

Février - Mars 2006 (n° 2006-2)

Sommaire

LA LETTRE	P. 2
<hr/>	
<i>Jusqu'à son terme, favoriser la qualité de la vie.</i> Par Caroline Helfter	
RECHERCHE SUR LA MALADIE	P. 3
<hr/>	
Diagnostic	P. 3
Thérapeutiques	P. 4
ACTEURS	P. 8
<hr/>	
Personnes malades	P. 8
Professionnels	P. 10
REPERES	P. 16
<hr/>	
Politiques	P. 16
Initiatives	P. 21
FAITS ET CHIFFRES	P. 25
<hr/>	
REPRESENTATION DE LA MALADIE	P. 28
<hr/>	
Dans les médias	
Bibliographie	

Jusqu'à son terme, favoriser la qualité de la vie

Comme les héros du film de Zabou Breitman, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont souvent conviées, désormais, à " se souvenir des belles choses ". Confirmant l'intrication de la mémoire et des émotions, une étude récente montre, d'ailleurs, l'intérêt de savourer des moments de plaisir pour retrouver le chemin d'un passé enfoui (*Dementiae*, n°15, vol. 3, article de A.M. Ergis). Cet objectif serait particulièrement bien servi par la musique et, notamment, par l'écoute de chansons familières (*senioractu.com*, 20 mars 2006). Dans le même esprit, un atelier de réminiscence, mis en œuvre par une maison de retraite parisienne, s'appuie sur la stimulation émotionnelle pour faire émerger des souvenirs agréables et prévenir l'aggravation de la maladie (*agevillagepro.com*, 21 février 2006 ; *senioractu.com*, 23 février 2006). L'animation constitue, un véritable " soin relationnel ", estime Martine Péron. Pour cette praticienne nantaise, diverses petites madeleines sensorielles peuvent être utilisées pour solliciter les personnes malades. Celles-ci sont ainsi conduites, d'un même mouvement, à ranimer des images du temps perdu et à donner du goût à celui d'aujourd'hui (*Santé Social*, février 2006).

De fait, indépendamment de leur visée thérapeutique, ce type d'activités retentit positivement sur l'humeur des résidents et leur capacité à communiquer. Cependant, l'évolution de cette dernière s'avère, aussi, très influencée par le lieu de vie des personnes (*Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, février 2006, article de T. Rousseau et M. Loyau). Plus que l'institution, fût-elle un " cantou ", le domicile, protecteur de l'identité du sujet, serait mieux à même de l'aider à sauvegarder ses possibilités de communication (*Documents-Cleirppa*, cahier n°21) – soit, aussi, à préserver sa dignité, souligne Mitra Khosravi, dans un ouvrage consacré à " *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles* " (éditions Doin). De leur côté, pour lier plus facilement contact avec les patients, les soignants doivent connaître quelques principes d'action. Simples à appréhender, ils permettent de capter l'attention de leur interlocuteur et de ne pas le mettre davantage en difficulté (*Soins Gériatrie*, mars-avril 2006, article de M.P. Pancrazi et P. Métais).

La douleur a également des répercussions significatives sur les facultés cognitives des personnes (*Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, mars 2006, article de Ch. Moroni et B. Laurent). Mais encore faut-il savoir la détecter pour soulager la souffrance des intéressées. A cet effet, le " plan douleur " du gouvernement, notamment centré sur les personnes âgées, prévoit de développer la formation des personnels de santé (*agevillage.com*, 5 mars 2006). Des outils de diagnostic seront créés pour les médecins de ville, cependant que les soignants des EHPAD seront plus spécifiquement formés à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Un décret du 6 février impose, d'autre part, à tous les établissements et services où existe un projet général de soins de se doter des moyens nécessaires pour que leurs patients puissent bénéficier des soins palliatifs requis par leur état (*legifrance.gouv.fr*, 7 février 2006). Parallèlement, un comité de suivi a été institué afin de veiller au respect de cette obligation (*Actualités sociales hebdomadaires*, 24 février 2006). Il lui reviendra de s'assurer que, jusqu'à son terme, on favorise la qualité de la vie.

Caroline Helfter

Diagnostic

La maladie se transmet-elle par les gènes ?

Une étude a été menée par un groupe de chercheurs américains et suédois, sous la direction de Margaret Gatz, Professeur à l'*University of South California*, à Los Angeles. Elle a porté sur le patrimoine génétique de 11 184 paires de jumeaux suédois, dont 392 paires au sein desquelles un ou deux des jumeaux souffraient de la maladie d'Alzheimer. Dans un article publié le 6 février dans les *Archives of General Psychiatry*, l'équipe croit pouvoir affirmer que la maladie d'Alzheimer, dans au moins 80% des cas, trouve son origine dans le patrimoine génétique des personnes atteintes. « Cela semble vouloir dire qu'il y a une cause génétique à la maladie », déclare le professeur Gatz, en précisant toutefois que « cela ne veut pas dire que l'environnement n'est pas important » ;

www.senioractu.com, 16 mars 2006 ; *today.reuters.fr*, 16 mars 2006 ; *Archives of General Psychiatry*, février 2006 ; *www.e-sante.fr*, 28 février 2006 ; *www.lemonde.fr*, 7 février 2006

Comorbidités et maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer évolue sur environ une période de dix ans. L'existence d'affections associées est censée influencer le cours naturel de la maladie. A partir d'une étude multicentrique française, REAL.FR, les auteurs ont étudié 579 patients, de 77 ans de moyenne d'âge et ayant 20 de MMS (*Mini Mental Status*) moyen. Les maladies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes (34%), devant les handicaps sensoriels (23%) et les pathologies neurologiques (18%). Le suivi de quatre groupes différents, selon le nombre de comorbidités (de zéro à huit) devrait permettre de préciser l'influence de celles-ci sur l'évolution naturelle de la maladie d'Alzheimer.

Revue de médecine interne, article de Artaz MA. et Boddaert J, vol. 27, n° 2, février 2006

Fumer accroît le risque.

Le tabagisme entraîne un déficit en vitamine C. Or cette dernière agit en synergie avec un antioxydant, la vitamine E, qui exerce un effet protecteur dans les maladies fortement liées à l'inflammation, comme par exemple le cancer ou la maladie d'Alzheimer. *www.e-sante.fr*, 6 mars 2006

Danger : aluminium.

Une étude effectuée par l'équipe du Professeur Jean-François Dartigues (Université de Bordeaux) confirme qu'une trop forte teneur en aluminium de l'eau du robinet accroît le risque de maladie d'Alzheimer. Autre facteur de risque : certaines formes particulières de la lipoprotéine E. *www.doctissimo.fr*, 24 mars 2006

L'imagerie médicale peut aider à prédire le risque.

Le Professeur Jagust, de l'Université de Californie, a scanné le cerveau de soixante personnes âgées de soixante-neuf ans à l'activité cérébrale normale. Une fois par an, pendant quatre ans, l'examen a été recommencé. Six de ces personnes ont développé ensuite des formes de démence précoce ou des troubles des facultés cognitives. L'examen des images a montré que chaque fois que l'on notait une baisse du métabolisme du glucose dans les régions frontales et latérales du cerveau, un déclin du fonctionnement mental se produisait. *www.agevillage.com*, 4 mars 2006

Trois marqueurs du risque de maladie d'Alzheimer.

Le dosage de trois marqueurs présents dans le liquide céphalorachidien de patients qui présentent un léger trouble cognitif semble un outil de choix pour évaluer le risque ultérieur de maladie d'Alzheimer.

Ceci est la conclusion d'une étude qui paraît sur le site internet de la revue *The Lancet Neurology*. L'étude a été menée sur une cohorte de 137 patients. Les marqueurs choisis étaient la peptide amyloïde beta (Aβ 42), la protéine T-tau et la protéine tau phosphorylée (P-tau). L'étude précise que 42% des patients ont développé une maladie d'Alzheimer dans les quatre à cinq ans et qu'il existe une corrélation entre les concentrations initiales de ces marqueurs et le risque de maladie d'Alzheimer. *www.caducee.net*, 20 mars et 14 février 2006

Objectif dépistage précoce.

Une équipe de chercheurs suédois a étudié des marqueurs précoces de la maladie, présents dans le liquide céphalo-rachidien de 480 personnes présentant des troubles cognitifs modérés. Une relation significative a été établie entre des taux anormaux de différentes protéines dosées et l'apparition de maladie d'Alzheimer dans les quatre à six ans suivants. *Le Quotidien du Médecin*, n°7893, février 2006

Dépression et maladie de Parkinson.

La dépression est un trouble fréquemment rencontré dans l'évolution de la maladie de Parkinson. Sa fréquence est estimée à 31% des cas, après analyse rétrospective de 45 études conduites sur la maladie de Parkinson. Mais le repérage de ce trouble de la thymie est souvent gêné par l'intrication de certains symptômes moteurs et psychiques. *www.sf-neuro.org*, *Les cahiers du Parkinson*, n° 14, mars 2006

L'émergence des supercentenaires.

L'augmentation du nombre des centenaires s'explique en particulier par la chute de la mortalité à 80 ans. On assiste à l'apparition de supercentenaires, qui atteignent parfois l'âge de 110 ans. Et demain leur nombre va-t-il continuer de croître ? Jusqu'à quel niveau la mortalité des personnes âgées de 100, 105 et 110 ans pourra-t-elle continuer de baisser ? *Revue de gériatrie*, article de J.M. Robine, février 2006

Thérapeutiques

Le Donézépil serait actif au stade sévère de la maladie d'Alzheimer.

Le Donézépil est un médicament déjà commercialisé avec pour indication la maladie d'Alzheimer au stade léger à modéré. Une nouvelle étude contrôlée par placebo, conduite par le *Severe Alzheimer's Study Group*, a porté sur 284 patients présentant un stade sévère de la maladie et vivant en institution. Selon les résultats publiés, ce médicament apporte un bénéfice cognitif et fonctionnel.

