



*Fédération des Réseaux de santé
Gériatriques d'Ile-de-France*

Revue de presse FREGIF

Septembre 2010



Fédération des Réseaux de santé
Gérontologiques d'Ile-de-France

Sommaire

Réseaux de santé	1
- L'UNRSanté et la FHF créent un comité de pilotage (agevillagepro.com)	
Réseaux Gérontologiques hors Ile-de-France	3
- Roselyne Bachelot en visite au Réseau gérontologique du Ternois (62) salue l'aspect « visionnaire » du réseau gérontologique	
- Actualités des réseaux	
Politiques de santé	12
- Prévention du suicide des personnes âgées (Quotimed)	
- Nomination de Mireille Faugère à l'APHP (E. Favereau, blogs.Libération)	
- Extrait du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2011 : mesures pour les PA-PH	
Maladie d'Alzheimer	17
- Généralisation des MAIA – souhait présidentiel (agevillage.com)	
- Plan Alzheimer : bilan à mi-étape (senioractu)	
- Charte Alzheimer « Ethique et société » 2010 (agevillage.com)	
- Ouverture de l'Institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (IM2A)	
Informations économiques et sociales	24
- APA et conseils généraux : un nouveau rapport de l'IGAS propose de leur confier les GIR 5 et 6 (agevillagepro.com)	
- CNSA : Crédits alloués à la formation d'assistant de soin en gérontologie (agevillagepro)	
Divers	27
- « La société tend au rejet des vieux malades » : Interview du Dr C.Triballe (ASH)	



*Fédération des Réseaux de santé
Gériatriques d'Ile-de-France*

Réseaux de santé

Actualités->[Santé](#)

La FHF et l'UNR Santé constituent un comité de pilotage conjoint pour promouvoir la coordination territoriale entre la ville et l'hôpital

Pour promouvoir la coordination territoriale entre la ville et l'hôpital, la Fédération Hospitalière de France (FHF) et l'Union Nationale des Réseaux de Santé -UNR.Santé- constituent un Comité de pilotage conjoint.

Les deux organisations constatent "que le développement de cette coordination au niveau des territoires de santé est une priorité de santé publique, qui s'inscrit dans le contexte de l'action de décloisonnement menée par les ARS, de la nouvelle gouvernance des établissements hospitaliers et de la mise en place de réseaux pluri-thématiques de coordination territoriale des parcours de santé"

Ce comité a pour objectifs stratégiques :

- le recensement et la diffusion des expériences en cours, en s'attachant aux points clés qui en conditionnent la réussite dans les domaines médicaux et médico-sociaux. Une des priorités retenues est la prévention du recours aux urgences des personnes âgées fragiles ou en situation de dépendance, notamment celles demeurant en EHPAD ;
- la promotion d'un cadre commun pour l'éducation thérapeutique, valorisant les programmes proposés à l'hôpital comme en ambulatoire, afin d'aboutir à une mutualisation des expertises et des moyens, ainsi qu'à une simplification de l'offre pour les professionnels de santé et les patients ;
- l'expérimentation sur plusieurs sites d'une standardisation des comptes rendus de sortie d'hospitalisation, afin entre autre d'y intégrer la logique d'élaboration des Plans Personnalisés de Santé (PPS). Le but poursuivi est de fournir aux médecins traitants les informations leur permettant de planifier le parcours de santé des patients et d'éviter ainsi les réhospitalisations inutiles ou non programmées. Une démarche conjointe sera engagée auprès de l'ASIP-Santé.

La méthodologie retenue pour ce Comité de Pilotage repose sur le développement d'expériences pilotes dans différentes régions et la communication conjointe à propos de ces expériences.

La FHF et l'UNR.Santé ont décidé de conclure une convention sur ces objectifs et de réaliser un point trimestriel sur l'avancée de leurs travaux.

FG

mis à jour le 06/09/2010

[Retour vers la liste des actualités pour ce sujet: Santé](#)



*Fédération des Réseaux de santé
Gérontologiques d'Ile-de-France*

Réseaux gérontologiques hors Ile-de-France

LES VISAGES DE L'ACTUALITÉ

Roselyne Bachelot a salué hier l'aspect « visionnaire » du **réseau** gérontologique

Événement hier matin à l'Hôpital local de Saint-Pol, qui a reçu la visite de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, et de Michel Mercier, ministre de l'Espace rural et de l'Aménagement de l'espace. Des invités de prestige venus assister à une présentation de l'association gérontologique du Ternois et du CLIC, exemplaires dans le service aux personnes âgées. PAR DAVID DERIEUX saintpol@lavoixdunord.fr Le directeur de l'Hôpital local, Jean Hugbart, le président de l'Association gérontologique du Ternois, Roger Pruvost, et tout le personnel de l'établissement et du service ont apprécié à sa juste valeur, hier, l'honneur qui leur était fait à travers cette visite. Recevoir la ministre de la Santé est en effet une reconnaissance inestimable pour celles et ceux qui travaillent depuis de nombreuses années au service de la santé des patients, à savoir ici les personnes âgées. De même, accueillir le ministre de l'Espace rural a été un moment fort pour les nombreux élus du Ternois qui étaient eux aussi exacts au rendez-vous. Et qui, à travers les services communautaires ou départementaux notamment, s'efforcent de rendre à la population des services appréciables en milieu rural. Ceci en dépit des problématiques structurelles du Ternois liées au manque de moyens de transport, ou

à l'isolement des personnes âgées. C'est à Roger Pruvost, en sa qualité de président, qu'est revenu l'honneur d'ouvrir la séance de présentation de l'association gérontologique du Ternois. Association qui fait figure de référence par son ancienneté puisqu'elle fête ses dix ans d'existence cette année, et par le développement qui a été le sien au cours de cette décennie. Quelques chiffres suffisent à rendre compte de cette efficacité : près d'un millier de personnes âgées ont été accueillies sur cette période par l'association, à laquelle adhèrent 77 médecins, 66 infirmiers et 38 kinésithérapeutes. « C'est dans le bon fonctionnement d'un réseau que le terme de partenaire prend tout son sens », a ajouté le Dr Pruvost en saluant l'efficacité du travail mené « main dans la main » avec les services du Département et la MSA, sans oublier l'appui sur le terrain des élus locaux (maires et présidents de com de com). À ce réseau gérontologique s'ajoute l'action du CLIC (centre local d'information et de coordination) du Ternois, mis en place en juillet 2006 et qui s'adresse à toutes les personnes de plus de 60 ans du territoire et à leur entourage. L'ensemble de ces services a trouvé sa place. Mieux, il est devenu incontournable. Aussi, Roger Pruvost a profité de la venue de la ministre pour

appeler à la pérennisation des financements. Un point sur lequel Roselyne Bachelot a été rassurante : « Ces lignes budgétaires sont bien abondées et d'ailleurs pas toujours pleinement utilisées. Il n'y aura pas de problème de financements. » La ministre a particulièrement apprécié la méthode utilisée à Saint-Pol, assurant que « la meilleure façon de faire de l'aménagement du territoire, c'est de travailler en réseau ». Roselyne Bachelot imagine ainsi pouvoir adapter ce schéma à d'autres secteurs de la santé, comme la petite enfance ou la lutte contre l'obésité. Ses félicitations (« Vous avez eu il y a dix ans une démarche visionnaire, on peut modéliser tout cela dans notre système de soins ») et ses propos rassurants quant au financement de la poursuite de cette politique, sont autant d'encouragements dont l'association et le CLIC vont se servir pour poursuivre leur oeuvre.



Santé : La ministre était en visite vendredi en marge d'un colloque organisé à Arras sur le thème : «Dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? Quels outils ?»

L'action du réseau **gérontologique** du Ternois présentée à Roselyne Bachelot

L'hôpital local de Saint-Pol accueillait vendredi dernier Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, ainsi que Michel Mercier en charge de l'espace rural et de l'aménagement du territoire. Cette visite intervenait en marge d'un colloque consacré aux problématiques de santé et notamment l'accompagnement des personnes âgées, avec l'exemple des réseaux gérontologiques du territoire de proximité.

Ce n'est pas tous les jours que la commune de Gauchin-

Verloingt, sur laquelle rapelons-le, est situé l'hôpital local, a les honneurs d'une visite ministérielle. La dernière en date avait été celle de Jack Lang, alors ministre de l'Education nationale sous l'ère Mitterrand à l'occasion de l'ouverture d'une salle de classe.

