

Plan maladies neurodégénératives 2014-2019

« Un programme d'action en évolution
pour les personnes souffrant de ces pathologies »



Sommaire

- 1) Bilan des trois plans Alzheimer
- 2) Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019
- 3) **Etat des lieux de l'offre de santé et perspectives en Normandie**
 - a) Caractéristiques de la population*
 - b) Offre de soins*
 - c) Offre médico-sociale*
 - d) Offre de prévention*
- 4) Conclusion



1

Bilan des trois plans Alzheimer

Principales actions mises en place au cours des 3 plans Alzheimer

- Lancement d'un débat éthique autour de la maladie d'Alzheimer.
- Couverture complète du territoire français par les centres mémoire.
- Mise en place de structures de prise en charge des troubles comportementaux.
- Médicalisation des établissements pour personnes âgées.
- Développement de l'intégration des services.
- Organisation de la prise en charge des personnes jeunes atteintes de maladie d'Alzheimer.
- Excellence française dans le domaine de la recherche génétique.

Recommandations issues du bilan des 3 plans Alzheimer

- Elargissement du périmètre aux maladies neurodégénératives (MND).
- Adaptation des structures à la prise en charge des MND.
- Formation des professionnels sanitaires et médico-sociaux.
- Renforcement de l'intégration des services et éviter la fragmentation.
- Définition d'une stratégie nationale de la recherche sur les MND.
- Création d'un réseau de centres d'excellence.
- Amélioration des collaborations académie/industrie.
- Identification des indicateurs d'évaluation du plan maladies neurodégénératives.



2

Le plan maladies neurodégénératives 2014 - 2019

Cohérence d'un périmètre MND

- Des maladies ayant des mécanismes génériques spécifiques mais qui utilisent certains mécanismes communs de dégénérescence neuronale.
- Des maladies qui créent une perte progressive d'autonomie par des restrictions fonctionnelles cognitives et comportementales, motrices ou sensorielles à des degrés divers.
- Des maladies dans lesquelles soins et accompagnement peuvent partager des stratégies harmonisées.
- Des maladies qui peuvent bénéficier d'une stratégie de recherche coordonnée.

4 axes stratégiques

- Soigner et accompagner tout au long de la vie.
- Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des MND.
- Développer et coordonner la recherche.
- Faire de la gouvernance un véritable outil de pilotage.

Axe soins et accompagnement

49 mesures au service de 4 enjeux

- Renforcer l'offre médico-sociale et son intégration dans les parcours de soins et de santé.
- Améliorer et harmoniser les pratiques professionnelles par la formation.
- Poursuivre le développement du Plan Alzheimer (20 mesures).
- Organiser les parcours des MND.

Axe sociétal

19 mesures au service de 5 enjeux

- Communiquer et faire connaître les MND.
- Développer l'accès aux innovations technologiques.
- Soutenir et former les aidants.
- Faciliter les démarches administratives.
- Mobiliser les espaces de réflexion éthique.

Axe recherche

26 mesures pour favoriser l'accès des équipes françaises à la compétition internationale

- Comité de pilotage avec un lien direct à l'équipe projet nationale.
- Programmation coordonnée d'appels d'offres (DGRI, DGOS).
- Labellisation de Centres d'excellence MND en enseignement et recherche.

Axe gouvernance

10 mesures pour rendre effective la démocratie en santé

- Comité de pilotage étendu et participatif, associant les représentants de malades et d'aidants.
- Pilotage national pour les mesures ayant une portée nationale et internationale.

Instruction du 22 janvier : lancement de l'élaboration d'un état des lieux dans 6 domaines et 6 thématiques régionales identifiées :

Domaines

- caractéristiques de la population,
- expertise,
- prévention et les soins,
- autonomie,
- dispositifs d'intégration et de coordination,
- dépenses pour l'assurance maladie.

➔ **plan d'action** reprenant les orientations du PMND.

Thématiques régionales

- favoriser un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance,
- garantir l'accès à une prise en charge adaptée sur tout le territoire,
- faciliter la vie avec la maladie au sens d'une société respectueuse intégrative et volontaire dans son adaptation,
- renforcer la prévention et le rôle de la personne malade et de ses proches dans la gestion de la maladie,
- soutenir les proches aidants,
- faire des droits de la personne et de la réflexion éthique un levier de la conduite du changement.



3

Etat des lieux de l'offre de santé et perspectives en Normandie

**a) Caractéristiques de la
population**

Vieillessement de la population

Au 1^{er} janvier 2015 la Normandie compte 3 334 700 habitants.

En 2015, les 25-59 ans représentent 44% de la population et **les plus de 75 ans 9,7%** (taux national = 9,3 %).

La pyramide des âges permet d'anticiper la stabilité des besoins sur la base de l'effectif des "personnes de 60 ans" qui se maintient pour les générations futures.

Le vieillissement de la population concernera l'ensemble des territoires et pose d'ores et déjà la question de la prise en charge de la population en termes de politiques de santé adaptées.

La part des plus de 75 ans

En 2015, la part des personnes âgées de plus de 75 ans représente 9,7%.

À l'horizon 2040, près de 11 % de la population Normande aura plus de 80 ans.

