

Planification Médico-Sociale pour les personnes âgées PMS

Projet Accueil & Séjour

Définitions concepts cadre et normes : long séjour, court-séjour et pension

Membres du GT Séjour : Marie-France Vaucher (Présidente)
Marie-Claire Chatelain
Serge Keller
Claudine Mangeat
Jean Messerli
Catherine Panighini
Claude-Alain Roy
Fernanda Santos
Patrick Schneider
Angelica Torres

SOMMAIRE

1. MANDAT	4
1.1. PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES.....	6
2. LONG SÉJOUR : HÉBERGEMENT GÉRIATRIQUE	8
2.1. INTRODUCTION.....	8
2.1.1. PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	9
2.2. DÉFINITION DE LA MISSION	11
2.3. PROFIL DES USAGERS.....	12
2.4. OBJECTIFS	12
2.5. PRESTATIONS	12
2.6. PROFILS INSTITUTIONNELS	14
3. COURT SÉJOUR : HÉBERGEMENT GÉRIATRIQUE.....	15
3.1. INTRODUCTION.....	15
3.2. DÉFINITION DE LA MISSION	16
3.2.1. SOINS AIGUS ET DE TRANSITION (MAX. 14 JOURS)	17
3.2.1.1. PROFILS DES USAGERS.....	18
3.2.1.2. OBJECTIFS	18
3.2.1.3. PROFILS INSTITUTIONNELS	18
3.2.2. SOINS DE SUITE - CONVALESCENCE (MAX. 2 MOIS, PROLONG. 1 FOIS)	19
3.2.2.1. PROFILS DES USAGERS.....	19
3.2.2.2. OBJECTIFS	19
3.2.2.3. PROFILS INSTITUTIONNELS	19
3.2.3. ACCUEIL DE RÉPIT POUR LES PROCHES AIDANTS (MAX. 30 JOURS/SÉJOUR, MAX. 90 JOURS/AN).....	20
3.2.3.1. PROFILS DES USAGERS.....	20
3.2.3.2. OBJECTIFS	20
3.2.3.3. PROFILS INSTITUTIONNELS	20
3.2.4. ACCUEIL D'URGENCE SOCIALE (MAX. 3 JOURS).....	20
3.2.4.1. PROFILS DES USAGERS.....	21
3.2.4.2. OBJECTIFS	21
3.2.4.3. PROFILS INSTITUTIONNELS	21
3.2.5. SÉJOUR EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT (MAX. 6 MOIS)	21
3.2.5.1. PROFILS DES USAGERS.....	21
3.2.5.2. OBJECTIFS	21
3.2.5.3. PROFILS INSTITUTIONNELS	21
3.3. PRESTATIONS	22
3.4. PROFILS INSTITUTIONNELS	23

<u>4. LONG SÉJOUR : HÉBERGEMENT PSYCHOGÉRIATRIQUE.....</u>	23
4.1. INTRODUCTION.....	23
4.2. DÉFINITION DE LA MISSION	24
4.3. DÉFINITION DE LA DÉMENCE.....	24
4.4. PROFIL DES USAGERS.....	24
4.5. OBJECTIFS	25
4.6. PRESTATIONS	25
4.7. PROFILS INSTITUTIONNELS	26
<u>5. COURT-SÉJOUR : HÉBERGEMENT PSYCHOGÉRIATRIQUE</u>	26
5.1. INTRODUCTION.....	26
5.2. DÉFINITION DE LA MISSION	26
5.3. PROFIL DES USAGERS.....	27
5.4. OBJECTIFS	27
5.5. PRESTATIONS	27
5.6. PROFILS INSTITUTIONNELS	27
<u>6. LONG SÉJOUR : HÉBERGEMENT PSYCHIATRIQUE.....</u>	27
6.1. INTRODUCTION.....	27
6.2. DÉFINITION DE LA MISSION	28
6.3. PROFIL DES USAGERS.....	28
6.4. OBJECTIFS	28
6.5. PRESTATIONS	28
6.6. PROFILS INSTITUTIONNELS	28
<u>7. PENSIONS</u>	29
7.1. INTRODUCTION.....	29
7.2. DÉFINITION DE LA MISSION	29
7.3. PROFIL DES USAGERS.....	29
7.4. OBJECTIFS	30
7.5. PRESTATIONS	30
7.6. PROFILS INSTITUTIONNELS	30
<u>ANNEXE 1 – EVALUATION POUR LA PENSION.....</u>	31

Les dénominations employées au masculin s'entendent également au féminin.

1. Mandat

A la session de mai 2012, le Grand Conseil a adopté un projet de loi portant modification de la loi de santé qui lui était proposé par le Conseil d'Etat dans le cadre d'un rapport du Conseil d'Etat du 14 mars 2012 à l'appui de ce projet, intitulé "Planification médico-sociale pour les personnes âgées", (PMS), projet qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013¹. Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil est avant tout un rapport d'information sur ses intentions en matière de planification médico-sociale pour les personnes âgées.

La mission de la PMS² est d'organiser et de coordonner l'effort de tous les acteurs concernés pour :

- Garantir une prise en charge et un accompagnement des personnes âgées marqués par le respect et l'écoute des besoins
- Mieux intégrer les différentes prestations et structures dans un réseau efficace et efficient
- Améliorer les connaissances pour mieux piloter les mesures concernant le vieillissement et la santé.

Dans ce cadre, un mandat² a été donné au GT Séjour avec, pour objectif, la définition d'un concept-cadre de la pension, du court/long séjour ainsi que de ses déclinaisons en gériatrie somatique et psychogériatrie. Les livrables portent sur :

- Le but poursuivi
- Le public-cible
- Les prestations à offrir
- Les compétences professionnelles nécessaires
- Les dotations minimales
- Les outils pour l'évaluation des besoins en soins
- Les modalités de collaboration dans le réseau
- La modélisation et l'élaboration d'une proposition tarifaire

La loi cantonale de santé³ précise un certain nombre de missions depuis son entrée en vigueur le 6 février 1995. Lors de l'adoption de la PMS par le Grand Conseil, cette loi a été partiellement révisée et indique, à l'article 91, les différentes formes d'établissements spécialisés pour personnes âgées :

- a) *les foyers de jour ou de nuit ;*
- b) *les pensions ;*
- c) *les appartements pour personnes âgées ;*
- d) *les établissements médico-sociaux.*

A cette occasion, la mission de pensions a été précisée. Les définitions existantes de la loi sont reportées directement dans les chapitres correspondants.

A l'alinéa 2 de l'article 91, les personnes âgées sont définies comme des *personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur*

¹ Conseil d'Etat (2012); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale pour les personnes âgées); Planification médico-sociale 12.013

² Mandat COPIL « Accueil et Séjour », validé par le COPIL PMS, 16.12.2013

³ Loi de santé (LS) du 6 février 1995

l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³⁾. Par analogie, les profils des usagers se baseront donc sur cette définition.

Les missions ont été conceptualisées sur la base des différents types d'hébergement de long séjour définis dans la phase 2 de l'étude effectuée par la HES-SO du Valais et la Haute Ecole Arc Santé de Neuchâtel⁴ :

- Pension
- Home médicalisé gériatrique d'accueil temporaire
- Unité d'accueil temporaire spécialisée pour les personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé gériatrique
- Home médicalisé gériatrique de long séjour (6 mois et plus)
- Unité spécialisée pour la prise en charge de personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé gériatrique de long séjour (6 mois et plus)
- Home médicalisé psychiatrique de long séjour (6 mois et plus)

Pour conserver une cohérence avec la planification médico-sociale et identifier les évolutions entre le rapport d'intention et le mandat, le présent document sera annoté des références « *définition dans la planification médico-sociale* ».

Le 23 avril et le 25 juin 2014, le COPIL Accueil & Séjour a précisé trois catégories d'hébergement, **soit l'hébergement gériatrique, psychogériatrique, psychiatrique**. Concernant le nombre de places nécessaire à chaque future mission, les projections suivantes ont été esquissées :

Hébergement gériatrique : 85%
Hébergement psychogériatrique : 10%
Hébergement psychiatrique : 5%

Cette projection se base sur l'évolution du contexte épidémiologique et plus particulièrement de la prévalence des troubles cognitifs chez la personne âgée.

Dans la mission gériatrique, la maladie d'Alzheimer et autres troubles de démence sont considérées comme des maladies dues à la vieillesse. La société suisse de gériatrie définit la médecine gériatrique comme « *une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés.* »⁵. Dès lors, cette mission sous-entend aussi l'hébergement de personnes atteintes de troubles de type Alzheimer ou associés, ces résidents étant parfois appelés « *psychogériatriques compatibles* ».

Partant de cela, l'hébergement psychogériatrique devient nécessaire, temporairement ou pour une longue durée, lorsque les résidents sont atteints de pathologies psychiatriques et/ou maladies neurodégénératives induisant des troubles du comportement qui ne sont plus « gérables » au sein d'une unité ou d'un établissement.

⁴ Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel ; Rapport de la phase 2 ; Annexe 1 (page 81 et 82) ; Définition des options de soins, préférences des professionnels et préférences des personnes âgées ; Septembre 2009 ; HES-SO Valais, Haute Ecole Arc Santé, Neuchâtel

⁵Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, définition de la médecine gériatrique

La limite entre les deux types d'hébergements fixée par l'apparition de troubles du comportement non « gérables », reste très fragile du fait de l'unicité même du résident, de son environnement et de l'évolution de la maladie.

