

**UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
PARIS V**

DIU de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année 2006

Mémoire de Médecine

N°

Accueil de Jour

Présenté et soutenu publiquement le 24 Novembre 2006

par

PHAM Quang - Khai né le 8 Juin 1963 à Phnom - Penh (Cambodge)

Directeur : Dr de PERSON

A monsieur le Dr de PERSON,
qui me fait l'honneur de diriger mon mémoire,
avec tous mes respects et remerciements.

Mes remerciements

à toutes les équipes de l'Hôpital de Sully-sur-Loire,
notamment les équipes de l'Accueil de Jour et du Cantou,
et à Madame SURPLIE, secrétaire,
qui m'ont réservé un accueil chaleureux lors de mon stage
et m'ont énormément impressionné
par leur professionnalisme et leur dévouement aux patients.

A mes parents,
auprès desquels j'ai toujours trouvé réconfort et conseils éclairés,
avec ma gratitude.

SOMMAIRE

1 / INTRODUCTION

2 / DISCUSSION

2-1 / Historique

2-2 / Que disent les textes

2-3 / L'exemple de Sully-sur-Loire

2-4 / Les accueils de jour en France

2-5 / Les aides aux personnes âgées

2-6 / Modalités pour la création d'un accueil de jour

3 / CONCLUSION

4 / ANNEXES

5 / BIBLIOGRAPHIE

1 / INTRODUCTION

L'auteur du présent mémoire est médecin coordonnateur de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Le premier établissement est une petite structure à caractère familial disposant de 28 lits, situé à Seichebrières (Loiret), une bourgade de 100 âmes. L'autre, de taille plus importante, équipé de 80 lits, se trouve à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret), une petite ville de 6000 habitants.

Ayant effectué un stage constructif dans un hôpital local de Sully-sur-Loire (Loiret), lequel est doté d'un EHPAD de 200 lits dont la qualité d'organisation et l'offre d'hébergement et de soins méritent d'être signalés, l'auteur a eu l'idée de faire pourvoir l'EHPAD de Châteauneuf-sur-Loire d'une structure équivalente, toutes proportions gardées. Il a donc fait part de cette idée à la directrice de ce dernier établissement, laquelle l'a accueillie avec enthousiasme, d'autant plus que dans ses projets de restructuration de l'établissement, il était question d'offrir à la population locale une double structure : une d'accueil de jour et une d'hébergement temporaire.

2 / DISCUSSION

2-1 / Historique ①

Le concept d'accueil à la journée semble provenir de la psychiatrie, lieu où l'on donnait des soins aussi bien psychiatriques que non psychiatriques. Les premiers projets sont relatés à Moscou en 1932 et Montréal en 1946.

En France, ce concept apparaît sous la forme d'hôpital de jour à spécificité gériatrique à l'hôpital Charles Foix d'Ivry en 1971, 9 ans après que les premiers textes de loi (rapport Laroque en 1962 et circulaire de la CNAMTS en 1963) ont recommandé la création des hôpitaux de jour géranto-psychiatriques, solution de remplacement de l'hospitalisation pour contenir l'augmentation des dépenses de santé, lorsque la pathologie du vieillard n'est pas suffisamment lourde pour les adresser aux hospitaliers.

Les premiers centres de jours naissent en 1965 et 1967, sorte de soins de suite, en dehors de l'enceinte des hôpitaux, pouvant recevoir jusqu'à une trentaine de convalescents qui y venaient pour recevoir des soins divers prodigués par une équipe pluridisciplinaire, dans le but de les réadapter à leur domicile.

Hôpitaux de jour et centres de jour définissaient leurs projets de soins gériatologiques en amont ou en aval de l'hôpital, mais toujours autour de l'hôpital.

Un espace vide pour et autour de la personne âgée, en dehors de toute pathologie médicale, plutôt dans sa dimension sociale, va être occupé dans ce qui va devenir des accueils de jours.