Indice de vieillissement

Normandie occidentale : **90,32 %**

Normandie orientale : **70,51 %**

France : **76,39 %**

Taux de prévalence et taux d'incidence /pathologies

2014 <u>ALD 15</u> (Alzheimer) Tous âges	Nombre total patients	Prévalence 100 000 h	Incidence 100 000 h
France entière	312 806	475	97
Calvados	3 456	500	94
Eure	2 185	366	68
Manche	2 337	468	91
Orne	1 316	458	85
Seine Maritime	5 795	462	87

Augmentation constante de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques.

***Incidence** : nombre de nouveaux cas dans un temps donné pour une population donnée.

***Prévalence** : nombre de cas dans une population donnée à un instant donné.

2014 <u>ALD 16</u> (Parkinson) Tous âges	Nombre total patients	Prévalence 100 000h	Incidence 100 000 h
France entière	113 816	173	26
Calvados	1 174	170	25
Eure	869	146	20
Manche	808	162	24
Orne	456	159	22
Seine Maritime	2 033	162	21

2014 <u>ALD 25</u> (SEP) Tous âges	Nombre total patients	Prévalence 100 000 h	Incidence 100 000 h
France entière	78 761	120	8
Calvados	866	125	9
Eure	666	112	7
Manche	568	114	8
Orne	337	117	7
Seine Maritime	1 629	130	7

Impact du vieillissement sur le nombre de patient en ALD 15/16/25

Normandie 2014	< 45 ans	45 ans – 74 ans	75 ans et +
Alzheimer (ALD15)	53	1 573	13 452
Parkinson (ALD16)	26	2 146	3 150
SEP (ALD25)	1 349	2 540	177

- Pour la maladie d'Alzheimer, très forte augmentation après 75 ans.
- Pour la maladie de Parkinson, augmentation régulière du nombre de malades.
- Pour la sclérose en plaques (SEP), après 75 ans diminution du nombre de malades déclarés en ALD 25 (probablement déclarés dans d'autres ALD).

Synthèse

- Un vieillissement de la population :
 - ⇒ une augmentation importante des plus de 75 ans,
 - ⇒ tous les départements sont globalement impactés, pour autant l'Orne et la Manche comptent le plus grand nombre de personne de plus de 75 ans,
 - ⇒ l'indice de vieillissement de la Normandie occidentale est supérieur à l'indice national.
- Une augmentation constante de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques.
- Une espérance de vie inférieure à celle du niveau national.
- Un taux de mortalité (quelle que soit la cause) supérieur au taux national.

b) Offre de soins

Premier recours (données 2015)

Médecins généralistes

Densité Normandie

8,6/10 000 ha

(Fr : 9,3/10 000 ha)

Département de l'Eure
particulièrement touché par
la désertification médicale
(7,2/10 000 ha).

Infirmiers libéraux

Densité Normandie

8,5/10 000 ha

(Fr : 12,5/ 10 000 ha)

L'Eure est le
département le moins
bien doté en Normandie
(6,7/10 000 ha).

Masseurs-kiné

Densité Normandie

5,5 /10 000ha

(Fr : 9,2/10 000 ha)

La région est nettement
moins bien dotée que la
moyenne française.
L'Eure et l'Orne sont les
moins pourvues
(7,7/10 000 ha).

Orthophonistes

Densité Normandie

1,9/10 000 ha

(Fr : 2,9/10 000 ha)

Points forts

- déploiement des pôles de santé, favorisant le travail en coordination,

Points à améliorer

- le déficit en professionnel des santé,

Perspectives PMND

- sensibiliser au diagnostic précoce, favoriser le travail en équipe au sein des maisons et pôles de santé,
- favoriser l'implication des professionnels de santé dans les dispositifs de coordination et d'intégration, formation des MK libéraux à la rééducation neurologique.

Les réseaux de santé

Réseaux	Nombre réseaux impliqués	Files actives 2015	Alzheimer	Parkinson	SEP
HN	8	2 394	318	49	396
BN	2	620	16	1	451
Total	10	3 014	334	50	847

Au-delà des réseaux SEP, on note des interventions d'autres réseaux thématiques (PA + SP) pour maintien à domicile des patients souffrant de MND et rééquilibrage de traitements complexes antalgiques (SP) => appui aux cas complexes.

o **PMND : circulaire réseaux en attente.**

Points forts

- interventions auprès des patients atteints de MND (évaluation, coordination),
- selon les thématiques et territoires : articulations avec les équipes mobiles, les SSIAD, les HAD,

Points à améliorer

- coordination d'appui des parcours de santé complexes,
- développement des articulations avec les réseaux territoriaux polyvalents,
- inscription dans les orientations de l'HAS sur prestations dérogatoires,