Selon Christophe Held et Doris Ermini-Fünfschilling⁶, les altérations du comportement peuvent prendre différentes formes comme l'errance, la dépression, l'altération des sentiments, la peur, l'hyperactivité, l'apathie, l'insomnie, les agressions verbales et physiques. Dans leur livre consacré à la maladie d'Alzheimer, ils définissent trois stades de démences en fonction des MMS qui pourraient constituer une base de réflexion, notamment dans le cadre du projet d'orientation :

- Démence légère à moyenne (critères cognitifs/valeurs d'estimation : MMS 25-15 points, indes de Barthel 60 à 100 points (MMS ou plutôt le MM mental state exam qui est une version consensuelle GRECO 1998 ; activités de la vie quotidienne (ADL), indice de Barthel)).
- Démence moyenne à avancée (critères cognitifs/valeurs d'estimation : MMS 15-5 points, indes de Barthel 60 à 40 points)
- Démence avancée (critères cognitifs/valeurs d'estimation : < 5 points, indes de Barthel < 40 points)

La pratique future permettra, sans doute, de clarifier un peu mieux la frontière gériatrique - psychogériatrique, ce qui impliquera de revisiter les différents concepts proposés, cas échéant, de revoir la clé de répartition des missions.

1.1. Personnes en situation de handicap vieillissantes

Dans le cadre de la PMS et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, le positionnement des institutions sociales mérite également d'être brièvement résumé.

Avec l'entrée en vigueur de la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), chaque canton a dû élaborer son propre plan stratégique au sens de l'article 10 de la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI). Le département de la santé et des affaires sociales a donc, en ce sens, édicté un plan stratégique en juin 2011 qui, suite au préavis positif du Conseil fédéral a été approuvé par le Conseil d'Etat le 28 mars 2012. A relever que le plan stratégique neuchâtelois, vu la taille et l'organisation du canton, concerne l'ensemble des institutions sociales pour adultes et ne distingue pas celles qui accueillent spécifiquement des personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité.

Toutes les institutions sont suivies par le SIAM (Service des Institutions pour Adultes et Mineurs) qu'elles accueillent des personnes en situation de handicap, des personnes souffrant de dépendance ou encore des personnes confrontées à d'importantes difficultés sociales. Le principe de l'article 2, auquel il est fait allusion à l'article 10, représente le fondement de l'activité expliquée dans le plan stratégique. Cela signifie que chaque canton garantit que les personnes « invalides » domiciliées

⁶ Maladie d'Alzheimer : accueillir la démence, Christophe Held et Doris Ermini-Fünfschilling, Editions Médecine&Hygiène, 2010

sur son territoire ont à leur disposition des institutions qui répondent adéquatement à leurs besoins.

Les catégories retenues dans le plan stratégique sont :

- Le handicap physique
- Le handicap psychique
- Le handicap mental
- Le handicap sensoriel
- Le polyhandicap⁷
- Les dépendances
- Les problématiques sociales

Un recensement des institutions sociales et des catégories de population a été effectué dans ce plan stratégique⁸ (Fondation Les Perce-Neige, Alfaset, Foyers Handicap, Foyers du CNP, etc).

Le chapitre 2.5 recense les lacunes de l'offre neuchâteloise et le recours aux prestations intercantionales ou aux EMS. En l'absence de solution au sein des institutions sociales neuchâteloises, 90 résidents en âge AI (18 à 64-65 ans) ont été recensés dans les EMS en mai 2010, dont 10 en raison de la proximité du réseau socio-familial.

Il est également mentionné dans ce plan que « *Le cas des personnes handicapées vieillissantes est particulièrement préoccupant. C'est en effet une problématique nouvelle. Doit-on les laisser dans le cadre de vie qu'elles ont toujours eu dans les fondations actuelles, tout en sachant que les fondations manquent de places pour les jeunes handicapés ? Doit-on créer des EMS spécialisés? Comment répondre le mieux aux besoins de chacun? Comment assurer l'insertion sociale la meilleure? Ce sont des questions qui restent encore ouvertes aujourd'hui. Le plan stratégique doit nous aider à y répondre.* »

Comme indiqué plus haut, la planification cantonale se fonde sur une évaluation des besoins des futurs bénéficiaires tant du point de vue quantitatif que qualitatif, mais ce point n'est que peu développé dans le plan stratégique.

Parallèlement, un nouveau projet de loi « LISA » (loi sur les institutions pour adultes) a été mis en consultation et un rapport d'accompagnement rédigé. Il est intéressant de relever la mention - dans la version du 10 janvier 2014 du rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil - que l'un des grands changements que la LIPPI (loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides) introduit est le principe de la primauté du handicap sur l'âge.

Et poursuit « *en d'autres termes, depuis le 1^{er} janvier 2008, la personne en situation de handicap, et par analogie la personne souffrant de dépendance ou confrontée à d'importantes difficultés sociales, n'a plus à quitter l'institution, devenue son lieu de vie, en raison de son âge ; en revanche, l'analyse de ses besoins d'encadrements, là*

⁷ Le polyhandicap est généralement considéré comme un handicap mental, sévère à profond, doublé d'un handicap moteur, à ne pas confondre avec le multihandicap, soit l'addition de plusieurs handicaps ; les prestations qui peuvent être offertes aux personnes en situation de polyhandicap peuvent généralement être proposées à d'autres personnes, en situation de handicap sévère.

⁸ Plan stratégique, juin 2011, département de la santé et des affaires sociales, page 6 et 7

aussi, fait foi, un transfert de l'institution sociale à l'EMS étant réalisé, comme pour la population en général, si des problèmes relevant de la sénescence l'imposent. »

Ce rapport indique également en matière de planification : un système d'indicateurs du profil des bénéficiaires, théorique, c'est-à-dire en compulsant la littérature et les statistiques en la matière, et réel, c'est-à-dire en relevant les caractéristiques des demandes de citoyens neuchâtelois répertoriés, constitue la matière première de la planification. Ces indicateurs seront repris pour adapter et améliorer continuellement l'équipement institutionnel ou en d'autres termes l'offre faite à la population s'agissant de mesures d'hébergement protégé, de travail adapté ou d'occupation encadrée, voire de prestations ambulatoires.

En regard de ce condensé de la situation du côté des institutions sociales qui met tout de même en exergue, d'une part la primauté du handicap sur le vieillissement et, d'autre part l'absence de planification concrète dans ce domaine et de coordination, il semble difficile d'aborder de manière unilatérale la problématique des personnes en situation de handicap vieillissantes et des cérébro-lésés. Ceci est à traiter dans le cadre d'un mandat spécifique entre le SCSP et le SIAM.

2. Long séjour : hébergement gériatrique⁹

2.1. Introduction

Par mesure de simplification et de cohérence, les éléments définis dans la mission gériatrique constituent le socle de base aux autres missions. Les spécificités de l'hébergement psychogériatrique et psychiatrique s'ajoutent aux prérequis de l'hébergement gériatrique.

L'Académie Suisse des Sciences précise que « l'entrée en institution ne doit être envisagée que lorsqu'un maintien ou un retour à domicile n'est plus dans l'intérêt de la personne âgée en raison d'un manque de services ambulatoires ou d'un potentiel de réadaptation restreint. Dans certaines situations, une entrée en institution peut être envisagée plus tôt, par exemple lorsque l'intégration sociale de la personne âgée peut ainsi être favorisée.¹⁰

La santé fonctionnelle est définie par la manière dont les personnes, en raison de leur état de santé, peuvent satisfaire leurs besoins quotidiens et participer à la société. Avec l'âge, une bonne santé fonctionnelle est essentielle à l'autonomie et des limitations fonctionnelles déterminent souvent le placement dans une institution. Dans les enquêtes de santé, les capacités fonctionnelles physiques sont souvent mesurées au moyen des deux indicateurs :

- Les **activités instrumentales de la vie quotidienne** (AIVQ) comme préparer des repas, téléphoner, faire des achats, la lessive, des travaux ménagers, les

⁹ Défini par le COPIL Accueil & Séjour, 23.04.2014

¹⁰ Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013

comptes ou utiliser les transports publics. Une limitation dans ces activités signale un premier pas vers une restriction d'autonomie.

- Les **activités de la vie quotidienne** (AVQ) comme manger, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche. Une limitation dans ces activités de base débouche souvent sur des besoins soutenus d'aide et de soins. Lorsque la personne ne peut réaliser au moins une de ces activités sans aide, ou avec beaucoup de difficulté, elle est considérée comme limitée dans sa santé fonctionnelle.

2.1.1. Principes fondamentaux

Il est essentiel de rappeler en préambule les principes fondamentaux à un hébergement de qualité et respectueux de la personne âgée, en s'inspirant de la pratique quotidienne, de la législation en vigueur comme le Code Civil suisse, mais aussi du travail effectué par l'Académie Suisse des Sciences médicales¹¹. Ces principes s'appliquent indifféremment aux missions traitées dans le cadre du mandat.

L'institution protège et respecte les droits de la personne âgée:

- Lorsque la personne est privée de toute assistance extérieure, l'institution en avise l'autorité de protection de l'adulte, pour qu'elle puisse éventuellement instituer une curatelle d'accompagnement (art. 386 al. 2 CCS).
- En vertu du droit fédéral, l'institution garantit le libre choix du médecin (art. 386 al. 3 CCS), à moins que de justes motifs ne s'y opposent.
- Pour la personne incapable de discernement et en raison de son extrême fragilité, le Code civil prévoit des dispositions particulières qu'il convient de rappeler. L'institution protège la personnalité de la personne incapable de discernement et favoriser autant que possible ses relations avec l'extérieur (art. 386 al. 1 CCS).

Protection de la liberté personnelle et de la dignité⁹

La personne âgée a droit au respect de sa liberté personnelle. Elle a droit à être traitée avec égards et respect, et à ce qu'il soit tenu compte de sa dignité, son bien-être et son individualité.

Respect de la sphère privée et de la sphère intime⁹

L'institution respecte la sphère privée et la sphère intime de la personne âgée, y compris sa liberté sexuelle. La chambre (ou la partie de la chambre) dans laquelle vit la personne âgée fait partie de sa sphère privée et, en tant que telle, doit être respectée par le personnel de l'institution.

En accord avec l'institution, la personne âgée peut aménager la chambre (ou une partie de la chambre) à son gré, notamment en installant des meubles ou en décorant les murs. La personne âgée dispose d'une armoire fermant à clé, dans laquelle elle peut ranger ses effets personnels. Si la chambre est occupée par

¹¹Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013

plusieurs personnes, l'institution prend toutes les mesures nécessaires pour que le respect de la sphère privée de chacune d'entre elles soit garanti.

