

Février 2016

Personnes âgées et addictions

quelles difficultés, ressources, manques ?



MAIA

Seine-Saint-Denis
Sud Est



Objectifs du groupe

Renforcement du partenariat, intégration des partenaires spécialistes des addictions

À la demande des membres de la table tactique, un groupe de travail est dédié aux personnes âgées manifestant une addiction.

L'enjeu de groupe est de mieux connaître les partenaires compétents, afin de les interpeller à bon escient pour accompagner les personnes âgées.

Les manques seront questionnés.

Définir

Qu'est-ce que l'addiction(s): pour le professionnel ?
pour la personne malade ?

Identifier

Les ressources, les équipes qui interviennent sur le bassin 93 Sud-Est

Construire

Un référentiel permettant de mieux identifier l'équipe la plus adaptée pour répondre aux besoins d'une personne âgée manifestant une conduite addictive

PARTIE 1

La/les addiction(s) chez la personne âgée

Qu'est-ce qui est « difficile » pour vous
professionnel ?

Proposition de compréhension
synthétique des difficultés pour la
personne âgée





2.1

Addictions et personnes âgées pour vous ? (diag local)

En tant que professionnel, quelles sont vos difficultés ?



2.1

Addictions et personnes âgées apport théorique

UNE POPULATION QUI CONSOMME

Consommation	15-29	30-44	45-59	60-75
Tabac quotidien	33%	33%	23%	9%
Alcool quotidien	2%	7%	19%	37%
Audit-C positif	15%	13%	16%	13%
Ivresse/année	30%	16%	8%	2%
Cannabis/année	19%	7%	1%	0%
Autres illicites	2%	1%	0%	0%
Psychotropes	11%	18%	24%	23%

Baromètre santé 2005 – Tendances n°67

Extrait de la présentation du Dr Philippe CASTERA – AGIR 33 ANPAA 33 – Un outil de repérage précoce et d'intervention brève en médecine générale et en institution : Le RPIB Senior



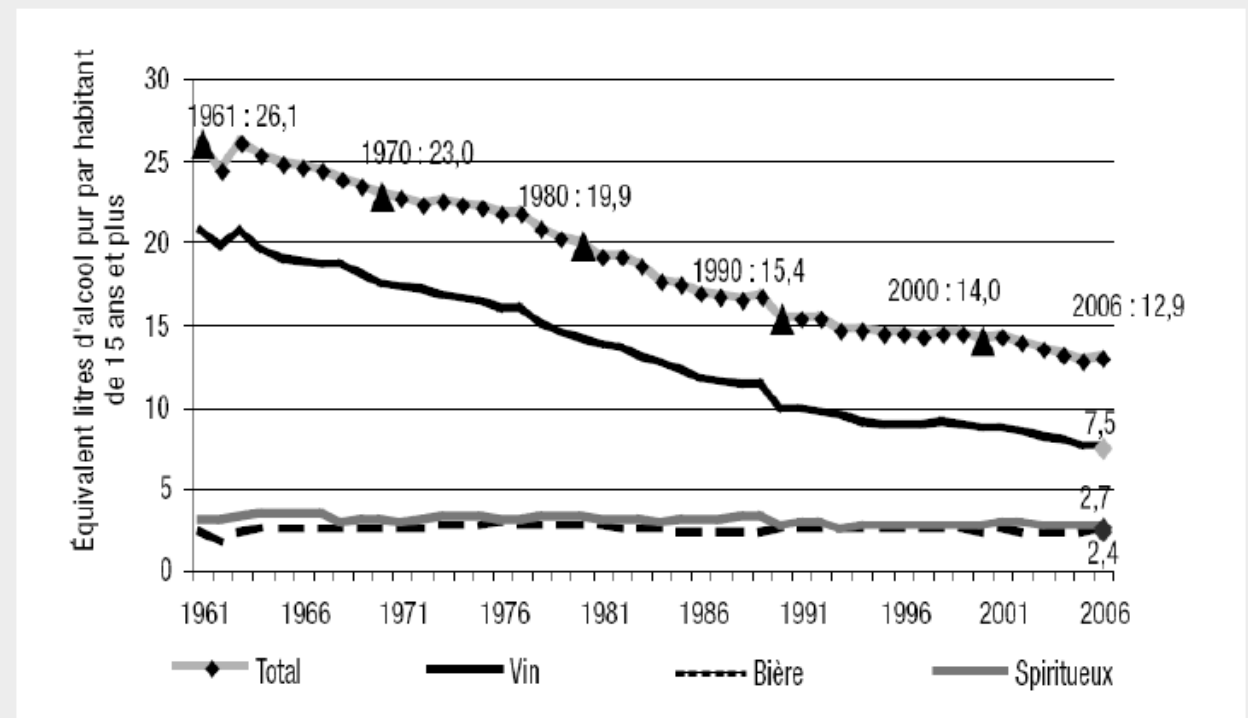
2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques



Les aînés avaient des niveaux de consommation d'alcool bien supérieurs "dans leur jeunesse"

Graphique 2 • Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2006)



Champ : France entière, population âgée de 15 ans et plus.

Sources : 1961-1989 : Organisation mondiale de la santé ; 1990-1999 : IDA ; 2000-2005 : IDA et INSEE.



2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques

UNE CONSOMMATION CENTREE
SUR LES PRODUITS LICITES

ALCOOL

MEDICAMENTS
PSYCHOTROPES

TABAC

La diminution du nombre de fumeurs avec l'âge est liée, en partie, à la mortalité prématurée

L'augmentation du nombre de buveurs avec l'âge est liée surtout à une culture générationnelle