Perspectives PMND

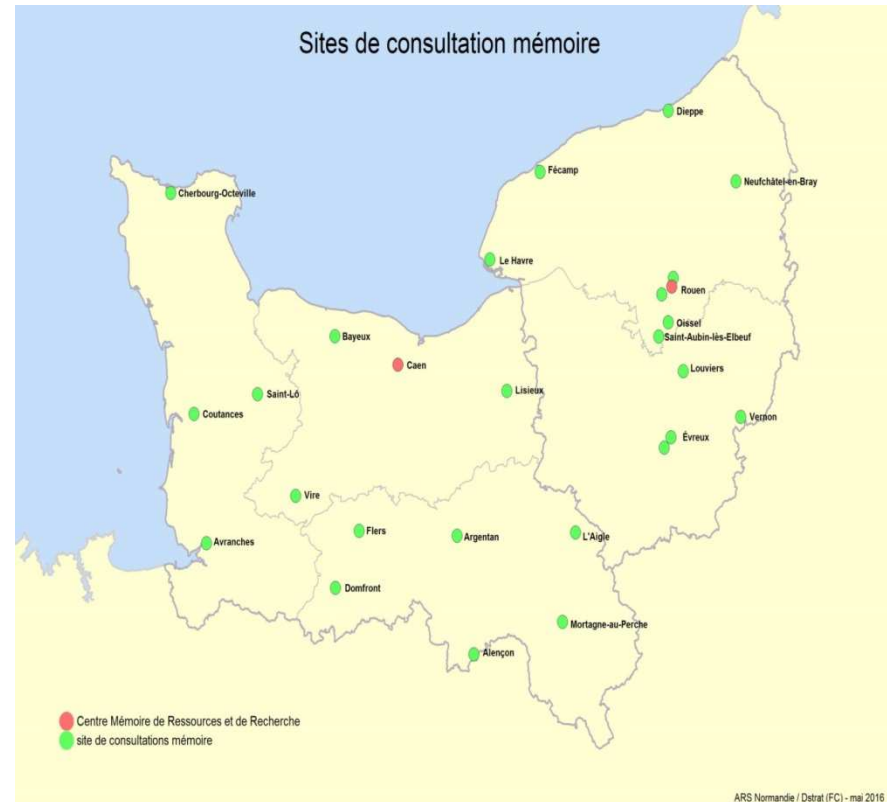
- élargir à d'autres maladies ND,

Le dispositif d'expertise (Alzheimer)

Mesures 11 et 12 du plan Alzheimer : missions de diagnostic, traitement, suivi des patients et formations des personnels.

Vocation régionale des CMRR : recours, recherche éthique, formation et animation du réseau des consultations mémoire de son territoire en plus de l'activité de consultation mémoire de proximité.

Bilan : 1 CMRR dans chaque CHU, maillage régional des sites de consultations mémoire (25 sites). Leur activité augmente progressivement.



Le CHU de Rouen

Un **CMRR / Centre National de référence Malades Alzheimer jeunes (CNR-MAJ)**, chargé du diagnostic des formes génétiques pour l'ensemble du territoire. Ce centre a également développé une expertise pour le diagnostic des calcifications cérébrales primaires.

Un centre expert labellisé pour le Parkinson, il assure des compétences neurochirurgicales en matière de neurostimulation cérébrale.

Le CHU de Caen

Un CMRR et un centre pour la maladie de Parkinson.

Pas de centre expert SEP en Normandie. La région est dotée de 2 réseaux scléroses en plaques.

Points forts

- l'accès au diagnostic, et au suivi grâce au maillage des consultations mémoire,
- la réflexion éthique,
- les articulations avec les filières de soins gériatriques,
- la transversalité entre les différents centres experts,

Points à améliorer

- la réduction des délais d'attente,
- la formation des généralistes,

Perspectives PMND

- conforter les consultations mémoire et les CMRR, le travail en réseau,
- renforcer la dynamique autour des centres experts parkinson,
- labelliser un centre expert SEP,
- favoriser la synergie entre les centres existants autour d'une compétence transversale MND, valoriser et diffuser les bonnes pratiques organisationnelles et les initiatives existantes,

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD)

Il existe un maillage de tout le territoire par les HAD.

Toutes les HAD sont amenées à prendre en charge régulièrement des malades présentant des MND ; les HAD sont peu sollicitées par les établissements de santé (chronicité des symptomatologies).

Le plus souvent les HAD interviennent pour des soins palliatifs et des pansements complexes.

L'activité des HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) reste faible dans la région.

Points forts

- Le maillage territorial,

Points à améliorer

- le continuum SSIAD/HAD,
- les interventions dans les ESMS,
- la communication auprès des médecins libéraux,

Perspectives PMND

- développer les continuum SSIAD/HAD, faciliter les relais en amont et en aval,
- développer les articulations avec les ESMS,
- promouvoir l'HAD en EHPAD (assurance maladie).

Points forts

- l'identification des 14 filières de soins gériatriques,
- la participation à la dynamique d'intégration,

Points à améliorer

- la structuration de l'offre gériatrique sur chaque territoire,
- la mise en place d'un numéro unique pour faciliter l'accès à la FSG,
- la diminution du nombre de passages aux urgences et le développement des entrées directes,

Perspectives PMND

- poursuivre la structuration des filières de soins gériatriques sur chaque territoire de parcours.

Les unités cognitivo-comportementales (UCC)

Mesure 17 du plan Alzheimer : installer des UCC de 10 à 12 lits en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, valides et présentant des troubles du comportement productifs, adressés par un médecin libéral, d'EHPAD ou hospitalier.

Objectif du plan Alzheimer dépassé globalement.