Le personnel fait preuve de discrétion quant aux observations relevant de la sphère privée ou intime de la personne âgée ou aux événements que la personne âgée ne souhaite partager qu'avec un cercle restreint de personnes (amis, parents) et n'en fait part qu'en cas de nécessité dans le but d'améliorer ses soins et sa prise en charge.

Maintien des contacts sociaux¹²

L'institution favorise le maintien et le développement des relations de la personne âgée avec ses proches et avec son environnement social. Elle donne aux personnes habilitées à représenter la personne âgée et à ses proches des informations sur la vie au sein de l'institution (activités culturelles) et s'efforce de les y intégrer. L'institution veille à ce que la personne âgée dispose d'un cadre permettant les discussions et visites privées. La personne âgée a le droit de cultiver les contacts avec l'extérieur (lettres, visites, journaux, téléphone, télévision, Internet, etc.).

Liberté d'opinion et liberté de croyance¹⁰

La personne âgée est libre d'exprimer ses opinions, dans la mesure où celles-ci ne violent pas les droits de tierces personnes ou n'enfreignent pas de dispositions légales (faits racistes p.ex.). L'institution veille à ce que les opinions exprimées soient respectées. L'institution respecte la liberté de conscience et de croyance de la personne âgée et autorise la pratique de rites ou d'autres formes d'expression religieux; toutefois, ceux-ci ne doivent pas empiéter sur la liberté des autres personnes ou de l'environnement.

Liberté de réunion¹⁰

L'institution respecte la liberté de réunion de la personne âgée. Elle encourage ses résidents à se rencontrer, dans la mesure où leur état le leur permet; elle met à leur disposition des locaux où ils peuvent se réunir.

Droits politiques¹⁰

L'institution veille à ce que la personne âgée puisse exercer librement ses droits politiques. Elle s'assure qu'aucune autre personne ne les exerce à sa place ou ne profite de sa situation pour chercher à l'influencer.

Participation à l'organisation de la vie quotidienne¹⁰

Les résidents de l'institution en état de s'exprimer à ce sujet sont associés aux décisions touchant à l'organisation de la vie quotidienne, à la cohabitation et aux événements collectifs. L'institution met en place le mode de cogestion.

¹²Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013

Droit de plainte¹³

L'institution établit une procédure interne réglant la manière de traiter les plaintes (portant sur les aspects médicaux, de soins ou administratifs). Ont qualité pour déposer plainte tant la personne âgée que son représentant ou ses proches. L'institution veille à ce que les plaintes soient traitées rapidement, avec diligence, dans le respect des règles de la confidentialité et sans répercussions négatives pour le plaignant. Si la plainte est fondée, l'institution prend les mesures qui s'imposent. Si l'institution rejette la plainte, elle informe le plaignant des possibilités de recours ou, le cas échéant, de l'existence d'une autorité cantonale des institutions de soins, des autorités de protection de l'adulte, d'un ombudsman ou d'une autorité indépendante de plainte.

Qualité de vie

Selon Oswald, Wahl, Zimber, Teufel et Langer¹⁴, la qualité de vie des personnes en institution se déclinent en 4 dimensions :

Autonomie et dignité

- La dignité, l'identité personnelle
- Le respect de la vie privée
- L'autonomie, le choix

Santé physique et psychique

- Le bien être physique et psychique
- Le soutien lors des limitations
- La spiritualité

Activités et contacts

- La stimulation et des activités ayant un sens
- Les contacts sociaux et de bonnes relations

Confort

- Le confort de l'habitat, de la chambre
- La qualité de la nourriture
- Le confort physique, la qualité des soins
- La qualité du service
- La sécurité

2.2. Définition de la mission

Définition dans la planification médico-sociale

Lieu de vie qui offre 24 heures sur 24 des prestations médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières.

¹³Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013

¹⁴ *Entwicklung eines Instruments zur praxisnahen Messung von Lebensqualität im stationären Kontext (Projekt im Auftrag der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, Sindelfingen; Abschlussbericht)*. Heidelberg: Psychologisches Institut, Abt. für Psychologische Altersforschung.

Définition par le GT Séjour

Lieu de vie qui offre 24 heures sur 24 à la personne âgée un accompagnement adapté dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et également dans les activités instrumentales (AIVQ). La mission consiste également à offrir une qualité de vie à la personne âgée qui souffre de maladies chroniques ou aiguës qu'elle soit dépendante ou atteinte dans sa fonctionnalité¹⁵, par un soutien médical, social, paramédical et socio-thérapeutique ainsi que des prestations hôtelières.

2.3. Profil des usagers

Personnes âgées¹⁶ présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives, telles que des affections physiques, mentales compatibles et fonctionnelles, et pouvant nécessiter des soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et de fin de vie. Ceci requiert une approche globale qui nécessite des soins de longue durée permettant par exemple l'intégration psychosociale¹¹.

2.4. Objectifs

- Maintenir et renforcer les compétences et les capacités physiques, psychiques et sociales des personnes en fonction de la représentation individuelle de la qualité de vie.
- Garantir un traitement et une prise en charge gériatrique dont les approches sont validées et contrôlées.
- Veiller à ce que les soins et l'accompagnement gériatrique comportent des traitements curatifs, des mesures et traitements préventifs, de réadaptation et palliatifs.
- Permettre à la famille/l'entourage de faire partie intégrante de l'accompagnement.
- Développer un projet spécifique de soin et un concept d'accompagnement personnalisé.

2.5. Prestations

Les prestations offertes 24 heures sur 24 sont médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières.

Le résident sera renseigné à travers un contrat d'hébergement sur l'ensemble des prestations fournies et leur mode de financement (à sa propre charge, financement par les assureurs, les assurances sociales, etc.).

Prestations de soins et médico-thérapeutiques

- Le résident est libre de choisir un médecin traitant extérieur à l'établissement. Dans ce cas ou si l'institution ne fournit pas elle-même cette prestation, un

¹⁵Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, profil de la gériatrie en Suisse, 1^{ère} partie, principes fondamentaux et concept de travail de la médecine de la personne âgée, du 9 novembre 2006, traduction et adaptation française par Rebecca Dreher et Gilbert Zulian

¹⁶ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

entretien de réseau est demandé pour déterminer l'organisation des consultations et des urgences.

- Le résident est libre de choisir un thérapeute extérieur à l'établissement. Dans ce cas ou si l'institution ne fournit pas elle-même cette prestation, un entretien de réseau est demandé pour déterminer l'organisation des consultations et des urgences.
- Les proches, dès l'entrée, sont associés à l'accompagnement et sont intégrés, en fonction de leurs attentes et besoins, à des groupes de paroles, d'entretien, d'interventions, qui leur sont spécialement consacrés autour du projet de soin et/ou de vie.
- Les prestations médicales gériatriques comportent des traitements curatifs et préventifs, des traitements de réadaptation et de palliation qui incluent les aspects sociaux.
- L'institution détermine l'ensemble des prestations de soins nécessitées par l'état de santé du résident avec son assentiment ou celui de son représentant.
- La gestion des médicaments est assurée par l'établissement. Pour la fourniture pharmaceutique, le résident peut s'adresser à une pharmacie de son choix, moyennant qu'elle se conforme aux directives de l'institution (livraison, préparation, commandes, etc.).
- Le matériel de soins est fourni, y compris le matériel d'incontinence.
- Des prestations de dentiste et de pédicure peuvent être à disposition.

Prestations socio-hôtelières

- Les prestations socio-hôtelières de base sont fixées annuellement par arrêté du Conseil d'Etat et comprises dans le prix de pension. Il s'agit des prestations couvrant les frais d'hébergement et de prise en charge non LAMal (hôtellerie et technique, cuisine, nettoyage, lingerie, animation).

Par défaut, toutes les dépenses nécessaires à l'hébergement et à la prise en charge non LAMal d'un résident, qui ne sont pas financées explicitement par une autre prestation, sont comprises dans ce prix de pension; cela concerne en particulier :

- La mise à disposition d'une chambre à un ou deux lits, le lit électrique et la table de nuit font partie de l'équipement imposé et la libre utilisation des locaux communs, en particulier les locaux de loisirs.
- Le service de restauration : petit déjeuner, repas de midi et du soir ainsi que les collations et les boissons mises à disposition.
- Le service hôtelier incluant le service à table, le linge lavable en machine, le ménage et le service technique.
- La libre participation aux activités d'animation internes et externes.
- Le régime alimentaire prescrit par un médecin.
- La mise à disposition d'un appareil téléphonique, l'abonnement téléphonique et le teleréseau.

- La mise à disposition d'une gamme de produits de toilette courants (savon, produit de douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, lames de rasoir, mousse à raser, à l'exclusion des produits cosmétiques).
 - L'entretien courant du linge (lavage, repassage, pliage, rangement, petits travaux de couture).
 - Les moyens auxiliaires de base (cane, déambulateur, fauteuil roulant mécanique).
 - Les collations lors de sorties organisées par l'institution
 - Les transports effectués par l'institution dans le cadre d'une sortie organisée
 - L'assurance responsabilité civile dans le cadre d'un contrat collectif de l'établissement
 - L'assurance ménage dans le cadre d'un contrat collectif de l'établissement
- Des prestations socio-hôtelières individuelles peuvent être proposées (spectacles, vacances, location d'un téléviseur, internet, transports, lavage/repassage/entretien des vêtements à l'entrée, retouches des vêtements, marquage des habits, etc.).
- D'autres prestations supplémentaires peuvent également être fournies comme par exemple (les articles spécifiques de toilette, coiffeuse, esthéticienne, pédicure, lavage chimique, réparation d'objets personnels, journaux, etc.)

2.6. Profils institutionnels

La personne âgée a consenti d'entrer dans une institution suite à une visite, un entretien avec une personne responsable et a pu obtenir toutes les informations utiles y compris les règlements, lui permettant d'effectuer son choix en toute connaissance. En cas d'incapacité de discernement ou de situations particulières, ce processus est identique pour la personne désignée pour représenter la personne âgée.

