien CAFAD. Or nombreuses sont les AD qui n'ont pas ce diplôme d'état. C'est le cas au SAD ADMR de Nozeroy. Cependant certaines aides à domicile ont suivi d'autres formations notamment des formations en interne.

L'aide à la toilette, comme toutes les autres interventions réalisées par les aides à domicile, font l'objet d'une facturation au bénéficiaire. Celui-ci, selon certaines conditions (dépendance, revenus) peut bénéficier d'aides financières (elles seront évoquées par Mme Jeannot tout à l'heure) couvrant une partie de la dépense.

Voilà pour le cadre.

C'est donc au médecin de décider si l'aide, totale ou partielle, à la toilette justifie une prescription médicale auquel cas elle sera réalisée par une IDE ou une AS du SSIAD ou si la toilette est considérée comme un acte de la vie quotidienne auquel cas elle sera réalisée par une AD. Son rôle pourra-être simplement d'être présente pour accompagner, sécuriser, stimuler l'autonomie de la personne ou plus actif en l'aidant à faire ce qu'elle ne peut plus faire seule.

En théorie cela paraît très simple.... dans la pratique c'est beaucoup plus compliqué !

Je ne suis pas certaine que tous les médecins, au moment où ils estiment qu'un patient nécessite une aide à la toilette, ou lorsque l'entourage sollicite de l'aide pour accomplir cet acte, possèdent tous les éléments pour décider si la toilette relève d'une prescription médicale ou si elle est considérée comme un acte de la vie quotidienne.

D'après vous quelle professionnelle peut aider Pierrette à faire sa toilette ?

d'après moi l'aide à la toilette de Pierrette assurée par une IDEL pourrait l'être par une AD. Cette toilette/douche ne présentera plus de risque à partir du moment où la baignoire sera remplacée par une douche et actuellement elle comporterait beaucoup moins de risque si un siège pivotant était installé sur la baignoire.

Il n'est d'ailleurs pas rare que l'aide à la toilette soit effectuée par 1 IDEL une fois par semaine (souvent douche, «le nettoyage en grand» évoqué par Pierrette) et les autres jours par une AD (toilette au lavabo).

Difficultés rencontrées :

Les IDEL ont une charge de travail importante. La toilette est un soin qui prend du temps donc ils ne peuvent pas répondre favorablement à toutes les prescriptions de toilette. Et lorsqu'ils acceptent ils ne peuvent souvent pas assurer un passage quotidien.

Quant au SSIAD il est soumis à une capacité de fonctionnement (= nombre de lit limité, 28 pour nous au SSIAD des Plateaux) qui est souvent atteinte. Nous ne pouvons donc pas faire face à toutes les demandes et sommes souvent contraints de mettre les personnes en liste d'attente.

Et comme précisés précédemment les AD, même si elles sont diplômées AVS, ne sont pas habilitées à effectuer la toilette d'une personne dépendante c-a-d une personne à qui elles feraient courir un risque (par exemple chute, problèmes cutanés) au moment de la toilette et inversement si le fait de faire la toilette de la personne les mettaient elles-mêmes en danger par méconnaissance des gestes à accomplir. Ces 2 notions de risque (risque pour la personne âgée et/ou risque pour l'AD) sont un critère important qui nous permet de déterminer si la toilette peut être confiée à une AD.

Rentrent également en ligne de compte le souhait des personnes âgées :

- certaines désirent que l'aide à domicile qu'elles connaissent depuis longtemps soit la seule à les aider Elles n'ont pas envie de voir « défiler » chez elles plusieurs personnes (les patients pris en charge par le SSIAD sont aidés par 8 AS).
- certaines ne désirent pas forcément une aide à la toilette fréquente. Leurs habitudes en matière d'hygiène corporelle ne sont pas les mêmes que celles des jeunes générations. Je constate que bien souvent la demande d'aide à la toilette est formulée voire imposée par l'entourage
- l'aspect financier : la toilette prescrite est remboursée tandis que celle réalisée par l'AD est facturée. Cette dépense «ne rentre pas» toujours dans les plans d'aide mis en place
- et puis l'heure à laquelle la toilette peut être faite. Lorsqu'on fait sa toilette seul, elle a lieu peu après le lever ou au moment du coucher. Lorsqu'on dépend de quelqu'un, l'horaire n'est pas toujours adapté aux souhaits....