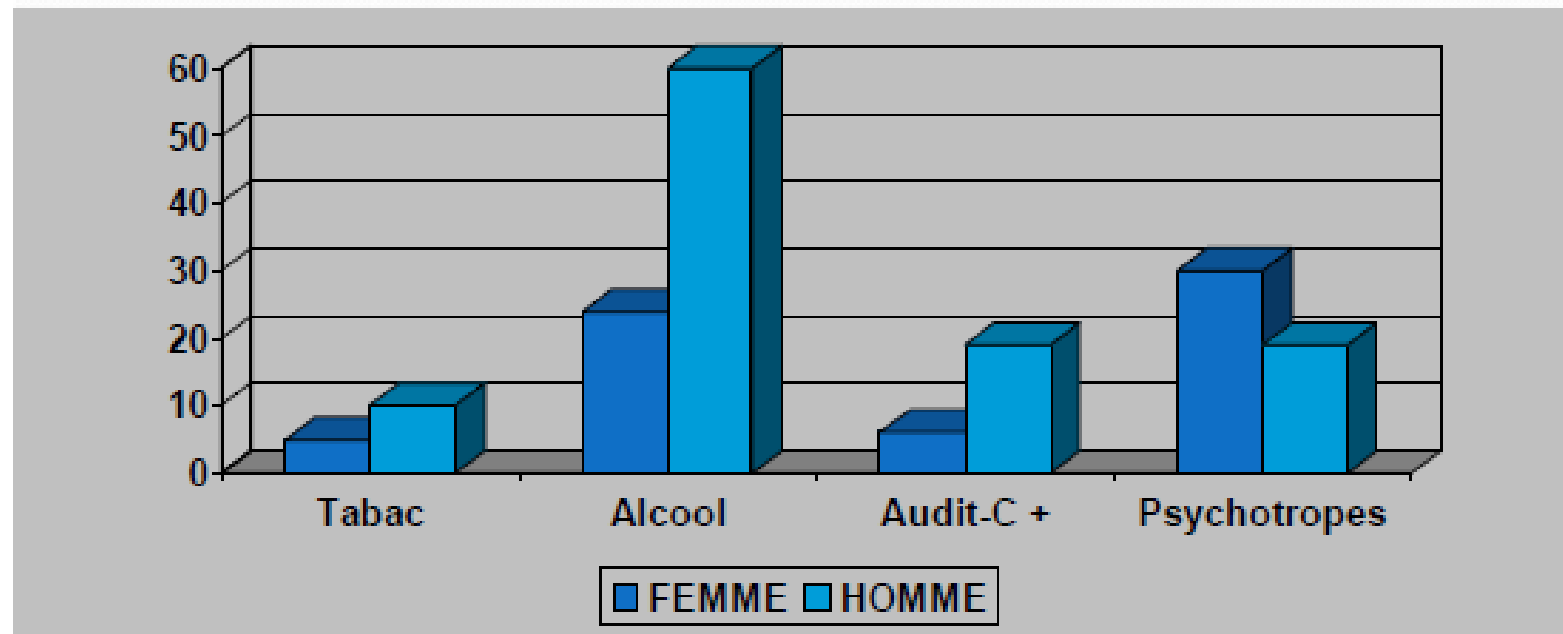
Extrait de la présentation du Dr Philippe CASTERA – AGIR 33 ANPAA 33 – Un outil de repérage précoce et d'intervention brève en médecine générale et en institution : Le RPIB Senior



2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques

UNE CONSOMMATION SELON LE SEXE



Entre 70 et 75 ans
Baromètre santé 2005

Extrait de la présentation du Dr Philippe CASTERA – AGIR 33 ANPAA 33 – Un outil de repérage précoce et d'intervention brève en médecine générale et en institution : Le RPIB Senior



2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques

LES RISQUES LIES A L'ALCOOL ?

Les mêmes que chez l'adulte jeune mais
pour des doses plus faibles

Mais des risques plus spécifiques :

- Chutes (et fractures)
- Confusion,
- Dépression, anxiété, faible estime de soi, appauvrissement relationnel, suicides
- Dénutrition
- **Iatrogénie**
- Diminution de l'espérance de vie

**Moins de troubles cognitifs
chez les consommateurs modérés ?**

Des modifications physiologiques
diminuent la tolérance à l'alcool.

Pour la même quantité d'alcool ingérée, le
taux d'alcoolémie monte plus haut et
décroît plus lentement

Poly-pathologie et poly-médicamentation
viennent accentuer ce phénomène



2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques

LES RISQUES LIES AU TABAC ?

Les mêmes que chez l'adulte jeune mais les pathologies induites par le tabac sont souvent déjà présentes (BPCO, cancers, maladies cardio-vasculaires.....)

Mais des risques plus spécifiques :

- Ostéoporose
- Soins dentaires compliqués
- Complications infectieuses des suites opératoires ou des cicatrisations de plaies
- Dénutrition
- Diminution de l'espérance de vie



2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques

LES RISQUES LIES AUX PSYCHOTROPES ?

Très augmentés chez les seniors:

- Chutes +++++
- Troubles cognitifs, confusion
- Surdosage (insuffisance rénale et/ou hépatique plus fréquente)
- Erreurs dans les prises
- Interactions médicamenteuses
- Bouche sèche et dénutrition
- Constipation et fécalome
- Addiction
- 2 à 7 fois plus d'effets indésirables
- **Potentialisés par l'alcool**

Extrait de la présentation du Dr Philippe CASTERA – AGIR 33 ANPAA 33 – Un outil de repérage précoce et d'intervention brève en médecine générale et en institution : Le RPIB Senior



2.1

Addictions et personnes âgées apports théoriques

DES RISQUES SOUVENT CUMULES

Plus de fumeurs et de consommateurs de psychotropes en cas de mésusage d'alcool

Les effets secondaires se cumulent, notamment en terme de baisse de vigilance, de chutes, de dépression, de dénutrition, de perte du lien social

UNE ESPERANCE DE VIE TRES DIMINUEE

D'autant plus important que les années à vivre se réduisent

QUEL QUE SOIT L'ÂGE

Tout arrêt du tabac
Toute diminution (ou arrêt) de l'alcool et des psychotropes (sauf indication persistante)

Est bénéfique au patient en terme de quantité et de qualité de vie

....S'il adhère à cette démarche



2.2

Addiction : comment repérer ?

POURQUOI FAIRE UN RPIB SENIOR?

Pour repérer les consommations qui font courir des risques

Pour explorer les « raisons » des consommations
(plaisir ou mal être, habitude, ennui)

Pour amener la personne à envisager de diminuer certains risques
Par et pour une meilleure qualité de vie

Le tout en quelques minutes

DANS QUEL CONTEXTE ?

A domicile

80% des plus de 80 ans vivent à domicile

A l'hôpital

Des hospitalisations plus fréquentes et plus longues

Au cabinet

Recours plus fréquent aux soins

En EHPAD

Une fin de vie en institution pour les dépendants ou les « fragiles »



2.2

Addiction : comment repérer ?

2 TYPES DE BUVEURS

Le buveur chronique:

- 2/3 des buveurs excessifs
- A commencé jeune
- Est plus souvent un homme, fréquemment dépendant, avec des troubles cognitifs et sociaux
- Pathologies hépatiques, cardio-vasculaires, pulmonaires et rénales plus fréquentes
- Tabac fréquemment associé

Le buveur tardif:

- 1/3 des buveurs excessifs
- A commencé le plus souvent après 50 ans
- Suite à des stress de la vie (deuil, retraite, maladie...)
- Les femmes sont plus représentées

POURQUOI BOIVENT-ILS ?