L'institution remet à la personne âgée (ou, si elle est incapable de discernement, à son représentant) un document qui décrit les conditions générales d'admission et de séjour, les droits et devoirs de chacun, les modalités et coûts de la prise en charge, ainsi que la procédure interne de gestion des plaintes et les voies officielles de recours ou de plainte. La situation financière de la personne âgée est également évoquée.

Le profil institutionnel est lié à la loi de Santé du Canton de Neuchâtel, au Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), à la Loi sur le financement des EMS (LFinEMS), aux normes et recommandations architecturales neuchâteloises.

Un établissement gériatrique peut se voir confier une mission psychogériatrique moyennant la création d'une unité spécifique, clairement identifiée, répondant aux critères définis pour l'accueil psychogériatrique et composée de 12 à 18 résidents.

3. Court séjour : Hébergement gériatrique

3.1. Introduction

Jusqu'à ce jour, dans le canton de Neuchâtel, les structures de court-séjour qui remplissent cette mission sont appelées home d'accueil temporaire. En Romandie, plusieurs terminologies sont utilisées pour définir la notion de court-séjour. Par exemple, dans le Valais, le court-séjour est appelé UAT (Unité d'accueil temporaire), dans le Jura lit d'accueil temporaire, alors qu'il est défini comme court-séjour à Fribourg, à Genève et dans le canton de Vaud. L'hétérogénéité de ces appellations résulte de l'absence d'une définition de ce type de séjour dans la LAMal.

Dans le rapport de CURAVIVA sur les structures et prestations ambulatoires paru en 2011¹⁷, les auteurs ont listé les différents objectifs du court-séjour dans les cantons de Berne, Fribourg, Genève et Vaud. De manière uniforme, le court-séjour permet, d'une part, une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile et, d'autre part, de soulager l'entourage en vue du maintien à domicile.

Néanmoins, l'orientation en court-séjour n'induit pas de facto le retour à domicile ni le placement en long séjour (lié à la notion d'évaluation). Toutes les options restent ouvertes et l'opportunité d'essai à domicile privilégiée. Dans ce cas, tout est mis en œuvre pour sécuriser le retour à domicile dans les dimensions bio-psycho-sociales, en collaboration avec les partenaires externes. Ceci demandera une grande réactivité aux prestataires de soins et d'aide à domicile, afin de répondre rapidement aux souhaits de la personne âgée.

Un maintien à domicile de qualité ne dépend pas seulement du handicap ou du degré de dépendance, mais du ressenti de sécurité. Une personne âgée en souffrance psychologique en lien avec des aspects sécuritaires ne devrait pas se voir refuser l'entrée dans un EMS malgré une perte d'indépendance peu conséquente (classe PLAISIR 3 à 5). Concrètement, il s'agit de prévoir le financement d'une personne âgée nécessitant une prise en charge en soins de base légère, mais en cadre psycho-social sécurisant, cadre qui ne peut être offert qu'en institution.

Le chemin pour entrer en long séjour peut passer par plusieurs étapes de court-séjour, avec des essais à domicile tout en tenant compte des limites entre le financement LAMal, les prestations complémentaires et les prestations de soins à domicile.

Lorsque cela s'avère nécessaire, les objectifs et les prestations (évaluation, observation, etc.) sont discutés avec les partenaires concernés du réseau. Les modalités de collaboration seront définies dans le cadre du projet cantonal d'orientation.

¹⁷ Projet « Erweiterte Tagesstrukturen », les structures et prestations ambulatoires/intermédiaires développées par les EMS pour le maintien à domicile des personnes âgées, version de mars 2011

Le volet de financement dans ce type d'hébergement est également déterminant et a déjà été abordé lors des travaux sur l'amélioration du flux et de l'orientation des clients/patients¹⁸:

« Le financement des structures d'accueil temporaire et le coût pour la personne est un élément important. Le coût moyen d'un hébergement dans une unité d'accueil temporaire à charge de la personne dans le canton de Neuchâtel, sans les prestations complémentaires ou le remboursement de frais médicaux, est d'environ de CHF 150/jour. L'accueil temporaire est un besoin dans le dispositif d'orientation pour offrir des prestations d'évaluations gériatriques et des séjours de répit. Proposer ce type d'accueil à ce coût apparaît trop élevé pour le client qui doit supporter en plus, d'autres frais, tels que son loyer. Dans le canton de Vaud, le coût à la charge de la personne est d'environ CHF 60/jour, l'état ayant octroyé un financement spécifique. Le point sera à examiner afin de permettre l'accès à ces prestations.

Il est également très important de réfléchir à l'aspect financier des alternatives à l'entrée en EMS, car en effet, le maintien à domicile coûte, notamment pour les personnes non-bénéficiaires des prestations complémentaires. »

3.2. Définition de la mission

Définition dans la planification médico-sociale

Home médicalisé gériatrique d'accueil temporaire

Home médicalisé pour les courts-séjours ou unité intégrée à un home médicalisé pour long séjour qui assure une prise en charge médico-sociale temporaire. L'entrée se fait de manière prévisible ou en urgence. La prise en soins a lieu pendant une période critique qui ne nécessite pas une hospitalisation.

Définition par le GT Séjour

EMS de court-séjour ou unité intégrée à un EMS de long séjour qui assure une prise en charge médico-sociale temporaire. L'entrée se fait de manière prévisible ou en urgence. La prise en soins a lieu pendant une période critique qui ne nécessite pas une hospitalisation. La durée d'hébergement est fixée selon la nature du séjour.

Le court-séjour est étroitement lié à une évaluation au sens large (autonomie, environnement, ressources, etc). Cette volonté s'explique par les compétences et savoirs à mobiliser. Des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des assistantes sociales, des infirmières de liaison, des assistants socio-éducatifs (voire des éducateurs) devront être associés afin de répondre aux buts des divers types de courts-séjours.

La mission du court séjour se décline comme suit :

- soins aigus et de transition
- soins de suite, convalescence
- accueil de répit
- accueil d'urgence
- attente d'hébergement

¹⁸ Amélioration du flux et de l'orientation des clients/patients entre les différents partenaires du réseau de soins du canton de Neuchâtel par les entretiens d'orientation, version du 2 avril 2014, Sylvie Le Bail

3.2.1. Soins aigus et de transition (max. 14 jours)

Dans le cadre de la révision de la LAMal, le financement des soins a été réorganisé à partir de 2009 et la notion de « soins aigus et de transition » introduits (art. 25a, al. 2 LAMal). Actuellement, le Conseil d'Etat neuchâtelois a défini un certain nombre d'éléments dans la législation.

Tout d'abord, dans l'arrêté fixant la liste des établissements médico-sociaux (EMS) du canton de Neuchâtel admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, du 19 décembre 2012, l'article 5 définit deux types d'EMS pouvant prodiguer ce type de soins :

- a) *les EMS pour leurs résidents qui réintègrent l'établissement après un séjour hospitalier.*
- b) *Les EMS disposant de lits d'accueil temporaire mentionnés dans l'annexe pour les personnes vivant à domicile, mais dont l'état de santé nécessite que les soins aigus et de transition soient fournis dans un EMS.*

Le règlement d'introduction de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 19 décembre 2014, précise à l'article 15 (qui reprend les recommandations de la CDS¹⁹ et suivants) ce que sont les soins aigus et de transition, qui peut les prodiguer et comment ils sont financés.

Art. 15 ¹*Les soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal peuvent être prescrits par des médecins d'hôpitaux si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative:*

- a) *les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés, de sorte que des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires;*
- b) *la patiente ou le patient a besoin d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant;*
- c) *un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué;*
- d) *un séjour dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué;*
- e) *les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier;*
- f) *un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la lettre e est établi.*

² *L'encadrement ainsi que les traitements médicaux, thérapeutiques ou psychosociaux ne font pas partie des soins aigus et de transition.*

Art. 16 *Les soins aigus et de transition peuvent être prodigués par les fournisseurs de prestations suivants :*

- a) *NOMAD et les autres organisations d'aide et de soins à domicile au sens de*

¹⁹ Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins approuvées par le Comité directeur de la CDS le 22.10.2009

- l'article 11;*
- b) les infirmières et infirmiers indépendant-e-s au sens de l'article 13;*
 - c) les EMS d'accueil temporaire ainsi que les autres EMS pour leur unité d'accueil temporaire;*
 - d) les EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, pour leurs résidents qui réintègrent l'établissement après un séjour hospitalier.*
- Art. 17** ¹*Le Conseil d'Etat fixe, annuellement par voie d'arrêté, la participation de l'Etat à la prise en charge des soins aigus et de transition (part cantonale).*
- 2 La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSubv, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter ou de pratiquer.*
 - 3 La part cantonale n'est due que pour les résidents ayant leur domicile dans le canton de Neuchâtel.*
 - 4 Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.*

Le terme de soins de transition est appliqué à l'interface entre l'hôpital et les soins à domicile, respectivement entre l'hôpital et le home. L'article 25a al. 2 LAMal régit exhaustivement les soins de transition qui sont remboursés durant deux semaines au maximum selon les règles du financement hospitalier (soins uniquement). Ils sont prescrits par un médecin à l'hôpital. L'état de santé actuel du patient est déterminant pour savoir dans quel cadre et selon quelles méthodes il est traité.

Alors que la méthodologie des soins de transition est analogue à celles de l'hôpital aigu ou du home, les patients se différencient beaucoup par leurs besoins médicaux et thérapeutiques²⁰.

3.2.1.1. Profils des usagers

Personnes âgées²¹ qui nécessitent une prise en soins selon l'article 25a, alinéa 2 LAMAL et 7, alinéa 3 OPAS, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital, dans un projet de retour à domicile, après une hospitalisation.

3.2.1.2. Objectifs

Augmenter les compétences de la personne à prendre soin d'elle-même de sorte qu'elle puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier²².

