

Les différentes prestations sociales du maintien à domicile

Dans le cadre du maintien à domicile, l'intervention d'une aide à domicile est souvent nécessaire. Cette prestation est à la charge de la famille. Pour la supporter, différentes prestations existent. Elles sont attribuées en fonction de plusieurs critères : âge du bénéficiaire, ressources, degré de dépendance...

Pour la personne de plus de 60 ans

1-L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

La personne de plus de 60 ans peut prétendre à l'APA. L'allocation est versée par le Conseil Général.

Ce n'est pas un complément de ressources. Elle doit permettre la rémunération des heures d'aide à domicile mais aussi le règlement des accessoires, fournitures et appareillages qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale (couches...).

Lorsqu'une personne fait une demande d'APA, elle perçoit dans un premier temps le montant forfaitaire : montant attribué à toute personne qui fait une demande d'APA en attendant qu'elle soit évaluée par l'équipe médico-sociale du Conseil Général chargée d'évaluer le degré de dépendance de la personne. Ce montant est perçu à compter du 1^{er} jour du 3^{ème} mois de réception du dossier auprès des services du Conseil Général. Il y a donc un délai de carence de 2 mois.

Après évaluation, elle perçoit une allocation attribuée en fonction de son indice GIR (Groupe Iso-Ressource), indice qui indique son degré de dépendance et de ses revenus. Les indices GIR se répartissent de 1 à 6 ; «1» représentant une personne extrêmement dépendante et grabataire, «6» étant une personne normalement valide.

À noter que l'APA est attribuée uniquement pour les personnes qui ont un GIR compris entre 1 et 4.

2- Les heures CNAV

La CNAV¹ attribue une allocation pour la rémunération des aides ménagères pour les personnes de plus de 60 ans dont le GIR est de 5 ou 6 (ce sont les personnes qui ne peuvent prétendre à l'APA).

L'allocation peut servir à payer entre 20 et 30 heures d'intervention par mois.

Pour la personne de moins de 60 ans

Plusieurs cas de figure se présentent :

- la personne est encore en activité mais en arrêt maladie : elle perçoit des IJ (Indemnités Journalières) jusqu'à 3 ans maximum. Si elle a travaillé au sein d'une entreprise, elle peut percevoir en plus un complément de salaire.
- la personne est en arrêt maladie depuis plus de 3 ans : elle perçoit une pension

d'invalidité. Quand la personne s'aggrave, on peut demander une majoration tierce personne et un changement de catégorie sur avis de la sécurité sociale. En effet, lorsqu'une personne perçoit une pension d'invalidité, elle est placée au sein d'une catégorie :

- catégorie 1 : l'état de la personne est compatible avec une activité salariée.
 - catégorie 2 : la personne ne peut pas travailler.
 - catégorie 3 : la personne a besoin d'une aide constante. Elle perçoit en plus la majoration tierce personne qui n'est pas soumise à condition de ressources.
- la personne n'a jamais travaillé ou très peu. Elle ne peut donc percevoir une pension d'invalidité : elle perçoit l'AAH (Allocation Adulte Handicapé).

Dans ces cas de figure, pour la rémunération des aides à domicile, on fait une demande : **L'ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)**.

L'allocation est versée par le Conseil Général. Comme l'APA, ce n'est pas un complément de ressources mais elle doit permettre de rémunérer l'intervention d'une aide ménagère. Elle est soumise à condition médicale (décidée par la COTOREP) et condition de ressources.

Une autre prestation existe, elle ne dépend pas de l'âge ; c'est le **FNASS (Fond National des Actions Sanitaires et Sociales)** :

Le FNASS est un fond mis à disposition par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) pour les personnes en phase palliative, affiliées au régime général (sauf quelques régimes spéciaux) et géré par les CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

Il est soumis à condition de ressources.

Le FNASS permet la rémunération des heures d'aides à domicile, le paiement des accessoires, matériels et nutriments qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Le bénéficiaire a une participation aux frais comprise entre 10 et 15% selon ses revenus.

Manuela Verdol

Pour plus de renseignement sur notre activité, n'hésitez pas à :

- Visiter notre site Internet au : www.reseauarcenciel.org
- Nous contacter par téléphone au : 01 49 33 05 55
- Nous envoyer un mail à : reseauarcenciel@wanadoo.fr
- Nous écrire au Réseau Arc en Ciel :
63, rue de Strasbourg - 93200 Saint-Denis

De même, si vous souhaitez participer à l'écriture de "Vous & Nous", la lettre ouverte trimestrielle d'Arc en Ciel en nous envoyant des articles, vous pouvez procéder de la même manière.