Alors comment gérons-nous la situation sur le plateau de Nozeroy ?

Les critères et les limites « quelle toilette par quelle professionnelle » sont connus et respectés.

Le problème se pose lorsque la charge de travail pour les uns et les autres est importante et/ou lorsque nous sommes moins nombreux pour effectuer le travail.

Nous, les professionnels sanitaires et sociaux du canton de Nozeroy, nous connaissons bien. Nous échangeons régulièrement (échanges facilités par notre regroupement au sein de la maison de santé) et nous avons la volonté de répondre au mieux (ou au moins mal) aux demandes d'aides à la toilette.

Il arrive fréquemment qu'une toilette prescrite ne puisse pas d'emblée être réalisée ni par les IDEL ni par le SSIAD alors nous essayons de trouver une solution... pas toujours satisfaisante en terme de délais ou de fréquence mais la volonté est bien là. Il arrive que la solution trouvée en attendant soit une aide à la toilette par AD. Dans ce cas j'essaie de me mettre à leur disposition si elles ont une inquiétude, besoin d'un conseil voire je me déplace au domicile de la personne aidée au moment de la toilette ou avec la responsable planning du SAD nous organisons un temps de travail en commun AS/AD afin que l'AS conseille à propos de certains gestes...

Je voulais conclure en disant que :

- l'aide à la toilette n'est pas un simple acte d'hygiène, c'est un acte qui fait entrer la relation aidé/aidant dans la sphère de l'intime. Comme ce soin dure.... cela dépend... entre 25 à 60 mn, il se révèle être :

-> un moment de relation (les personnes aidées souvent se confient plus à ce moment là)

-> un moment d'observation : les professionnels sont vigilants car les personnes aidées sont capables de s'inquiéter pour un petit problème de santé mais de ne pas prêter attention à un problème plus important. Et au-delà de la toilette ils sont vigilants à tout changement concernant la personne : répercussion d'un événement vécu, apparition d'une douleur, d'une contrariété, évolution de sa dépendance, ce qui la tracasse mais aussi tout ce qui lui fait plaisir, la fait rire... Tout changement est partagé en équipe (en SSIAD nous nous réunissons chaque semaine, les AD se voient un peu moins souvent) et si nécessaire fait l'objet d'une information au médecin traitant

-> un moment d'éducation avec la personne et/ou son entourage (alimentation, manutention, change)

- la législation même si elle donne le cadre ne peut pas tout régler en ce qui concerne l'aide à la toilette. Souvent le bon sens, le travail en équipe pluridisciplinaire permettent d'apporter des réponses adaptées.

médicaments

dénutrition

soin

prévention

diagnostique

Perte d'autonomie

Suivi médical

maladie

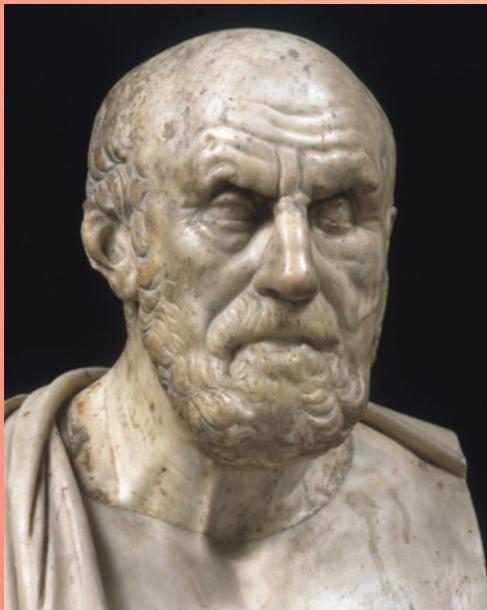
handicap

Aider les personnes à rester chez soi: rôle du médecin généraliste

Plusieurs points vont reprendre les 3 dernières soirées.