Ce nouveau type de service gérontologique s'est créé en l'absence de tout texte législatif, réglementaire ou mode de financement spécifique.

Ces accueils de jours peuvent être adossés à un établissement d'hébergement, à une structure d'accueil temporaire ou à un service d'aide à domicile géré par une association d'action sociale. Ces lieux ont vocation à gérer plusieurs ambitions s'inscrivant dans le champ social et médico-social, à savoir :

- rompre la solitude en favorisant les contacts sociaux ;
- prévenir la dépendance en stimulant les capacités des personnes âgées ;
- soutenir les aidants familiaux en leur permettant de souffler durant la journée ;
- prolonger le maintien à domicile ou, au contraire, gérer une période transitoire en attendant de trouver un lieu de vie définitif.

2-2 / Que disent les textes

Depuis 1977, on parlait du nécessaire développement des structures d'accueil de jour.

La loi du 2 janvier 2002 porte reconnaissance de ce type d'accueil.

Le décret du 17 mars 2004 configure un cadre général à ce type d'accueil pour tous les établissements médico-sociaux volontaires, limitant l'accueil à 12 personnes au maximum. Il le définit comme un accueil organisé pour une durée limitée, à temps complet ou partiel, visant à préserver l'autonomie de la personne accueillie et à permettre des périodes de répit à l'entourage.

On y comptait, en 2004, entre 150 et 200 structures d'accueil de jour. Au 31 décembre 2004, on disposait de 2242 places d'accueil de jour.

La France dénombrait, en 2004 ^②, près de 800 000 personnes et en 2006 ^③, 850 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, ce qui représente 12% de personnes de plus de 70 ans. En 2006, cette population augmente de 225 000 nouveaux cas par an.

Face à cet accroissement, l'Etat a mis en œuvre un programme ^② de soutien aux malades et à leurs proches. Parmi les 10 objectifs inscrits dans la Circulaire du 30 mars 2005 ^②, figurent ceux qui permettent de soutenir les malades et leurs familles en leur offrant un

service adapté par le développement des structures d'accompagnement et de répit. De la constatation sur la dégradation des relations des aidants familiaux et de leurs parents atteints, en perte d'autonomie, liée essentiellement à l'épuisement de l'aidant principal, l'amélioration de la qualité de la prise en charge passe par la création de ces structures d'accompagnement et de répit. Ces dernières poursuivent 3 objectifs:

- proposer une vie sociale à la personne malade au travers d'activités et de rencontres ;
- offrir à l'aidant un moment de répit indispensable à la poursuite de son accompagnement ;
- proposer un programme d'activités individualisées ayant pour but de maintenir, voire réadapter, l'autonomie de la personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

Sous la forme de structures d'accompagnement et de répit, peut être proposé :

- l'accueil de jour,
- la garde itinérante, ou
- l'accueil de nuit.

L'accueil de jour est à ce jour la réponse la plus plébiscitée. Ce lieu peut accueillir pour une demi-journée à plusieurs journées par semaine, aussi bien les personnes vivant à domicile que les résidents d'un service de la structure hébergeante auquel il est adossé. Chaque personne âgée accueillie peut bénéficier d'un projet individualisé de prise en charge et l'aidant principal y trouvera aussi écoute et répit.

La loi du 30 juin 2004, instaurant la journée de solidarité, a permis de dégager du financement pour la dépendance,

- consolidant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et
- créant de nouvelles places, dont 4250 places ^③ en accueil de jour, entre 2004 et 2005.

Son décret d'application du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, va permettre, d'après le ministère de la Santé et des Solidarités, début 2006, de faire bénéficier des financements spécifiques aux accueils de jours, attribués par l'Assurance Maladie (6900 Euros/an par place d'accueil de jour) contribuant à rattraper le retard dans la création des places ^④.