Un guichet unique

Cette fois, il était question de santé. Mme Bachelot et M. Mercier se sont vus présenter le réseau gérontologique du Ternois, géré par l'association éponyme. La structure a en charge sa gestion depuis





Roselyne Bachelot a mis en avant l'aspect «visionnaire» de la démarche, modélisable selon elle.

1999, et celle plus récente du Centre local d'information et de coordination (CLIC) en 2006. C'est un véritable guichet unique au service des personnes de plus de 60 ans (maintien à domicile, suivi, formation, éducation à la santé,...) . L'hôpital local en est bien entendu un partenaire privilégié, au même titre que les

acteurs sociaux et sanitaires du territoire, agissant comme le précisa Roger Pruvost «*au service de la personne âgée*». La ministre de la santé insista sur l'importance de l'existence de ces réseaux, au regard «*d'une espérance de vie qui augmente chaque année, on gagne un an tous les quatre ans*». Selon elle «*les nouvelles technologies vont ame-*

ner à repenser le système de santé et la prise en charge des individus, l'expérience de terrain -comme celle de l'association gérontologique- est une démarche visionnaire, que l'on peut finalement modéliser pour d'autres secteurs tels que les maladies chroniques, la petite enfance». Quarante-cinq minutes montre en main, buffet et soda

light compris. C'est le temps qu'aura duré la visite ministérielle. Et quelqu'un nous a dit ..que ce pourrait ne pas être la dernière cette année.

Anthony HOYER

L'association gérontologique en quelques chiffres

- 8 intercommunalités
- 6 cantons
- 174 communes à forte composante rurale et faible densité (56.6 hab./km² et 148 communes de -500 hab.)

Née le 29 septembre 1999 sur une initiative de la MSA dans 19 départements. Cette expérimentation était menée dans le cadre de la commission Soubie pendant 5 ans. Au 1er janvier 2005, elle est devenue un réseau de santé.

Au 1er août 2010 :

- 385 personnes accompagnées (940 depuis le début)
- Plus de 180 professionnels de santé adhérents (médecins, kinésithérapeutes,...)

Vie Régionale-

Perche / Le réseau de santé gériatrique établit son premier bilan

Déjà une trentaine de bénéficiaires

FONDÉ en février 2010, le **réseau** de santé gériatrique du sud Perche propose déjà ses services à une trentaine de personnes âgées. Il devrait comprendre 80 bénéficiaires d'ici 2011. « *L'Agence Régionale de Santé nous a demandé un certain nombre de bénéficiaires* », indique Jacques Virondaud, président de l'association. « *Nos services à domicile sont entièrement gratuits, et permettent de faire face à la vieillesse tout en restant chez soi* ». Quatre cantons sont couverts : Rémalard, Bellême, Nocé et le Theil-sur-Huisne. « *On est concurrent de personne. On travaille avec tous les partenaires* », précise Diane Yvon, l'infirmière coordinatrice du réseau. « *On propose une prise en charge globale, continue et personnalisée, pour adapter, au mieux, les aides.* »

Établir la prise en charge

Cette prise en charge est coordonnée autour de différents acteurs médico sociaux. Dans un premier temps, le médecin traitant sert de « *pivot* ». D'autre part, les personnes intéressées peuvent contacter directement le

réseau. C'est au médecin traitant d'évaluer si une prise en charge est nécessaire ou pas. L'adhésion au réseau peut se faire avec l'accord de la personne âgée, du médecin traitant. Un bilan gériatrique, pluridisciplinaire, est ensuite établi à l'hôpital ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Un bilan bucco-dentaire est réalisé par le chirurgien-dentiste traitant. Ces bilans personnalisés sont ensuite analysés au cours d'une réunion de coordination, à laquelle participent le médecin traitant et les acteurs du maintien à domicile. « *Chacun partage son professionnalisme et ses compétences* », précise Diane Yvon. Un plan d'intervention personnalisé est constitué afin de désigner les actions à entreprendre.

Écouter l'entourage

L'entourage n'est pas oublié. Les aidants peuvent s'exprimer auprès de la coordinatrice du réseau. « *Les proches se sentent écoutés et soutenus* », constate Diane Yvon. « *Il y a un meilleur suivi. Ils se sentent d'avantage capable pour aider la personne âgée.* » Le

réseau gériatrique est une association qui compte deux salariés, une infirmière coordinatrice (déléguée par l'hôpital), et une secrétaire. Cette équipe est entourée par des bénévoles constituant le bureau. Les conditions d'accès sont les suivantes : avoir plus de 75 ans ou plus de 60 ans, avec dérogation, et résider dans l'un des quatre cantons d'intervention du réseau. **Pratique.** Réseau de santé gériatrique du sud Perche. Ouvert le lundi, mardi, jeudi et vendredi, de 9 h à 12 h et de 13 h 30 à 16 h 30. Adresse : hôpital local de Bellême, 4 et 28 rue du Mans, 61130 Bellême. Tél./Fax : 02 33 25 14 82. Mail : reseau.gerontologique.perche@orange.fr

M.D.

Date : 06/09/10

Une oreille pour les familles



M. Faurie, président du Réseau Gaves Bidouze, entouré de l'équipe du Café des aidants de Sauveterre. photo dr

« Mieux vivre la relation d'aide dans le cadre d'un moment de convivialité. » C'est ainsi que Carole Domercq, psychologue clinicienne, résume le but de la nouvelle initiative lancée par le **Réseau gérontologique** Gaves et Bidouze en cette rentrée 2010.

Cette structure associative originale basée à Sauveterre-de-Béarn (il n'en existe que deux autres en Aquitaine) a pour mission le maintien à domicile des **personnes** âgées **dépendantes** à travers une prise en charge pluridisciplinaire. Son action couvre quatre cantons (Sauveterre, Salies, Navarrenx et Saint-Palais) et à ce jour 162 personnes y sont suivies.

a Évaluation du site

Le site Internet du journal régional Sud Ouest diffuse des articles concernant l'actualité générale.

Cible
Grand Public

Dynamisme* : 437

* pages nouvelles en moyenne sur une semaine

Or, sans l'appui quotidien de l'entourage, qu'il soit familial ou amical, rien ne serait possible. Les proches qui font le choix (ou parfois n'ont pas le choix) d'accompagner un parent âgé dans une vieillesse, sinon autonome, du moins vécue chez soi sont le complément indispensable des intervenants médicaux. Cette fonction bénévole, sans statut, qui concerne un nombre croissant de personnes au vu de l'allongement de l'espérance de vie, souffre d'un manque de reconnaissance. Désormais désignés comme aidants familiaux, le risque pour ces accompagnateurs du quotidien et de l'intimité, peu préparés, réside dans l'isolement et la fatigue qui peuvent provoquer des situations de souffrance. Confrontée à cette problématique et instruite par six années d'expérience du soutien psychologique aux aidants familiaux dans le cadre de groupes de paroles, l'équipe du Réseau a senti le besoin de leur ouvrir un espace moins formel, plus libre.

Demain, à Sauveterre

C'est ainsi que va s'ouvrir à partir de demain mardi, un Café des aidants dont Mme Domercq nous précise l'esprit : « Chaque premier mardi du mois, de 15 heures à 17 heures, nous ouvrons à Sauveterre, au centre médico-social, un espace de dialogue et de soutien où je serai accompagnée d'une infirmière coordinatrice, Mme Dupouy. Autour d'un café, tout simplement, les gens pourront partager leurs interrogations et réflexions relatives à l'accompagnement de leur proche » et elle poursuit : « Ce n'est pas un lieu de thérapie, il est ouvert à toute personne intéressée sans inscription ni engagement de temps ou d'argent. On pourra également y poser des questions, élaborer des projets, finalement et surtout, se sentir moins seul et nous l'espérons moins démunis ».

Contact : Maia Etchart, Réseau gérontologique Gaves et Bidouze, tél. 05 59 38 79 90.