3.2.1.3. Profils institutionnels

Ce qui est prévu par la législation actuelle cantonale semble suffisamment clair. En revanche, la question de la dotation de l'EMS de long séjour accueillant son résident à un retour de l'hôpital reste ouverte, notamment pour ce qui est de l'augmentation du personnel infirmier. Ceci est particulièrement critique pour les établissements

²⁰ DefReha : domaines spécifiques & définitions, critères d'inclusion et d'exclusion pour les différentes formes de réadaptation, version 1.0

²¹ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

²² Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins approuvées par le Comité directeur de la CDS le 22.10.2009

d'une certaine taille dans lesquels les hospitalisations sont plus nombreuses, tout en tenant compte que les retours hospitaliers n'induisent pas forcément la prescription de soins aigus et de transition.

Par rapport à ces remarques, les soins aigus et de transition sont prioritairement dispensés au sein d'une institution de court-séjour pour les personnes à domicile.

3.2.2. Soins de suite - convalescence (max. 2 mois, prolong. 1 fois)

Les soins de suite englobent toutes les étapes d'un traitement qui sont observées après une thérapie aiguë – par ex. après une opération. Ils s'étendent des soins de plaie et de pansement jusqu'à des mesures ciblées de réadaptation moins intensives que celles dispensées dans les Centres de Réadaptation et visant à la récupération de la fonction antérieure ou de la meilleure fonction possible.

La convalescence est la période qui suit la phase aiguë d'une maladie et pendant laquelle le patient retrouve progressivement ses forces et un état de santé habituel²³.

Ce séjour fait l'objet d'une évaluation au sens large, voire d'une orientation pendant la période prescrite selon l'article 7, alinéa 3 OPAS.

Il se différencie des soins aigus et de transition de par son financement et sa prescription et sa durée.

3.2.2.1. Profils des usagers

Personnes âgées²⁴ qui ne nécessitent plus de soins hospitaliers, dont la capacité de récupération est lente et/ou incertaine, mais dont le projet est un retour à domicile.

3.2.2.2. Objectifs

- Améliorer l'autonomie et la sécurité de la personne en visant le rétablissement.
- Viser à ce que la personne retrouve la même autonomie, le cas échéant prévoir une adaptation du domicile ou de l'accompagnement.
- Suivre une situation dont l'évolution et la capacité de récupération est lente mais progressive.
- Evaluer et observer le bénéficiaire en vue d'un possible retour à domicile.
- Adapter le cadre de vie à domicile (en collaboration avec un ergothérapeute).
- Evaluer en continu les progrès, les limites pour orienter valablement et durablement dans le réseau de soins, en collaboration avec les partenaires concernés.
- Définir l'hébergement et la prise en charge les plus pertinents.
- Réfléchir aux adaptations nécessaires (du logement, prestations à domicile, renforcement du réseau).

3.2.2.3. Profils institutionnels

Cette mission est clairement une mission dispensée par le court-séjour, dans un objectif avéré de retour à domicile et une bonne probabilité de succès. Le délai pour atteindre l'objectif est fixé à 2 mois. Cette période est raisonnable pour confirmer le bien-fondé d'un retour à domicile ou envisager d'autres démarches. Au-delà de ce

²³ Wikipédia, septembre 2014

temps, le séjour peut être prolongé une fois pour autant que l'objectif soit proche d'être atteint.

3.2.3. Accueil de répit pour les proches aidants (max. 30 jours/séjour, max. 90 jours/an)

Comme son nom l'indique, ce séjour est proposé pour permettre au proche aidant de se reposer ou de se ressourcer. L'objectif de ce type d'accueil est de pérenniser et de stabiliser le maintien à domicile, de soutenir le proche aidant et de prévenir son épuisement.

3.2.3.1. Profils des usagers

Personnes âgées²⁴ dont le proche aidant a besoin de repos, de vacances, de soutien ou de suppléance pour un temps déterminé. Le proche aidant peut aussi être momentanément empêché pour des raisons de santé (traitement, opération planifiée).

3.2.3.2. Objectifs

- Offrir un cadre sécurisant pour le résident.
- Conserver, favoriser l'autonomie et les ressources du résident.
- Conserver le rythme, le fonctionnement et les habitudes de la vie à domicile.
- Etablir un bilan et/ou une évaluation en vue de réorienter ou soutenir le maintien à domicile en collaboration avec la plateforme orientation.
- Permettre à l'aidant naturel de prendre un temps de repos ou de vacances.
- Pallier à l'épuisement du proche aidant.
- Pallier à la maladie, voire l'hospitalisation prévue, du proche aidant.
- Offrir à l'aidant naturel des moments de congé ponctuels et réguliers dans un but préventif afin d'éviter l'épuisement.

3.2.3.3. Profils institutionnels

Ce type d'accueil est réalisé dans une institution de long séjour ou une unité de court-séjour gériatrique et disponible dans toutes les régions, afin de permettre à la personne de rester proche de son environnement.

3.2.4. Accueil d'urgence sociale (max. 3 jours)

Il s'agit d'une situation d'urgence sociale qui nécessite un placement dans un délai de moins de 12h00 rendu nécessaire par une impossibilité complète de la personne âgée à rester seule dans son domicile et dont la situation ne nécessite pas une hospitalisation (par ex. choc émotionnel).

Une alternative pourrait être envisagée ou complétée, cas échéant, par l'organisation d'une prestation d'accompagnement 24h/24h à domicile dans le but de maintenir la personne âgée dans son environnement et de lui éviter une perturbation supplémentaire.

Ce placement est de courte durée, au maximum 3 jours ouvrables, durant lesquels une solution est trouvée.

²⁴ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

3.2.4.1. Profils des usagers

Personnes âgées²⁵ nécessitant un accueil immédiat suite à un événement brusque et imprévisible, (par exemple hospitalisation en urgence du proche aidant, décès).

3.2.4.2. Objectifs

- Héberger en urgence une personne âgée dépendante de son conjoint ou d'un aidant naturel, lorsque ce dernier est subitement dans l'incapacité d'assurer son rôle habituel pour une raison grave, imprévue et soudaine (par ex. maladie, accident, décès).
- Héberger une personne âgée dont l'appartement n'est plus habitable (par ex. incendie, problème de salubrité, décisions d'une autorité).

3.2.4.3. Profils institutionnels

Cet accueil est étroitement lié à la plateforme d'orientation qui répond à l'appel d'urgence et trouve une place dans un lit reconnu et financé comme tel dans un établissement de long séjour. Les lits d'urgence sont situés dans une structure de moyenne à grande importance de manière à disposer de personnel infirmier 24/24h ou dans une structure de court-séjour.

Pendant ces trois jours définis, c'est la plateforme d'orientation qui prend en charge le suivi de la personne au niveau de l'évaluation, l'orientation ou la recherche de solutions.

3.2.5. Séjour en attente d'hébergement (max. 6 mois)

Cet hébergement est limité dans le temps (6 mois) afin d'éviter un attachement et une intégration trop importante et ainsi provoquer un double déracinement de la personne, celui de quitter la structure de court-séjour après avoir déjà quitté son domicile.

3.2.5.1. Profils des usagers

Personnes âgées²⁶ nécessitant temporairement une entrée en EMS, en pension ou en appartement, faute de place disponible momentanément. Les profils des usagers sont déterminés dans les chapitres correspondants du long séjour.

3.2.5.2. Objectifs

- Prendre en charge une personne âgée ne pouvant rester dans son habitat actuel et qui ne peut être accueillie dans une institution de long séjour ou un appartement de son choix, faute de place disponible immédiatement.
- Permettre de se familiariser avec la vie en institution.

3.2.5.3. Profils institutionnels

Ce type d'accueil est réalisé dans un EMS de long séjour et disponible dans toutes les régions, afin de permettre à la personne de rester proche de son environnement.

²⁵ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

²⁶ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

S'il n'y a pas de lit disponible, l'hébergement temporaire peut se faire dans une structure ou unité de court-séjour gériatrique.

La personne s'inscrit au minimum auprès de trois institutions de long séjour (appartement avec encadrement ou pension) adaptées à ses besoins et qu'elle a choisis. Elle est renseignée dès son admission, voire valide un engagement d'aller dans l'un des trois EMS choisis dès qu'une place est disponible. La question de la liberté de choix se pose, question à laquelle une réponse identique est donnée à tous les cas, par souci d'équité.

Ceci implique qu'un suivi de la situation et une priorisation de la demande sont assurés pour que la personne soit accueillie dans l'un des EMS de son choix, dans les délais définis et les plus courts possibles.

3.3. Prestations

La majorité des prestations de soins, socio-hôtelières et administratives sont semblables aux prestations offertes ou proposées dans un EMS gériatrique de long séjour.

La différence est en lien avec le mouvement des résidents (nombre d'entrées et de sorties), les projets, les objectifs de soins et d'accompagnement soutenus durant le séjour en vue de la sortie. Le taux de rotation annuel des résidents, beaucoup plus élevé qu'un EMS de long séjour, a une incidence sur tous les secteurs de l'institution, en termes de quantité de prestations.

Les prestations essentielles de base qui s'inscrivent dans tous les types de séjour sont l'observation, l'évaluation, la liaison et l'orientation dans le système de santé. Ce sont des prestations exclusivement infirmières, dans une vision interdisciplinaire.

Le médecin, les soignants et les thérapeutes proposent et rendent accessibles à la personne âgée en situation de dépendance toutes les thérapies (entre autres physiothérapies, psychothérapies, ergothérapie, orthophonie, soins dentaires, appareils auditifs) et prises en charge (contacts sociaux, nourriture, mobilisation, activités, organisation de ses journées) susceptibles de lui permettre de maintenir ou de retrouver, dans la mesure du possible, ses compétences et ses ressources physiques, psychiques ou sociales.

L'organisation des visites médicales, les transmissions d'informations, la prise d'ordre et la collaboration médicale demandent souplesse et grande capacité d'adaptation, du fait que chaque résident garde son (ses) médecin(s) habituel(s). Les visites médicales ne peuvent être planifiées à des moments précis dans la semaine.