- Pour modifier l'humeur et l'état de conscience
 - Pour se donner de l'énergie
 - Pour se relaxer et faciliter la socialisation
 - **Mais aussi pour calmer la douleur physique, l'anxiété, l'insomnie, l'humeur dépressive et les troubles somatiques divers liés à l'âge.**
-
- Les mêmes motifs poussent à la consommation de psychotropes ou d'antalgiques opiacés



2.2

Addictions : « La puce à l'oreille »

Situations atypiques : non pathognomoniques, mais doivent faire évoquer la possibilité d'un mésusage d'alcool :

- Troubles de la mémoire, de la concentration, de l'élocution
- Problèmes de coordination (marche incertaine, chutes)
- “bleus” inexpliqués
- Minimisation, cachettes...
- Manque d'assurance, irritabilité, tristesse, agitation
- Recherche de solitude, désintérêt pour les proches
- Douleurs chroniques inexpliquées
- insomnie, perte d'appétit, nausées, vomissements
- Négligence/hygiène
- Perte d'intérêt pour les activités habituelles
- Dépression : cause et/ou effet



2.2

Outil de repérage : le questionnaire AUDIT

« Alcohol use disorders identification test », à 10 questions, interroge la consommation d'alcool de l'année écoulée (recommandé par l'OMS). A remplir par le patient.

[Télécharger](#)

Tableau N°5.2 Le test Audit (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>) : autoquestionnaire Traduction française. Source : Gache et al., 2005 ⁽¹⁾ .	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
Notez le total des items ici <input type="checkbox"/>	



2.2

Outil de repérage : le questionnaire FACE

« Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien », en 5 questions, permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable, une dépendance probable. A **remplir au cours d'une relation face-à-face.**

[Télécharger](#)

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c'est mieux

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	
Jamais <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1 2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2 2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	
Un ou deux <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.



2.2

Addictions : risque de « passer à côté »

DIFFICULTÉ À ABORDER LE SUJET

Dernier plaisir supposé ?

S'il ne lui reste que ça... Si elle n'a plus rien d'autre...

Image (parentale) de l'aîné

Crainte de blesser

Faire mal ? La parole ou le non-dit est-il le plus blessant ?

Protéger d'autres soignants en se taisant

Prévenir les contre-attitudes de collègues, la maltraitance

Désir de mort inconscient

Ultime forme de rejet, d'épuisement des aidants/soignants...

(Menecier P. Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. Soins Gérontologie 2006 ; 60 : 40-42)

PRÉSENTATION CLINIQUE DU MÉSUSAGE D'ALCOOL

- Rarement une demande explicite d'aide ou de soin
- Entrée dans les soins par un dommage : chute, malaise, confusion, trouble thymique...
- Lors d'intoxications éthyliques aiguës, syndromes de sevrage
- Conséquences professionnelles, familiales, juridiques apparaissent plus ou moins
- Aspect "trompeur" :
- Quantités consommées faussement rassurantes (basses)
- Critères diagnostiques de dépendance rarement réunis
- L'alcoolisme du sujet âgé est souvent négligé dans la mesure où il dérange moins (ENGELBERTS)



2.2

Addictions : comment accompagner ?

Provoquer une prise de conscience:

« Mon comportement me fait courir des risques »

Évoquer un changement de comportement

« Il faut que je modifie mon comportement »

Respecter le choix de la personne...

PARTIE 2

Les structures spécialisées dans l'addiction

- > Les filières addicto
- > Les acteurs du parcours implantés sur le territoire sud-est





2.2

Addictions : comment accompagner ?

L'articulation avec les partenaires: la fluidité du parcours de soin

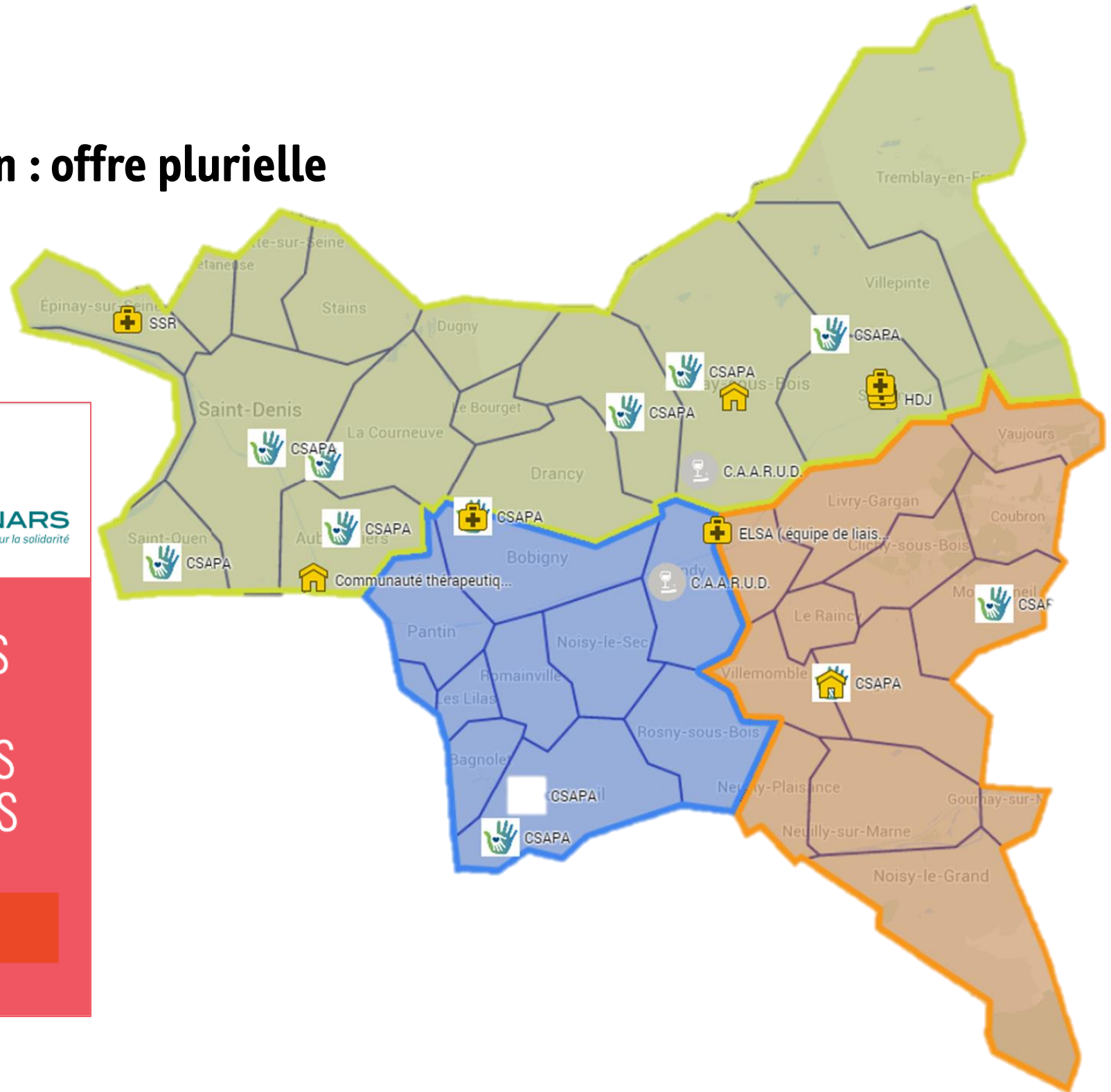
Trouver le lieu optimal de traitement le moins contraignant, le plus sécuritaire et efficace au vu de l'état de santé