Le Quotidien du Médecin. Mars 2006 n° 7927

Du bon effet des antihypertenseurs.

Après une enquête menée auprès de 3 297 personnes âgées de plus de 65 ans et en bonne santé, l'équipe d'Ara Khachaturian a constaté que, sur les 104 personnes présentant, au bout de dix ans, des troubles de mémoire, aucune n'appartenait au groupe des personnes traitées contre l'hypertension. Le médicament en cause semble être un antihypertenseur diurétique, maintenant de hauts niveaux de potassium. *www.agevillagepro.com*, 21 mars 2006

Des anti-inflammatoires contre le Parkinson.

L'inflammation semble impliquée dans divers processus dégénératifs, en particulier dans la maladie d'Alzheimer. Dans la maladie de Parkinson, des observations expérimentales, chez l'animal, suggèrent l'existence d'effets protecteurs des anti-inflammatoires.

Une étude américaine portant sur 86 000 hommes et 97 000 femmes semble montrer que le risque de survenue de la maladie serait plus faible chez les consommateurs d'un anti-inflammatoire, l'ibuprofène.
Alzheimer Actualités, mars/avril 2006, n° 185

Soigner par la musique.

L'Institut Alzheimer, présidé par le Professeur Jacques Touchon, a décidé de reconduire pour 2006 le concours « Bourses de recherche en musicothérapie dans la maladie d'Alzheimer ». Cette nouvelle édition comprendra deux bourses d'un montant respectif de dix mille et cinq mille euros. L'inscription, réservée aux médecins et chercheurs, se fera uniquement en ligne sur le site **www.institut-alzheimer.org**. Deux projets de recherche, récompensés en 2005, sont actuellement en cours de réalisation : « Rééducation de la mémoire autobiographique par la musique chez vingt patients Alzheimer » (CHU La Timone, Marseille) et « Le rôle des chansons familières dans l'émergence de souvenirs autobiographiques dans la maladie d'Alzheimer » (Université René Descartes Paris V).

www.senioractu.com, 20 mars 2006

Un mécanisme naturel de défense.

Une équipe de la faculté de médecine de l'université Laval et du centre de recherche du centre hospitalier universitaire de Québec a annoncé le 16 février avoir découvert un mécanisme naturel de défense déployé par l'organisme pour contrer la dégénérescence des cellules nerveuses observée dans la maladie d'Alzheimer. On sait que la maladie se caractérise par l'accumulation de protéines amyloïdes, qui forment des plaques autour desquelles s'agglomèrent des microglies, les cellules de défense du système nerveux central. Ces microglies se révèlent incapables d'éliminer ces plaques : elles provoqueraient une inflammation qui causerait la mort des neurones. D'où l'utilisation d'anti-inflammatoires. Les chercheurs canadiens auraient réussi à démontrer, à partir d'expériences menées sur des souris transgéniques atteintes de la maladie d'Alzheimer, qu'une autre espèce de microglies, celles qui proviennent de cellules souches de la moelle osseuse, parviennent à détruire les plaques amyloïdes. Ils font appel au génie génétique pour fabriquer des microglies qui se fixent plus solidement aux plaques et qui sont dotées d'enzymes plus puissants pour les détruire.

www.agevillage.com, 28 février 2006 ; <http://sante-az.aufeminin.com>, 23 février 2006

Une étude de la prescription des médicaments dans la vie quotidienne des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est en cours,

a annoncé le ministre Philippe Bas devant la Première rencontre parlementaire sur la santé mentale : recours aux thérapeutiques, nombre d'hospitalisations, d'entrées en institutions, charge des familles. Un nouveau programme hospitalier de recherche clinique, coordonné par le Professeur Dartigues, portera sur l'évaluation et la validation des traitements non médicamenteux.

www.agevillage.com, 14 février 2006

Des médicaments, mais sous conditions...

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Grande Bretagne) fixe les conditions d'utilisation des médicaments anti-Alzheimer : un MMS (*mini mental state examination*) au dessus de 12 ; un diagnostic dans une clinique spécialisée et par des médecins spécialisés ; la garantie que les médicaments seront pris avec régularité ; une nouvelle évaluation tous les mois ; une suspension du traitement quand le MMS tombe au dessous de 12. *www.agevillagepro.com*, 15 février 2006

Attention aux anticholinergiques, qui peuvent provoquer des troubles cognitifs chez la personne âgée. C'est la conclusion à laquelle est parvenue l'équipe de recherche INSERM de Karen Ritchie à l'Université de Montpellier. Marie-Laure Ancelin et Sylvaine Artero ont suivi 372 personnes âgées de plus de soixante ans et ne présentant pas de démence. Environ 10% des personnes interrogées prenaient des anticholinergiques depuis au moins un an. 85% des consommateurs de médicaments présentaient des altérations cognitives modérées, contre 35% dans le groupe des non consommateurs. Cependant un article de *l'International Journal of Geriatric Psychiatry* affirme que les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase retardent d'au moins six mois le déclin cognitif des patients Alzheimer. *www.destinationsante.com*, 28 février 2006 ; *successful aging news*, 24 février 2006 *www.futura-sciences.com*, 16 février 2006 *www.agevillagepro.com*, 15 février 2006

Danger dépression.

Selon le Professeur Michael Rapp, de la *Mount Sinai School of Medicine of New York*, le fait de souffrir de dépression tout au long de sa vie exposerait à la maladie d'Alzheimer. Le chercheur américain a comparé deux groupes de patients souffrant de cette maladie, les uns ayant été victimes de dépressions sévères, les autres n'ayant connu aucun trouble psychologique. Les plaques amyloïdes se sont davantage développées chez les patients du premier groupe, qui manifestent un déclin intellectuel plus prononcé. *www.destinationsante.com*, 13 février 2006

Entre 8 et 14% (selon le temps du suivi) des personnes âgées souffriraient de troubles dépressifs.

Entre 5 et 12% consomment des antidépresseurs. L'existence de ces symptômes multiplierait par trois le risque de troubles cognitifs (du moins chez les sujets masculins). Tels sont les résultats de l'enquête PAQUID, effectuée, au long des dix-neuf dernières années, auprès d'un échantillon de 3 777 sujets âgés de plus de soixante cinq ans au 31 décembre 1987. *Dementiae*, article de Y. Wolmark, n°15, vol.3

Mémoire et émotions dans la maladie d'Alzheimer.

Une étude portant sur cent cinquante personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer montre que l'apathie est présente dans 76% des cas. Mais la mémoire explicite est mieux préservée quand le stimulus a une connotation émotionnelle positive. La présence de symptômes dépressifs aggraverait les troubles mnésiques et se traduirait notamment par un déficit au niveau des stratégies de rappel. « La réminiscence aurait un effet bénéfique sur la dépression, sur les interactions sociales, sur les troubles du comportement, sur la désorientation et la capacité à rester engagé dans une activité ». *Dementiae*, article de A.M. Ergis, n°15, vol.3

"Recherchons frères et sœurs de plus de 90 ans"

Telle est l'annonce que pourrait faire passer l'INSERM, qui participe à une étude européenne "*Genetic of Healthy Aging*" (les facteurs d'un vieillissement en bonne santé). *Newsletter FEHAP*, février 2006

Un jeu vidéo pour prévenir la maladie d'Alzheimer.

Le Professeur Ryuta Kawashima, de l'Université de Tohoku, a imaginé un jeu vidéo, *Brain Training*, qui est censé améliorer la capacité cérébrale et même diminuer les risques de démence et de maladie d'Alzheimer. Grâce à différents casse-tête, l'âge cérébral du joueur est déterminé, le but du jeu étant de réduire son âge cérébral. Ce jeu rencontre un grand succès au Japon et sera bientôt commercialisé aux Etats-Unis et en Grande Bretagne. *www.agevillage.com*, 13 mars 2006

Cellules souches : l'archevêque de Paris proteste.

Dans une interview au journal *La Vie*, Mgr Vingt-Trois, archevêque de Paris, réagit à la publication, le 7 février, de décrets autorisant l'utilisation des embryons à des fins de recherche. « Va-t-on continuer longtemps à fabriquer des embryons en surnombre ? », s'interroge-t-il. « On nous fait rêver d'un avenir fantasmatique où l'on pourrait guérir les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer grâce à ces cellules souches embryonnaires », explique-t-il, mettant en garde contre la supercherie et la propagande, alors que l'on touche au cœur de l'existence humaine ».

www.genethique.org, 17 février 2006 ; *La Vie*, 16 février 2006.

Omega 3 et statines.

Voilà un cocktail qui jouerait un rôle majeur dans la prévention de la maladie d'Alzheimer. De récentes études américaines viennent de montrer que certains acides gras, et notamment les omega 3 contenus dans certains poissons, exerçaient un puissant effet protecteur sur les neurones, en empêchant le déclenchement de la maladie d'Alzheimer, ou en ralentissant sa progression. Au cours des dernières années, trois grandes études épidémiologiques ont montré par ailleurs que les statines, des anticholestérols, seraient des agents protecteurs particulièrement efficaces. Elles permettraient de réduire jusqu'à 70% le risque de développer des démences du type Alzheimer.

www.medito.com, article de René Trégouët, groupe de prospective du Sénat, 3 février 2006 ; *info@successaging.com*, 1^{er} février 2006

Soigner par la lumière.

L'efficacité de l'utilisation de la lumière comme moyen thérapeutique a été étudiée à partir de plusieurs recherches publiées dans la littérature. Certains résultats semblent montrer l'efficacité de la luxthérapie dans la diminution des troubles de l'humeur et dans l'amélioration des cycles veille-sommeil chez les personnes âgées démentes. D'autres études sur des populations plus importantes et plus homogènes sont nécessaires pour mieux apprécier ces effets et trouver alors une place à la luxthérapie en complément des autres traitements.