La mise en œuvre pratique de ces accueils se trouve dans leur cahier des charges qui est décrit à l'annexe 5 de la circulaire du 30 mars 2005, relative à l'application du plan d'Alzheimer et maladies apparentées.

2-3 / L'exemple de Sully-sur-Loire

C'est une petite ville de province, adossée à la Loire, connue pour son château fort et son festival international de musique, portant en son sein un hôpital local composé, entre autres services (un service de médecine, un hébergement temporaire, une unité d'Alzheimer), d'un EHPAD de 200 lits.

Dans le projet initial de l'accueil de jour créé en 2003, l'objectif est d'accueillir, essentiellement des personnes âgées souffrant de démences, mais encore suffisamment autonomes (avec un MMS supérieur à 10) pour leur proposer des ateliers de travail autour des occupations pour la préservation de l'autonomie. Le but est de leur donner des outils pour essayer de les maintenir le plus longtemps possible à domicile. Lorsque l'institutionnalisation est proche, on dit que la maison de retraite n'est pas forcément l'étape qui suivra l'accompagnement de l'accueil de jour, même si cette possibilité est largement abordée et imaginée. Une présentation de la structure hébergeante définitive est alors proposée. L'accueil de jour est également proposé pour le soutien des aidants familiaux ou de l'institution.

L'architecture au centre de l'EHPAD comporte :

- une salle de séjour de 30 m² avec un coin cuisine,
- une salle de bain,
- un WC séparé,
- un lit de repos,
- un accès à un jardin clos,
- un bureau,
- une salle d'attente ouverte.

L'accueil de jour est ouvert tous les jours, sauf le WE, de 9 H à 17H et les patients peuvent être accueillis 1 à 3 journées par semaine sur une période de 3 à 6 mois, renouvelable 1 fois.

Le prix de la journée, fixé initialement à 25 Euros, comprend :

- l'accompagnement thérapeutique,
- l'animation,
- la restauration (1 repas et une collation), et
- les soins de nursing.

Le transport est à la charge des accueillis.

La restauration, les soins infirmiers et médicaux sont assurés par le personnel de l'établissement.

L'équipe est constituée :

- d'une infirmière référant du service voisin pour le suivi en soins des personnes accueillies,
- d'un AMP pour encadrer les activités,
- d'un psychologue pour le soutien en information des familles et de l'équipe. Il évaluera également les troubles cognitifs des accueillies,
- d'une aide soignante pour la coordination de la prise en charge extérieure et intérieure.

Le projet de vie se construit autour de la préservation de l'autonomie de la personne:

Préalablement à la convocation à l'accueil de jour, les patients sont évalués au centre mémoire d'Orléans .

Initialement, un premier contact pour le recueil des données (cf ANNEXES: Recueil de données – accueil de jour et ADJ, fiche de renseignements téléphoniques) et une première évaluation par l'équipe de la personne accueillie avec des objectifs ressentis. D'autres évaluations seront faites mensuellement, avec des remarques de l'équipe (cf ANNEXES: Evaluation ADJ et Fiche d'évaluation) ;

Les personnes sont convoquées dans la mesure du possible, à constituer des groupes homogènes de handicaps pour le travail en ateliers. (cf ANNEXES: Prise en charge à l'ADJ et Plannig des ateliers à l'ADJ) ;

Le matin, l'AMP accueille en moyenne 6 personnes âgées avec ses aidants, recueille toutes les informations utiles pour la prise en charge globale du patient qui sera ensuite orienté vers des ateliers (cf ANNEXES: ateliers à l'ADJ).

Les travaux en atelier d'une durée de 45 à 60 minutes maximum sont groupés en programmes de stimulation :

- Cognitive, dont l'objectif est de maintenir les ressources résiduelles et de ralentir le désapprentissage,
- psychosociale, pour augmenter l'estime de soi, motiver le patient dans ce qu'il a à faire dans sa vie, renforcer ses centres d'intérêts, renforcer la communication verbale et non verbale, renforcer les liens sociaux,
- fonctionnelle, pour préserver une autonomie optimale dans les actes essentielles de la vie quotidienne et tenter de faire réaliser aux patients les choses qu'ils ne font plus mais qu'ils pourront faire suivant l'appréciation des professionnels et des aidants.