Pour décrire les différents rôles je pars d'une phrase d'Hippocrate sur le rôle du médecin: "guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours" (nb: certains pensent que ce n'est pas Hippocrate qui est à l'origine de cette phrase mais Pasteur ou Ambroise Paré)

« Guérir parfois
Soulager souvent
Écouter toujours »



« Primum non nocere »
« Avoir, dans les maladies,
deux choses en vue : être utile
ou du moins ne pas nuire »

"guérir": c'est la première image qu'on a de ce métier, bien que ne correspondant qu'à une petite partie du travail.

Effectivement si par exemple quelqu'un a une infection pulmonaire, il va peut être pouvoir rester à domicile en prescrivant (notre grande arme: un stylo et une ordonnance!) des médicaments, voir de l'oxygène, des soins infirmiers (intra-musculaire ou prise de sang), de la kiné à domicile,....

C'est l'image classique de la médecine « toute puissante ».

La réalité n'est jamais aussi simple. En réalité, c'est par beaucoup d'autres actions qu'on favorise le maintien à domicile. Beaucoup de maladies ne se guérissent pas. Il faut le savoir, la médecine n'a pas le pouvoir d'arrêter le vieillissement et ne rend pas immortel. Mais c'est peut être aussi l'intérêt de la vie de ne pas être immortel, mais c'est un autre débat. Le vieillissement est inéluctable, dès la naissance c'est un changement perpétuel et on l'accompagne.

Personne n'est indépendant. Tout le monde a besoin des autres pour vivre (nous ne sommes comme les ours des solitaires). Et c'est une force de le reconnaître. Il faut savoir accepter de se faire aider, pour s'adapter tout au long de la vie.

Avant de guérir on peut essayer de prévenir, de limiter les conséquences du vieillissement:

- limiter la perte musculaire liées à la diminution des activités, à la diminution des apports caloriques dont les protéines dans l'alimentation,
- diminuer les problèmes alimentaires et les risques d'infections pulmonaires par une bonne hygiène dentaire
- proposer des appareillages en cas de perte auditive

...

"soulager": c'est une recherche constante pour les médecins.

Moins de symptômes comme moins de douleurs, moins de difficultés à respirer,... favorisent le maintien à la maison.

Les moyens sont diverses, et varient selon les symptômes, les causes:

- par l'écoute: une "vrai" écoute apporte beaucoup plus que ce qu'on peut croire. Elle diminue les angoisses (on peut conseiller d'aller plus loin avec une psychologue), elle permet de comprendre et de s'adapter
- par des petits moyens : une canne pour soulager la marche, des conseils pour les insomnies (s'imposer des réveils à la même heure,...)
- par l'alimentation pour par exemple lutter contre les douleurs liées à la constipation
- par le travail avec le kiné
- en arrêtant certains "produits": médicaments non supportés mais pas que des médicaments (exemple prendre de la levure de riz rouge peut donner des douleurs musculaires). Croire que ce qui est naturel n'entraîne aucun effet secondaire est une idée fausse largement répandue.
- en prescrivant des médicaments.... Voici une autre phrase d'Hippocrate: "primum non nocere". Sa philosophie était: « Avoir, dans les maladies, deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire »

Les médecins ont un beau livre qui s'appelle le Vidal, malheureusement beaucoup de médicaments ne sont pas très utiles dedans.

Il symbolise de nouveau la médecine tout puissante, si on lit les indications on a l'impression qu'on peut remédier à tout. Malheureusement ce n'est pas parce que c'est marqué que ça marche.

Pour nous c'est tentant de dire « telle potion va être magique pour vous », les personnes sont contentes sur le moment et c'est toujours satisfaisant pour nous, elles ressortent plein d'espoir de ce pouvoir.

Alors que beaucoup des médicaments du Vidal ont plus d'effets indésirables, de risques qu'une réelle efficacité. On revient sur le souhait d'une médecine toute puissante, mais non réelle.

C'est difficile aussi d'entendre « pas de médicaments efficace pour cela » comme pour la mémoire, dans notre société cela amène beaucoup d'angoisse. On imagine le pire et ne pouvoir supporter l'évolution des choses, des transformations. Il est impossible de se projeter.