Dans toute la mesure du possible, afin de garder les habitudes du domicile, les consultations médicales ou thérapeutiques sont maintenues en cabinet. Les transports médicaux (consultations ambulatoires à l'hôpital ou cabinets médicaux) sont donc plus fréquents.

Prestations spécifiques à la mission :

- Evaluation et observation à l'entrée, en cours de séjour.

- Réadaptation au travers des actes de la vie quotidienne.
- Construction et suivi d'un projet de sortie.
- Stimulation des ressources, recouvrement et maintien de l'autonomie.
- Evaluation, accompagnement, soutien social.
- Entretiens de réseau familial et prestataires de santé.
- Evaluation, essai à domicile avant le retour définitif.
- Mise en place de la structure organisationnelle à domicile.
- Préparation et accompagnement à l'entrée en EMS.
- Orientation dans le réseau de santé-social, en coordination avec la plateforme d'orientation.

3.4. Profils institutionnels

Dans l'idéal, il est proposé de planifier sur la totalité du territoire cantonal au minimum deux institutions d'une quarantaine de lits œuvrant spécifiquement dans le court-séjour. Dans les régions excentrées, il convient de prévoir une unité spécifique dans un EMS de long séjour.

Au-delà de la taille, il est indispensable que le court-séjour soit accessible dans plusieurs régions du canton (par ex. Littoral, Vallées et Montagnes neuchâteloises) afin de garder une proximité avec le lieu de vie. La capacité globale d'accueil permet de répondre à tous les types de court-séjour sur l'ensemble du territoire cantonal.

Dans le cadre d'une unité de court-séjour intégrée à un EMS, elle comporte entre 15 et 20 lits et est clairement séparée des lits de long séjour avec un personnel distinct.

Idéalement, une structure de court-séjour ne dépasse pas 45 lits pour répondre aux prévisions globales de la PMS sur l'ensemble du territoire cantonal. Ceci pose le questionnement du nombre de lits prévus dans cette mission qui paraît insuffisant aux yeux du groupe de travail (voir chapitre 5.6).

L'idée de placer la future structure d'orientation/porte d'entrée proche d'un EMS gériatrique d'accueil temporaire, voire de l'intégrer à cette institution est dûment réfléchi en lien avec les synergies qui pourraient être créées.

4. Long séjour : Hébergement psychogériatrique²⁷

4.1. Introduction

Les éléments définis dans la mission gériatrique constituent le socle de base aux autres missions. Ainsi, les spécificités libellées ci-dessous pour l'hébergement psychogériatrique s'ajoutent aux prérequis de l'hébergement gériatrique.

L'hébergement psychogériatrique regroupe les types de séjour (long et court), parce que les compétences professionnelles en psychogériatrie et l'architecture sécurisée

²⁷ Défini par le COPIL Accueil & Séjour, 23.04.2014

du cadre de vie priment sur les compétences spécifiques du court-séjour (voir chapitre 5).

4.2. Définition de la mission

Définition dans la planification médico-sociale

Lieu de vie qui offre 24 heures sur 24 des prestations médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières, spécialisé pour les personnes démentes. Cette structure assure un cadre sécurisé, notamment contre l'errance.

Définition par le GT Séjour

Lieu de vie qui offre 24 heures sur 24 des prestations médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières, spécialisé pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques et/ou maladies neurodégénératives induisant des troubles du comportement en société/en collectivité au sein d'une unité et/ou établissement gériatrique ou à domicile²⁸. Cette structure assure un cadre sécurisé, notamment contre l'errance, tout en permettant une libre circulation dans un espace protégé intérieur et extérieur.

4.3. Définition de la démence

Il existe plusieurs définitions de la démence, les deux principales étant celle de l'organisation mondiale de la santé CIM (OMS) et celle de l'Association américaine de psychiatrie DSM. Cette classification (CIM et DSM)²⁹ est considérée comme les deux références internationales qui vont être à terme harmonisées et unifiées par un comité de psychiatres.

« La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée). Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage, le comportement, le jugement et l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. La conscience n'est pas touchée.

La démence est causée par un ensemble de maladies et de traumatismes qui affectent principalement ou dans la moindre mesure le cerveau. »

OMS, la démence

4.4. Profil des usagers

Personnes en principe en âge AVS³⁰, souffrant de pathologies psychiatriques et/ou neurodégénératives induisant des troubles du comportement et qui ne sont pas ou plus compatibles avec la vie en collectivité/société²⁶ au sein d'une unité, d'un établissement gériatrique ou à domicile.

²⁸ Défini par le COPIL Accueil & Séjour, 23.04.2014

²⁹ CIM 10 / ICD 10 – Classification internationale des maladies – dixième révision (F00 – F09) & DSM-5® Guidebook (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), version 2014

³⁰ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

Pour illustrer davantage ce profil, il est intéressant de reprendre les principales caractéristiques identifiées dans le cadre de l'enquête menée dans le canton de Vaud par l'Association ARPEGE et l'AVDEMS³¹. Ainsi, ces résidents :

- *Entrent en EMS, pour près des ¾ d'entre eux, entre 55 et 84 ans ;*
- *Souffrent, pour beaucoup, de démences, dont la maladie d'Alzheimer ;*
- *Sont, pour la majorité, fortement déficitaires en matière d'orientation identitaire, spatiale et temporelle et de mobilité physique;*
- *Connaissent, dans un pourcentage très élevé, des difficultés majeures dans la gestion de leur vécu occupationnel et dépendent de l'aide d'autrui pour la plupart, voire pour tous leurs besoins ;*
- *Ont une intégration sociale fortement problématique, voire inexistante, pour ¾ d'entre eux et, dans les mêmes proportions, une capacité d'expression verbale déficitaire ;*
- *Sont tous frappés de déficience cognitive (soit d'atteinte plus ou moins sévère de la mémoire récente, de la pensée et/ou de la perception d'attention) et affective (soit de déficience plus ou moins sévère des pulsions, de la volonté et motivation, et/ou des émotions, sentiments et humeur), avec, pour 70% des résidents, une déficience cognitive totale et pour 35% une déficience affective totale ;*
- *Souffrent, pour 42% d'un déficit cognitif sévère ;*
- *Présentent pour 94% des problèmes de comportement et/ou d'humeur, avec une prévalence élevée des comportements dérangeants (46% des résidents), de l'agitation (40%) et de l'anxiété persistante (59%).*

A elles seules, ces caractéristiques mettent en évidence le caractère central et le poids de la guidance et des soins relationnels dans l'accompagnement de ces résidents.

4.5. Objectifs

- Accueillir une population ciblée (symptômes psycho-comportementaux dits « productifs », « gênants » ou « perturbateurs »³²) selon la définition du profil.
- Offrir un lieu de vie avec un environnement architectural adapté (non sur-stimulant, luminosité spécifique).

4.6. Prestations

- L'important est de garder tant que possible les activités de la vie quotidienne (AVQ) de manière adaptée et en respectant le rythme de la personne âgée. Il est essentiel de stimuler les capacités restantes tout en trouvant un équilibre entre stimulation et calme.
- Mise en place d'une approche personnalisée, avec le partenariat du résident et de sa famille, sous la forme d'un plan d'accompagnement, de projet individuel, d'approches relationnelles (entretiens), des adaptations environnementales (changement de place dans la salle à manger), des approches sensorielles ou

³¹ Questionnement sur les missions des EMS, Spécificités de la population de psychiatrie de l'âge avancé hébergée, ARPEGE, AVDEMS, Mars 2014

³² Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement – Réflexion sur les critères de définition et missions – Gérontopôle ; Hôpitaux de Toulouse – Août 2008

des approches individuelles (comme par exemple proposer des bains thérapeutiques).

- L'accompagnement est constamment adapté et géré en tenant compte des différents stades de la maladie et des évolutions individuelles, de la mixité et de la diversité des besoins.

4.7. Profils institutionnels

La mission psychogériatrique de long séjour peut être confiée à un établissement gériatrique moyennant la création d'une unité spécifique de long séjour, clairement identifiée, répondant aux critères définis pour l'hébergement psychogériatrique, composée de 12 à 18 résidents.

Le profil institutionnel de l'accueil temporaire est développé au chapitre 5.5, avec une proposition d'unité spécifique de 8 à 10 lits pour la psychogériatrie.

5. Court-séjour : Hébergement psychogériatrique³³

5.1. Introduction

Pour cette mission, il est important d'associer les compétences psychogériatriques à celles du court-séjour, voire de l'accueil de jour. Le but principal étant le retour à domicile, le risque est non négligeable que les prestations fournies au résident n'entrent pas dans les objectifs visés pour le court-séjour.

Il est aussi important de prendre en considération l'angoisse et la perturbation que peut engendrer le changement de lieu, de vie et d'entourage chez une personne présentant des troubles cognitifs graves. Dès lors, il faut être attentif que les bénéfices du court-séjour soient supérieurs au bouleversement lié à ce changement. Ceci nécessitera une évaluation des partenaires concernés et une collecte d'informations (recueil de données, etc.).

5.2. Définition de la mission

Définition dans la planification médico-sociale

Unité d'accueil temporaire spécialisée pour les personnes démentes, intégrée dans un home médicalisé gériatrique

Structure qui assure un cadre sécurisé, notamment contre l'errance. La prise en soins médico-sociale spécialisée pour les personnes démentes est temporaire. L'entrée se fait de manière prévisible.

Définition par le GT Séjour

En plus de ce qui est défini au chapitre 4.2, sont également confiés à la structure psychogériatrique les types d'accueils décrits dans le court-séjour gériatrique. Ce

³³ Défini par le COPIL Accueil & Séjour, 23.04.2014

sont les soins aigus et de transition, les soins de suite/convalescence, le séjour de répit, l'accueil d'urgence sociale et le séjour en attente d'hébergement. Les missions les plus fréquentes dans le court-séjour risquent d'être, pour cette population, le séjour de répit ainsi que l'accueil d'urgence sociale.

5.3. Profil des usagers

Les profils sont définis dans le chapitre 4.4. auxquels s'ajoutent ceux décrits dans le court-séjour gériatrique.