Ces programmes sont modulables en fonction des centres d'intérêts, dirigés pour le patient mais aussi pour les aidants.

Dans les activités de groupe, sont proposées des mises en situation avec des techniques d'amorçage sous l'effet d'exposition à un certain nombre de situations factices par rapport à une situation concrète, permettant ensuite au patient d'avoir une facilité à reproduire la tâche chez lui.

Le déjeuner fait également l'objet de travail, allant de la préparation même partielle du repas, à la mise de la table et des couverts et plus tard de la vaisselle.

L'après midi débute par un court instant de repos, la sieste, qui sera ensuite suivi par la reprise des activités.

Le départ à 17H, s'accompagnera d'un nouvel échange d'informations et de conseils pour les aidants.

La première évaluation du service, le 4 novembre 2003, relève :

- une petite fréquentation de la population extérieure : 4 résidants extérieurs,
- un local exigü et inadapté avec quelques problèmes techniques au niveau du coin cuisine et l'absence d'espace de déambulation,
- un déséquilibre de la prise en charge des ateliers, orientant vers une redistribution, plutôt le matin pour la mémoire et des activités plus ludiques l'après midi,
- un coût ramené à la baisse à 17 Euros avec un soutien de la part de la CRAM et de la MSA,
- une amélioration progressive des troubles de comportements du résidant,
- un soulagement certain des aidants, par la preuve qu'ils ne viennent chercher leur parent qu'au dernier moment.
- L'apparition d'une forme de souffrance du soignant face à ce mode de vie communautaire.

La deuxième évaluation en février 2004, conforte l'idée du droit de répit permis aux aidants, avec deux enquêtes:

- une, utilisant le test du fardeau, prouvant le soulagement de l'aidant familial,
- la deuxième, sur l'enquête de satisfaction des soignants des autres unités, relevant que ces derniers sont soulagés en confiant leurs personnes âgées ayant des troubles de comportements au service d'accueil de jour.

Sur 20 résidants accueillis, seulement cinq provenaient de l'extérieur. Cette trop faible fréquentation amène l'équipe à faire une campagne de sensibilisation des médecins traitants qui ne connaissent pas l'existence et l'intérêt de ce centre.

2-4 / Les accueils de jour en France

Une visite sur Internet des accueils de jour (de Nice, de Montpellier au nord dans le Pas de Calais, de Rouen à Mulhouse en passant par Paris) révèle que ces derniers offrent à peu près les mêmes services:

- une dizaine de places de 8H30 à 17H, tous les jours sauf le WE et les jours fériés ;
- un personnel spécialisé avec IDE référent, psychologue, animateurs, AMP, AS, assistante sociale, orthophoniste parfois ... ;
- les soins médicaux sont suivis par les médecins traitants ;
- le service de transport du domicile au centre peut être assuré par le service ;
- le repas est pris sur place ;
- l'architecture, parfois importante (jusqu'à 186 m² à Nice sur 2 étages sécurisés avec digicodes et caméras de surveillance) est faite de salles d'activité et de restauration avec une salle de bain, des toilettes adaptées et un jardin et cour extérieurs ;
- les critères d'inclusion sont des personnes diagnostiquées et évaluées préalablement en consultation mémoire.
- les objectifs:
 - * retarder la perte des acquis ;
 - * préserver l'autonomie dans un lieu permissif (temps de liberté laissé à la personne pour ses déambulations et l'expression de ses manifestations dyscomportementales), adapté et sécurisé ;
 - * repérer les troubles comportementaux et alimentaires ;
 - * développer les capacités de communication ;
 - * restituer l'identité de la personne ;
 - * prise en charge globale en vue de resocialisation,
 - * soutien psychologique aux aidants.