On a l'habitude de vouloir une gélule pour tout, les français sont assez spécialistes pour cela, c'est dans notre culture.

A force aussi de tout traiter on mélange trop de médicaments le risque devient plus grand de les mettre. Il faut savoir faire le tri et ne pas tout traiter.

Dans le sens inverse inverse, il est parfois difficile pour certains de prendre les traitements: compliqué, oubliés, ne voit pas l'intérêt, peur des effets indésirables,... En parler c'est primordial (beaucoup n'ose pas, car ils ont peur de contrarier le médecin, de le vexer, de se faire engueuler,...). Pourtant le médecin doit respecter le choix des personnes même si il ne les comprend pas (par exemple: il y aura toujours des personnes qui ont une cigarette à la bouche nous dirons qu'ils préfèrent avoir mal plutôt que de se droguer avec du paracétamol). On est tous ambivalents dans nos choix. Ne rien dire, risque d'augmenter le nombre de traitements prescrits ou d'examens complémentaires inutiles voir dangereux.

Il ne faut donc pas hésiter à discuter avec le médecin pour avoir toutes les informations nécessaires, pour peser le pour et le contre.

On peut proposer le pilulier pour aider, voir sous certaines conditions le passage des IDE, la pharmacie aura peut être aussi des astuces, etc....

« écouter »

Une multitude de choses importantes se joue dans l'écoute: afin de comprendre, de voir en peu de temps une part de la réalité

Elle est souvent complexe. On travaille avec notre sensibilité, parfois on va se tromper, on ne va pas saisir ce qui est le plus important ce jour là.

Les médecins doivent prendre les personnes dans leur globalité, nous ne sommes pas qu'un cœur à écouter avec un stéthoscope, (environnement, famille, croyance, culture, finance, incertitude,...)

- participe à la diminution des angoisses

- permet d'accompagner, d'aider à accepter-anticiper les changements constants tout au long de la vie (même si par période on les occulte et que la société veut nous faire croire qu'on peut ne pas changer, ne pas vieillir)

- puis cela permettra de conseiller et aiguiller sur les ressources (dossier APA, CLIC,...)

Donc je résumerais notre rôle pour favoriser le maintien à domicile avec tous ces différents mots: écouter, accompagner, prévenir, coordonner, faire connaître, prescrire si besoin, ne pas nuire

CVIC

social

prévention

informations

Aides

argent

Caisses de retraite

coordination

APA

I - Statut :

Le CLIC Jura Séniors (Centre Local d'Information et de Coordination) est un lieu d'accueil de proximité, d'écoute, d'information, de conseil et d'aide administrative. Il rassemble toutes les données susceptibles d'aider les personnes de plus de 60 ans et leur entourage dans leur vie quotidienne.

Les CLIC du Jura ont été internalisés par le Conseil Départemental le 1^o Janvier 2015, avec la volonté de promouvoir le principe du guichet unique.

Les CLIC sont basés dans les MDS.

Organisation :

DSSD (Direction des Solidarités et de la Santé Départementales)

Service Personnes âgées (environ 40 personnes)

Mission administrative :

Mission Médico sociale (composée de 3 médecins, 1 ergothérapeute, des infirmières et des travailleurs sociaux) qui regroupe : APA, Accueil familial, Aide Sociale, Infos préoccupantes, CLIC

II- Historique :

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination ont été mis en place suite à différentes circulaires et lois avec pour finalité de placer la personne âgée au sein d'un dispositif lui assurant un réseau de compétences optimum.

L'expérimentation des CLIC a débuté suite à la **circulaire du 06/06/2000**. Puis la **circulaire du 18/05/2001** a ensuite labellisé les CLIC. Ainsi, les premières structures jurassiennes ont vu le jour en 2001.

La **loi du 20/07/2001** relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie a inscrit les CLIC au cœur des territoires, comme des instruments d'information du public et de coordination de l'action gérontologique. Ceci est formalisé par le schéma départemental handicap et dépendance.