RESEAU GERONTOLOGIQUE ET CLIC "GAVES ET BIDOUZE"

Conférence-débat sur le thème "Rupture et passages : un regard sur la vieillesse"

Le Réseau Gériatologique et CLIC "Gaves et Bidouze" vous invite à une conférence-débat sur le thème "Ruptures et passages :

un regard sur la vieillesse" avec Mme Haritchabalet, gérontopsychologue, du centre hospitalier général F.-Mitterrand de Pau, le

mardi 21 septembre 2010, à 20 heures, à la mairie de Sauveterre-de-Béarn. Entrée gratuite et ouverte à tous ■

Vire Falaise -

Réseau de santé gériatrique : précision

À la suite de la parution de notre article portant sur l'activité du réseau de santé gériatrique (lire *Ouest-France* du mercredi 15 septembre), le président de l'association, Eric du Rosel, a tenu à préciser certaines choses. « **Le projet de l'association Gériatrique et d'éducation à la santé Âges Vieillir ensemble, financé par l'Agence régionale de santé, réalise la coordination médicale et sociale, la prise en charge globale des personnes âgées fragiles, de plus de 75 ans et/ou polyopathologiques dans leur souhait d'un maintien à domicile de qualité, évitant les hospitalisations en urgence et préparant le retour à domicile [...].** » Et d'ajouter: « **Les missions du réseau sont de former, informer et coordonner le public concerné et les professionnels de santé. [...] Le Clic (Centre local d'information et de coordination) en faveur des personnes âgées est réalisé par le Conseil général. L'action du réseau s'étend sur le même territoire que le Clic du Bocage.** »



*Fédération des Réseaux de santé
Gériatriques d'Ile-de-France*

Politiques de santé

Paris, le 10/09/2010

Des outils pour prévenir le suicide des personnes âgées

À l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide, ce vendredi 10 septembre, Nora Berra, secrétaire d'État chargée des Aînés, rappelle qu'elle a constitué un comité d'experts pour les personnes âgées. Ce comité élabore depuis le mois de juin des outils de prévention à destination des professionnels intervenant aussi bien à domicile qu'en établissements pour personnes âgées.

Un guide devrait être publié au premier semestre 2011. Il permettra de « *sensibiliser sur les facteurs de risque spécifiques des aînés et de leur apporter des pistes de réflexion et d'action pour améliorer et compléter leur connaissance sur la question du suicide chez (cette population) et ainsi mieux prévenir le risque suicidaire* ».

Les experts doivent se réunir le 17 septembre prochain.

En France, 28 % des suicides sont le fait de personnes de plus de 65 ans alors que les « aînés » ne représentent que 16 % de la population globale. En 2008, sur un total de 10 571 suicides, 2 950 concernaient des personnes de plus de 65 ans.

> AU. B.

La plume et le bistouri

Santé privée-santé publique, regards croisés.

22/09/2010

Faugère, prénom Mireille, à la tête de l'AP-HP

Nous l'avions rencontrée, il y a quelques semaines parce que nous avons écrit quelque chose d'inexact sur elle. Des méchantes langues nous avaient dit que la femme du directeur de cabinet de François Fillon allait être nommée à la tête de l'Assistance Publique de Paris. Ne s'appelait-elle pas Faugère, prénom Mireille, exactement comme l'autre? Et on nous avait dit: *«C'est bien la preuve que l'AP-HP allait devenir la succursale de l'UMP»*.

Erreur, grossière erreur. En dépit d'une homonymie parfaite, il n'y avait aucun lien de parenté. On s'est excusé platement, et nous n'avions discuté. Et là voilà donc, aujourd'hui, nommée en Conseil des ministres. Une nomination qui déroute. Et d'abord positivement. Alors que cela grenouillait de tous les cotés, c'est une femme inconnue, sans aucun réseau, ni appartenance politique qui se retrouve à ce très beau poste. Dans ses bagages, simplement un beau parcours effectué à la SNCF jusqu'au poste de directrice générale: pendant près de 20 ans, elle a piloté avec succès les projets TGV.

En l'écoutant, on était un rien épaté par son pragmatisme. *«Moi, j'ai besoin de comprendre. Je suis neuve dans le monde la santé. Si on m'explique les choses, et si cela parfait utile, pourquoi refuser?»* Elle racontait sa passion pour la SNCF, mais aussi pour le service public. *«C'est compliqué, disait-elle, de déterminer ce qu'est l'intérêt collectif»*. Et de raconter cette anecdote: *«Quand je travaillais sur le TGV Paris Strasbourg, je rencontrais les maires de villes traversées. Ils me disaient tous qu'ils étaient d'accord sur le trajet de la ligne, mais à condition que le TGV s'arrête bien chez eux. Comme quoi, l'intérêt collectif n'est pas la somme des intérêts individuels»*.

Va-t-elle réussir à l'AP-HP? Et réussir quoi? L'équilibre financier? Ou donner un visage à ce monstre hospitalier? On s'amuse d'avance à imaginer la scène quand le professeur Pierre Coriat, président de la CME, va essayer de l'embobiner en lui sortant le grand jeu. Ou quand untel va lui parler de ses soutiens élyséens.

On pensait, alors, à ces discussions que nous racontaient des responsables médicaux quand ils allaient à l'Elysée rencontrer des conseillers. Ces derniers leur répétaient toujours la même chose: *«Un CHU, c'est une industrie de pointe, comme l'aéronautique. Et cela doit être géré comme cela»*. Pour nos médecins, cette phrase était la preuve de la stupidité de ces conseillers. Par chance Mireille Faugère ne connaît rien aux avions, juste les TGV.

Eric Favereau

Rédigé le 22/09/2010 à 15:06 dans [Actualité](#) | [Lien permanent](#)

TrackBack

URL TrackBack de cette note:

<http://www.typepad.com/services/trackback/6a00d8341caa0653ef0133f4738840970b>

Listed below are links to weblogs that reference [Faugère, prénom Mireille, à la tête de l'AP-HP](#):

Extrait DU **PROJET DE LOI DE
FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Un engagement maintenu en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

1. Un taux d'ONDAM médico-social calculé au plus près des prévisions d'ouverture de places nouvelles, afin d'éviter la constitution d'excédents

La construction de l'ONDAM médico-social marque un changement important en 2011 : les financements inscrits dans l'ONDAM sont adaptés à la réalité des ouvertures de places sur le terrain et correspondent aux dépenses des établissements et services qui ouvriront – ou se médicaliseront - effectivement au cours de l'année 2011.

Cette nouvelle méthode de financement, qui distingue les autorisations d'engagement, notifiées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) aux Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre des enveloppes anticipées, des crédits de paiement, inscrits en loi de financement de la Sécurité sociale, permettra d'éviter la constitution d'excédents au sein de la CNSA tout en maintenant l'engagement de la Nation envers les publics fragiles.

En effet, les objectifs des différents plans (plan de création de places pour les personnes handicapées, plan de solidarité grand âge, plan Alzheimer) sont maintenus et les ARS pourront autoriser l'ouverture des places nouvelles prévues dans ces plans.

2. Personnes âgées : poursuite des plans et priorité à la mise en œuvre du plan présidentiel Alzheimer

Fin 2010, les places déjà créées et les **possibilités données aux ARS de créer des places** nouvelles d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) d'accueil de jour et d'hébergement temporaires prévus dans le Plan de Solidarité Grand Age (PSGA) représenteront 91 % des objectifs initiaux, soit près de **85 000 places**. Ces créations se poursuivront sur l'année 2011 afin de tenir les objectifs du PSGA.

En ce qui concerne l'ouverture réelle sur le terrain de ces places par des opérateurs publics ou privés, les financements figurant dans l'ONDAM 2011 ont été adaptés au rythme de leur déploiement pour un montant total de 109 millions d'euros.

La médicalisation des maisons de retraites poursuivra sa progression : comme les années précédentes, 80 000 places passeront en financement dit PATHOS en 2011 (renforcement des personnels soignants auprès des personnes âgées dépendantes).

L'implication des ARS dans la mise en œuvre du plan présidentiel Alzheimer sera totale afin de permettre notamment la création de 600 pôles d'activités et des soins adaptés - PASA (la totalité des crédits des unités d'hébergement renforcées - UHR ayant déjà été alloués), de 170 équipes mobiles de SSIAD renforcés.

Deux innovations majeures verront le jour en 2011 :

- **la première phase de généralisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAÏA)**, l'une des mesures phares du plan Alzheimer, avec l'ouverture de 35 nouvelles maisons en plus des 17 expérimentales ;
- **le déploiement de 75 nouvelles plateformes de répit** en complément des accueils de jours et d'hébergement temporaire dédiés aux malades d'Alzheimer.

Au total, la progression des ressources en 2011 permettra de financer des mesures nouvelles se réalisant dans l'année pour un montant de près de 412 millions d'euros.

3. Personnes handicapées : création et modernisation des établissements et services pour les personnes handicapées

Lors de la Conférence nationale du handicap, le 10 juin 2008, le président de la République s'est engagé à réaliser un plan pluriannuel de construction de plus de 50 000 places (38 000 places pour adultes, 12 000 pour enfants), dont l'ouverture sera garantie à horizon de 7 ans. A l'issue de la deuxième année du plan, grâce au mécanisme des enveloppes anticipées, 50,3 % des crédits et 45,5% des places prévues auront déjà été notifiés, soit l'équivalent de trois années de plan.