- **Dispositif médico social** qui offre une proximité pour permettre un accès simple et proche du patient
 - Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
 - Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD)
- **Dispositif hospitaliers**
- **Les médecins de ville** : un rôle de coordonnateur
- **Les réseaux santé**



2.1

Addiction : offre plurielle



FNARS
agir pour la solidarité

**ADDICTIONS
& LUTTE
CONTRE LES
EXCLUSIONS**

**travailler
ensemble**

Focus acteurs du parcours

Prise en charge hospitalière

Court séjour en service d'addictologie

SSR – Réadaptation

HDJ

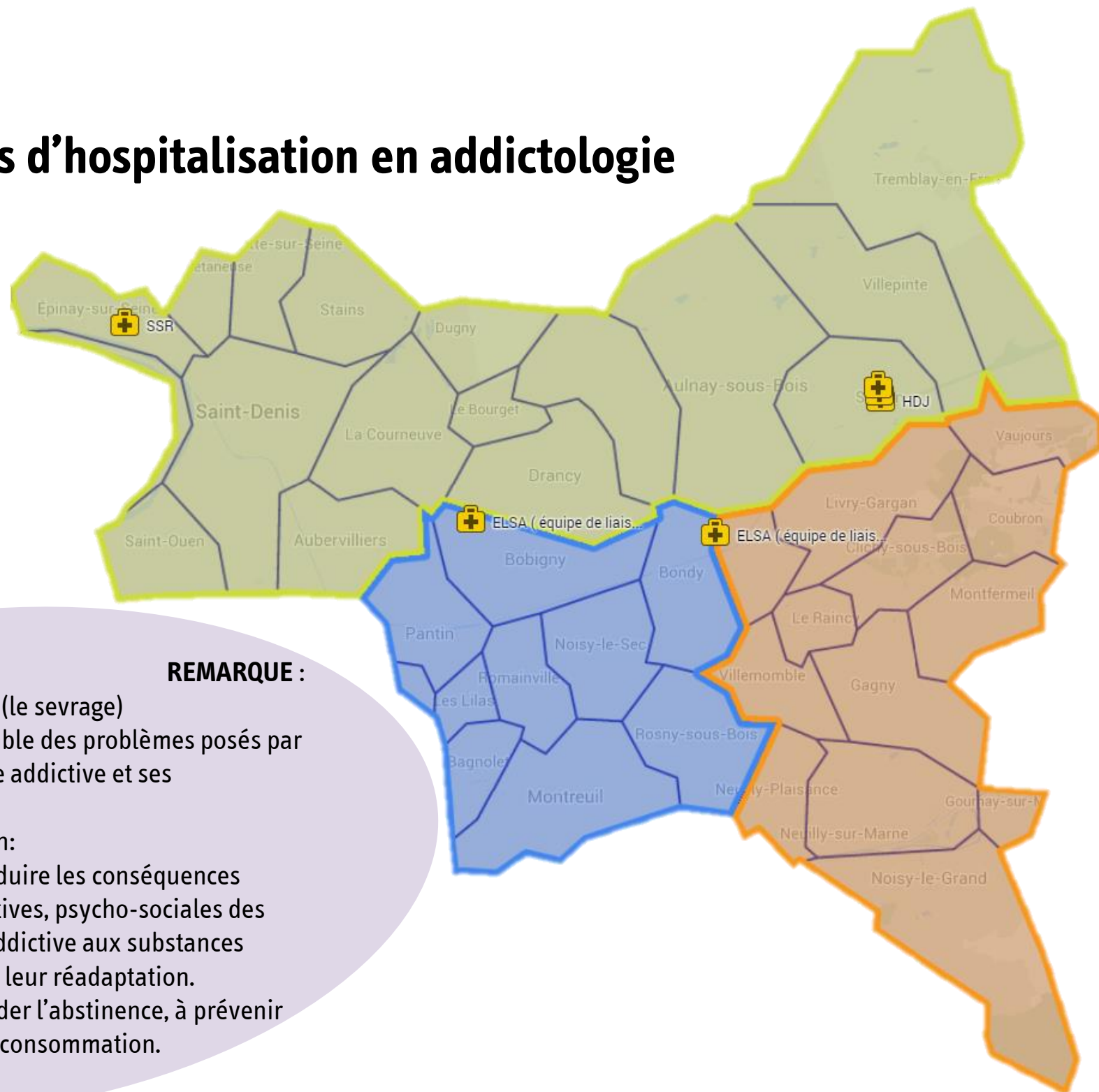
ELSA





2.2

les modes d'hospitalisation en addictologie



REMARQUE :

Le court séjour: un axe principal (le sevrage)
Prise en charge aigüe de l'ensemble des problèmes posés par le patient c'est-à-dire la conduite addictive et ses complications
Soins de suite et de réadaptation:
Sa mission est de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psycho-sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psycho-actives et de promouvoir leur réadaptation.
La prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.