6 UCC (4 fonctionnelles)



Points forts

- les articulations existantes avec la filière de soins gériatriques,
- la prise en charge des personnes présentant une décompensation aiguë de troubles du comportement,

Points à améliorer

- l'installation de toutes les UCC autorisées,
- l'absence d'UCC dans l'Orne,
- la communication notamment auprès des intervenants du premier recours,

Perspectives PMND

- évaluer et identifier les besoins en UCC,
- conforter les articulations avec la filière de soins gériatriques,

A ce jour, les 10 UCC annoncées dans le PMND ne sont pas encore positionnées



c) Offre médico-sociale

Le dispositif d'intégration

Apporter la bonne réponse au bon endroit et au bon moment.

L'ARS de Normandie a retenu comme axe stratégique l'approche « parcours de vie et de santé » avec la volonté de positionner la personne âgée au cœur du système de santé pour éviter les ruptures de prise en charge.

Ce déploiement s'effectue grâce aux méthodes d'intégration qui facilitent les coopérations entre les acteurs et favorisent l'adaptation de l'offre de services aux besoins des personnes âgées, l'évolution des pratiques professionnelles.

La gouvernance

Cette méthode impose d'agir de manière simultanée à 3 niveaux :

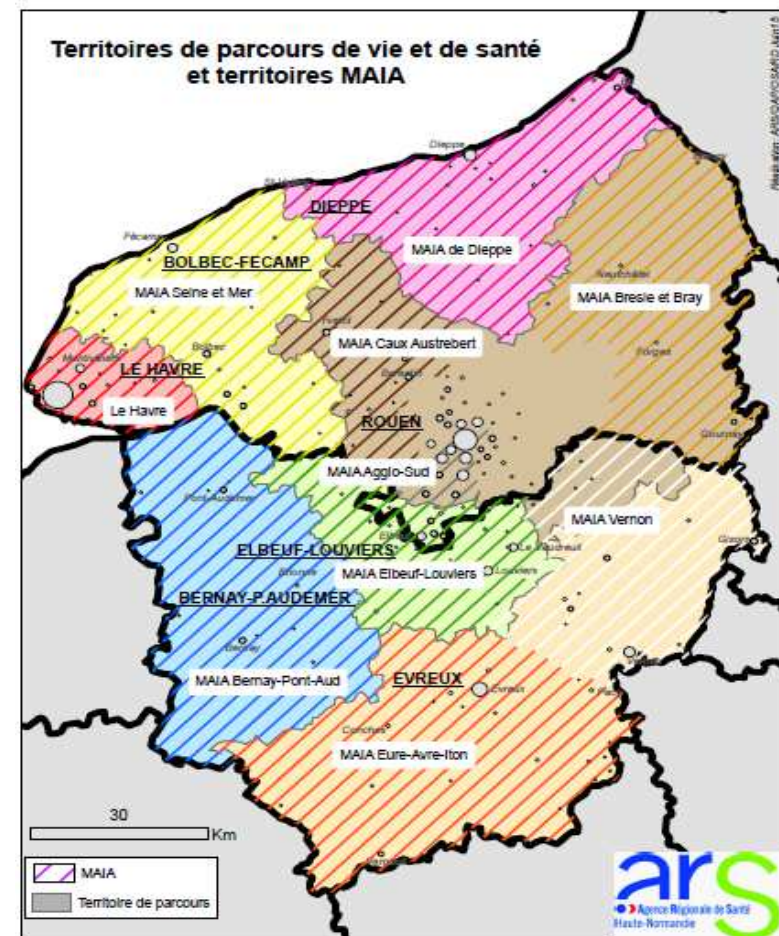
- ❶ Participation des différents décideurs et financeurs pour valider les orientations proposées par les acteurs (tables stratégiques).
- ❷ Mobilisation des acteurs de l'organisation de l'offre à l'échelle des territoires de parcours (tables tactiques) :
 - harmonisation des pratiques professionnelles,
 - élaboration d'un projet de territoire,
 - mise en place progressive des guichets intégrés,
 - mise en place de formation notamment sur les MND à destination des professionnels de santé du domicile.
- ❸ Coordination des interventions avec la personne et sa famille.
 - articulations des soins de premier recours, CLIC, réseaux et gestion de cas.

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

Mesure 4 du plan Alzheimer.

En ex-Haute-Normandie = **10 MAIA en 2015**

En ex-Basse-Normandie = **8 MAIA en 2015** manque 3 MAIA pour couvrir tout le territoire.



Points forts

- La mise en place de la gouvernance à trois niveaux,
- le co-pilotage avec les Conseils départementaux,
- l'existence club MAIA se réunissant régulièrement,
- l'accompagnement des pilotes par un chargé de mission,
- l'organisation de journée régionale de sensibilisation à la méthode (colloque),
- la formation des gestionnaires de cas et des pilotes aux MND,

Points à améliorer

- le développement d'une stratégie commune à l'échelle de la Normandie pour poursuivre le déploiement des MAIA,
- la mobilisation de certains professionnels notamment du secteur libéral,

Perspectives PMND

- achever la couverture de la région en MAIA,
- finaliser les diagnostics de territoire,
- renforcer les concertations,
- mettre en place les guichets intégrés.