Malgré les contraintes économiques et financières, les objectifs du plan seront tenus en 2011.

Concernant les enfants, les efforts seront poursuivis pour améliorer la prévention et l'accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire, avec plus de 3 millions d'euros consacrés à la création ou l'extension de Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), et de Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP). 677 places de Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) seront également créées. Conformément aux plans annoncés par le Gouvernement, une attention particulière sera portée sur certains publics prioritaires : 369 places seront ainsi créées pour permettre l'accueil, par exemple, des enfants autistes, polyhandicapés ou déficients intellectuels.

Concernant les adultes, le Gouvernement continue de se mobiliser pour résorber les listes d'attente existantes. 969 places nouvelles en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et 1 698 en Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) seront financées ; 108 places de foyers de vie seront médicalisées. Les efforts porteront également sur le développement de l'offre de services à domicile afin de donner sa pleine effectivité au projet de vie des adultes handicapés qui souhaitent rester à leur domicile. Au total, ce sont donc 571 places nouvelles de SSIAD et de SAMSAH qui seront créées. Afin de permettre aux familles d'avoir des moments de répit, 213 places d'accueil temporaire seront ouvertes en 2011.

Au-delà de la poursuite des objectifs du plan, le Gouvernement souhaite s'engager au côté des personnes handicapées au travers de deux mesures phares :

- le relèvement du **plafond de ressources de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) afin d'éviter** que les bénéficiaires de l'AAH en soient exclus du fait de la revalorisation de 25% de son montant qui se poursuivra jusqu'en 2012. Cela représente un effort de 23 Millions d'euros en 2011, de 64 millions d'euros en 2012 et de 82 millions d'euros en 2013 sur le budget de l'assurance maladie.

- pour les personnes en arrêt de travail à la suite d'un accident qui les a fait basculer dans le champ du handicap, la possibilité **d'accéder à des bilans de compétence ou des actions d'accompagnement tout en continuant à percevoir des indemnités journalières pour** augmenter leurs chances de maintien dans l'emploi et éviter la désinsertion professionnelle.



*Fédération des Réseaux de santé
Gériatriques d'Ile-de-France*

Maladie d'Alzheimer

Actualités->[Alzheimer](#)

Plan Alzheimer : déploiement des Maia et de l'aide à domicile

Nicolas Sarkozy veut généraliser les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

Plan Alzheimer 2008-2012 : Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) en cours d'expérimentation seront généralisées à partir de 2011. Nicolas Sarkozy a annoncé vendredi 17 septembre à l'occasion d'un point de presse sur le plan Alzheimer lancé en 2008 la généralisation des MAIA.

MAIA

Les 17 expérimentations destinées à faire des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) les portes d'entrée unique du dispositif de prise en charge Alzheimer semblent donner satisfaction. Ces MAIA expérimentent aujourd'hui l'intégration du sanitaire et du médicosocial au plan local et semblent une réponse adaptée pour simplifier le parcours du couple malade/aidant.

Une MAIA fonctionne sur un territoire inférieur à la taille d'un départemental. La généralisation portera sur 35 MAIA supplémentaires en 2011, 100 MAIA en 2012, pour une couverture totale du territoire par 400 à 600 MAIA en 2014.

Aides et soins à domicile.

Pour faciliter la prise en charge à domicile, le Plan prévoit 500 équipes mobiles pluridisciplinaires, composées de professionnels formés à la réadaptation, la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage dès le début de la maladie. Ces équipes sont actuellement expérimentées avec succès auprès de 40 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). D'ici la fin de 2010, 127 nouvelles équipes démarreront leur activités.

Accueils de jour

Les créations de places d'accueil de jour sont poursuivies par le plan Alzheimer (environ 1000 places ont été créées chaque année). La décision de structurer davantage l'offre pour améliorer sa qualité a été prise en février 2010, en conditionnant le financement des accueils de jour au respect d'une norme d'activité (6 places minimum pour un accueil adossé à un établissement d'hébergement et 10 places minimum pour un accueil autonome) et à la mise en œuvre d'une solution pour le transport des malades (ou à défaut une atténuation du tarif pour les familles organisant elles

mêmes le transport). Le forfait journalier « transport » des accueils de jour a par ailleurs été revalorisé de 30% en 2010. Un outil de suivi en ligne rempli directement par les accueils de jour va permettre de mesurer les progrès réalisés.

11 plateformes d'accompagnement et de répit

Ces plateformes sont en cours d'expérimentation. Elles réunissent une variété de services tels que l'accueil de jour mais aussi le répit à domicile, la garde de nuit, l'hébergement temporaire, l'accueil familial, les séjours de vacances, les activités culturelles, physiques ou artistiques, les ateliers de réhabilitation ou de stimulation sensorielle.

18 projets de répit innovants (baluchon, art-thérapie, séjours vacances...) ont été sélectionnés : l'accompagnement méthodologique dont ils vont bénéficier permettra de dire comment ces solutions sont modélisables et généralisables.

Pour intégrer la généralisation des plateformes, les objectifs du plan pour les accueils de jour (11 000 places d'accueil de jour en 5 ans soit 2 200 places par an) sont transformés à compter de 2011 en 1 200 places d'accueil de jour annuelles et 75 plateformes équivalant à 1 000 places par an.

Formation des aidants,

Deux jours de formation par an sont proposés à chaque aidant d'un malade Alzheimer. Depuis novembre 2009, France-Alzheimer a formé 150 binômes de formateurs et 87 actions de formation ont déjà eu lieu (soit 1 000 aidants déjà formés).

D'ici fin 2010, 283 actions devraient avoir été réalisées, soit environ 2 420 familles touchées.

YM

mis à jour le 20/09/2010

[Retour vers la liste des actualités pour ce sujet: Alzheimer](#)

Plan Alzheimer 2008/2012 : un bilan à mi-étape

En cette 17ème Journée mondiale Alzheimer, le gouvernement fait le point sur le Plan Alzheimer 2008/2012 qui se décline en 44 solutions concrètes étalées sur cinq ans (nous sommes actuellement à mi-parcours), et financées à hauteur de 1.6 milliards d'euros, dont 1.2 milliards pour le volet médico-social. Détails.

21 septembre 2010 : Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer

Notre pays connaît une augmentation importante de l'espérance de vie. Cet accroissement de la longévité s'accompagne du développement des maladies liées au vieillissement, comme la maladie d'Alzheimer qui se caractérise par la perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives et s'accompagne de troubles du comportement.

Selon les études épidémiologiques, plus de 800 000 personnes seraient touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en France. Parmi ces malades, 450 000 sont suivis médicalement dont 300 000 bénéficient d'une prise en charge au titre de l'affection longue durée.

Au-delà des malades eux-mêmes, les aidants familiaux et l'entourage sont souvent les secondes victimes. Face à cet enjeu de société, il fallait agir à la fois pour les malades mais aussi pour leurs proches. La réponse de l'Etat c'est un plan baptisé « plan Alzheimer » présenté, le 1er février 2008 pour la période 2008-2012. Ce plan traduit un engagement politique fort tant envers les malades que pour leurs proches.

Son objectif : construire un parcours personnalisé pour chaque malade, depuis le diagnostic jusqu'à la prise en charge à domicile et le cas échéant en établissement. Détails.

Les objectifs du plan Alzheimer

Le plan Alzheimer dure 5 ans (2008-2012). Avec ce plan, la personne atteinte de la maladie et son aidant sont placés au cœur de l'action et le système de prise en charge doit s'adapter à eux. Le Plan Alzheimer a trois priorités :

- **la recherche** : c'est un effort de recherche sans précédent (200 millions d'euros sur 5 ans) pour mettre la France à la pointe de la recherche et trouver ou valider un diagnostic ou un traitement.
- dans le **domaine de la santé et de la solidarité** (200 millions d'euros pour le soin et 1,2 milliard pour le médico-social) : en attendant de trouver, le plan vise à améliorer la qualité de vie de la personne malade et de ses proches au moment du choc de la découverte de la maladie en favorisant le diagnostic précoce et accompagné ; tout au long de la maladie en renforçant et rendant plus cohérente l'offre de soins et d'accompagnement autour de la personne malade.
- **changer le regard sur la maladie** en en faisant un enjeu sociétal pour tous.

Où en sommes-nous le 21 septembre 2010, à la moitié du plan ?