(les articles doivent parvenir avant le 26 août 2005).
Prochaine parution : septembre 2005.

"Vous & Nous"

la lettre ouverte trimestrielle d'Arc-en-Ciel

• Rédaction : Joselyne Rousseau - Manuela Verdol

• Réalisation : Sylvie Duplan

• Impression : JPB Imprim

1 CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse



VOUS & NOUS

NUMÉRO 5 • JUIN 2005

LA LETTRE OUVERTE

TRIMESTRIELLE

D'ARC EN CIEL

Bienvenue

Bienvenue dans ce cinquième numéro de **«Vous & Nous»**, lettre trimestrielle d'**Arc en Ciel**.

Nous arrivons à la fin de l'année scolaire et c'est pour tous la période des examens et des bilans. Cela fait maintenant un an que la lettre **«Vous & Nous»** existe. Nous aurions aimé en faire une revue plus interactive, plus vivante, ce qui ne saurait se faire sans votre participation à tous. De même, nous travaillons sur notre site Internet pour le rendre plus attractif.

Pour l'année prochaine, nous avons mis en place un programme de formations. Ces formations se feront dans nos locaux au rythme d'une séance par mois. Nous y aborderons des thèmes divers et variés. Ce programme vous sera communiqué dès la rentrée et nous espérons que vous y participerez très nombreux.

Dans ce numéro, vous trouverez deux articles de fond : le premier sur l'histoire de la morphine et le second sur les différentes prestations sociales pouvant entrer en jeu lors du maintien à domicile.

Comme d'habitude, le contenu de ce numéro sera disponible sur notre site Internet (www.reseauarcenciel.org).

Bonne lecture à tous !

Excellentes vacances !

Joselyne Rousseau



La morphine,
molécule découverte
il y a moins
de deux siècles,
a, du fait de son histoire
et de l'utilisation
qui en a été faite
à ses débuts,
véhiculé de nombreux
mythes qui ont nui
à son utilisation.
Depuis une dizaine
d'années, la tendance
s'inverse largement
avec un énorme bénéfice
pour les patients.

Histoire de

Origine de la morphine

La morphine est un des principes actifs isolés de l'opium pour la première fois par des chimistes français Derosne en 1803 puis Seguin en 1806 sous la forme d'un mélange narcotine-morphine. Rappelons que l'opium est un produit semi liquide lui-même obtenu en faisant évaporer le suc laiteux extrait par incision des capsules de pavot de l'espèce «papaver somniferum». Il contient de nombreuses substances actives appelées alcaloïdes : environ 10 % de morphine, papavérine, codéïne...

C'est finalement un pharmacien de Hanovre, Serturmer en 1816 qui a réussi à extraire la morphine, composé le plus puissant. Il l'a dénommé morphium en référence au dieu des songes de la Grèce antique, Morphée à cause de ses effets

Son utilisation médicale dès sa découverte sera rapide car elle est bien plus facile à manipuler que l'opium par nature inconstant en concentration en morphine et par conséquent dans son pouvoir antalgique. Ce fut dès lors le premier produit puissant de la pharmacopée sur la douleur.

Les médecins sont d'emblée très ambivalents au cours des premiers essais cliniques entre la notion de remède et de poison.

Dès 1828, Bally publie les résultats d'une expérimentation clinique jugée positive sur plus des 700 malades en étudiant les rapports effets-doses sur les indications suivantes : névralgies, prurit, rhumatismes. Il liste les effets secondaires : vertiges, modifications de la conscience et hallucinations.

La morphine est administrée dans un premier temps sous forme de pilule donc par voie orale puis par voie endermique (sur le derme mis à nu est déposé la dose voulue).

L'invention de la seringue hypodermique à aiguille creuse par le médecin Pravasz en 1855 donna un véritable essor à sa prescription qui put dès lors se faire en sous-cutané.

Son utilisation massive lors de la guerre de Sécession aux USA et pendant la guerre de 1870 en France et Allemagne pour les blessés de guerre conduisit à l'apparition de fortes pharmacodépendances en raison de la méconnaissance de ses propriétés pharmacologiques.

Morphinisme et morphinomanie

Le morphinisme c'est-à-dire l'usage abusif de la morphine dans la terminologie médicale du XIX^{ème} siècle était fréquent quand celle-ci était prescrite de manière excessive par les médecins.

Lewinstein fait ainsi la distinction en 1875 entre le morphinisme (empoisonnement chronique par la morphine) et la morphinomanie (appétence morbide pour ce produit).

Apparaissent alors les premières techniques de cures de sevrage et le constat lors des récurrences de la nécessité de prendre en charge les causes psychosocioculturelles au cœur du problème des rechutes.