2.2

LES UNITÉS HOSPITALIÈRES D'ADDICTOLOGIE

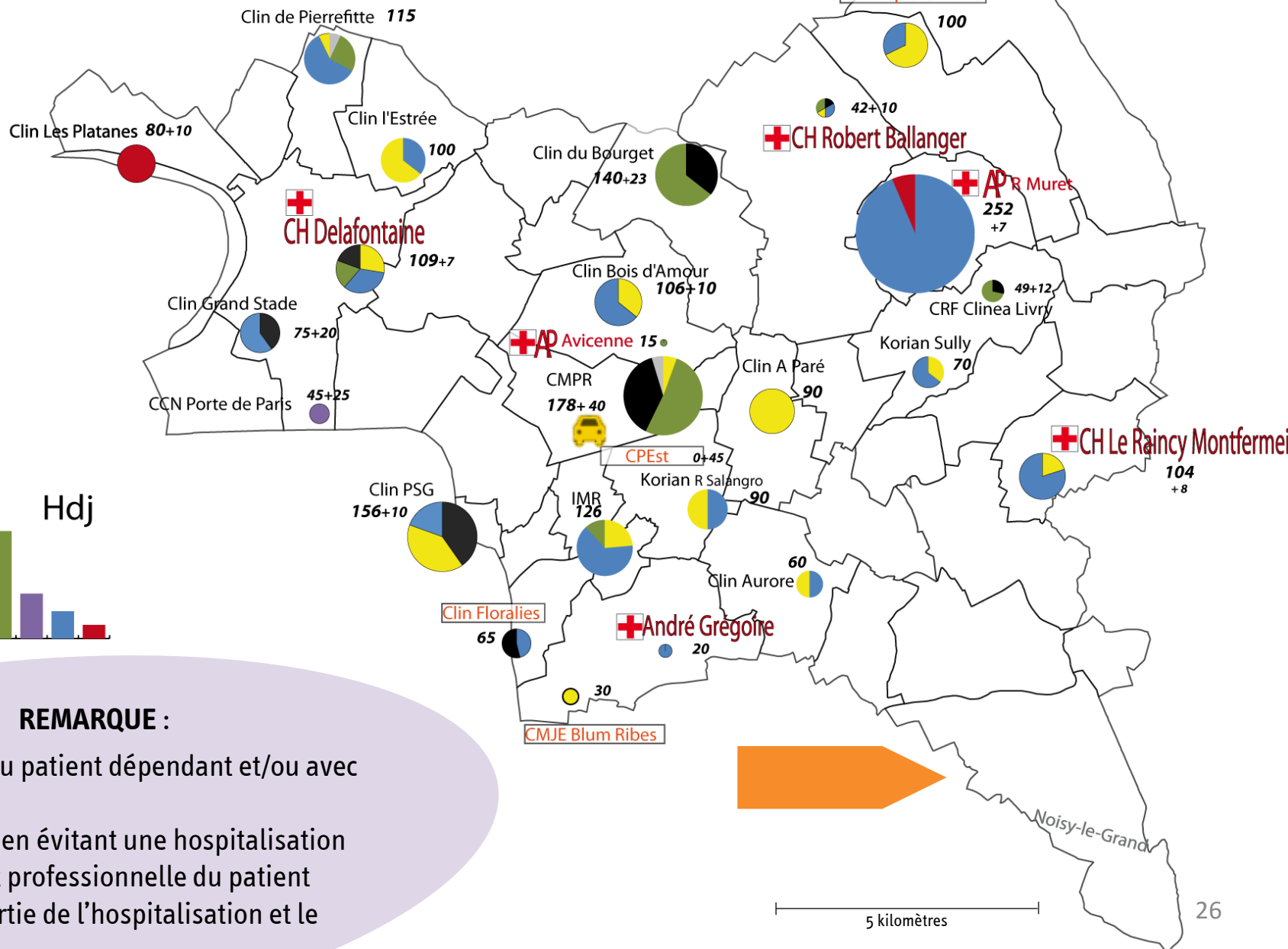
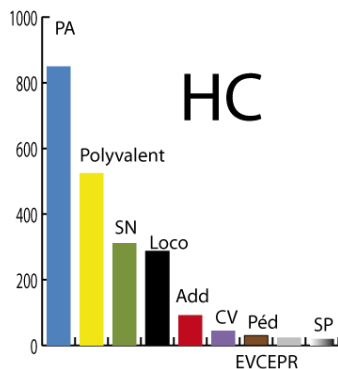
- Certaines structures hospitalières proposent uniquement des consultations externes et des sevrages hospitaliers de courte durée. D'autres, plus développées disposent de lits dans un service dédié au traitement des addictions. Dans ce cas, elles accueillent les personnes pour un séjour de longue durée. Selon la situation de l'utilisateur, sa vulnérabilité et son souhait, les professionnels l'orienteront de préférence vers l'une ou l'autre de ces prises en charge.
- Comme dans les CSAPA, des équipes pluridisciplinaires interviennent dans ces unités hospitalières et y proposent un suivi psychologique, socio-éducatif et médical. Ce suivi dure le temps du sevrage et peut se poursuivre au-delà afin d'accompagner la personne dans sa nouvelle vie sans drogue ou sous traitement de substitution.



2.2

SSR Soins de suite et de réadaptation & HDJ

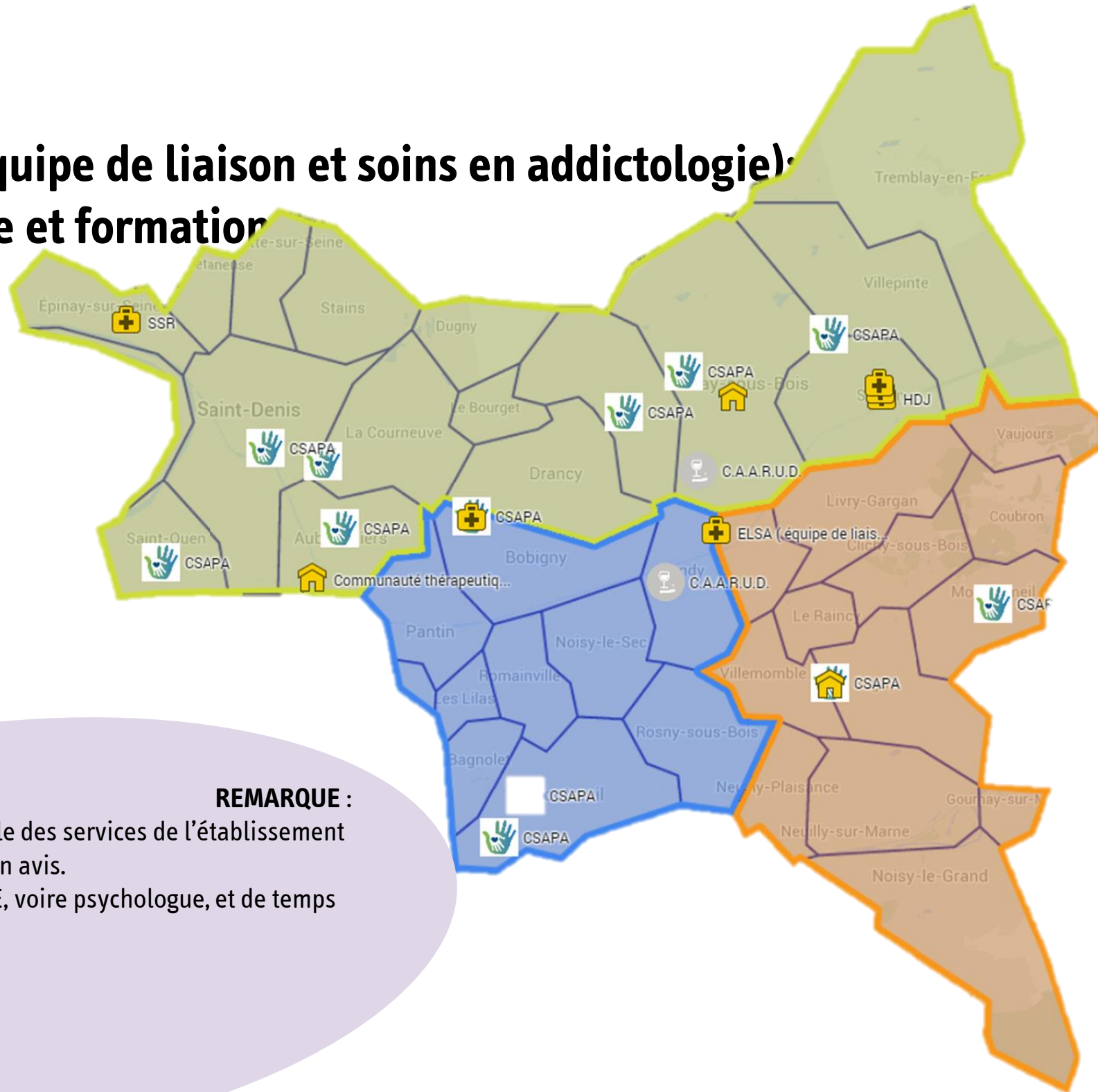
- Polyvalent HC 525
- Personnes âgées HC 850- HJ 20
- Syst Nerveux HC 312- HJ 79
- Locomoteur HC 287 HJ 98
- Addictologie HC 92- HJ 10
- cardio Vasc HC 45 - HJ 33
- EVC/EPR HC 24
- Soins palliatifs HC 20