Un effort de recherche sans précédent qui porte déjà ses fruits

Il est difficile d'agir pour les malades sans connaître la maladie elle-même. C'est pourquoi le plan prévoit un effort de recherche sans précédent. Cet effort s'appuie sur une fondation de coopération scientifique, la Fondation Plan Alzheimer, qui a pour but d'attirer les meilleurs chercheurs sur les meilleurs projets tout en développant des partenariats avec les acteurs privés.

Créée dès la fin juin 2008, la Fondation Plan Alzheimer (www.fondation-alzheimer.org) se compose :

- d'un comité scientifique mobilisé et volontariste présidé par Joël Ménard, composé des plus éminents scientifiques français et internationaux ;
- d'un conseil d'administration présidé par Philippe Lagayette, regroupant des acteurs des secteurs privés, publics et associatifs ;
- d'une direction générale par Philippe Amouyel et un comité opérationnel composé des douze meilleurs spécialistes du monde scientifique et médical français de l'Alzheimer.

Après une avancée majeure en 2009 avec la découverte de deux nouveaux gènes associés à la maladie, on peut d'ores et déjà dénombrer en 2010 plus de vingt publications internationales majeures auxquelles ont contribué les chercheurs français grâce à la coordination de la Fondation Plan Alzheimer et aux financements du plan.

Ces publications démontrent :

- une couverture des thèmes de recherche majeurs sur la maladie d'Alzheimer, de l'expérimentation animale à la prise en charge des cas avancés, avec des contributions dans les meilleures revues ;
- une augmentation des contributions incluant plusieurs centres français ;
- une augmentation des collaborations internationales dans les travaux français ;
- une persistance et une amplification des points forts français que sont la neuropsychologie et l'épidémiologie ;
- une montée en puissance des nouvelles technologies (génomique, imagerie et biochimie).

Financés à hauteur de 44 millions d'euros par le plan, 92 projets de recherche (fondamentale, clinique, thérapeutique, nouvelles technologies, sciences humaines et sociales) sont en cours. En tout, 67 nouveaux chercheurs ont été recrutés depuis le début du plan. Les instruments de structuration de la recherche se mettent en place : 492 praticiens formés à l'épidémiologie clinique, une banque de donnée mise en place fin 2009 et alimentée déjà par 266 centres et comptant 83 000 patients, des cohortes (population générale, patients (MEMENTO), malades jeunes), un groupe méthodologique d'aide à la recherche (en particulier pour les cohortes et la recherche en sciences humaines sociales), un Centre de traitement automatisé de l'image.

Le diagnostic est accessible partout dans des délais raisonnables

Le plan Alzheimer finalise le maillage du territoire français pour permettre à toute personne qui le souhaite l'accès aisé à un diagnostic plus précoce et mieux accompagné : depuis le début du plan en 2008, 21 consultations mémoire ont été créées, la moitié des centres ont été renforcés. Les deux centres mémoire de ressources et de recherche du Limousin et d'Auvergne ont été créés.

L'offre hospitalière est ainsi de 425 structures hospitalières mi-2010 (dont quelques unes offrent plusieurs points d'accueil). Sur tout le territoire, une consultation mémoire hospitalière ou par un spécialiste libéral est donc disponible à proximité pour chaque Français qui le souhaite. Et le délai d'attente (mesuré en octobre 2009 en consultation hospitalière) se veut « raisonnable » : 51 jours en moyenne, quatre sur cinq donnent un rendez-vous en moins de trois mois.

Une carte permettant de localiser les consultations mémoire hospitalières ainsi que les nouvelles structures créées par le plan est en ligne sur le site du plan www.plan-alzheimer.gouv.fr depuis le 10 septembre. Les recommandations pour l'annonce et l'accompagnement du diagnostic ont été publiées en novembre 2009 ; le dispositif d'accompagnement pour intervenir à domicile dès l'annonce de ce diagnostic sera précisé d'ici la fin de l'année 2010.

Les malades jeunes (de moins de 60 ans) sont confrontés à des problèmes spécifiques de diagnostic tardif, voire d'erreur de diagnostic, de retentissement socio-professionnel ou de prise en charge. Environ 8 000 d'entre eux bénéficient d'un protocole « affection de longue durée » pour une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée mais tous les patients jeunes ne sont pas identifiés comme tels.

Le centre malades jeunes plan Alzheimer (<http://www.centre-alzheimer-jeunes.fr>) a été créé en février 2009 : il dispose de correspondants médicaux et médico-sociaux partout en France pouvant répondre aux questions spécifiques posées par ces malades.

Ce centre est devenu la référence régionale, nationale et internationale tant auprès des professionnels que du public. Les spécialistes adressent de plus en plus les personnes jeunes présentant des troubles évocateurs de la maladie et le nombre de malades vus par le centre augmente (1.804 personnes jeunes présentant des troubles ont été adressées aux centres sur les huit premiers mois de 2010, dont près de la moitié (44%) souffraient effectivement d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée). La cohorte de malades jeunes pour la recherche compte 104 personnes incluses.

Les nouvelles structures qui faciliteront le parcours du malade sont en cours d'expérimentation et seront généralisées à partir de 2011 pour changer concrètement la vie de tous les malades et de leurs aidants.

Les dix-sept expérimentations de MAIA -maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, portes d'entrée unique dans le dispositif de prise en charge Alzheimer, réalisant l'intégration du sanitaire et du médico-social au plan local et disposant aujourd'hui de 51 coordonnateurs- ont démontré que ce concept novateur constitue effectivement la réponse adaptée pour simplifier le parcours du couple malade/aidant, évaluer et orienter.

Les expérimentations permettent de conclure qu'une MAIA fonctionne sur un territoire infra-départemental, qu'un pilotage local est nécessaire pour atteindre un premier niveau d'intégration sur le territoire et permettre aux gestionnaires des cas complexes d'intervenir efficacement ; la généralisation portera sur 35 MAIA supplémentaires en 2011, 100 MAIA supplémentaires en 2012, soit environ 150 MAIA fin 2012 pour une couverture totale du territoire par 400 à 600 MAIA en 2014.

Même frappée par la maladie d'Alzheimer, une personne doit avoir le libre choix de rester chez elle, dans un environnement qu'elle connaît et où elle a des repères. Pour faciliter la prise en charge à domicile, le Plan prévoit 500 équipes mobiles pluridisciplinaires, composées de professionnels formés à la réadaptation, la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage dès le début de la maladie. Ces équipes sont une réalité aujourd'hui. Elles sont actuellement expérimentées avec succès auprès de 40 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). D'ici la fin de 2010, 127 nouvelles équipes démarreront leur activité.

Parce qu'ils sont contraints de veiller constamment sur les malades, les aidants sont soumis à une pression permanente. Il existe des structures qui leur permettent de « souffler » quelques heures en offrant par ailleurs une prestation thérapeutique aux malades pendant une ou plusieurs demi-journées. Les créations de places d'accueil de jour sont poursuivies par le plan Alzheimer (environ 1000 places ont été créées chaque année).

La décision de structurer davantage l'offre pour améliorer sa qualité a été prise en février 2010, en conditionnant le financement des accueils de jour au respect d'une norme d'activité (6 places minimum pour un accueil adossé à un établissement d'hébergement et 10 places minimum pour un accueil autonome) et à la mise en oeuvre d'une solution pour le transport des malades (ou à défaut une atténuation du tarif pour les familles organisant elles mêmes le transport). Le forfait journalier « transport » des accueils de jour a par ailleurs été revalorisé de 30% en 2010. Un outil de suivi en ligne rempli directement par les accueils de jour va permettre de mesurer les progrès réalisés.

Afin d'élargir l'offre pour répondre aux besoins très divers des malades et des aidants, 11 plateformes d'accompagnement et de répit sont en cours d'expérimentation. Elles réunissent une variété de services tels que l'accueil de jour mais aussi le répit à domicile, la garde de nuit, l'hébergement temporaire, l'accueil familial, les séjours de vacances, les activités culturelles, physiques ou artistiques, les ateliers de réhabilitation ou de stimulation sensorielle.

18 projets de répit innovants (baluchon, art-thérapie, séjours vacances...) ont été sélectionnés : l'accompagnement méthodologique dont ils vont bénéficier permettra de dire comment ces solutions sont modélisables et généralisables. Pour intégrer la généralisation des plateformes, les objectifs du plan pour les accueils de jour (11.000 places d'accueil de jour en cinq ans soit 2.200 places par an) sont transformés à compter de 2011 en 1.200 places d'accueil de jour annuelles et 75 plateformes équivalant à 1.000 places par an.