La loi 2002-2 du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale intègre les CLIC dans la catégorie des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Dans le Jura, on compte 4 CLIC répartis selon les 4 unités territoriales (à Lons, Dole, Saint-Claude et Champagnole). Nos structures sont placées sous l'égide du Président du Conseil Départemental, ceci depuis la loi du 13/08/2004 sur les responsabilités et libertés locales (décentralisation).

Le CLIC de Champagnole-Arbois a été créé en octobre 2004 et intervient sur les secteurs de Nozeroy, Champagnole, Les Planches en Montagne, Poligny, Arbois, Salins, Villers-Farlay et Sellières)

III - Missions légales confiées au CLIC :

- Les missions des CLIC sont les suivantes :

Ecoute, information et conseil sur les aides et les prestations dédiées aux personnes âgées.

Ce conseil passe par un diagnostic de la situation. Proposition d'une aide globale personnalisée.

Orientation vers les professionnels.

Accompagnement lors de situations complexes et coordination des différents dispositifs du secteur gérontologique (importance du travail en réseau). Suivi du plan d'aide et de l'évolution des besoins.

IV- Domaines principaux d'intervention :

1/ Maintien à domicile :

Ceci représente la principale activité

- ➔ Aide à domicile : renseignements sur les financements pour la mise en place des intervention d'une AVS (aide sociale, caisse de retraite, APA), renseignements sur les associations prestataires et sur l'emploi direct. Intervention suite à une sortie d'hôpital à la demande de l'assistante sociale hospitalière.

- APA : (information sur les conditions d'octroi, aide à la constitution du dossier...).
- Téléassistance : présentation du dispositif, sollicitation des financements. Géolocalisation par GPS pour les personnes ayant des troubles cognitifs.
- Portage de repas : tarifs, orientation vers le prestataire référent en fonction du lieu de domiciliation de la personne âgée, renseignements sur les aides financières.
- Matériel médical et aides techniques (planche de bain, réhausseur de toilettes...) : orientation sur les fournisseurs (pharmacies..) informations sur la participation possible de l'APA, sollicitation éventuelle de l'ergothérapeute du service Personnes Agées du Conseil Départemental.
- Recherche d'un service de soins à domicile : mise en relation avec le SSIAD référent pour les soins d'hygiène et de confort, aide à la recherche d'un infirmier pour les soins techniques ou la préparation des médicaments.
- Adaptation et l'amélioration du logement : information et mise en relation avec les professionnels (Jura Habitat). Sollicitation de l'ergothérapeute du service Personnes âgées. Ex : monte escalier, remplacement de la baignoire...

2/ Hébergement (accueil familial, accueil de jour, hébergement temporaire et permanent) et aide aux aidants

- Aide à la recherche d'un établissement (Foyer logement, EHPAD, Maisons âge et vie), information sur les tarifs et les délais d'attente. Aide à la constitution des dossiers d'inscription. Information sur l'accueil familial.
- Aide à la constitution des dossiers d'aide sociale à l'hébergement, Information sur l'obligation alimentaire et la récupération sur la succession.
- Orientation sur la plateforme de répit pour les aidants (prévention de l'épuisement des aidants), l'Équipe Spécialisée Alzheimer, la MAIA, l'ARESPA, l'accueil de jour, l'accueil temporaire et les vacances de répit, les cafés des aidants de France alzheimer.

3/ Accompagnement dans les démarches administratives :

- Pas d'accompagnement lourd compte-tenu de nos secteurs géographiques.
- Aide administrative (demande CMU C, ASPA, dossier retraite, cartes de stationnement auprès de la MDPH...).
- Accompagnement en cas de décès du conjoint pour accomplir les formalités administratives (demande des pensions de réversion...)
- Etude de la situation budgétaire. Demande éventuelle d'aide financière (aide exceptionnelle auprès de la sécurité sociale (appareils auditifs, prothèses dentaires...) ou des caisses de retraite complémentaires, de la Ligue contre le cancer, des Anciens Combattants...).

4/ Protection juridique et problèmes juridiques : _

Les CLIC n'interviennent que pour les personnes non bénéficiaires de l'APA.