2-5 / Les aides aux personnes âgées

Le prix de la journée au centre d'accueil de jour, prestations offertes et repas, varie entre 15 et 50 euros suivant les établissements.

Ces frais de séjour peuvent être pris en partie au titre :

- de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) si les personnes accueillies sont girées de 1 à 4, ou
- des aides financières des différentes caisses de retraite (CRAM, MSA ...) dont elles dépendent, si elles sont girées 5 ou 6.

2-6 / Modalités pour la création d'un accueil de jour

La création de ces structures devra répondre à une évaluation préalable des besoins locaux et dans toute la mesure du possible, s'inscrire dans un partenariat avec les services existants ②

(réseaux de santé, CLIC, coordinations gérontologiques, services de soins infirmiers à domicile, EHPAD, médecine de ville, établissements de santé...).

Elles sont créées et gérées :

- soit comme des unités autonomes,
- soit comme des unités juridiquement rattachées à un EHPAD.

Le développement de ces structures de répit et d'accompagnement sera suivi par les services de la DDASS et de la DGAS.

Un financement par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), créée par la loi du 30 Juin 2004, relative à la réforme de solidarité pour les personnes dépendantes, prévoit la création de 13 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire d'ici 2007. Pour les accueils de jours, ils peuvent bénéficier de financement de la CNSA comme les unités autonomes, c'est à dire non rattachées à un EHPAD. L'attribution des crédits pourra alors se faire au titre de :

- 1- l'aide au démarrage,
- 2- la médicalisation sous 2 formes : d'un forfait journalier de soins :
 - 2-1 / des salariés de la structure d'accueil prenant en compte
 - 100% des rémunérations des infirmiers salariés et le paiement des prestations des infirmiers libéraux intervenant auprès des résidents,
 - 70% des rémunérations des AS et AMP salariés (30% restants sont réglés par l'intermédiaire de l'APA à domicile).
 - 2-2 / des intervenants extérieurs, d'un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve de ne pas employer de personnel de soins salarié.
- 3- la formation et la professionnalisation des personnels.

La création d'un accueil de jour rattaché à un EHPAD obéit à la réglementation découlant du décret du 26 décembre 2003, relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ⑤:

- l'unité d'accueil ne doit pas dépasser 30% de la capacité initialement autorisée, c'est-à-dire pas plus de 15 places,
- les demandes d'autorisation sont adressées au préfet, au président du conseil général, sous pli recommandé avec demande d'accusé de réception, par la personne physique ou morale responsable du projet,

- elles doivent comporter :
 1. le nom de cette personne physique ou morale,
 2. un état descriptif des principales caractéristiques du projet, contenant :

- sa localisation, ses zones d'intervention ainsi que les zones de résidence de ses bénéficiaires,
 - les catégories des bénéficiaires,
 - une étude des besoins,
 - la capacité prévue,
 - un avant projet du projet d'établissement,
 - l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers,
 - une note décrivant le projet architectural,
 - une méthode d'évaluation du projet de création,
 - les modalités de coopération envisagée.
2. un dossier relatif aux effectifs du personnel, ainsi que leurs qualifications,
3. un dossier financier comportant :
- les comptes annuels de l'organisme gestionnaire,
 - le programme d'investissement,
 - le bilan comptable de l'établissement,
 - le bilan financier de l'établissement,
 - le plan de financement de l'opération,
 - les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement du plan de financement,
 - le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement pour sa première année de fonctionnement.

3 / CONCLUSION

Parmi les mesures proposées dans le nouveau plan ③ Solidarité - Grand Âge présenté par Mr Philippe BAS le 27 juin 2006, le "droit au répit" est officiellement reconnu pour les

aidants familiaux pour que ces derniers puissent "souffler". Il sera inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, la création de 2500 places d'accueil de jour, par an pour les cinq prochaines années.