2.2

ELSA (équipe de liaison et soins en addictologie) Repérage et formation



REMARQUE :

Intervention dans l'ensemble des services de l'établissement hospitalier pour un appui, un avis.
Composée de médecins, IDE, voire psychologue, et de temps d'assistante sociale.



2.2

Les consultations hospitalières : interface

- interface entre la médecine de ville, le dispositif hospitalier et le dispositif ambulatoire.
- objectif: accueille, évalue en milieu hospitalier,
 - traite en ambulatoire
 - organise le lien avec une éventuelle
 - hospitalisation

Focus acteurs du parcours

Prise en charge ambulatoire

C.S.A.P.A.
C.A.A.R.U.D





2.2

LES CSAPA : Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

- Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ou CSAPA, offrent la possibilité de faire le point avec un professionnel spécialisé sur les difficultés rencontrées. Ils proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés).
- Grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent, la personne bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Ces centres proposent différents types d'approche : individuelles (éducatives, sociales, psychothérapeutiques, etc.), collectives (groupes de parole par exemple) et familiales.
- Avec les professionnels du CSAPA, l'utilisateur pourra mettre en place l'accompagnement qui lui convient le mieux. Il pourra notamment opter pour un sevrage ambulatoire (sans hospitalisation) ou hospitalier dans un service partenaire ou suivre un traitement de substitution aux opiacés. L'accompagnement proposé par le CSAPA peut se poursuivre durant toute la durée du sevrage, y compris hospitalier, et bien au-delà. Ainsi, la personne sevrée ou sous substitution peut continuer à être accueillie dans le cadre d'entretiens ou d'ateliers spécifiques visant à consolider son arrêt.
- Les CSAPA proposent également un accueil pour les membres de l'entourage. Les proches peuvent être reçus de façon ponctuelle ou entamer un suivi régulier. Ce suivi peut prendre la forme d'entretiens individuels avec un professionnel ou de rencontres collectives lors de groupes de parole par exemple.
- Les CSAPA accueillent le public de façon anonyme et gratuite et sont présents dans tous les départements de France.



2.2

12 CSAPA



REMARQUE :

Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ou CSAPA, offrent la possibilité de faire le point avec un professionnel spécialisé sur les difficultés rencontrées. Ils proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés).



2.1

Vieillesse de la population accompagnée en CSAPA

% des usagers de 40 ans et plus parmi les usagers vus dans les CSAPA/CSST, 1993 - 2008



Source : la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993, 1995, 1997, 1999, 2003 ; RECAP 2005, 2006, 2007 2008



2.2

3 CAARUD



REMARQUE :

Focus acteurs du parcours

Structures de soins résidentiels

MILDCA

Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)

Communautés thérapeutiques

Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Appartements thérapeutiques relais