5.4. Objectifs

Les objectifs sont ceux décrits au chapitre 4.5. de l'hébergement psychogériatrique ainsi que ceux définis dans le court-séjour gériatrique.

5.5. Prestations

Les prestations sont celles décrites dans le chapitre 4.6. de l'hébergement psychogériatrique et du court-séjour gériatrique.

5.6. Profils institutionnels

Le nombre de lits prévus en 2022 pour l'accueil temporaire gériatrique est de 54 et celui pour la psychogériatrie de 55, pour un total de 110 lits. Cette répartition mérite d'être questionnée en regard des différents profils d'usagers. De prime abord, une centaine de lits pour la gériatrie paraît réaliste, ce qui représenterait environ 85% des lits de court-séjour.

Pour ce qui est du court-séjour psychogériatrique, il devrait être regroupé sur deux sites avec des unités spécifiques de 8 à 10 lits. Une piste intéressante est celle développée par la Fondation de Primeroye (www.primeroye.ch/cahp/) avec un centre extra-muros regroupant l'accueil de jour, l'accueil de nuit et le court-séjour psychogériatrique.

6. Long séjour : Hébergement psychiatrique³⁴

6.1. Introduction

Les éléments définis dans la mission gériatrique constituent le socle de base aux autres missions. Ainsi, les spécificités libellées ci-dessous pour l'hébergement psychiatrique s'ajoutent aux pré-requis de l'hébergement gériatrique et psychogériatrique.

La caractéristique majeure de cette prise en charge est qu'elle nécessite une intensité de soins médicaux, paramédicaux et thérapeutiques plus accrue ainsi

³⁴ Défini par le COPIL Accueil & Séjour, 23.04.2014

qu'une vision plus élargie en termes pluridisciplinaire et interdisciplinaire de l'équipe (psychologue, diétiticien, etc.)

Cet hébergement sert avant tout à accueillir la population avec des pathologies psychiatriques auxquelles s'ajoutent des pathologies cognitives. Dès lors, une fois les troubles psychiatriques stabilisés, il est possible d'envisager que de telles personnes puissent être transférées dans une structure psychogériatrique.

6.2. Définition de la mission

Définition dans la planification médico-sociale

Lieu de vie qui offre 24 heures sur 24 des prestations médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières, spécialisé pour les personnes atteintes de troubles psychiques dont la complexité et gravité dépassent les compétences des homes médicalisés gériatriques.

Définition par le GT Séjour

Lieu de vie proposant des lits hautement spécialisés, pour la prise en charge des pathologies psychiatriques (ex : troubles bipolaires, psychoses chroniques, troubles de la personnalité etc.) ou des pathologies combinées (psychiatriques et organiques). Cette structure offre des compétences psychiatriques spécialisées médicales, infirmières, paramédicales, socio-thérapeutiques. Ce lieu de vie n'est pas nécessairement être fermé.

6.3. Profil des usagers

Personnes âgées³⁵, souffrant de troubles psychiatriques qui ne sont pas compatibles avec la prise en charge dans un EMS de type gériatrique et psychogériatrique.

6.4. Objectifs

Viser un équilibre et un maintien d'une stabilité optimale des troubles psychiatriques.

6.5. Prestations

Les prestations offertes 24 heures sur 24 sont médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières. Elles visent principalement à maintenir l'équilibre psychique du résident.

6.6. Profils institutionnels

Dans une première approche, COPIL Accueil & Séjour a estimé que la mission est plus proche de celle assurée dans l'hébergement psychogériatrique que gériatrique³⁶. Cette mission est toutefois confiée à une structure indépendante et spécialisée avec du personnel compétent en psychiatrie.

³⁵ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

³⁶ Défini par le COPIL Accueil & Séjour, 23.04.2014

7. Pensions

7.1. Introduction

Il s'agit d'une nouvelle prestation qui est différente de celle fournie par les homes simples et définie dans la législation neuchâteloise jusqu'à fin 2012.

7.2. Définition de la mission

Définition dans la loi de santé

Lors de l'adoption de la planification médico-sociale en 2012, la loi de santé a été révisée et l'article 92a définit ce qu'est la pension.

Les pensions sont des institutions qui hébergent des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, dont l'état de santé, physique ou psychique, exige une prise en charge socio-hôtelière et/ou un encadrement psycho-social.

Elles ne sont pas reconnues comme prestataires de soins au sens de la LAMal.

Elles peuvent également accueillir des personnes plus jeunes dont l'état de santé, physique ou psychique, exige une prise en charge socio-hôtelière et/ou un encadrement psycho-éducatif.

Définition dans la planification médico-sociale

Structure qui offre des prestations hôtelières avec un encadrement psycho-éducatif. Les résidents ont accès aux prestations d'aide et de soins à domicile en général (soins de base, soins infirmiers, thérapeutiques et médical).

Définition par le GT Séjour

La définition actuelle figurant dans la loi de santé convient. Il se peut toutefois qu'elle soit amenée à évoluer, notamment en fonction du projet commun à développer autour de la personne vieillissante en situation de handicap (voir en préambule du rapport).

7.3. Profil des usagers

- Personnes en âge AVS³⁷ ou au bénéfice de prestations AI, proches d'un droit AVS.
- Personnes pouvant nécessiter des soins ponctuellement et à des moments prévisibles de jour uniquement (prestations externes).
- Personnes dont l'état de santé, physique ou psychique ne nécessite pas un placement en EMS.
- Personnes physiquement autonomes, ne nécessitant pas de surveillance 24/24.
- Personnes fragilisées, isolées ou en rupture sociale.

³⁷ Selon l'alinéa 2 de l'article 91 de la loi de santé, les personnes âgées sont définies comme des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946⁸³.

- Personnes nécessitant soutien et guidance dans le déroulement de leur vie quotidienne.
- Une grille permettant de définir des critères d'admission est basée sur les principes de l'ancienne évaluation DELICES (voir en annexe 1).

7.4. Objectifs

- Offrir un cadre de vie rassurant laissant une large place à l'aspect participatif, à l'entraide et aux échanges sociaux propres à la vie communautaire.
- Accompagner et soutenir la personne dans sa vie quotidienne et ses activités.
- Définir un projet de vie personnel.

7.5. Prestations

- Guidance dans l'organisation des activités de la vie courante, domestiques, relationnelles et sociales.
- Animations et activités individuelles ou de groupe, internes ou externes, conduites en lien avec le projet de vie.
- Prestations hôtelières (repas, cuisine, entretien du linge, des chambres & locaux communs, extérieur) au travers desquelles le pensionnaire peut avoir un rôle.

7.6. Profils institutionnels

Au vu du caractère particulier de cette mission, de la population hébergée et des compétences professionnelles qui y sont nécessaires, le COPIL Accueil & Séjour a estimé qu'il s'agit d'une mission en tant que telle et qu'elle n'est pas compatible avec une mission gériatrique, psychogériatrique ou psychiatrique, même sous la forme d'une unité.

La PMS prévoit 130 lits de pensions. Ce chiffre semble relativement élevé en regard du nombre d'appartements pour personnes âgées et des courts-séjours à créer. Par ailleurs, la question se pose si le nombre projeté de places de pensions comprend également les structures qui seront créées par les institutions sociales telles que les Foyer Handicap, Alfaset, le Foyer du Parc ou les Perce-Neige (voir le chapitre 1.1.).

Ces pensions se répartissent en fonction de la population des régions (par exemple Littoral, Vallées et Montagnes neuchâteloises). Il paraît peu adéquat d'avoir de grandes structures. Une vingtaine de lits constitue une grandeur qui permet de répondre à la mission de pension et de créer une certaine dynamique de groupe tout en conservant un esprit communautaire et de vie de famille.

Dans la mesure du possible et de par ses objectifs, la pension est située dans une agglomération, desservie par les transports publics de manière à permettre aux pensionnaires de participer à la vie locale et avoir un accès facilité à des infrastructures variées (sociales, culturelles ou sportives).

Annexe 1 – Evaluation pour la pension

EVALUATION PENSION

Nom	Date de naissance
Prénom(s)	N° d'AVS
Etat civil	Origine
Caisse-maladie	N° d'assuré
Date d'entrée	Heure d'entrée
Provenance	
Provenance	Séjour prescrit par

Noms, fonctions et signatures des évaluateurs:

Noms, fonctions et signatures des évaluateurs:

Demande acceptée Demande refusée

Motif du refus

Médecin traitant

Visa et timbre du médecin traitant

Visa et timbre de l'Institution

Lieu et date de l'évaluation

	Total des points obtenus par chapitre	Nb de points	Temps indicatif
1	Sécurité sur le lieu de vie		
2	Alimentation		
3	Mobilité - déplacement		
4	Soins d'hygiène /de base		
5	Elimination - Continence		
6	Sommeil - repos		
7	Communication-gestion		
8	Occupations-rythme de vie		
9	Orientation temporo-spatiale		
10	Mémoire		
11	Humeur		
12	Traitement et médication		
Total		pts	min.

maximum de points 49
donc moyenne 4.08
points

MOYENNE

(total des points divisé par 12)

MOYENNE DE POINTS*	DEGRE DE SOINS ET DE SURVEILLANCE	
0.00 à 0.86	Personne / catégorie de dépendance	1
0.87 à 2.04	Personne / catégorie de dépendance	2
2.05 à 3.43	Personne / catégorie de dépendance	3
3.44 à 4.51	Personne / catégorie de dépendance	4
4.52 à 5.33	Personne / catégorie de dépendance	5
5.34 à 5.96	Personne / catégorie de dépendance	6
5.97 à 6.61	Personne / catégorie de dépendance	7
6.62 à 7.36	Personne / catégorie de dépendance	8
7.37 à 8.10	Personne / catégorie de dépendance	9
8.11 à 8.85	Personne / catégorie de dépendance	10
8.86 à 9.43	Personne / catégorie de dépendance	11
9.44 à 14.00	Personne / catégorie de dépendance	12