L'usage addictif de la morphine aujourd'hui appelé morphinomanie est devenu exceptionnel et consécutif à des vols dans des pharmacies. Elle s'administre alors par n'importe quelle voie : nasale, intraveineuse, fumée ou avalée. Chez un sujet non encore dépendant, vingt milligrammes en intraveineux déclenchent un flash violent avec tachycardie, bouffées de chaleur, démangeaisons puis une période d'euphorie avec une sensation de rêve éveillé.



la morphine

Les effets secondaires sont un myosis* intense, des nausées et vomissements, un risque de dépression respiratoire avec à l'extrême une overdose.

La dépendance est rapide de même que la tolérance. Les toxicomanes utilisent maintenant plutôt l'héroïne, dérivé de synthèse de la morphine, bien plus puissant.

Les intellectuels morphinomanes

Les poètes romantiques du XIX^{ème} ont souvent commencé à consommer la morphine comme remède avant de passer à la drogue du plaisir, manière d'échapper à l'ennui, de rechercher des expériences mystiques ou encore de trouver un certain apaisement à leurs difficultés psychologiques.

Des femmes du monde, des artistes, des intellectuels comme Baudelaire, Colette ou Antonin Artaud découvrent le plaisir des paradis artificiels. Cette utilisation perçue par l'ensemble de la société comme décadente ne s'exerce que dans les hôtels malfamés et les cabarets parisiens.

La morphine aujourd'hui

Sa structure moléculaire est mise à jour un siècle plus tard en 1925 par le chimiste britannique Robinson et sa synthèse chimique réalisée en 1952 mais son coût de production reste supérieur à l'extraction des plantes naturelles.

Aujourd'hui plusieurs pays dont la France et l'Espagne en Europe fabriquent la morphine à partir de pavot d'espèces moins productrices que le fameux «papaver somniferum» mais cette précaution évite les risques de détournements de production qui survenaient avec les pays

traditionnellement producteurs.

Elle est utilisée médicalement sous forme de sels, chlorhydrate et sulfate solubles dans l'eau contrairement à la morphine base qui reste peu soluble dans l'eau.

Ses indications sont aujourd'hui extrêmement bien codifiées : les douleurs aiguës par exemple post opératoires mais aussi les douleurs chroniques quand les autres antalgiques deviennent inefficaces.

On l'administre par voie orale, sous-cutanée, transdermique ou intrarachidienne.

Correctement administrée, elle soulage 80 à 90% des douleurs cancéreuses, parfois en association avec d'autres traitements agissant sur la douleur. Il est néanmoins souvent nécessaire d'agir sur d'autres facteurs accentuant la sensation douloureuse en particulier l'anxiété dans le cadre de la «souffrance globale», concept bien connu des soins palliatifs.

Les mythes autour de la morphine

Malgré la relative banalisation de sa prescription médicale, il persiste encore aujourd'hui des résistances liées à deux notions essentielles.

Tout d'abord, sa réputation de «stupéfiant» dangereux utilisé par les toxicomanes avec un risque de dépression respiratoire voire d'overdose. Or, les études cliniques montrent sans aucune ambiguïté que la morphine utilisée aux bonnes doses dans un but antalgique ne déclenche en fait ni dépendance (signes de sevrage en cas d'arrêt) ni de tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) même en cas de posologies très importantes.

La simplification de sa prescription par les médecins avec la suppression du fameux carnet à souches a largement aidé les médecins à combattre cet à priori.

La crainte des effets secondaires c'est-à-dire dépression respiratoire, occlusion intestinale, somnolence ou hallucinations reste encore présente chez de nombreux médecins. Là aussi, l'adaptation progressive des doses évite ces effets indésirables. Une meilleure communication auprès des médecins reste nécessaire.

L'autre résistance majeure, plutôt pour le grand public, est liée à la représentation d'une drogue euthanasiante, «mort fine» dont l'administration en fin de vie a pour effet de provoquer la mort. Il est ainsi fréquent d'entendre «On lui a donné de la morphine et il est mort». C'est bien entendu la maladie causale pour laquelle on a prescrit la morphine lorsque les autres traitements sont inefficaces qui conduit à la mort.

La morphine a donc révolutionné la prise en charge de la douleur et on peut penser que dans les prochaines années, du fait d'une meilleure information du grand public et du corps médical, sa prescription, déjà largement simplifiée, sera totalement banalisée.

Nathalie Nisenbaum
Médecin-Directeur

* Contraction de la pupille qui devient aussi petite qu'une tête d'épingle