2.2





LES STRUCTURES DE SOINS RÉSIDENTIELS

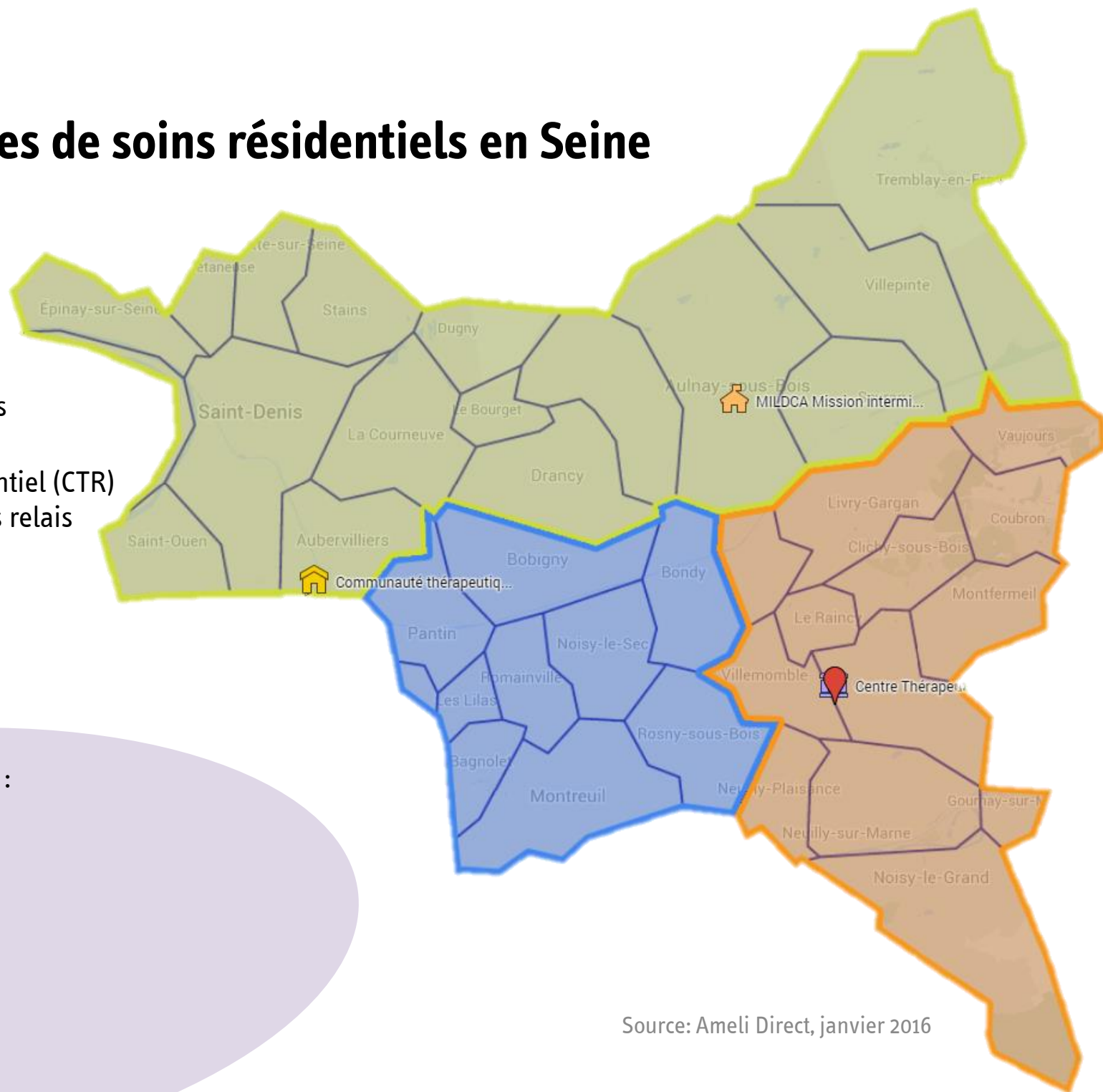
- L'arrêt de la consommation de drogue représente un grand changement dans la vie d'une personne dépendante. Cette rupture avec le produit peut nécessiter un accompagnement au long cours, le temps de consolider l'arrêt et de retrouver un équilibre ainsi que certains repères qui ont pu manquer durant les années d'addiction. C'est pour répondre à ce besoin que différents types de structures proposent un hébergement aux personnes en difficulté avec les drogues après leur sevrage.
- Ce type d'aide repose sur le principe du changement de cadre, parfois sur l'éloignement, mais essentiellement sur un programme thérapeutique destiné à renforcer les compétences de la personne hébergée. Les formes individuelles (appartement thérapeutique, famille d'accueil) ou collectives (centres thérapeutiques résidentiels, services de soins de suite et de réadaptation, communautés thérapeutiques) s'accompagnent d'activités et de projets thérapeutiques.



2.2

Les structures de soins résidentiels en Seine Saint Denis

-  Communautés thérapeutiques
-  MILDCA
-  Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)
-  Appartements thérapeutiques relais



PARTIE 3

Les référentiels « qui fait quoi »

Ceux existants

Ceux à construire localement





3.1

Les articles et recommandations

Addiction aux jeux

Personnes âgées et addictions

L'alcool et les aînés

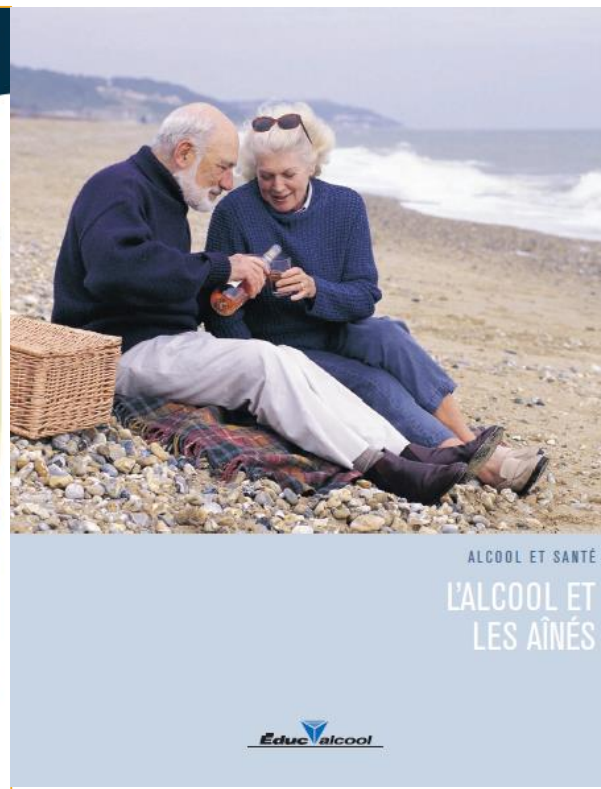
Recommandations 2013 - Personnes âgées et consommation d'alcool



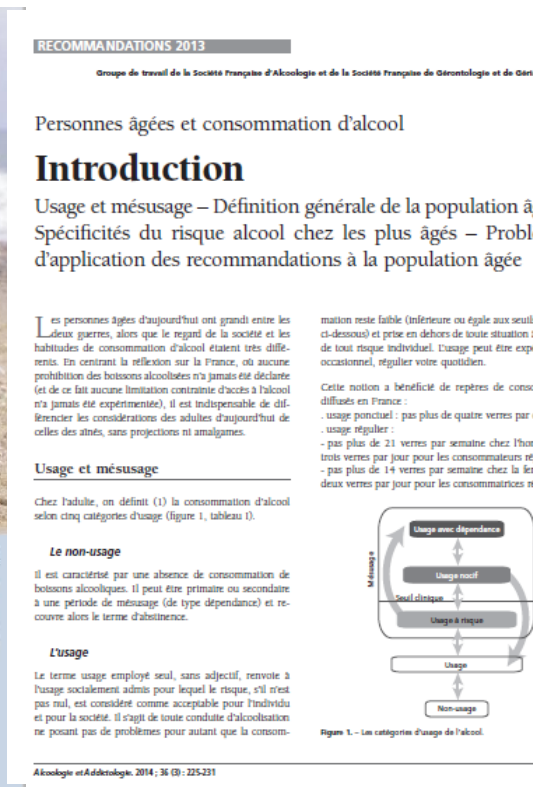
[Télécharger](#) (Suisse)



[télécharger](#)



[Télécharger](#) (France)
[Télécharger](#) (Québec)



[télécharger](#)