Les services de soins à domicile (SSIAD)

La région s'est dotée de 6 352 places de SSIAD (taux d'équipement en places de SSIAD/1 000 PA de 75 ans et plus est de 19.8, identique au niveau national).

Expérimentation : création de 39 places de SSIAD d'urgence pour faciliter les sorties d'hospitalisation.

Elaboration d'un référentiel de bonnes pratiques (RBPP) en SSIAD : harmoniser des critères d'inclusion, faciliter les collaborations avec les acteurs du maintien à domicile (projet de « SSIAD Ressources », SPASAD), accompagnement des publics en situation d'handicap.



Points forts

- le maillage du territoire par des SSIAD (taux d'équipement proche du niveau national),
- l'élaboration du référentiel de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) des SSIAD,
- les expérimentations pour faciliter les sorties d'hospitalisation,

Points à améliorer

- les continuum SSIAD/HAD,
- la pluridisciplinarité des équipes des SSIAD (ergothérapeute ...),

Perspectives PMND

- diffuser le référentiel de bonnes pratiques en SSIAD,
- identifier les complémentarités entre acteurs de l'aide à domicile, expérimentation de SPASAD,
- former les intervenant aux MND.

Les équipes spécialisées à domicile (ESA)

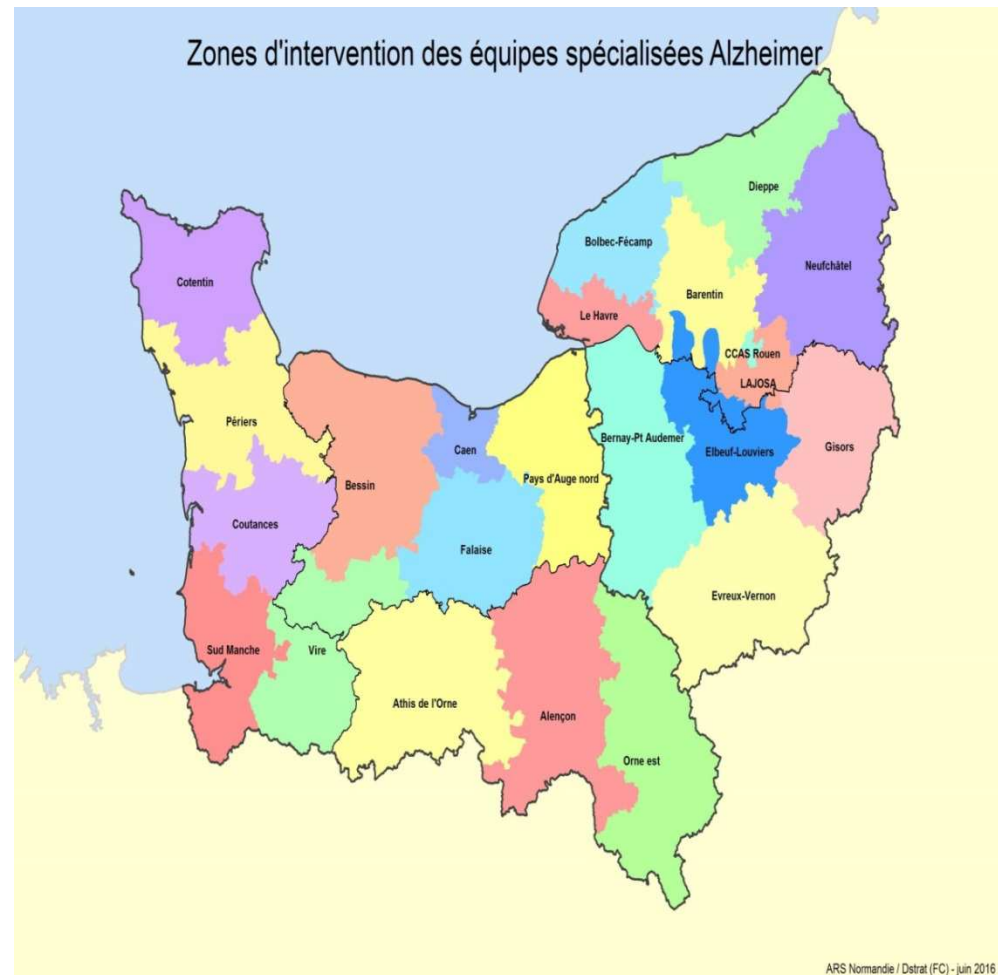
Mesure 6 du plan Alzheimer. Prévoit pour les SSIAD, la possibilité de constituer une ESA, composée d'assistants de soins en gérontologie, de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes.

Il existe un maillage total du territoire.

Difficultés

Problématique des PEC post-ESA et d'inscrire ces solutions dans la durée.
Carence de certains professionnels ergothérapeutes et psychomotriciens, territoires géographiques étendus.
Méconnaissance des ESA par certains professionnels.