Dans ces centres d'accueils de jour, on accueille les familles ; on leur permet d'être soulagées de leurs parents handicapés ; on essaie aussi de resocialiser la personne âgée dépendante autour de projets cognitifs et non cognitifs, qui consistent à leur permettre d'avoir une autonomie dans les actes essentiels et de base de la vie quotidienne. Ainsi le patient recouvre une estime de lui et conserve sa dignité. Cette formule d'aide, prenant en compte, tant la personne aidée que son aidant, contribue à prolonger ce soutien de vie à domicile du patient, sans avoir recours à un hébergement immédiat en institution.

Ces accueils de jours sont aussi des lieux de trêve où disparaissent les conflits entre l'aidant et son protégé dément, le premier trouvant un répit dans son sacrifice quotidien, le deuxième s'émancipant provisoirement de la "tutelle" de son aidant pour s'épanouir dans un autre lieu que chez soi et avec d'autres têtes.

Il reste aux équipes des accueils de jours de faire connaître leurs centres et d'expliquer ce qu'on fait, avec qui on le fait et pourquoi on le fait, auprès des acteurs de la vie sociale que sont les médecins traitants et aussi les associations de bénévoles, car le taux d'occupation par les "domiciles" n'est pas encore satisfaisant.

A cette date, le chemin menant à la création d'un accueil de jour autonome ou dépendant d'un EHPAD, reste entaché de difficultés et de lourdeurs administratives. Elle gagnera à être aidée pour le bénéfice des familles et de leurs proches en perte d'autonomie.

ANNEXES

ANNEXE 5 de la circulaire du 30 mars 2005, relative à l'application du plan d'Alzheimer et maladies apparentées:

Cahier des charges pour les accueils de jour

1. Définition

Il s'agit d'accueillir des personnes vivant à domicile et présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentées pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, dans des structures autonomes ou rattachées à une autre structure telle qu'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

2. Objectifs

• Resocialisation

La maladie d'Alzheimer entraîne souvent pour les patients et leur famille une forte diminution des liens avec l'environnement social. Garder des relations, des contacts avec d'autres personnes est important pour poursuivre une vie à domicile.

L'accueil de jour doit donc proposer des rencontres, échanges et activités adaptées permettant à chacun de rompre avec l'isolement et de restaurer le lien social.

• Adaptation à la vie quotidienne

La maladie entraîne progressivement une perte de certaines capacités. L'objectif est donc de privilégier le plaisir de faire à partir des capacités restantes sous la forme d'ateliers de réadaptation à la vie quotidienne, de création et de sorties notamment culturelles. La réalisation de projets individualisés permet de satisfaire à ces objectifs.

• Répit et écoute des aidants

Afin de garantir dans la durée un maintien à domicile de qualité des personnes malades, il est impératif de soutenir et d'accompagner l'aidant principal. L'accueil de jour lui permet à la fois d'avoir un temps de répit indispensable mais aussi un lieu de rencontre et d'échange avec d'autres familles.

Les aidants souhaitent parfois pouvoir échanger leurs expériences. Il est parfois utile de prévoir un lieu spécifique au sein de la structure réservé aux familles. Celui-ci peut-être animé par des bénévoles d'association de familles ou par des psychologues sous la forme de groupe de parole

3. Infrastructure

La structure dispose de locaux dédiés à cette activité permettant de proposer des activités adaptées, une possibilité de repos si nécessaire et un accueil des familles qui le souhaitent.

4. Principes de fonctionnement

Lors de toute nouvelle admission un projet individualisé de prise en charge est élaboré. La taille des groupes ne dépasse pas 15 personnes.

Il peut s'agir soit :

- uniquement de personnes vivant à domicile ;
- de quelques personnes vivant à domicile accueillies dans un EHPAD qui propose déjà à ses résidents atteints de détérioration intellectuelle des activités adaptées au sein d'un espace dédié (unité fonctionnant 24 heures sur 24 ou seulement la journée).