Repères en Gériatrie n°57, article de E. Evrard, Janvier 2006

Fruits et légumes protègent des accidents vasculaires cérébraux.

Selon l'analyse de plusieurs études publiées, la consommation de cinq portions de fruits et de légumes par jour pourrait entraîner une réduction très importante des accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques. Ce constat devrait encourager à ce type de consommation déjà à l'origine de gain potentiel sur les cancers et les ischémies cardio-vasculaires.

Le Quotidien du Médecin, n°7887, janvier 2006

Personnes malades

Quelles répercussions de la douleur sur les facultés cognitives ?

La douleur chronique mobilise une importante partie des facultés d'attention et diminue donc le potentiel disponible. Deux tests ont permis de mesurer le déficit, d'autant plus important que la douleur est plus intense. De la même façon, la mémoire sérielle est affectée en raison directe de l'intensité douloureuse, alors que la mémoire de récit reste intacte. Encore faut-il distinguer les processus de mémorisation automatique (peu affectés) et ceux qui impliquent une mémorisation contrôlée, qui exigent volonté et attention du sujet et qui sont donc atteints. La mémoire de la douleur fait l'objet de distorsions liées à de nombreux paramètres et doit être analysée avec de grandes précautions méthodologiques. La douleur chronique est associée à un déficit cognitif spécifique affectant les capacités de choix, ce qui se répercute dans des situations émotionnelles de la vie quotidienne. Enfin le fonctionnement cognitif des patients douloureux est affecté par la dépression, l'anxiété, le stress, la localisation de la douleur ainsi que les traitements médicamenteux.

Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement, article de Christine Moroni et Bernard Laurent, mars 2006

Maladie d'Alzheimer et conscience des troubles cognitifs.

On appelle anosognosie un trouble de la conscience de soi : la personne atteinte ignore ou semble ignorer le déficit moteur ou cognitif qui affecte son moi. Une étude récente, portant sur cinquante-neuf patients, âgés de quatre-vingt six ans en moyenne, montre l'existence de trois groupes en fonction du degré d'anosognosie : 47% des cas ont une conscience normale de leurs troubles, 30% ont une anosognosie légère et 23% une anosognosie modérée à sévère.

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, article de M.J. Al Aloucy et M. Roudier, février 2006

Quid des lits médicalisés ?

Aujourd'hui ils sont majoritairement loués par les résidents eux-mêmes, avec prise en charge par la SS, ce qui leur permet de toujours bénéficier des matériels les plus récents. Mais un certain nombre de dispositifs médicaux (dont ces lits) doivent être réintroduits dans les forfaits soins. Neuf fédérations professionnelles (ADEHPA, CNEHPAD, FEHAP, FHF, FNACCPA, FNADEPA, FNMF, SYNERPA, UNIOPSS) s'inquiètent de ce transfert : quid de la maintenance, de l'évolutivité, du confort personnel de chaque résident ? *www.agevillagepro.com*, 6 mars 2006

Des accueils de jour pour se ressourcer.

La CNSA peut aider à financer des accueils de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Sur les vingt millions d'euros qu'elle avait attribués à ce chapitre en 2005, elle n'en a dépensé que douze. Ces accueils de jour peuvent opter pour une mixité des publics. A Aussillon, dans le Tarn, par exemple, l'accueil de jour regroupe des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, ainsi que de handicaps physiques : c'est, pour eux, un "espace de liberté". En revanche, à Bressieux, dans la banlieue de Chambéry, l'association Alzheimer Savoie a choisi la spécialisation, grâce notamment à un personnel spécifiquement formé. Mais la présidente de France Alzheimer, Arlette Meyrieux, préconise également, pour les malades à un stade plus avancé, des accueils de jour plus médicalisés. Cependant les familles restent souvent réticentes, ce qui s'explique peut-être par le refus d'une "considération qui serait la juste rétribution du fardeau qu'elles assument" (témoignage de la Fondation Médéric Alzheimer).

ACTEURS

Cet article rappelle les travaux de la Fondation sur les représentations que les aidants se font de leur rôle et sur les motivations de leurs réticences.

Actualité sociales hebdomadaires, 3 mars 2006

Sans droit à l'information pas de consentement légitime.

Désormais c'est à l'établissement d'apporter la preuve qu'il a bien informé l'utilisateur sur les conditions de sa prise en charge. Quand le malade n'est pas en état d'exercer ses droits, la loi place la "personne de confiance" en tête des "personnes ressources", qui doivent être associées aux décisions à prendre.

Directions, interview de François Violla, directeur du Centre de recherche droit et santé, mars 2006

Huit cents lits de soins de longue durée supprimés, sur les quatre mille cinq cents restant dans les vingt hôpitaux concernés, annonce l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, qui a décidé d'orienter des malades d'Alzheimer, de Parkinson et d'autres pathologies avec perte d'autonomie vers des structures non pas hospitalières, mais médico-sociales, les EHPAD ». Le GRAF (Groupement régional des associations de familles de malades en longue durée) s'inquiète de ces suppressions de lits « alors que les besoins ne cessent de s'accroître, que les places en EHPAD sont d'ores et déjà incapables de répondre aux besoins actuels, que les problèmes d'effectifs nécessaires en quantité et qualité sont loin d'être réglés et que celui du financement exorbitant pour et par ces malades eux-mêmes et leur famille reste entier ». *www.agevillagepro.com*, 7 février 2006

Unités de soins de longue durée : Pathos va aider à départager.

Le groupe de travail sur l'avenir des USLD a rendu ses premiers arbitrages. Un outil d'évaluation baptisé Pathos, élaboré par le syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et la Cnam, va permettre, parmi d'autres critères, de décider quels lits resteront USLD et quels autres passeront au secteur médico-social (EHPAD). Les Agences régionales de l'hospitalisation organiseront des sessions de formation à cet outil, pour les médecins concernés par ce problème. Mais les professionnels (SNGC et FHF) s'interrogent sur l'avenir du type de malades accueillis en EHPAD. La concentration de malades lourds en USLD permettra-t-elle encore de leur facturer un "forfait hébergement" et ne risque-t-elle pas de décourager des professionnels encore peu nombreux et insuffisamment formés ?

www.agevillagepro.com, 3 février et 1^{er} février 2006

Que vont devenir les Unités de soins de longue durée ?

Un audit des USLD va permettre de redéfinir les besoins de soins des patients et de décider de l'avenir de ces structures, dont certaines resteront dans le secteur sanitaire, tandis que d'autres passeront dans le médico-social. La Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) défend l'idée de distinguer à l'avenir trois types d'établissements. 1) Les USLD maintenues, qui devraient fonctionner comme des établissements de soins gériatriques, avec un ratio d'encadrement compris entre 0,8 et 1, un plateau technique minimum associant des compétences multiples et des ressources budgétaires adéquates ; 2) des EHPAD « réellement médicalisés », avec un ratio d'encadrement compris entre 0,7 et 0,8 et des ressources maintenues ; 3) des EHPAD traditionnels, avec un encadrement au moins égal à 0,5. La FEHAP plaide aussi pour la création d'unités d'accueil spécifiques pour patients déments et ambulants au sein des USLD et des EHPAD.

Actualités sociales hebdomadaires, 3 février 2006

Professionnels

Comment communiquer avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Principes de base : évaluer les capacités restantes, ne pas corriger systématiquement les erreurs, chercher des médiateurs (parent ou soignant). Des actions pour améliorer la communication : se placer face au patient, le regarder droit dans les yeux, prendre le temps de capter son attention, se présenter à chaque fois, parler lentement, poser des questions à choix fermé. Il est important de chercher à valoriser le patient : ne pas s'énerver devant ses questions répétitives, dire la vérité, ne pas parler devant le patient comme s'il n'était pas là, manifester son écoute même quand les mots ne semblent plus rien vouloir dire.

Soins Gérontologie, article de M-P Pancrazi et P. Métais, mars/avril 2006

La clé des sens, pour mieux communiquer.

"L'animation est un soin relationnel. La clé des sens montre que des émotions peuvent affleurer en chacun, si on les sollicite. Même dans des cerveaux très abîmés, des images peuvent se former". Ainsi parle Martine Perron, créatrice de la "Clé des sens". Au sein de l'association des Petits frères des pauvres, à Nantes, par exemple, on a le plus souvent recours à cette communication plus sensorielle que verbale, qui redonne vie aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer : préparation de gâteaux, assistance à des matches, évocation de souvenirs grâce à des objets du passé ... "La personne âgée retrouve un passé riche de connaissances, d'idées, d'émotions et un présent inscrit dans la permanence d'un projet de vie".

Santé Social, février 2006

Le lieu de vie influence la communication des malades.

Une étude menée par l'orthophoniste et psychologue T. Rousseau a permis de comparer l'influence de trois lieux de vie : le domicile, le « cantou » et l'unité de soins de longue durée, à partir de trois groupes de malades identifiés par leur stade de démence (débutante, moyenne ou sévère). Les résultats montrent que le domicile permet au malade de préserver des capacités de communication supérieures à celles des malades vivant en institution. Le chez soi apparaît comme un lieu de maintien de l'identité, alors que le placement en institution est souvent vécu comme un traumatisme. L'inconvénient du « cantou » serait que, en regroupant des personnes à des stades différents de la maladie, il présenterait aux nouveaux résidents un tableau de leur avenir pathologique.

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, article de T. Rousseau et M. Loyau, février 2006

Comment réagir face à la sexualité des personnes âgées hospitalisées.

Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et qui, hospitalisée à la demande de son mari, noue en établissement une relation sexuelle avec un autre patient ; un malade qui se livre à des tentatives sexuelles sur des soignants ou des patientes ; une vieille dame qui dissimule un secret de famille (sans doute incestueux) sous une grande agressivité verbale : comment le personnel soignant doit-il réagir ? Essayer de connaître l'histoire affective, sociale, humaine du patient ; expliquer certains comportements à la famille ; ne porter aucun jugement de valeur ; rester persuadé que les malades conservent une vie affective et une capacité à prendre du plaisir.

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, article de G. Demoures, février 2006

Comment annoncer le diagnostic.

Des chercheurs de l'hôpital Broca, du CHU Cochin Port-Royal et de l'Université René Descartes Paris V ont étudié les différentes conséquences émotionnelles de l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer. Cette annonce est devenue une obligation légale, mais se révèle souvent difficile.

ACTEURS

Les réactions des malades seraient souvent « la honte accompagnant la peur que d'autres personnes se rendent compte de leur maladie ». Ont été également notées, dans l'ordre décroissant : l'indifférence, l'anxiété, la nervosité, la dénégation, l'agressivité. L'entourage familial accueillerait la révélation avec anxiété (45%), résignation (28%), rejet initial (16%) et déni (12%). Les médecins préfèrent annoncer le diagnostic à la famille (94%) qu'aux patients (52%). Mais les choix de principe ne correspondent pas toujours aux pratiques réelles. Les chercheurs conseillent de donner « des explications simples, claires, adaptées au profil psychologique et à la culture des personnes concernées ». Il faut « répondre aux craintes en fournissant une vision réaliste de la maladie tout en insistant sur les points positifs ». *Dementiae*, n°15, volume 3

Dispositif d'accompagnement et démarche qualité.

Tels sont les deux domaines que privilégient les différents acteurs du secteur social et médico-social dans une enquête menée par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Actualités sociales hebdomadaires, 17 mars 2006 ; *www.directions.fr*, 14 mars 2006

Pourquoi la France est-elle contre le RAI ?

Le *Research Assessment Instrument* est une démarche, adoptée dans dix-huit pays, qui permet d'évaluer les besoins médico-psycho-sociaux des personnes âgées et d'améliorer les réponses à y apporter. Elle comporte une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire, l'élaboration d'un "tableau d'alarme" et des guides d'analyse standard, avec recommandation de bonnes pratiques. Mais la France invoque la longueur et la lourdeur de la démarche pour ne pas s'y rallier. Le Professeur Jean-Claude Henrard en est ici le principal promoteur.

www.agevillagepro.com, 7 mars 2006

Protection accrue pour les salariés dénonçant des maltraitances.

C'est le principe que rappelle la Cour d'Appel de Paris dans un arrêt du 18 novembre 2005. Un directeur adjoint de Centre d'aide par le travail, licencié par son employeur après qu'il eut dénoncé des actes de maltraitance à l'égard de personnes handicapées, a obtenu gain de cause par le seul fait qu'il était fait référence à cette dénonciation dans la lettre de licenciement, même si elle n'était pas présentée comme motif principal. La Cour d'Appel précise même que l'agent n'a pas à apporter la preuve de la vérité des faits qu'il dénonce. Cette « protection légale renforcée » est définie comme « liberté fondamentale ».

Actualités sociales hebdomadaires, 17 mars 2006

Maltraitance : comment les personnes âgées les ressentent.

La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a mené une étude qualitative sur les perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants. Elle analyse notamment les motifs de plainte et la gamme des réactions, de la banalisation à la revendication.

Lettre d'information de l'AFBAH, *www.afbah.org*, mars 2006

Maltraitance : un numéro vert.

Solidarité Vieillesse Ile-de-France lance un service d'écoute téléphonique 0 810 600 209. "Appelez-nous, Nous pouvons vous aider". "L'épuisement, rappelle la campagne de communication, est souvent un pas vers la maltraitance".

Lettre d'information de l'AFBAH, *www.afbah.org*, mars 2006

Situations de maltraitance : mieux vaut prévenir.

Le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées a élaboré, avec la Fédération hospitalière de France, une plaquette de recommandations. 1) Façonner la culture professionnelle (bienveillance et évaluation des pratiques) ; 2) Etablir des process (tableau de bord d'alerte, protocole écrit en cas de suspicion) ; 3) Veiller aux ressources humaines (sélection et formation du personnel) ; 4) Effectuer les démarches (Obligation de signalement au procureur, enquête interne, constitution de partie civile) : S'inscrire dans des réseaux (associations d'usagers) ; Si le pire arrive, informer. *Directions*, mars 2006

Le secteur de la dépendance peine à recruter.

Un million de personnes dépendantes en 2020, moitié plus en 2040 : face à ces prévisions, la filière n'est pas prête à les prendre en charge, alors que le taux d'encadrement est en France deux fois moindre qu'en Allemagne, en Autriche ou aux Pays Bas. Mais les structures existantes ont déjà beaucoup de mal à recruter, à former et à fidéliser leurs personnels : manque de moyens financiers, inadéquation des modes de recrutement, conditions de travail trop difficiles. Il faut donc réinscrire la gérontologie dans une dynamique de carrière. Première solution : la mobilité interne. Autres solutions : le développement de l'hospitalisation à domicile.

"De 1 500 places aujourd'hui, l'HAD devrait passer à 15 000 places en 2010", déclare le président de la fédération nationale des établissements d'HAD. La validation des acquis de l'expérience (VAE) offre aujourd'hui une nouvelle chance à ce secteur en situation de pénurie. *Les Echos*, 21 février 2006

Aide à domicile : une mission de prévention des risques professionnels.

La Caisse nationale d'assurance maladie a lancé une mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile. Cette mission devrait aboutir à des préconisations en 2007.

www.directions.fr, 14 mars 2006

Aide à domicile : pas les coiffeurs !

Dans sa réponse à la question posée par le député Alain Cortade (UMP), le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes précise que les services de coiffure ne peuvent pas bénéficier des dispositions fiscales et réglementaires prévues par la loi Borloo sur les services à la personne.

http://questions.assemblee-nationale.fr, 13 mars 2006

L'union syndicale de la branche professionnelle du domicile (USB domicile) représente désormais 90% de la profession.

L'ADESSA (3^{ème} fédération de l'aide à domicile) vient en effet d'adhérer à l'USB. L'objectif est de négocier une convention collective unique de branche.

www.agevillagepro.com, 21 février 2006

Fourmi Verte s'y met à son tour.

Dans le cadre du plan Borloo sur les services à la personne, la Mutualité sociale agricole, Groupama et Familles rurales lancent la Fourmi verte qui offre une large gamme de services adaptés aux « rurbains ».

A partir du numéro Azur 0811 88 66 44, les habitants de ces territoires auront désormais accès à de nombreux services : assistance aux personnes âgées, prestations diverses à domicile, etc.

Actualités sociales hebdomadaires, 17 février 2006 ; *www.msa.fr*, 17 février 2006

ACTEURS

France Domicile, première enseigne nationale de services à la personne.

Appelez le 0826 27 15 15, du lundi au samedi de 8h à 20h : vous serez mis en contact avec la nouvelle enseigne créée en commun par la Mutualité française, l'UNA (Union nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles) et l'UNCCAS (Union nationale des Centres communaux d'action sociale), qui est lancée, depuis le 14 février, dans six départements (22, 29, 35, 44, 56 et 51. Le reste du territoire sera couvert au printemps.

Santé Social, février 2006 ; *Actualités sociales hebdomadaires*, 17 février 2006 ; www.francedomicile.fr, 14 février 2006

En réseau pour décider.

« Droit au choix et droit au risque de la personne âgée vivant à domicile ou en établissement » tel était l'appel à projets lancé par la Fondation de France. Autrement dit, en particulier : comment réagir face aux problématiques des personnes âgées en situation de risque refusant de quitter le domicile ? Trois associations vendéennes ont répondu collectivement et remporté le grand prix. Elles en ont profité pour créer le Réseau d'aide décisionnelle aux réponses sociales (Radars), destiné à sortir de leur isolement pour résoudre des problèmes particulièrement délicats. Le réseau comporte des représentants des services de tutelle, d'aide à domicile, de psychiatrie et des services sociaux, avec la participation ponctuelle de médecins, voire d'élus ou de policiers. L'utilisateur concerné est presque systématiquement invité à participer à la séance qui traite de son cas.

Directions, février 2006

Deux nouveaux diplômes accessibles en VAE.

Il s'agit du diplôme d'Etat d'aide médico-pédagogique (DEAMP), qui se substitue au certificat d'aptitude (CAFAMP), et du diplôme de technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF). www.directions.fr, 14 mars 2006

2006, année de la validation des acquis de l'expérience.

Tel est le thème choisi pour le numéro de février de la revue *Directions*. En 2005, 5 248 dossiers visant le titre d'aide-soignante ont été jugés recevables, 6 000 pour celui d'auxiliaire de vie sociale. Pour le premier de ces diplômes, une formation de 70 heures est obligatoire. Quatre avantages pour les employeurs : cursus raccourci, économies d'échelle, accroissement des compétences, mobilité professionnelle facilitée. Si besoin est, du temps spécifique est alloué à des personnes ressources internes. Le budget maison assume l'achat d'ouvrages importants pour les candidats. Les plannings sont assouplis pour autoriser les absences justifiées pour un rendez-vous ou un entretien. L'association de résidences pour personnes âgées (AREPA) accompagne cinquante de ses agents de soins qui ciblent le diplôme d'Etat d'aide soignante : aucune demande de VAE n'est refusée. *Directions*, février 2006

Un mastère en management d'établissements médico-sociaux peut être préparé au groupe Euromed Marseille. Accessible à des titulaires d'un bac+ 4, il est mené en partenariat avec diverses institutions, dont l'association Provence Alzheimer et la fédération de neuro-géronto-psychiatrie de l'AP-Hôpitaux de Marseille. Il comporte notamment un cursus sur l'approche médico-psycho-sociale du vieillissement. Contact : 04.91.82.78.62. www.euromed-marseille.com
Santé Social, février 2006

Les aides à domicile parlent de leur métier.