⇒ **25 ESA soit 250 places.**



Points forts

- le maillage du territoire,
- les articulations avec les filières de soins gériatriques,
- la mise en place d'un club ESA (harmonisation des pratiques professionnelles, dynamique régionale),

Points à améliorer

- la révision des territoires d'intervention,
- l'amélioration de la communication avec certains médecins généralistes,

Perspectives PMND

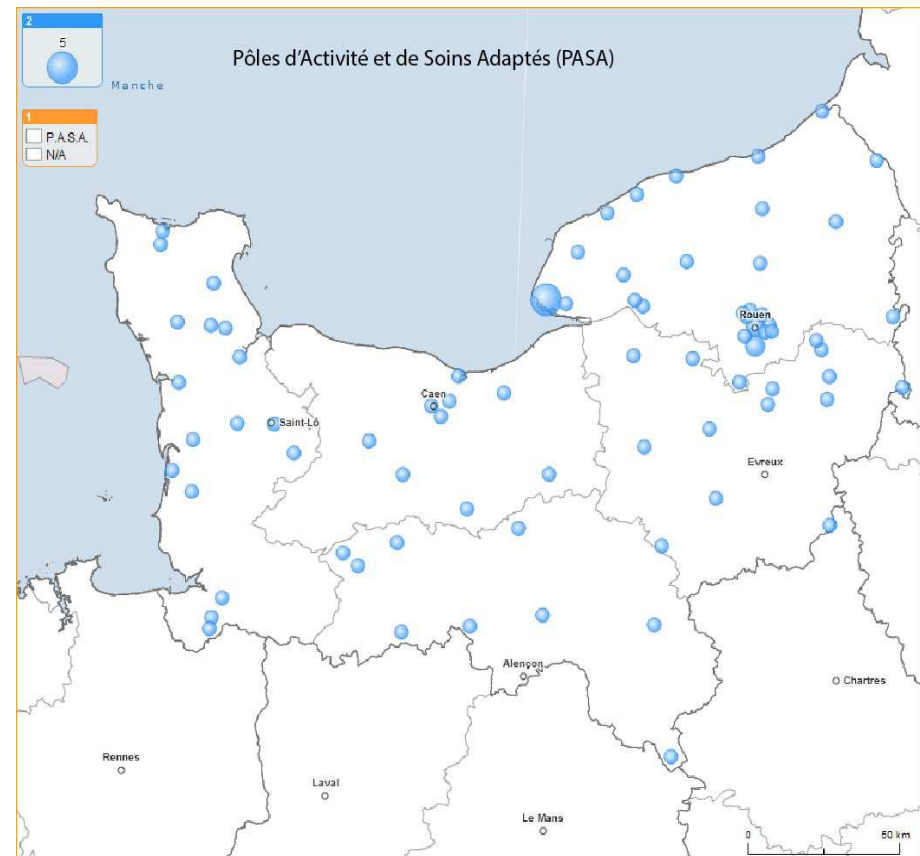
- renforcer les ESA (constituer un groupe de travail pour identifier les critères retenus et les territoires à renforcer),
- adapter les interventions des ESA aux MND.

Les pôles d'activités et de soins Alzheimer en EHPAD (PASA)

Mesure 6 du plan Alzheimer. Mise en place des PASA qui permettent d'accueillir, dans la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités.

Equité territoriale de répartition des PASA.

⇒ **91 PASA ont été installées dans les EHPAD de 60 places et plus.**



Points forts

- un dispositif permettant aux équipes des EHPAD de mieux prendre en charge les résident présentant des troubles du comportement modérés,

Points à améliorer

- l'évaluation du dispositif et identification des besoins,

Perspectives PMND

- identifier les besoins et accompagner l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes présentant une MND,
- poursuivre le déploiement des PASA à intégrer dans la contractualisation CTP/CPOM,
- poursuivre la structuration de l'offre sur chaque territoire de parcours,
- poursuivre la formation du personnel aux spécificités des MND.

Les unités d'hébergement renforcées (UHR)

Mesure 16 du plan Alzheimer. Installer des UHR capacité de 12 à 14 résidents, comprenant un lieu de vie et de soins qui fonctionne jour et nuit et propose sur un même lieu d'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents présentant des troubles du comportement sévères.

6 UHR/EHPAD et 10 UHR/USLD.



Points forts

- l'offre s'inscrit dans la dynamique d'organisation des filières de soins gériatriques,
- le développement de prise en charge non médicamenteuse,

Points à améliorer

- l'évaluation du dispositif , identification des besoins,

Perspectives PMND

- poursuivre le développement d'UHR et à court terme autoriser 3 UHR en EHPAD (financement prévu dans le PMND),
- poursuivre la formation du personnel aux spécificités des MND.

Les accueils de jour (AJ) et les hébergements temporaires (HT)

Mesure 1 du plan Alzheimer : adaptation de l'offre pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

- **803 places d'AJ** : mise en conformité (capacité à 6 places minimum) ou transformation de certaines places en plateforme de répit.
- **624 places d'HT** : autorisées depuis 2010, mise en place d'un offre innovante

Points forts

- une réorganisation de l'offre pour répondre aux besoins de répit,

Points à améliorer

- le faible taux d'occupation / actions de communication à renforcer,
- le déploiement d'actions à destination des aidants familiaux,