*Entourer ce qui convient

		Points	Min. par jour			Points	Min. par jour
1	Sécurité sur le lieu de vie			3	Mobilité - Déplacements		
1.00	Autonome	0		3.00	Autonome	0	
1.01	Nécessite une légère surveillance journalière occasionnelle	1		3.01	Assistance ponctuelle et légère pour affronter problème architectural	1	
1.02	Nécessite une surveillance journalière régulière	2		3.02	Assistance pour les déplacements à l'extérieur	2	
1.03	Nécessite aussi une surveillance nocturne	4		3.03	Aide pour changement de station uniquement (assis-debout, couché-assis, debout-assis, etc.)	4	
1.04	Nécessite une surveillance journalière irrégulière	6		3.04	Surveillance dans les déplacements à l'intérieur (moyen auxiliaire autonome)	6	
1.05	Nécessite une surveillance journalière irrégulière à cause de légers risques de chute ou de fugue	8		3.05	Les déplacements nécessitent l'aide d'une personne (moyen auxiliaire assisté)	8	
1.06	Nécessite des moyens de protection supplémentaire en raison de risques de chute et/ou de fugue (barrière de lit, portail)	10		3.06	Plusieurs déplacements avec l'aide de 2 personnes et/ou moyen auxiliaire (élévateur)	10	
1.07	Un traitement actuel entraîne une surveillance accrue sur le plan de la sécurité	12		3.07	Tous les déplacements et <u>positionnements</u> obligatoirement assistés d'une personne (avec élévateur sinon déplacement impossible)	12	
1.08	Des troubles physiques ou psychiques entraînent actuellement la mise en place de mesures supplémentaires (moyens de contention: gilet de sécurité, verrouillage des portes, etc.)	14		3.08	Tous les déplacements et <u>positionnements</u> obligatoirement assistés de deux personnes (avec élévateur sinon déplacement impossible)	14	
2	Alimentation			4	Soins d'hygiène et de base		
2.00	Autonome	0		4.00	Autonome	0	
2.01	Nécessite un contrôle occasionnel de l'alimentation	1		4.01	Nécessite un contrôle journalier et des corrections occasionnelles	1	
2.02	Nécessite une assistance journalière (1 intervention par jour)	2		4.02	Nécessite un contrôle journalier et des corrections régulières	2	
2.03	Le repas de midi doit être préparé par autrui	4		4.03	Nécessite une aide active pour prendre un bain ou une douche et un contrôle journalier et de correction régulières	4	
2.04	Les 2 repas principaux doivent être préparés par autrui	6		4.04	Nécessite une surveillance et une stimulation journalières pour ses soins d'hygiène et de base	6	
2.05	Les 3 repas doivent être préparés par autrui	8		4.05	Nécessite une aide partielle quotidienne pour ses soins d'hygiène et de base	8	
2.06	La prise des repas se fait sous surveillance	10		4.06	Une stimulation adéquate et constante permet l'accomplissement d'une partie des soins par le résident ou une aide complète est nécessaire	10	
2.07	Les aliments doivent être apprêtés par autrui + présence constante pendant le repas	12		4.07	Toilette complète quotidienne et surveillance/soins de peau intensifs	12	
2.08	Les repas ne se prennent que grâce à la stimulation ou l'aide d'autrui, des troubles physiques ou psychiques entraînent actuellement la mise en place d'une alimentation assistée ou parentérale	14		4.08	Une 2e personne ou une aide mécanique est indispensable pour assurer des soins de qualité. Des troubles physiques ou psychiques rendent actuellement les soins difficiles	14	

		Points	Min. par jour			Points	Min. par jour
5	Elimination - Continence			7	Communication et gestion		
5.00	Continent et autonome	0		7.00	Autonome	0	
5.01	Contrôle sphinctérien intact, légère assistance de contrôle	1		7.01	Pas de problème de communication mais nécessite une surveillance pour gérer ses affaires	1	
5.02	Contrôle sphinctérien intact, assistance de contrôle et aide pour troubles de l'élimination fécale	2		7.02	Pas de problème de communication mais nécessite une aide pour gérer ses affaires	2	
5.03	Incontinence urinaire occasionnelle, nécessite un contrôle régulier	4		7.03	Inhibition personnelle limitant les communication - nécessite une aide pour gérer ses affaires	4	
5.04	Incontinence urinaire légère (petites couches de protection)	6		7.04	Nécessite une aide pour utiliser les moyens de communication et une aide pour gérer ses affaires	6	
5.05	Programme de training WC+change régulier (protections en cellulose indispensables)	8		7.05	Communication réduite et prise en charge de ses affaires par des tiers	8	
5.06	Incontinence moyenne urinaire et/ou fécale - change régulier des protections en cellulose (absorption forte) et soins de peau.	10		7.06	Communication limitée aux choses très simples - des tiers s'occupent entièrement de ses affaires	10	
5.07	Incontinence grave urinaire et/ou fécale - change régulier des protections en cellulose (absorption forte) et soins de peau.	12		7.07	Rencontre des difficultés à s'exprimer suite à un handicap physique ou psychique - des tiers s'occupent entièrement de ses affaires	12	
5.08	Des troubles de la continence ou de l'élimination rendent actuellement nécessaires des mesures spéciales (sonde vésicale, vidange manuelle, irrigation, soins de stomie, etc.)	14		7.08	Des troubles physiques ou psychiques rendent actuellement la communication difficile ou impossible.	14	
6	Sommeil - repos			8	Occupations et rythme de vie		
6.00	Autonome	0		8.00	Autonome	0	
6.01	Troubles du sommeil corrigés (somnifères)	1		8.01	Nécessite une surveillance quant à l'organisation de ses occupations	1	
6.02	Troubles du sommeil partiellement corrigés (1 appel nocturne)	2		8.02	Nécessite une aide quant à l'organisation de ses occupations	2	
6.03	Troubles du sommeil partiellement corrigés (appels nocturnes réguliers mais prévisibles)	4		8.03	Nécessite une aide quant à l'organisation de ses occupations et à l'accomplissement de celles-ci	4	
6.04	Troubles du sommeil partiellement corrigés (3 à 4 appels nocturnes réguliers et prévisibles)	6		8.04	Nécessite une stimulation quant à l'accomplissement des activités	6	
6.05	Troubles du sommeil difficilement corrigibles (appels nocturnes fréquents et imprévisibles)	8		8.05	Seule une prise en charge individuelle permet quelques activités	8	
6.06	Troubles du sommeil importants avec agitation nocturne (appels plusieurs fois par nuit)	10		8.06	Seule une prise en charge individuelle permet un seul type d'activité	10	
6.07	Troubles du sommeil importants avec agitation nocturne pouvant déranger fortement l'entourage (appels plusieurs fois par nuit)	12		8.07	Des troubles physiques ou psychiques rendent actuellement l'organisation des occupations difficile	12	
6.08	Troubles graves du sommeil (inversion jour/nuit) réclamant une présence intensive de la (du) veilleuse (eur)	14		8.08	Des troubles physiques ou psychiques rendent actuellement l'organisation des occupations impossible avec troubles du rythme de vie entraînant des problèmes pour l'entourage	14	

		Points	Min. par jour			Points	Min. par jour
9	Orientation temporo-spaciale			11	Humeur		
9.00	Autonome	0		11.00	Autonome	0	
9.01	Nécessite des rappels de temps et de lieu occasionnels	1		11.01	Légère labilité de l'humeur qui demande quelques ajustements journaliers	1	
9.02	Nécessite une surveillance de temps et de lieu régulière et prévisible	2		11.02	Signes d'anxiété nécessitant une présence régulière et prévisible	2	
9.03	Nécessite une aide diurne de temps et de lieu régulière et prévisible	4		11.03	Signes d'anxiété nécessitant des interventions régulières par 24 h	4	
9.04	Nécessite aussi une aide nocturne de temps et de lieu occasionnelle	6		11.04	Signes d'anxiété nécessitant une prise en charge personnelle	6	
9.05	Nécessite une surveillance de temps et de lieu irrégulière	8		11.05	Signes d'anxiété nécessitant une aide médicamenteuse nocturne	8	
9.06	Nécessite une aide diurne de temps et de lieu irrégulière	10		11.06	Signes d'anxiété nécessitant une aide médicamenteuse diurne	10	
9.07	Nécessite aussi une aide nocturne de temps et de lieu fréquente	12		11.07	Troubles dus à l'anxiété entraînant de graves perturbations du comportement	12	
9.08	Désorientation temporo-spaciale entraînant des troubles graves du comportement	14		11.08	Troubles dus à l'anxiété entraînant de graves perturbations du comportement avec hallucinations et/ou risques de suicide	14	
10	Mémoire			12	Traitement et médication		
10.00	Autonome	0		12.00	Autonome	0	
10.01	A conscience de quelques oublis qui n'entraînent que peu de désagréments	1		12.01	Contrôle et administration de la médication	1	
10.02	A besoin qu'on lui confirme l'exactitude de ses souvenirs	2		12.02	Surveillance infirmière diurne régulière et prévisible	2	
10.03	A besoin de surveillance mémoire et de contrôles quant à l'exécution des actes en rapport	4		12.03	Soins infirmiers techniques de routine réguliers et prévisibles	4	
10.04	A besoin d'une aide diurne mémoire (rappels fréquents de jour)	6		12.04	Surveillance infirmière sur 24 h avec interventions régulières et prévisibles	6	
10.05	A aussi besoin d'une aide mémoire nocturne (rappels de nuit)	8		12.05	Surveillance infirmière diurne irrégulière	8	
10.06	Troubles mnésiques entraînant de légers troubles du comportement avec angoisse mais peu de gêne pour l'entourage	10		12.06	Soins infirmiers techniques de routine en situation évolutive	10	
10.07	Troubles mnésiques entraînant des troubles du comportement et gêne pour l'entourage	12		12.07	Surveillance infirmière sur 24 h - Soins infirmiers pour situation évolutive non aigüe	12	
10.08	Troubles mnésiques entraînant des troubles graves du comportement	14		12.08	Soins de réadaptation - Traitements spéciaux - Soins aigus - Soins palliatifs terminaux avec traitements et accompagnement spécifique	14	