Un travail mené en 2005 pour la Fondation Médéric Alzheimer et piloté par Olga Piou et Marie-Jeanne Vercherat, respectivement directrice et consultante du CLEIRPPA, a recueilli la parole d'aides à domicile intervenant auprès de personnes atteintes de la

ACTEURS

maladie d'Alzheimer. Toutes insistent sur les trois qualités indispensables dans ce métier : le sens de la responsabilité, le respect de l'intimité et les « qualités humaines » (fort investissement personnel, respect des personnes âgées). Mais elles constatent, au contact quotidien de la mort, de la maladie, de la misère sociale, une certaine usure mentale et physique. Elles continuent à trouver la maladie « déconcertante » : « c'est dur de savoir ce qu'ils veulent ». Cela les oblige à penser leur avenir, dans un effet de miroir qui leur fait peur. Leur métier exige, disent-elles, beaucoup de patience : malades qui cachent tout, qui refusent de manger, qui répètent dix fois la même demande... Privilégier l'autonomie, même si la dépendance est importante ; essayer de communiquer, même si c'est souvent très difficile : voilà quelques uns des secrets que leur enseigne l'expérience. Le décès de la personne malade les perturbe beaucoup. L'enseignement majeur, c'est la volonté de maintenir le plus possible les capacités restantes des personnes malades, pour leur conserver un lien avec le monde et avec la vie. *Documents-Cleirppa*, cahier n°21

Le retour à domicile après l'hôpital, une utopie ?

M.A.D.I. = terme du jargon hospitalier signifiant « maintien à domicile impossible ». C'est ce que pense souvent, du reste, l'entourage familial : peur de l'inconnu, symptômes de la maladie d'Alzheimer, difficultés de la mise en place de services à domicile. C'est pourquoi, l'annonce d'un retour à domicile doit s'accompagner d'explications de l'équipe soignante : la cause de l'hospitalisation était curable, possibilités d'organisation d'aides à domicile, suivi du malade après son retour *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, article de N. Kadri, février 2006

La «culture du domicile».

C'est ainsi que Bernard Ennuyer, directeur d'un service d'aide à domicile, qualifie l'ensemble des relations qui unissent les aidants, les aidés et les familles. Le domicile, rappelle-t-il, c'est « l'endroit où l'on est maître chez soi ». Il évoque « le couple domus-dominus ». La France, depuis le rapport Laroque de 1962, privilégie le maintien à domicile des personnes âgées. « La culture du domicile, c'est la culture du sur-mesure, de l'individuel, du subjectif et du primat du sujet. (...) Le sujet, fût-il diminué, est premier ». Mais la logique médicale peut transformer le domicile en lieu d'affrontement. Entre le sanitaire et le social ou entre la culture de la gestion et celle du sur-mesure. Attention à ce que l'hôpital ne « rentre pas à domicile », avec sa logique propre ! Il faut que triomphe une culture du lien social et de l'accompagnement. *Documents-Cleirppa*, cahier n°21

Le domicile comme espace psychique.

C'est ainsi que le définit Elian Djaoui, psychosociologue. Il possède une « dimension imaginaire » ; il évoque le corps propre, le corps maternel, le corps familial. Il remplit une fonction de sécurité, de protection de l'intimité, de maintien de l'identité et valorisation de soi. D'où la difficulté du travail de l'aidant à domicile. L'habitant met en œuvre des mécanismes d'appropriation qui peuvent faire obstacle à ce travail : position persécutive, défense maniaque, repli de type dépressif. *Documents-Cleirppa*, cahier n°21

Une mise en abîme de l'intimité.

Voilà ce que met en jeu, selon Jean-Pierre Delcourt, chargé de communication à l'UNA, l'intervention de l'aidant à domicile. « La maison est corps et âme. A partir de ce constat, on comprend que l'intervention des professionnels sur le domicile puisse avoir des répercussions directes sur les personnes, quasiment ressentie comme une atteinte à leur corps ». Il y a risque de viol de l'intimité. *Documents-Cleirppa*, cahier n°21

Une culture professionnelle du domicile.

Voilà ce que l'UNA tente de développer à travers deux programmes de formation. L'outil multidimensionnel DESIR est un instrument d'évaluation permettant à des professionnels de formations différentes de partager une vision commune de la personne malade dans son environnement. Le deuxième programme consiste à permettre de développer de « bonnes pratiques », identifiées en tant que telles ; à partir de l'idée que toute personne, quels que soient son âge et sa situation au regard de la maladie (y compris la maladie d'Alzheimer), peut vivre chez elle si tel est son choix.

Documents-Cleirppa, cahier n°21, article de Florence Leduc, directrice adjointe de l'UNA

Comment accueillir en EHPAD les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le Cercle Aquitaine Alzheimer, rassemblant cent soixante professionnels intervenant auprès de malades atteints de la maladie d'Alzheimer, a décidé d'établir de façon consensuelle des recommandations de structure et de fonctionnement pour les EHPAD désirant accueillir ces patients. Conditions de base : avoir un projet de soins et de vie spécifique, disposer au mieux d'une unité spécifique Alzheimer, être inséré dans une filière de soins gériatriques. Les critères d'admission doivent être définis dans le projet d'établissement. Une visite de pré-admission est recommandée. L'entrée en EHPAD doit être adaptée à chaque résident, anticipée et organisée. Le projet de soins et de vie doit se donner pour objectif le maintien d'une bonne qualité de vie, notamment grâce à un projet de soins gériatrique et à un projet psycho-gériatrique, comportant une stimulation adaptée des capacités résiduelles. *La Revue de Gériatrie*, tome 31, n°1

Politiques

Les deux dernières années du Plan Alzheimer.

Pour 2006 et 2007, il est prévu notamment : la labellisation de 146 consultations mémoire ; la mise en place d'un centre mémoire de ressources et de recherches en Auvergne, en Corse et dans les DOM ; l'élaboration d'un kit de formation destiné aux personnels ; la poursuite du développement des dispositifs de soutien et d'aide aux aidants ; la poursuite de la création annuelle de 2 125 places d'accueil de jour, 1 125 places d'hébergement temporaire et 4 250 places en services de soins infirmiers à domicile. *Soins Gérontologie*, mars/avril 2006

Un Centre Mémoire Recherche et Ressources (CMRR) par région fin 2006.

Tel est l'un des engagements pris par Xavier Bertrand, ministre de la Santé, à l'occasion des Premières Rencontres parlementaires de la Santé mentale, qui se sont tenues le 2 février à Paris. Le thème central était : « Alzheimer, quelle prise en charge ? » Les échanges et débats ont été nourris autour des conclusions et propositions du récent rapport de Cécile Gallez, député du Nord, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Le ministre délégué à la Recherche, François Goulard, a confirmé que le plan gériatrique universitaire a pour ambition de doubler le nombre de professeurs en gériatrie d'ici 2010-2015.

www.agevillagepro.com, 7 février 2006

Philippe Bas réajuste le plan Alzheimer.

Le ministre délégué aux personnes âgées a fait le point du plan Alzheimer en clôture des Premières rencontres parlementaires sur la santé mentale (2 février). Les créations de places en maisons de retraite médicalisées seront doublées et passeront à vingt mille au lieu des dix mille prévues de 2004 à 2007. Le nombre de professeurs de gériatrie passera de trente huit à soixante seize à l'horizon 2010-2015. Trois professeurs d'université, un professeur associé et un maître de conférence seront nommés en 2006. Quarante trois nouveaux centres de consultations mémoire de proximité seront créés d'ici 2007. *www.agevillage.com*, 14 février 2006

Vers la création de neuropôles ?

Telle est du moins la perspective ouverte par François Goulard, ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la recherche, qui a évoqué la création de pôles de compétences semblables aux canceropôles, qui permettraient non seulement de mobiliser la recherche, mais aussi d'assurer une égalité d'accès pour l'ensemble des citoyens aux meilleurs spécialistes. Le ministre a également assuré que les besoins spécifiques liés à la maladie d'Alzheimer seraient pris en compte dans la prochaine réforme des études médicales. *Décideurs en gérontologie*, mars 2006

Hypothéquez et votre maison de retraite sera payée.

Depuis le 27 mars, un dispositif nouveau, importé des Etats-Unis, permet aux personnes âgées de financer leur séjour en maison de retraite en prenant une hypothèque sur leur bien immobilier. Le bénéficiaire n'aura pas à rembourser de son vivant. Après sa mort, le prêteur se remboursera sur la valeur du bien hypothéqué.

www.agevillage.com, 20 mars 2006

Tutelle : l'Etat « oublie » de payer.

Quatre associations tutélaires (l'UNAF, la FNAT, l'UNAPEI et l'UNASEA), responsables de la protection juridique de 220 000 personnes sous tutelle, alertent le ministre de la Santé sur la gravité de leur situation financière « en raison du non paiement par l'Etat des services dont il a délégué la gestion aux associations ».

www.agevillage.com, 14 mars 2006

Un congé de solidarité familiale pour les aidants familiaux ?

C'est ce que l'Union nationale des associations familiales propose au gouvernement, en faveur des salariés qui doivent aider un membre de leur famille en situation de dépendance.

Actualités sociales hebdomadaires, 24 mars 2006 ; *Les Echos*, 20 mars 2006

TVA réduite pour construire un lieu d'hébergement.

Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, a annoncé une baisse de la TVA à 5,5% pour la construction de lieux d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

www.directions.fr, 14 mars 2006 ; *www.agevillagepro.com*, 6 mars 2006

Petites unités de vie : sursis jusqu'au 19 mai.

C'est la date butoir pour se décider sur leur mode de gestion des soins : convention EHPAD, forfait soins infirmier, convention SSIAD.

www.agevillagepro.com, 6 mars 2006

Un plan douleur pour les personnes âgées.

Xavier Bertrand, ministre de la Santé, a présenté un plan douleur, centré sur les personnes âgées, les personnes en fin de vie et les enfants. En ce qui concerne les personnes âgées, le plan prévoit de développer la formation des personnels de santé, notamment par la création d'outils de diagnostic pour les médecins de ville. Une étude est lancée sur les freins à la prise en charge des douleurs des personnes âgées à domicile. Les personnels de santé des EHPAD recevront une formation spécifique sur la fin de vie. Un diplôme spécialisé d'études complémentaires et un diplôme inter-universitaire national seront créés. *www.agevillage.com*, 5 mars 2006

Le social « hors Bolkenstein ».

Le Parlement européen a adopté en première lecture, le 16 février, de nombreux amendements à la « directive Bolkenstein » sur l'ouverture des services à la libre concurrence européenne. Il est expressément prévu que la directive ne peut affecter ni les « services poursuivant un objectif d'aide sociale », ni les services publics de soins de santé. Le texte ne devrait pas être applicable avant 2009-2010 au plus tôt.

Actualités sociales hebdomadaires, 24 février 2006

Les services sociaux intégrés dans le marché unique européen ?

C'est ce que préconise Vladimir Spidla, commissaire européen à l'Emploi, aux Affaires sociales et à l'Egalité des chances. "Le vieillissement démographique, dit-il, est un fait inéluctable. Il va falloir s'y adapter. (...) Il faudra alors chercher une combinaison des finances publiques et privées, de façon dynamique. (...) Je souhaite surtout des services sociaux efficaces, dignes et qui permettent aux personnes de sentir en sécurité et soutenues. (...) Une certaine concurrence existe déjà pour certains services. Ce qu'il faut, c'est les améliorer et éviter une "concurrence vers le bas. C'est la question fondamentale."

Actualités sociales hebdomadaires, 10 février 2006

Des "gestionnaires de cas" pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Dans une réponse à une question du député Francis Falala, le ministre de la Santé annonce que la Direction générale de la Santé finance un projet de recherche coordonné par l'hôpital Georges-Pompidou pour mettre en place et évaluer des "gestionnaires de cas" chargés d'élaborer et de suivre un plan individualisé de soins et de services pour tous les malades atteints de la maladie d'Alzheimer, de gérer la coordination effective de la prise en charge et de les accompagner dans toutes leurs démarches.

L'élaboration d'un plan individualisé de soins et de services, ainsi que la coordination de la prise en charge, constituent, rappelle le ministre, deux orientations majeures. *Santé Social*, février 2006

Bientôt moins de tutelles et de curatelles.

Dans une réponse à une question du député Jean-Marc Roubaud (UMP), le Garde des Sceaux, Pascal Clément annonce que le régime des tutelles et des curatelles fait actuellement l'objet d'un projet de loi en préparation. Les mesures judiciaires de protection de la personne ne seraient plus appliquées qu'à titre subsidiaire, lorsque les mesures d'aide et d'assistance sociales à caractère administratif, qui relèvent des collectivités locales, se révéleraient insuffisantes ou inapplicables. Même réponse du ministre à la question de la députée Chantal Robin-Rodrigo (PS).

http://questions.assemblee-nationale.fr, 17 février 2006 et 9 février 2006

Toujours pas de ticket modérateur pour les affections de longue durée.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 prévoit que les patients en affection de longue durée (ALD), donc notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, continuent de bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. Ils ne pourront se voir appliquer ni de majoration du ticket modérateur, ni de dépassement d'honoraire, en cas de non respect du parcours de soins coordonné.

Actualités sociales hebdomadaires, 17 février 2006

Services à la personne : TVA à 5,5%.

La décision des ministres des Finances des Vingt-cinq sur la prorogation de la TVA à taux réduit pour les secteurs à forte intensité de main d'œuvre s'applique aux services à domicile à la personne. *Actualités sociales hebdomadaires*, 17 février 2006

Services à la personne : Borloo lance (à nouveau) son plan.

Le ministre de l'emploi et de la cohésion sociale a lancé (ou relancé), le 14 février, son plan pour le développement des services à la personne. Dans une interview aux *Echos*, il n'hésite pas à affirmer qu'il s'agit là "d'une révolution équivalente à celle du téléphone portable". "Le plan, dit-il, va diviser par trois le coût horaire des prestations". Il va "permettre d'éradiquer le travail au noir." Le journal signale que "les assureurs et banquiers se bousculent pour émettre le chèque-emploi-service universel." *Libération* se montre moins optimiste : "un chèque sans garantie sur l'emploi (...) qui ne vise que des salariés précaires". "Le ministre, commente le journal, lance un plan d'envergure tous les trimestres, sauf que c'est toujours le même plan". *Le Monde* souligne le "scepticisme" des syndicats, mais constate que "les professionnels du secteur sont convaincus que le plan va favoriser leur activité".

Le Monde, 15 février 2006 ; *Libération*, même date ; *www.lemonde.fr*, 14 février 2006 ; *Les Echos*, même date

Services à la personne : agrément ou autorisation ?

Depuis la loi Borloo, les services d'aide à domicile ont le choix entre le régime de l'autorisation et la procédure de l'agrément. L'exigence de qualité est la même dans les deux cas. Certains services relèvent des deux dispositifs : ceux qui répondent à la condition d'activité exclusive et sont gérés par des associations, des entreprises ou des établissements publics assurant l'hébergement des personnes âgées. Ne relèvent, en revanche, que de l'autorisation ceux qui sont gérés par des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ou qui ne répondent pas à la condition d'activité exclusive, ou qui assurent des services comportant des soins sur prescription médicale. Ne relèvent, de même, que de l'agrément qualité ceux qui interviennent sur le mode mandataire ou de l'intérim. L'autorisation vaut agrément lorsque la clause d'activité exclusive est satisfaite.

Les tarifs des services ayant opté pour l'agrément sont fixés librement, ceux des services autorisés sont tarifés par l'autorité qui délivre l'autorisation.

Actualités sociales hebdomadaires, 10 février 2006

CNSA : quelle stratégie de financement ?

Denis Piveteau, directeur de la CNSA, analyse, dans une interview, le nouveau mode de répartition des crédits. "Il faut, dit-il que nous ayons une stratégie financière qui soit attrayante pour les promoteurs". Autrement dit : "Si tel promoteur est prêt à réaliser un foyer d'accueil médicalisé, un centre d'accueil médico-social précoce, un accueil de jour, etc., nous serons désormais capables de lui dire les sommes qu'il est possible de mettre à disposition". *Directions*, mars 2006

CNSA : 5 064 millions d'euros en 2006 pour les personnes âgées.

Les modalités de la répartition des crédits nécessaires au conventionnement des EHPAD sont précisées. En vue d'assurer une répartition territoriale optimale des crédits, 20% des mesures nouvelles de médicalisation ont été mises en réserve à ce stade. Les montants des tarifs de soins permettant le calcul de la Dominic sont revalorisés : 5,89€ pour le tarif partiel, 6,58€ pour le tarif global. 14 millions d'euros sont mis en réserve pour le renforcement des personnels en cas de canicule.

www.directions.fr, 1^{er} mars 2006 ; *Actualités sociales hebdomadaires*, 24 février 2006

La CNSA signe sa convention d'objectifs avec l'Etat.

Neuf objectifs détaillés sont fixés à la Caisse, parmi lesquels l'établissement d'un pilotage budgétaire et financier "équitable et efficient" des établissements et services accueillant ou accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie. Un objectif global de dépenses (OGD) est déterminé chaque année. La CNSA formulera des propositions pour optimiser les coûts, notamment par la définition d'orientations communes dans le domaine des ressources humaines. Les crédits seront notifiés aux préfets avant le 15 février. Une batterie d'"indicateurs de première génération" est prévue pour les années 2006 et 2007. La CNSA devra s'intéresser aux expériences étrangères et "structurer une vision d'ensemble de la couverture du risque de perte d'autonomie". *Actualités sociales hebdomadaires*, 10 février 2006

CNSA : priorité à l'amélioration de la qualité de vie.

Le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a tenu, le 24 janvier, sa première réunion de l'année. Le directeur a présenté, à cette occasion, son rapport d'activité sur la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat. Il a rappelé que les travaux de modernisation des locaux de vie et de soins des personnes sont prioritaires. La répartition de l'objectif global de dépenses devra prendre en compte des critères de réduction des inégalités régionales. Ces dépenses devront privilégier le développement des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Elles tendront à soutenir les projets les plus innovants, notamment en ce qui concerne la connaissance de la situation des personnes dépendantes, les problématiques de la prise en charge et la mesure des coûts de la dépendance.

Afim, 2 mars 2006 ; *www.agevillagepro.com*, 7 février 2006

Fin de vie : faut-il laisser mourir de faim ?

Les députés Jean Leonetti, Nadine Moreno et Gaëtan Gorce, à l'origine de la nouvelle loi sur la fin de vie, estiment que si cette législation avait été en vigueur en 2003, il n'y aurait pas eu d'affaire Humbert. « Vincent aurait demandé et obtenu l'arrêt de l'alimentation artificielle dont dépendait sa vie et il aurait bénéficié d'un accompagnement de soins palliatifs ».