Perspectives PMND

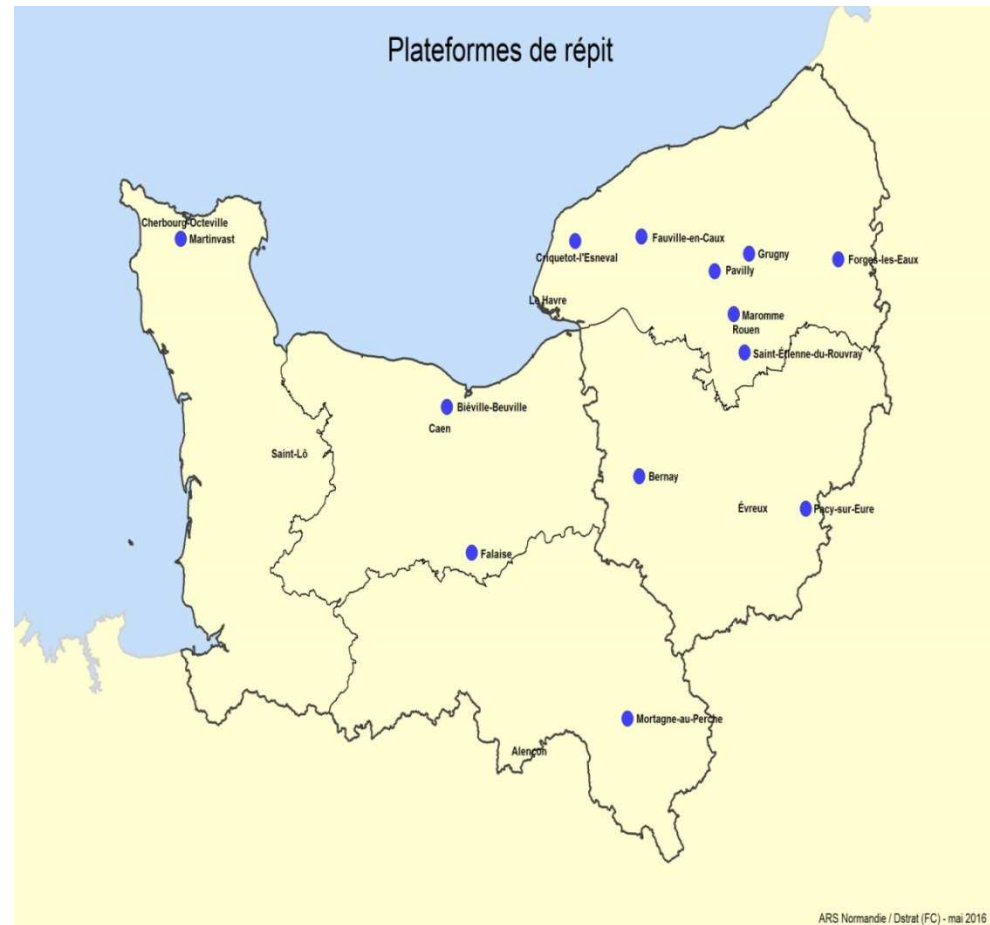
- identifier les besoins et poursuivre l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées et notamment aux MND,
- généraliser les appels à projets appelant une réorganisation du dispositif de répit (plateformes, AJ, HT...) par territoire de parcours avec l'appui des pilotes MAIA.

Les plateformes de répit (PFR)

Mesure 1 du plan Alzheimer. Les PFR ont été installées dans le but de faciliter le soutien des aidants.

8 PFR ont été installées grâce aux financements des plans Alzheimer.

5 par transformation de l'offre (le plus souvent à partir de places d'AJ) permettant ainsi de mettre en place des dispositifs de répit innovant comme notamment du balluchonnage.



Points forts

- lancement d'appels à projets au regard des diagnostics réalisés par les pilotes MAIA,
- la prévention de l'épuisement de l'aidant,
- le renforcement du nombre de plateformes participe à une réponse de proximité,
- le caractère innovant des offres de répit proposées,

Points à améliorer

- renforcer la communication sur ces dispositifs,
- tous les territoires de parcours ne disposent pas de dispositif de répit,

Perspectives PMND

- poursuivre la communication auprès des aidants et des professionnels de santé,
- évaluer les dispositifs innovants de répit,
- diversifier par transformation l'offre de répit sur chaque territoire de parcours via les appels à projets,
- poursuivre le développement des PFR : 2 PFR supplémentaires (financement PMND).

Les établissements sociaux et médicaux sociaux (accueil des personnes de moins de 60 ans)

Les personnes présentant une MND de – de 60 ans nécessitant un hébergement en ESMS sont prises en charge en MAS et en FAM ou par dérogation en EHPAD.

Un travail a été mené sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes (PHV) (Appel à projets réalisé en mai 2016).

Une « enquête flash » sera réalisée pour identifier les besoins des MND et adapter l'offre.

Points forts

- la région dispose de taux d'équipement proches du niveau national,
- la professionnalisation et médicalisation des ESMS,
- les réflexions sur les PHV, expérimentation lancée en 2016,
- la dynamique des associations de malades pour faire évoluer l'offre de services,

Points à améliorer

- la formation des professionnels aux MND,
- la réponse aux besoins des malades jeunes,

Perspectives PMND

- poursuivre le développement des formations et les articulations nécessaires à la prise en charge des malades neurodégénératifs.