L'accueil de jour doit travailler en articulation étroite avec une consultation mémoire ou un spécialiste de la maladie pour que chaque bénéficiaire de l'accueil de jour fasse l'objet d'un diagnostic et que le stade de sa maladie soit connu. Il doit s'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne en concertation avec l'ensemble des professionnels.

5– Moyens nécessaires

5 - 1 – Moyens en personnel

Il doit disposer de personnel capable, dans l'accompagnement et les soins à prodiguer aux personnes atteintes de démence, de s'adapter aux différentes situations individuelles, tant celles liées à l'évolution de l'état d'une personne, qu'aux modifications fréquentes de la constitution du groupe accueilli.

Pour fonctionner, l'accueil de jour peut disposer de différentes compétences, à temps plein ou à temps partiel : psychologue ou orthophoniste, personnel soignant (infirmier, aide médico-psychologique ou aide-soignante), personnel d'aide et d'accompagnement, personnel administratif (secrétariat, comptabilité) ; ces fonctions administratives, comme celles concernant l'entretien des locaux sont déléguables à un prestataire de service.

5 - 2 – Rôle et missions des professionnels :

Dans un accueil de jour, le rôle et les missions des professionnels consistent à :

- élaborer un projet individuel capable d'évaluer les capacités de chacun et de proposer des activités adaptées à chacun ;
- stimuler les fonctions cognitives au travers des activités de la vie quotidienne ;
- savoir communiquer avec les personnes désorientées, y compris au travers de techniques de communication non verbales ;
- maintenir, voire restaurer la capacité d'effectuer seul les actes essentiels de la vie ;
- privilégier les activités réalisables à partir des capacités restantes ;

- préserver ou rétablir des contacts sociaux de la personne.

Les professionnels pourront également fournir des conseils aux familles tant sur des aides techniques utiles au domicile que sur des prestations auxquelles elles auraient droit ou les orienter vers le service ad hoc.

6. Place de l'accueil dans la filière de soins

L'accueil de jour est une structure de répit et de restauration du lien social. Elle travaille en collaboration avec les structures de soutien à domicile (service d'aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile...) et les professionnels libéraux. La consultation mémoire ou le spécialiste peuvent venir en appui sur l'évaluation de la maladie et des besoins de la personne.

L'hôpital de jour est une structure en milieu hospitalier qui permet de réaliser en une journée un bilan complet afin d'évaluer les troubles de la mémoire, de poser un diagnostic, de proposer ou d'ajuster un traitement. Tous les centres experts et certaines consultations mémoire disposent d'un hôpital de jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. Documents CLEIRPPA: Typologie des diverses formes d'accueil, histoire et actualités des accueils de jour, cahier n°1, janvier 2001.
2. Circulaire du 30 mars 2005, relative à l'application du plan d'Alzheimer et des maladies apparentées 2004-2007, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille.
3. Plan Solidarité - Grand Age, présentation par Mr BAS P., 27 juin 2006, www.sante.gouv.fr.
4. Réunion du comité de suivi du plan Alzheimer: discours de Mr BERTRAND X., 12 janvier 2006, www.sante.gouv.fr.
5. Décret du 26 novembre 2003, relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, direction des Journaux Officiels.

RÉSUMÉ

Avec la promulgation de la loi officialisant le droit au répit pour les aidants des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées, l'accueil de jour devrait trouver un nouvel essor et gagner à être plus connu du grand public par la diversité des prestations offertes autour de la prise en charge de cette population. Ainsi la personne âgée gardera le plus longtemps possible son autonomie, lui permettant de rester à domicile, retardant ainsi son entrée en institution.

MOTS CLÉS

Accueil de jour - Alzheimer - APA - EHPAD - Autonomie - Répit