REPERES

En outrepassant le consentement d'un patient et en lui imposant une sonde gastrique, une équipe médicale se retrouverait hors la loi. A l'initiative du Centre d'éthique clinique, un colloque sur l'arrêt d'alimentation a eu lieu en novembre à l'hôpital Cochin, à Paris. Les médecins sont loin d'un consensus sur cette question. Le docteur Pascale Fouassier, de l'hôpital Charles-Foix d'Ivry sur Seine, se prononce au cas par cas. Si elle renonce à nourrir une patiente qui arrache sa sonde gastrique, elle se félicite d'avoir nourri artificiellement une vieille dame mutique, qui a survécu six mois, ce qui lui a donné le temps de se réconcilier avec sa fille. *Le Monde*, 5-6 février 2006

Comment organiser sa fin de vie ?

Chacun, depuis la loi du 22 avril 2005, peut rédiger des « directives anticipées », pour organiser sa fin de vie. Un décret du 6 février 2006 en précise les modalités. Le document doit être « écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance ». En cas d'impossibilité d'écrire et de signer lui-même, deux témoins, dont la personne de confiance, doivent « attester que le document (...) est l'expression de sa volonté libre et éclairée ». Le médecin peut faire figurer « une attestation qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées ». Durée de validité : trois ans, renouvelable par simple signature sur le document. Les directives anticipées sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical. Ou bien encore, elles sont confiées à la personne de confiance, ou à un membre de la famille, à condition que les coordonnées de cette personne soient mentionnées dans le dossier du médecin de ville ou du dossier médical. « Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade (...). »

Santé Social, mars 2006 ; *Journal Officiel de la République française*, 7 février 2006

Fin de vie : comment décider l'arrêt des soins.

Un deuxième décret, en date du 6 février, précise les conditions dans les quelles un médecin peut être autorisé à interrompre le traitement d'un malade en fin de vie. « Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui paraissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ». Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin doit se soumettre à une procédure collégiale : concertation avec l'équipe de soins, avis motivé d'au moins un médecin appelé en consultant, consultation des « directives anticipées », avis de la personne de confiance ou de la famille. La décision doit être motivée et figurer au dossier.

Afim, 22 février 2006 ; *Journal Officiel de la République française*, 7 février 2006

Soins palliatifs : un comité de suivi.

Un comité de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie est institué par un arrêté du 9 février. Composé de quarante-six membres, il est chargé de proposer une politique nationale de développement des soins palliatifs, d'accompagner sa mise en œuvre et son développement, d'évaluer l'application des textes législatifs et réglementaires.

Actualités sociales hebdomadaires, 24 février 2006

Soins palliatifs : ce qui est obligatoire.

Un décret du 6 février 2006 rend obligatoire, dans les établissements et les services où existe un projet général de soins, la mise au point d'un projet spécifique qui « définit l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert, y compris les plans de formation spécifique des personnels ». La démarche « est élaborée par le directeur de l'établissement et le médecin coordinateur ou le médecin de l'établissement en concertation avec les professionnels intervenant dans l'établissement ».

www.legifrance.gouv.fr, 7 février 2006

Conférence de la famille : les 55-70 ans en vedette.

Le ministre délégué à la Famille, Philippe Bas, a annoncé que la prochaine Conférence de la Famille, qui se tiendra en juin, portera essentiellement sur la solidarité entre les générations, dont les 55-70 ans sont, a-t-il déclaré « le maillon fort ». Aider les aidants familiaux qui s'occupent d'enfants ou de parents handicapés, garantir des prêts familiaux, encourager l'activité rémunérée « quelques heures par semaine » des 60-70 ans, dont « plus d'un tiers est engagé dans le bénévolat », telles sont quelques unes des pistes que le ministre a suggérées aux groupes de travail.

www.senioractu.com, 9 février 2006 ; www.agevillagepro.com, 7 février 2006

Les cotisations d'assurance dépendance ne sont pas déductibles du revenu imposable, sauf si elles sont versées dans le cadre d'une activité professionnelle et au titre d'un contrat d'assurance de groupe, s'il s'agit de non salariés, ou revêtir un caractère obligatoire en vertu d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale de l'employeur, s'il s'agit de salariés. C'est ce que précise le ministre des Finances, dans une réponse à une question du député Laurent Hénart (UMP).

<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 17 février 2006

Vers une assurance dépendance ?

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a relancé, le 12 janvier, devant le Comité de suivi du plan Alzheimer, l'idée d'une assurance dépendance, déjà proposée par la députée du Nord Cécile Gallez. « Sans remettre en cause la solidarité nationale, assurée par les fonds publics, il me semble utile de rechercher des solutions de complémentarité, afin de faire face à l'ampleur du phénomène sur le long terme », a-t-il déclaré. Le coût de la prise en charge moyenne d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer est de vingt deux mille euros annuels, dont 55% à la charge des familles, a rappelé Cécile Gallez, à l'occasion d'une rencontre parlementaire consacrée à cette maladie. www.agevillage.com, 6 février 2006

Initiatives

L'Armée du Salut : des unités de vie dédiées à la maladie d'Alzheimer.

Elle va créer trois nouveaux lieux, à Saint Malo, Bormes-les-Mimosas et Mulhouse, avec des unités de vie spécifiques, ouvertes sur le monde extérieur. C'est déjà la politique menée par l'association dans ses établissements de Tonneins et de Chantilly. Dans cette dernière résidence, une classe Montessori accueillant de jeunes enfants co-existe avec un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. www.senioractu.com, 29 mars 2006

« Quand le cerveau est malade, c'est la vie qui bascule ! »

La Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC) a imaginé ce slogan pour lancer sa campagne nationale du Neurodon, - des dons pour la recherche (1,6 millions d'euros collectés en 2005). Chèques à l'ordre du Neurodon, FRC, 9 avenue Percier, 75008 Paris. Contact : www.frc.asso.fr
www.destinationsante.com, 17 mars 2006 ; www.agevillage.com, 16 et 14 mars 2006 ; www.rtl.fr, 13 mars 2006

Mobilisation autour de la maladie d'Alzheimer.

L'Union nationale des centres communaux d'action sociale lance une série d'actions : un module de formation pour les élus, suivi d'un autre module à destination des professionnels des établissements et services accueillant des malades atteints de cette maladie, enfin un séminaire d'appui technique et méthodologique, co-animé par l'UNCCAS et la Fondation Médéric Alzheimer. *Mail'Hebdo UNCCAS*, 6 mars 2006

Un cerveau (de femme) contre l'oubli.

Le prix L'Oréal-Unesco, destiné à récompenser chaque année cinq femmes chercheuses pour leur contribution aux progrès de la science, a été décerné cette année à Christine Van Broeckhoven, qui dirige le département de génétique moléculaire de l'Institut flamand de biotechnologie. La lauréate, mère de deux jeunes filles, a été couronnée pour ses travaux sur la maladie d'Alzheimer. Son objectif est de vérifier l'existence de facteurs héréditaires et de trouver les gènes responsables. Elle lutte pour obtenir des fonds que son gouvernement tarde à lui accorder (ce qui l'a contrainte à hypothéquer sa maison pour financer ses propres recherches !). "Les politiciens, dit-elle, s'intéressent peu à dépenser des fonds pour des individus qui ne contribuent plus à la société."

Le Figaro Magazine, 4 mars 2006 ; www.lexpress.fr, 2 mars 2006

Bientôt un guide "médicaments et personnes âgées".

Devant le risque d'accidents liés, chez les personnes âgées, à un abus de médicaments, ou à une prise erronée, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé prépare, à l'usage des professionnels de santé, un thésaurus "médicaments et sujets âgés", couvrant l'ensemble des classes thérapeutiques. C'est que précise le ministre de la Santé dans une réponse à une question du député Jean-Marc Roubaud (UMP). <http://questions.assemblee-nationale.fr>, 2 mars 2006

Prévenir les chutes des personnes âgées.

Un tiers des personnes de 65 ans et plus, vivant à domicile, est victime d'une chute chaque année. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) met à disposition des personnels de santé un document condensé d'aide à la pratique. *Equilibres*, mars 2006

"Citoyenneté et choix de vie : un pari possible pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées".

Tel est l'appel à prix lancé par la Fondation Médéric Alzheimer et la Fédération hospitalière de France. D'un montant total de 20 000 €, il s'adresse à tous les établissements sanitaires et médico-sociaux accueillant des personnes atteintes d'altérations cognitives et sera remis lors de la prochaine édition d'Hôpital Expo, du 16 au 19 mai, à Paris Porte de Versailles. www.agevillagepro.com, 21 février 2006

Un prix de la Ville de Paris pour la maison de retraite de la Fondation Rothschild. L'atelier de réminiscence de la Maison de gériatrie associative de la rue de Picpus a reçu le prix des initiatives de la bienveillance, catégorie Vie en établissement.

REPERES

Cet atelier, destiné aux personnes en début de maladie d'Alzheimer, fait appel à la "mémoire ancienne" et s'appuie sur les émotions afin de faire émerger des souvenirs agréables. Ces séances préviennent l'aggravation de la maladie grâce à la stimulation des facultés cognitives, mais elles ont aussi des effets positifs sur l'humeur des résidents et leur capacité à communiquer.

www.senioractu.com, 23 février 2006 ; *www.agevillagepro.com*, 21 février 2006

"Ecoutez-les dire, paroles d'Alzheimer".

C'est le thème de l'exposition organisée à Nîmes, du 24 au 28 mars, par les personnels soignants du centre de gérontologie et prévention du vieillissement du CHU de la ville. L'exposition est nourrie par le recueil des propos tenus, pendant cinq ans, par des résidents âgés, atteints de la maladie d'Alzheimer. Le projet a été porté par l'association France Alzheimer du Gard et a reçu le soutien de la Fondation Médéric Alzheimer et du laboratoire Jansen Cilag.

www.agevillage.com, 20 février 2006

Une maison de retraite qui laisse à ses pensionnaires le droit de disposer librement de leur argent.