3.2

Les sites internet

<http://intervenir-addictions.fr/>

Drogues Info Service

Fédération addiction



2.2

Coordonnées ? L'annuaire partagé départemental

L'annuaire géronto
www.maia93.org



Avec le soutien de
ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Construit par les acteurs de terrain – 10 groupes de travail

791 fiches

Recherche via :

- > Liste
 - > Une représentation cartographique
- Relié au ROR et à ViaTrajectoire EHPAD
Outil d'identification professionnelle à terme

Évènements

Les colloques, débats organisés sur le territoire sont publiés sur le site

Outils

Les outils sont progressivement mis en ligne sur la partie « dispositif » de l'annuaire



3.4

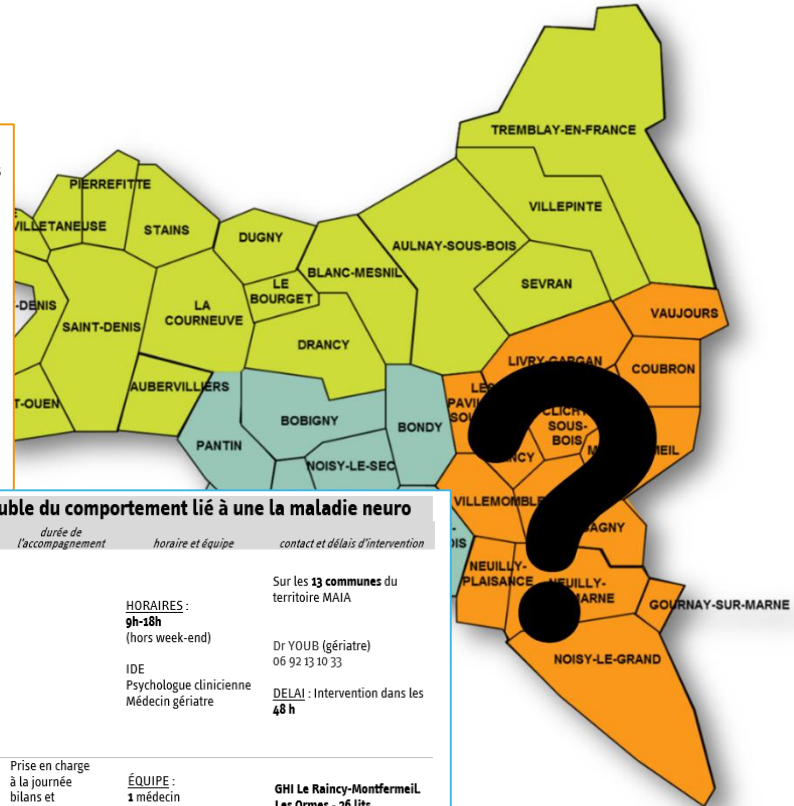
Enrichissement ? Le référentiel



Construit et validé par les directeurs membres de la table de concertation tactique – 2014-2015

Référentiel des missions différenciées des acteurs de la gérontologie

MAIA 93 Sud-Est :



établissement service	missions	public accompagné	participation financière	durée de l'accompagnement	horaire et équipe	contact et délais d'intervention
UMEP (Unité Mobile Extrahospitalière Plurithématique) (service porté par le GHI Le Raincy-Montfermeil)	L'unité mobile extra-hospitalière plurithématique intervient sur 3 axes (soins gériatriques, géronto-psychiatriques & palliatifs) en EHPAD et dispense : <ul style="list-style-type: none"> évaluation médico-socio-psychologique avis à visée diagnostique ou thérapeutique participation à l'élaboration du projet de soins et de vie formulation de recommandations 	Personne âgée de 75 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> Résident en EHPAD polyopathologique et vulnérable (soins palliatifs, expertise gériatrique & géronto-psychiatrique) Personne à domicile présentant des troubles du comportement Sur sollicitation des professionnels Accord du patient Accord du médecin traitant ou coordonnateur	Pas de coût pour l'utilisateur Pas de coût pour l'usager (intervention financée par des budgets ARS)	HORAIRES : 9h-18h (hors week-end)	IDE Psychologue clinicienne Médecin gériatre	Sur les 13 communes du territoire MAIA Dr YOUNB (gériatre) 06 92 13 10 33 DELAI : Intervention dans les 48 h
HDJ Diagnostique (consultation mémoire)	<ul style="list-style-type: none"> évaluer & diagnostiquer évaluation gérontologique médico-psychosociale afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée Bilans et consultation d'annonce traiter Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surveiller et ajuster les thérapeutiques	Personne âgée se plaignant de sa mémoire Orientation par : <ul style="list-style-type: none"> le médecin traitant le médecin coordonnateur d'EHPAD recours pour le médecin traitant après repérage de problèmes durant la consultation de prévention dispensée aux personnes âgées de 70 ans et plus	Coût pris en charge par l'assurance maladie	Prise en charge à la journée bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes d'une hospitalisation classique	ÉQUIPE : 1 médecin 1 IDE 1 Psychologue 1 Neuropsychologue + diététicienne, psychomotricien ou kiné si besoin	GHI Le Raincy-Montfermeil Les Ormes - 26 lits Dr KABIRIAN - (chef de pôle) 01 45 09 70 16 Site des Ormes 13, place Jean Mermoz 93370 MONTFERMEIL
Accueil de jour (en centre autonome ou en EHPAD)	Maintien des capacités de la personne accueillie <ul style="list-style-type: none"> notion de socialisation et de stimulation. Notamment pour les personnes vivant seules Répét de l'aidant <ul style="list-style-type: none"> temps pour soi une à plusieurs fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> 60 ans et plus Pathologies Alzheimer et apparentées ou perte d'autonomie Répercussion sur la vie quotidienne 	Coût pour l'usager (Participation de l'ADPA possible)	Prise en charge à la journée Nombre de jours/semaine variable selon la personne et l'accueil de jour	HORAIRE : En fonction des accueils de jour ÉQUIPE : Psychomotricienne Assistants de soins en gérontologie IDE régulatrice IDE coordinatrice	EHPAD "Émile Gérard" (6 places) 30 allée de Joinville 93190 Livry-Gargan - 01 47 70 11 11 Accueil de jour Le Patio (10 places) 6, allée de Bragançe 93320 Les Pavillons-sous-Bois 01 48 49 25 85 EHPAD "Les Cèdres" (6 places) 30 bis avenue de la Station 93250 Villemomble - 01 48 12 38 00
UCC	L'unité cognitivo-comportementale (UCC) est identifiée dans des services existants de SSR. Elle a pour objectif	Les UCC situées en SSR s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées , présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes :	Pas de coût pour l'usager (Prise en charge par	DMS : environ 20 jours	professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement :	1 seul sur le territoire de la Seine-Saint-Denis :