- Informations juridiques pour les demandes de tutelle, curatelle. Aide apportée à la famille pour le dépôt d'une requête. Orientation sur le service d'aide aux familles de l'UDAF.
- Informations préoccupantes : Signalements au procureur en vue d'une mise sous protection juridique en l'absence de famille. Signalements en cas de danger, d'abus de faiblesse ou de maltraitance.
- Mise en relation avec des associations de défense du consommateur (ex : démarchage à domicile ...), le CIDFF, un notaire, un avocat.

5/ Vie sociale, sportive et culturelle

- Orientation sur les ateliers mémoire ou nutrition animés par l'Ireps
- Orientation sur les associations locales

Financements

- ➔ Aide sociale aide ménagère
Pour les personnes ayant moins de 800 € par mois
Récupération au dessus de 46000€ d'actif successoral
- ➔ Caisses de retraites de base
PAP (Plan d'Aide Personnalisé) et dispositif sortie d'hôpital
Gir 5-6
Avec associations agréées seulement
- ➔ Caisses de retraite complémentaires ARRCO
Dispositif Sortir +
CESU préfinancé
- ➔ APA
Gir 1 à 4
Associations prestataires ou CESU
- ➔ Mutuelles
Heures gratuites en sortie d'hôpital

Et après...!!!

Et après...

Et après...

Et après...

Et après...

Et après...

Et après...

Et après...

Et après...

Et après :

Un problème médical brutal, peut amener à une hospitalisation ou organiser une HAD , une hospitalisation à domicile avec le concours du pharmacien pour tout le matériel : cela peut aller du lit médical à la pompe d'alimentation artificielle ou l'oxygène si ce choix est retenu. Aujourd'hui les possibilités techniques sont très larges. Cela ne peut être possible qu'avec la présence d'un aidant, membre de la famille ou ami, sur place.

Et si la dépendance s'aggrave l'aide de la MDPH peut être sollicitée (la maison départementale pour les personnes handicapées).

En cas de troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer le CLIC peut organiser avec une MAIA la prise en soin au domicile ; la MAIA est une méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie pour des malades d'Alzheimer et apparentés. Ces maisons se mettent en place dans toute la France.

Enfin pour répondre au désir de mourir chez soi, l'équipe mobile de soins palliatifs de Pontarlier ou Lons selon le domicile peut être sollicitée. Avec le médecin traitant, elle organisera les soins de confort, le soulagement des douleurs pour accompagner le patient jusqu'au bout.

Mais le maintien à domicile a ses limites que nous aborderons à la prochaine soirée (janvier 2016).

Conclusion de la soirée

Après tout ce qui vient d'être dit, il semble qu'il y a un paradoxe dans le maintien à domicile : l'objectif est à la fois de maintenir l'autonomie de la personne et de sécuriser son habitat, tout en conservant un aspect humain au domicile. C'est-à-dire que l'accompagnement doit être le plus bienveillant possible, le plus humain possible, mais que la réalité est telle qu'un accompagnement à domicile demande une énorme coordination des services et des professionnels et ne permet pas toujours d'être au plus proche des besoins de la personne aidée.

Deux facteurs sont donc importants pour un maintien à domicile pertinent :

- l'anticipation de l'adaptation du logement au vieillissement et à un éventuel handicap
- un travail psychique de deuil de soi et de l'image de soi et un processus d'acceptation du vieillissement.

Au-delà de cela, il faut aussi des éléments plus concrets résumés dans cette jolie maison concoctée par Laurence (description).

Vous retrouverez tous ces éléments et services dans un petit guide à votre disposition à l'entrée. S'il n'y en avait pas assez, n'hésitez pas à demander et nous en ferons d'autres tirages dans les semaines à venir. Enfin, la prochaine soirée aura lieu en début d'année 2016 et aura pour thème : domicile ou établissement : les limites de la vie à domicile. En espérant que cette soirée ait répondu à vos questionnements, nous vous invitons au désormais traditionnel buffet pour bien clôturer cette soirée.

Bien vieillir à domicile