Aider les proches, c'est également les former afin qu'ils ne soient pas démunis face aux symptômes de la maladie : deux jours de formation par an sont ainsi proposés à chaque aidant familial ; depuis novembre 2009, France-Alzheimer a formé 150 binômes de formateurs et 87 actions de formation ont déjà eu lieu (soit 1.000 aidants déjà formés).

D'ici fin 2010, 283 actions devraient avoir été réalisées, soit environ 2.420 familles aidées. Lors de crises qui nécessitent une hospitalisation, afin d'éviter un passage par de nombreux services hospitaliers qui fragilise ces patients, 120 unités spécialisées vont être créées d'ici 2012 dans les hôpitaux, en service de soins de suite et de réadaptation. Trente-cinq fonctionnent déjà au 17 septembre 2010. Il arrive également que le maintien à domicile ne soit plus possible, ni même souhaitable devant l'aggravation des troubles du comportement, ce qui nécessite une prise en charge en établissement.

Face à de telles situations, il faut continuer à adapter les établissements pour une meilleure prise en charge des malades : d'ici 2012, pour les malades présentant des troubles du comportement modérés 25.000 places dans des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA de 12 à 14 places) vont être labellisées ainsi que 5.000 places en unités d'hébergement renforcées (UHR de 12 à 17 places) pour les malades présentant des troubles plus sévères.

Les premiers pôles de prise en charge des troubles du comportement en établissements (PASA et UHR) vont être labellisés dans chaque région : l'objectif annuel pour 2010 et pour les deux années suivantes est de 600 PASA et plus de 100 UHR. Déjà 532 dossiers de PASA et 301 dossiers d'UHR ont été soumis aux agences régionales de santé. 58 projets de PASA ont été validés et vont ouvrir prochainement.

La mise en oeuvre concrète de ces solutions suppose la participation de professionnels formés. La formation d'assistants de soins en gérontologie (ASG, nouvelle fonction créée par le plan), a démarré en septembre 2010. 51 nouvelles places en écoles de psychomotriciens et d'ergothérapeutes ont été ouvertes à la rentrée 2010 et s'ajoutent aux 189 nouvelles places créées en 2009 et 69 ouvertes en 2008.

Grâce aux travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS), on dispose maintenant d'un premier indicateur « qualité » de la prise en charge : la prescription de neuroleptiques. Ces médicaments délétères pour les malades reflètent une mauvaise prise en charge des troubles du comportement et constituent une mauvaise réponse à un vrai problème. En 2009, 15,7% des malades (contre 16,1 en 2008 et 16,9 en 2007) sont sédatisés par ce type de traitements ; l'objectif est de baisser à 5%, par l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la qualité de vie des malades.

La lutte contre la maladie d'Alzheimer est devenue un enjeu de société

La maladie d'Alzheimer est encore stigmatisante en France. Le plan Alzheimer vise ainsi à mieux informer le grand public, à promouvoir une approche éthique, et à inscrire cette politique dans un contexte européen. La synthèse des enquêtes réalisées par l'INPES auprès de la population générale, des malades et de leurs aidants familiaux et des aidants professionnels du domicile seront publiées et diffusées auprès de la presse professionnelle aujourd'hui.

Au niveau local, après les assises régionales tenues en 2009, les agences régionales de santé créées en 2010 ont chacune nommé un référent Alzheimer, relai indispensable pour la mise en oeuvre concrète des solutions sur le terrain. Un dispositif de numéro de téléphone unique est mis en oeuvre du 15 septembre au 1er octobre 2010 grâce à la coopération de France-Alzheimer et Prémalliance. Il devrait permettre une prise en charge des appels entre 14h et 22h. Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation qui permettra ensuite de faire avancer la solution 35 du plan.

Concernant la démarche éthique, pour des raisons opérationnelles, la gestion de l'EREMA, l'espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, précédemment assurée depuis février 2009 par le Centre hospitalier universitaire de Reims va être confiée à l'équipe sous la responsabilité de l'Espace éthique de l'assistance publique-Hôpitaux de Paris qui était la deuxième candidate ayant répondu à l'appel d'offres de septembre 2008.

Un nouveau colloque sera organisé en 2011.

Au niveau européen, à la suite de la conférence organisée par la France dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne en octobre 2008, la lutte contre la maladie d'Alzheimer est devenue un enjeu européen. L'Union européenne a adopté en juillet 2009 une initiative qui fixe quatre priorités : le diagnostic précoce, l'épidémiologie, l'éthique et l'échange de bonnes pratiques. Une action conjointe pilotée par la France est en cours avec 17 autres Etats-membres volontaires sur ces priorités.

Concrètement en matière de recherche, la lutte contre les maladies neuro-dégénératives et en particulier la maladie d'Alzheimer est devenue un sujet pilote pour la programmation conjointe européenne de recherche : sous la présidence de la France, 25 pays allient désormais leurs forces pour vaincre ce fléau qu'est malheureusement encore la maladie d'Alzheimer.

Mardi 21 Septembre 2010

Source :
<http://www.senioractu.com>

La "Charte Alzheimer 2010 éthique et société" présentée à l'occasion de la journée mondiale Alzheimer 2010



La Charte Alzheimer éthique et société constitue désormais une référence nationale. Proposée dans sa première version en 2007 par le groupe de réflexion Éthique et société – vieillesse et vulnérabilités de l'Espace éthique/AP-HP dans le cadre d'une large concertation, il convenait d'en actualiser les termes.

La version 2010 constitue dès lors à la fois un texte de référence où sont affirmés les principes, et un document pratique indispensable sur le terrain du soin, en institution ou au domicile, écrit Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace Éthique/AP-HP, dans l'introduction de ce document, présenté ce 20 septembre au ministère de la santé, à l'occasion de la journée mondiale Alzheimer 2010.

PREAMBULE

Les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, quel que soit leur âge, ne peuvent se définir uniquement par leur maladie et par les pertes qu'elle provoque.

Elles doivent bénéficier des mêmes droits que tout citoyen dans l'accès à des soins compétents et de qualité, la compensation de leurs handicaps, le respect de leur dignité de personne humaine, l'écoute de leurs attentes.

Ces droits s'exercent quel que soit le stade d'évolution de leur maladie.

Leur place dans la société est à préserver de façon à leur éviter toute forme d'exclusion ou de discrimination.

ALZHEIMER 2010 : LES SOIGNANT S'ENGAGENT

Tous ceux, professionnels, proches et bénévoles, qui prennent soin des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, s'engagent à... :

- 1/ ...Reconnaître le droit de la personne malade à être, ressentir, désirer, refuser.
- 2/ ...Respecter le choix de la personne malade
- 3/ ...Respecter la personne malade, ses biens et ses choix matériels
- 4/ ...Respecter les liens affectifs de la personne malade
- 5/ ...Respecter la liberté de conscience de la personne malade et valoriser ses activités
- 6/ ...Assurer à la personne malade l'accès aux soins, la compensation des handicaps et à la prévention des facteurs aggravants
- 7/ ...Développer et garantir les compétences professionnelles par les formations initiale et continue ainsi que par le travail en équipe
- 8/ ...Soigner, respecter et accompagner la personne malade jusqu'au terme de sa vie
- 9/ ...Faire bénéficier la personne malade de la recherche et de ses progrès
- 10/ ...Contribuer largement à la diffusion d'une approche éthique

A l'occasion de la journée mondiale, l'Espace Éthique AP-HP lancera également son nouveau site dédié à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées : "Alzheimer éthique & société"

[Télécharger la « Charte Alzheimer Éthique & Société 2010 »](#) (document pdf - 7pages)

Présentation de la nouvelle Charte Alzheimer Éthique & société 2010 par Catherine Ollivet,
 Coordonnatrice du Groupe Éthique et société – Vieillesse et vulnérabilités - Espace éthique/AP-HP

Actualités->[Alzheimer](#)

Institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (IM2A)

Un outil médical unique en France

L'hôpital La Pitié-Salpêtrière à Paris a ouvert les portes vendredi 24 septembre de l'**Institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (Im2a)**, un établissement qui travaillera en "*partenariat*" avec les malades pour mieux comprendre leur pathologie.

Sur 3.000 m2, l'Im2a est le premier centre de recherche clinique "*totalement dédié*" à la prévention, au diagnostic précoce, à la recherche et au traitement de ces maladies du cerveau.