Le soutien aux aidants

Mesure 2 du plan Alzheimer permet de lancer des appels à projet pour organiser des formations à destination des aidants.

Ex-Haute-Normandie 2011/2015

- ⇒ 58 formations financées
- ⇒ 8 porteurs de projet
- ⇒ 18 conventions signées
- ⇒ 256 aidants formés

Ex-Basse-Normandie 2011/2014

- ⇒ 20 formations financées
- ⇒ 10 porteurs de projet
- ⇒ 10 conventions signées
- ⇒ 161 aidants formés

Les associations de malades neurodégénératifs réalisent chaque année des actions de formations (en faveur des malades, de leurs proches et des professionnels) et de sensibilisation pour soutenir les aidants (écoute et informations, groupes de parole, des activités ponctuelles, des ateliers de mobilisations, café mémoire...).

Points forts

- la prévention des situations de crise,
- la forte implication des associations de malades,

Points à améliorer

- la participation des aidants aux formations qui leurs sont destinées,
- le coût des formations,

Perspectives PMND

- optimiser l'accès à l'offre de répit,
- poursuivre la sensibilisation des aidants,
- relancer un appel à projets sur des formations/informations à destination des aidants (groupe de travail organisé par la CNSA pour élaborer un référentiel d'action d'accompagnement) (formation/répit),
- articuler les financements avec ceux de la conférence des financeurs.



d) Offre de prévention

Actions sur les facteurs de risque de dégradation de l'état de santé

- Des actions de prévention ont été menées en ex-Haute-Normandie notamment la pratique d'une **activité physique** et le **maintien de l'équilibre nutritionnel**.

Activité physique

- **Plan SSBE** : promotion de l'activité physique pour les personnes vieillissantes (Axe 3) décliné en 4 actions principales :
 - ⇒ identifier les ressources et l'offre existante,
 - ⇒ promouvoir les activités physiques et sportives auprès des personnes vieillissantes (lisibilité et accessibilité de l'offre, développement des activités physiques et sportives).
 - ⇒ mettre davantage en lien les acteurs des secteurs de la santé, du médico-social avec ceux du secteur du sport adapté.
- **Un appel à projet** a été mis en place en 2014-2015 pour permettre aux EHPAD de s'équiper ou de former le personnel à la mise en place d'activité physique dans ces structures (16 d'entre elles ont pu être financées pour un total de 140 000 €).

Equilibre nutritionnel

Information sur la nécessité d'améliorer l'alimentation et de lutter contre la dénutrition de la personne âgée en institution et à domicile.

- projet confié à l'URIOPSS,
- formation de tous les acteurs (aides à domicile ; accueillants familiaux ; aidants familiaux ; personnels d'encadrement des structures permettant un maintien des personnes à domicile ; personnels des SSIAD).
- le premier volet de l'action : 41 EHPAD formés sur la dénutrition de la personne âgée soit 640 salariés.
- le deuxième volet concernait les personnes à domicile réalisée entre 2011 et 2013.

– L'offre d'Education thérapeutique

⇒ **CHU de Rouen** : Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée à un stade léger et/ou des aidants naturels.

Maladie de Parkinson : Mieux vivre avec la maladie de Parkinson.

⇒ **Centre rééducation de Deauville** : éducation thérapeutique du patient avec une maladie de parkinson.

⇒ **Association RBN SEP de Caen** : ETP pour les malades présentant une SEP et leur entourage.

– Lancement d'un appel à projets dans le cadre du PMND en 2015 en ex-Haute-Normandie, ce qui a permis de financer 3 projets supplémentaires :

⇒ **CHI Caux vallée de seine** (ETP Alzheimer).

⇒ **Clinique de l'Europe** (ETP Parkinson).

⇒ **CH Fernand Langlois Neufchâtel en Bray** (ETP Alzheimer).

Points forts

- la sensibilisation des professionnels à la prévention,

Points à améliorer

- la dynamique territoriale des programmes,
- l'élargissement des thèmes des programme de prévention comme notamment le dépistage précoce des problèmes d'audition, de dentition....

Perspectives PMND

- développer l'éducation thérapeutique et les programmes d'accompagnement, dans le cadre des recommandations de la Haute autorité de santé, en prenant en compte les besoins du patient et ceux de ses proches,
- créer une dynamique régionale entre les équipes ETP,
- agir sur les facteurs de risque de dégradation de l'état de santé,
- poursuivre le déploiement des outils MobiQual,
- relancer en 2016 en Normandie orientale



4

Conclusion

Conclusion

Pour répondre au défi du vieillissement, l'ARS de Normandie déploie la démarche d'intégration sur toute la région dans le but de faire évoluer le système de soins et réduire les inégalités territoriales.

Les trois plans Alzheimer ont permis de :

- mettre en place une gouvernance en co-construction avec les conseils départementaux,
- mettre en place les territoires MAIA qui représentent le niveau de structuration des parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles,
- mieux articuler les réponses aux besoins des malades Alzheimer et leurs aidants dans tous les secteurs,
- contribuer au décroisement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et social.

Ce bilan montre qu'il est important de poursuivre la dynamique d'intégration des services afin d'optimiser l'offre de services et répondre aux enjeux de la loi ASV et au PMND 2014-2019.