L'une des fonctions essentielles de l'Im2a sera de tenter de fournir au patient un diagnostic précoce d'une maladie qui avance masquée pendant plus e dix ans. Il est aujourd'hui admis que les symptômes de pertes de mémoire sont la conséquence d'un processus neuro-dégénératif vieux de plusieurs années.

L'Im2a fonctionnera comme un hôpital de jour -10 lits, 5 boxes de consultation- aura accès au plateau technique du CHU permettant de procéder à un diagnostic pointu, avec neuro-imagerie, explorations biologiques, électrophysiologie... Les données récupérées de façon standardisée, iront au sein d'une "*base de données*", qui ouvrira la voie à des comparaisons et orientera les recherches.

Les patients seront envoyés par les médecins de ville pour une exploration clinique et les données qu'ils fourniront permettront à la fois de les soigner et de participer à la recherche. Les informations recueillies viendront de source diverse (neuro-imagerie, électro-physiologie, tests, résultats biologiques) et seront compilées à l'aide d'outils mathématiques "*pour parvenir à un diagnostic "plus précoce et plus sûr"*".

La fondation Ifrad pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France se sont associées à la réalisation du centre, dont l'Institut du cerveau et de la moëlle épinière, inauguré aussi vendredi, sera un des partenaires.

La maladie d'Alzheimer touche, avec les troubles apparentés, 850.000 personnes en France, soit 6% des plus de 65 ans, dont la moitié ne sont pas diagnostiquées. Avec le vieillissement des populations, on s'attend à une recrudescence de la maladie que l'on ne sait pas encore soigner.

N'hésitez pas à participer à notre Forum sur la maladie d'Alzheimer animé par le docteur Bonnevey.

YM

mis à jour le 27/09/2010

[Retour vers la liste des actualités pour ce sujet: Alzheimer](#)



*Fédération des Réseaux de santé
Gérontologiques d'Ile-de-France*

Informations économiques et sociales

Actualités->[Politique](#)

APA et conseils généraux : un nouveau rapport de l'IGAS propose de leur confier les GIR 5 et 6

Dysfonctionnements lourds de conséquence

Suite au [rapport de juillet 2009 sur la gestion de l'APA \(Aide personnalisée à l'autonomie\)](#), cette synthèse 2010 de l'IGAS, inspection générale des affaires sociales, présente les résultats des contrôles effectués dans six départements (Côte d'Or, Corse du Sud, Hérault, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Yvelines), sept axes d'analyses transversales et leurs recommandations.

L'IGAS complète son étude 2009 sur l'analyse du processus de la gestion de l'APA (de la demande à l'attribution et aux recours) par les départements. Avaient été "contrôlés" en 2009 : l'Ain, les Bouches sur Rhône, l'Eure et Loir, la Haute Corse et une partie du Val de Marne.

Cette première analyse avait révélé un pourcentage non-négligeable d'[APA indues \(15 à 20%](#) selon Bruno Arbouet directeur de l'ANSP, Agence nationale des services à la personne).

Axes/recommandations 2010

Le nouveau rapport reprend les conclusions de 2009 :

- réduire les délais d'instruction des dossiers (deux mois maximum)
- homogénéiser les procédures (commission d'attribution),
- éviter les disparités quant à l'évaluation médico-sociale,
- optimiser la gestion de l'APA avec notamment le CESU préfinancé, chèque emploi service universel, l'utilisation des technologies de l'information, de la gestion.

Il recommande de

1. Renforcer la maîtrise des dépenses et des évaluations (Aggir, formations des libéraux, définition et mise en oeuvre du plan d'aides : ressources/effectivité), creuser la question de l'ouverture des droits APA et de la qualité des services rendus (30 à 40% finances des heures d'aides en "emploi direct").
2. Mettre au point des procédures de traitement et éligibilité à l'APA plus claires, rapides, efficaces (évaluation, attribution, plan d'aides)
3. Etudier la mise en oeuvre de tarifs plafonds opposables dans l'aide à domicile face aux disparités des participations financières des usagers et de qualifications des intervenants. L'IGAS recommande la mise en oeuvre d'"économie de références" ("La télégestion pourrait réduire de 50 à 75% des charges administratives" page 31). Dans les EHPAD la "dotation globale est recommandée avec contrôle du GMP : gir moyen pondéré".
4. Subordonner le financement d'emplois familiaux par l'APA à une évaluation médico-sociale (évaluation des handicaps/ des capacités du salarié)
5. Intégrer les nouvelles technologies pour la gestion des informations : dossiers des personnes, effectivité de l'aide,
6. Confier la gestion des aides à domicile aux personnes évaluées GIR 5 et 6 aux conseils généraux ou de renforcer la coopération entre ces services et ceux des caisses de retraite (Cnav, Cnam)
7. Clarifier une procédure quant aux signalements de maltraitances entre les nouvelles ARS (Agences régionales de santé), les services des départements, et ceux de l'Etat.

Certaines mesures nécessiteraient de recourir à la loi ou au pouvoir réglementaire, d'autres relèvent d'un partage de bonnes pratiques et d'un renforcement des missions de la CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le rapport de 67 pages est disponible [à la Documentation Française](#). [Téléchargez le document](#).

AdV

mis à jour le 13/09/2010

[Retour vers la liste des actualités pour ce sujet: Politique](#)

Actualités->[Profession](#)

Les formations d'assistants de soin en gérontologie se poursuivent pour les personnels du secteur privé à but non lucratif

1740 personnes formées d'ici 2012 avec un soutien financier de la CNSA de 3,9 millions

Après les aides soignants et les aides médico-psychologiques (AMP) de la fonction publique hospitalière, ceux du secteur de l'aide à domicile et du secteur privé à but non lucratif peuvent désormais suivre une formation d'assistant de soin en gérontologie grâce au soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie-CNSA, annonce celle-ci dans un communiqué du 14 septembre.

D'ici à fin 2012, la CNSA versera 900 000 € à Uniformation (OPCA des entreprises de l'économie sociale) pour participer à la formation de 405 professionnels du secteur de l'aide à domicile et 3 M€ à Unifaf pour celle de 1335 professionnels des établissements et services médico-sociaux privés non lucratifs.

Les aides soignants et les aides médico-psychologiques qui le souhaitent bénéficieront de 140 heures pour apprendre à mieux accompagner les personnes âgées malades d'Alzheimer hébergées en établissement, (UHR : unités d'hébergement renforcé, PASA : pôles d'activités et de soins adaptés), ou suivies par des SSIAD spécialisés, comme le prévoit la [mesure 20 du plan Alzheimer 2008-2012](#) qui a créé cette nouvelle fonction.

Fin 2012, 3600 assistants de soin en gérontologie auront été formés grâce à ce dispositif de cofinancement avec les trois organismes paritaires collecteurs agréés ([ANFH](#), Uniformation et Unifaf).

Ces avenants complètent un programme de formation plus général prévu par les conventions signées au début de l'année entre les organismes collecteurs de fonds de la formation professionnelle et la CNSA. Ils sont consultables sur le site de la [CNSA](#).

FG

mis à jour le 20/09/2010

[Retour vers la liste des actualités pour ce sujet: Profession](#)



*Fédération des Réseaux de santé
Gériatriques d'Ile-de-France*

Divers

CHRISTOPHE TRIVALLE

« La société tend au rejet des vieux malades »

Après la réforme des retraites, la prise en charge de la dépendance restera l'autre grand chantier à mener sur le front des politiques sociales. Et il y a fort à faire, estime Christophe Trivalle, médecin gériatre, qui, dans son ouvrage « Vieux et malade : la double peine ! », dénonce un système qu'il juge maltraitant pour les personnes âgées dépendantes.

Vous écrivez que les vieux sont considérés comme « bons à jeter ». N'est-ce pas un peu dur ?

L'image est forte, mais il existe dans notre société une tendance au rejet des vieux malades. Ils nous renvoient une image que l'on n'accepte pas aisément. D'ailleurs, aujourd'hui, même les seniors en bonne santé font l'objet d'un certain rejet car on estime qu'ils coûtent cher. Pendant longtemps, on a trouvé normal d'avoir un financement collectif solidaire pour payer les retraites. Aujourd'hui, certains n'hésitent pas à dire : « Qu'ils se débrouillent. » Surtout qu'une petite partie des jeunes retraités bénéficie d'une situation qui paraît plutôt favorable. Le rejet est donc assez global, avec un très net recul de la solidarité. Il est ainsi envisagé, dans le cadre de la future réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA], de retirer cette prestation aux personnes relevant du niveau de dépendance GIR 4 – soit plus de la moitié des bénéficiaires actuels (1).

Justement, combien y a-t-il de personnes âgées dépendantes en France ?

Environ 691 000 personnes souffrent de dépendance sévère, et ce chiffre augmente. En ce qui concerne les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, elles sont près de 860 000, sachant que beaucoup d'autres ne sont pas diagnostiquées. On sait aussi que près de 400 000 personnes dépendantes vivent en institution (soit moins de 5% des plus de 65 ans et 20% des plus de 80 ans), et que 65% des personnes âgées très dépendantes sont à domicile. Parfois par

choix, certaines pouvant rester chez elles dans de bonnes conditions, mais souvent parce que les familles n'ont pas les moyens de payer entre 1 500 et 3 500 € par mois pour une place en maison de retraite. Elles préfèrent donc garder leur proche à la maison, quitte à faire des allers-retours à l'hôpital.

Vous vous montrez très critique à l'égard de la tarification à l'activité (T2A), instaurée à l'hôpital dans les années 2000. En quoi influe-t-elle sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

La T2A repose sur le principe selon lequel plus on fait d'activités, plus on reçoit d'argent. Comme cela dépend énormément de la durée moyenne de séjour, il faut réduire celle-ci au minimum en traitant plutôt des pathologies standardisées. Or les personnes âgées malades sont atypiques et leur durée moyenne de séjour est souvent longue. Dans les services de médecine interne, la durée des séjours est de l'ordre de cinq à six jours. En gériatrie, elle est de dix à douze jours, et certains malades ont besoin de beaucoup plus de temps. La conséquence est que les services qui veulent faire de l'activité pour répondre aux critères de la T2A refusent, entre autres, les malades âgés ou souffrant d'Alzheimer, parce qu'ils savent qu'ils auront du mal à les faire sortir. Sauf à les mettre dehors au bout du délai imparti pour les faire revenir la semaine suivante. C'est ainsi que l'on multiplie les hospitalisations. Il faut ajouter que la T2A s'inscrit de toute façon dans une enveloppe globale. Donc, au final, même ceux qui jouent le jeu ne sont pas gagnants. C'est un très mauvais système, à la fois pour les soignants et pour les malades.

Pourquoi considérez-vous l'hôpital comme un « milieu hostile » pour les personnes âgées ?

Parce que, même au sein de l'hôpital, ce rejet des vieux existe. Dans la majorité des cas, lorsqu'un malade âgé rencontre un problème, on l'envoie aux urgences. Là, il se retrouve avec tous les autres patients. Son cas sera souvent jugé peu urgent s'il s'agit d'une déshydratation ou d'une désorientation. Il va donc rester des heures à attendre. Si l'on décide de le garder à l'hôpital, les autres services étant pleins, il risque fort de se retrouver dans un service d'attente, le temps qu'on lui trouve une place. S'il n'y a pas de place en gériatrie, ce qui est fréquemment le cas, il va atterrir dans un service de spécialité, où les soignants n'auront pas forcément l'appétence pour s'en occuper. Il ne sera pas stimulé et ne bénéficiera pas d'une prise en charge globale. C'est ainsi que quelqu'un qui aurait pu rentrer chez lui risque de devenir très rapidement grabataire et dépendant, pour finalement devoir entrer en institution.

« La qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vient de la présence d'un personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant »



M. KHALFI

L'un des chapitres de votre livre s'intitule « La honte des soignants ». Pourquoi un tel titre ?

Dans mon service, lors des réunions d'équipe, très souvent les soignants se plaignent qu'ils n'en peuvent plus. Ils ne sont pas satisfaits de leur travail car ils ne sont pas assez nombreux pour s'occuper de malades dépendants qu'il faut nourrir, laver, habiller... C'est la course tous les matins, chaque aide-soignante devant s'occuper d'une dizaine de personnes. Ce qui fait qu'elles n'ont pas assez de temps pour leur parler ni établir une relation de confiance. Rien d'étonnant à ce que les personnels des services de gériatrie craquent. Le *turn-over* y est très important, ainsi que le taux d'absentéisme. Nous sommes en permanence en manque de personnel. D'autant que l'augmentation des départs à la retraite touche aussi les professions du soin et que les hôpitaux en profitent pour faire des économies en supprimant des postes. Officiellement, c'est parce qu'il y a trop de postes et que l'on est mal organisés. En réalité, on supprime des emplois car c'est le principal poste de dépense hospitalier. Mais cela va forcément coïncider. On va aller vers un glissement des tâches – l'aide-soignante fera une partie du travail de l'infirmière et une auxiliaire remplacera en partie l'aide-soignante – avec un risque de déqualification.

Vous dénoncez la situation faite au service de longue durée (SLD). Pour quelle raison ?

Ces services sont un peu l'équivalent des EHPAD [établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], mais à l'hôpital. Ils sont très médicalisés, avec la présence de soignants 24 heures sur 24 et un plateau technique. La plupart des pathologies peuvent être prises en charge sur place. Ce qui représente un immense avantage par rapport aux maisons

de retraite. Malheureusement, les responsables de la santé publique considèrent que ce n'est pas à l'hôpital de s'occuper des malades âgés en longue durée. Même les gériatres, censés s'intéresser aux malades âgés, préfèrent les services de courts séjours ou de soins de suite. A Paul-Brousse, nous avons ainsi fermé une centaine de lits sur un total de 380. S'il y avait assez de places dans les EHPAD et que ceux-ci étaient d'un bon niveau médical, on pourrait sans doute continuer à supprimer des places en SLD. Mais cela n'est pas le cas. Certes, un effort a été fait pour améliorer la médicalisation des EHPAD, mais on est en train de revenir en arrière. Les budgets ne tiennent plus compte du GIR ni des pathologies. Certains EHPAD seront obligés de licencier. On va à nouveau vers une sous-médicalisation des maisons de retraite, alors que l'on a en partie détruit les services de soins de longue durée. On court à la catastrophe.

Risque-t-on d'en revenir aux hospices de vieux que l'on avait cru disparus ?

La qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en milieu hospitalier comme dans les maisons de retraite, vient de la présence d'un personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant. On peut avoir de très beaux locaux, s'il n'y a personne pour s'occuper des patients, cela ne sert à rien. La grande dépendance, ce sont des gens dont il faut s'occuper en permanence. Dans beaucoup d'EHPAD, il n'y a pas d'infirmière la nuit, donc pas de soins possibles. Si un malade en fin de vie a besoin d'une injection régulière pour soulager ses douleurs, on ne pourra pas s'en occuper. Il y avait eu un petit mieux avec le plan « Solidarité grand âge », qui prévoyait des ratios de 1 pour 1. A présent, on considère que des ratios de 0,6 pour 1, c'est déjà du luxe en maison de retraite. Des progrès ont aussi été faits avec les médecins coordonnateurs d'EHPAD, mais il faut revoir leur statut.

Craignez-vous l'émergence d'un « eugénisme gris » ?

C'est une crainte que l'on peut avoir. Certains s'interrogent sur l'intérêt de vivre lorsqu'on souffre d'Alzheimer, et sur le coût pour la collectivité. Et dans les couples où l'un des deux conjoints souffre de cette pathologie, il n'est pas rare que l'autre évoque des idées de suicide ou d'euthanasie. Ne pas donner aux services les moyens de s'occuper des malades âgés, c'est aussi une façon de se débarrasser de ces derniers. Si un service de long séjour ou une maison de retraite ne dispose pas d'un nombre suffisant d'infirmiers ou d'aides-soignants, il devient difficile de s'occuper correctement des malades. Au lieu de les emmener aux toilettes, on leur met des couches. Au lieu de les lever tous les jours, on ne le fait qu'un jour sur deux. Ils mangent mal et sont dénutris. Ils deviennent grabataires. C'est une façon d'accélérer leur fin de vie. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR JÉRÔME VACHON

(1) Actuellement, seules les personnes classées en GIR 5 et 6, c'est-à-dire les moins dépendantes, ne sont pas éligibles à l'APA. Inclure dans ce groupe celles qui sont classées en GIR 4 est notamment une proposition du rapport Rosso-Debord - Voir ASH n° 2666 du 2-07-10, p. 7.

REPÈRES

Christophe Trivalle est gériatre. Il dirige les unités Alzheimer et Soins de longue durée de l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif (94). Il coordonne le diplôme universitaire de prévention du vieillissement pathologique à la faculté de médecine Paris-Sud. Rédacteur en chef de la revue NPG (neurologie-psychiatrie-gériatrie), il publie *Vieux et malade : la double peine !* (Ed. L'Harmattan, 2010).