La maison de retraite La Passerelle, entre Lyon et Saint Etienne, héberge une cinquantaine de retraités, âgés en moyenne de 86 ans. « Je fais le pari que les personnes souffrant de démences comprennent beaucoup plus de choses qu'on ne le pense », affirme la directrice, Monique Schmidt-Wagner. Ici, les bénéficiaires de l'aide sociale s'acquittent eux-mêmes des 90% que l'institution restituera ensuite à la collectivité territoriale. Pas d'exception pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer : leurs familles se voient proposer de venir avec eux à la comptabilité. Ainsi la personne âgée se retrouve en situation de consommateur, et non d'assisté. Quand la personne est sous tutelle, la facture est envoyée au tuteur, mais le malade en reçoit une copie. Les pensionnaires sont invités à faire leurs courses, à se rendre au marché, ce qui suppose l'acceptation de risques supplémentaires. Tout un travail pédagogique est donc mené en direction des familles. *Actualités sociales hebdomadaires*, 17 février 2006

Des gardes itinérantes de nuit, un numéro vert Alzheimer, un guide pour le malade,

voilà quelques unes des initiatives pratiques annoncées par le ministre Philippe Bas devant la Première rencontre parlementaire sur la santé mentale.

www.agevillage.com, 14 février 2006

Les anges gardiens de Denise, 85 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Depuis six mois, un couple, recruté par petites annonces, s'est installé au domicile de Denise Ruault, qui refusait d'aller en maison de retraite et ne se contentait pas du passage d'une aide à domicile trois fois par jour. Le couple vit au sous sol, dans un appartement avec salle de bains et cuisine indépendantes. Il dispose gratuitement de l'électricité et de l'eau. La femme perçoit un salaire de 1 500€ par mois pour 174 heures de travail. Le médecin et la famille constatent une amélioration de l'état de la malade. *La Manche Libre*, 10 février 2006

Une chaire Santé à Sciences Po, confiée au conseiller d'Etat Didier Tabuteau, ancien directeur de cabinet de Bernard Kouchner. Trois mastères seront proposés : gestion des politiques de santé, politiques gérontologiques, politiques du handicap.

Newsletter FEHAP, février 2006

Un sol déclenchant l'alarme, si le senior tombe.

Un téléphone aide-mémoire destiné aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ; un ordinateur intégré dans la boîte à pharmacie, qui vérifie la prise de médicaments et qui avertit le patient en cas d'erreur : telles sont quelques unes des innovations technologiques mises au point par le Centre des Services et Technologies du Vieillissement (CAST), qui regroupe aux Etats-Unis quatre cents entreprises, universités et autres partenaires. *www.seniorscopie.com*, 7 février 2006

Mémoire pour la Lorraine.

Les psychologues lorrains formés ou intéressés par la neuropsychologie ont formé un groupe Mémoire qui permet l'échange d'informations et une actualisation des connaissances sur la mémoire. Il favorise les projets de recherche et crée des liens entre les différentes consultations mémoire de la région. Contact : *centre.memoire@chu-nancy.fr*, *Décideurs en gérontologie*, janvier-février 2006

FAITS ET CHIFFRES

Les plus de 65 ans passeront de 16% en 2000 à 25% en 2030 et 29% en 2050. Celui des 85 ans et plus passera de 2% à 4%, puis 8% respectivement. L'augmentation des dépenses moyennes de santé représentera 1,5 points de PIB en vingt ans ou trois points à l'horizon 2050. Les soins de longue durée (en institution ou à domicile) devraient croître plus rapidement : trois points en 2050 (dont deux pour les soins et un pour la dépendance).

Soins Gérontologie, mars-avril 2006 ; *AGIRC-ARRCO, extraits de documentation*, 1^{er} au 15 février 2006

Dans l'Europe des vingt-cinq, la population en âge de travailler devrait baisser de 48 millions (16%) d'ici 2050, tandis que la population des plus de soixante-cinq ans augmenterait de 58 millions (77%). Le taux moyen de croissance annuelle du PIB passerait de 2,4% aujourd'hui à 1,9% entre 2011 et 2030 et 1,2% entre 2031 et 2050. Chiffres fournis par la Commission européenne.

www.senioractu.com, 17 février 2006

Le vieillissement de la population dans l'Europe des vingt-cinq entraînera, entre 2005 et 2050, une augmentation de quatre points de pourcentage de la dépense publique, essentiellement dans les domaines de la retraite et de la santé. Chiffres fournis par la Commission européenne.

www.senioractu.com, 17 février 2006

De 2000 à 2040, le nombre d'aidants disponibles pour des personnes âgées dépendantes passera de 2,8 à 2,3 pour les hommes et de 2,2 à 2 pour les femmes. En outre, le nombre de personnes dépendantes sans conjoint ni enfant valide passera de 125 000 en 2005 à 165 000 en 2040.

Décideurs en gérontologie, mars 2006

4,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivent seules, dont les trois quarts sont des femmes. La proportion de personnes seules d'une génération donnée passe de 18% pour les sexagénaires à 30% pour les septuagénaires et 40% pour les octogénaires. Mais 59,5% des plus de 60 ans vivent en couple, contre 52,8% en 1962. 21,1% des plus de 85 ans vivaient en institution en 1999 contre 13,1% en 1962.

Soins Gérontologie, mars-avril 2006 ; *Décideurs en gérontologie*, mars 2006

Sur 30 000 directeurs de centres sociaux et médico-sociaux, plus de 50% n'auraient pas les qualifications requises.

C'est ce qu'affirme Jean-Marie Laurent, président de la Fédération nationale d'associations de directeurs de ce secteur (FNADES). D'ici dix ans, 50% d'entre eux seront partis à la retraite. Il va donc falloir former au moins 15 000 directeurs pour renouveler l'existant, en plus de mettre à niveau les personnes en place. Aujourd'hui 2% des directeurs sont en difficultés avec la justice.

Décideurs en gérontologie, mars 2006

Plus de 900 molécules en développement aux Etats-Unis, dont 27 médicaments contre la maladie d'Alzheimer. *www.agevillage.com*, 14 mars 2006

Après une fracture du col du fémur, 80 à 90% des octogénaires survivent plus de douze mois, et 70 à 80% des nonagénaires. Une personne sur trois seulement (au lieu de 54% avant la chute) sort désormais de chez elle non accompagnée ; 17% prennent encore les transports en commun (contre 29% avant). *www.senioractu.com*, 9 mars 2006

FAITS ET CHIFFRES

16,3% des Français ont plus de 65 ans, contre 17 à 17,5% en Belgique, Espagne, Suède, Grèce et Allemagne et 18,2% en Italie. Le taux brut de mortalité est tombé à 8,4 pour mille, ce qui est un record historique. L'espérance de vie à la naissance est de 83,8 ans pour les femmes et 76,7 pour les hommes. Pour ceux qui atteignent leur 70^{ème} anniversaire, elle est respectivement de 17,1 ans et 13,6 ans. Ce sont les progrès réalisés aux grands âges qui expliquent l'augmentation de la durée de vie moyenne. Chiffres tirés du dernier recensement.

Population, L'évolution démographique récente en France, article de France Prioux

Mortalité des plus de 64 ans : bienheureux Français...

Parmi les pays membres de l'Union européenne, c'est la France qui est la mieux placée, suivie de l'Espagne et de l'Italie. Les moins bien placés sont l'Irlande et le Danemark. Mais la France est en revanche en tête pour la surmortalité masculine, liée à l'alimentation, au tabagisme et à l'alcool, ainsi qu'aux accidents. Les disparités importantes entre les pays sont déterminées en grande partie par la distribution des cardiopathies ischémiques.

La Lettre de Successful Aging, 15 février 2006 ; Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°5/6, février 2006

Un Français sur deux (contre 62% en 2000) pense que l'état de santé de la population s'est amélioré. Les Français font moins confiance à leur médecin (moins cinq points en cinq ans). Ils pensent que les comportements quotidiens (ne pas fumer, ne pas boire, surveiller son alimentation) sont plus importants que le suivi médical pour rester en bonne santé. 86% sont favorables à une limitation des dépenses de santé, 76% sont attachés au principe de solidarité sur lequel est fondée l'assurance maladie. Chiffres tirés de cinq études de la DREES.

www.agevillage.com, 28 février 2006

63 millions d'euros de dépenses supplémentaires et mille créations de postes en gériatrie entre 2005 et 2009 pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Il manque aujourd'hui 197 aides soignants et 62 infirmières. 450 agents hospitaliers en gériatrie devraient prochainement devenir aide soignants par la filière de validation des acquis de l'expérience. *Les Echos, 21 février 2006*

110 000 assistants de vie et aides à domicile interviennent auprès des personnes âgées ou dépendantes : 79% recrutés de façon informelle, 21% ayant bénéficié d'une formation professionnelle au cours de l'année 2003.

Les Echos, 21 février 2006

58,4% des bénéficiaires de l'APA sont atteints d'un déficit cognitif, notamment en institution (81,4%). 61,6% des coûts de l'APA sont destinés à cette population, ce qui représente une dépense totale de 2 821 millions d'euros.

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, février 2006

L'APA a fait passer la proportion de personnes qui se font aider par un professionnel de 65 à 93%. En cas d'aide mixte (avec les proches), l'intervention des professionnels se concentre sur le ménage et la vaisselle (87%), la toilette (69%) et l'habillage (56%). L'intervention de l'entourage porte sur les courses (85%), la gestion du budget et les démarches administratives (75%), la préparation des repas (57%), la surveillance de la santé (48%) et les sorties (37%). 75% des bénéficiaires restent aidés par leurs proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels.

Actualités sociales hebdomadaires, 10 février 2006 ; AGIRC-ARRCO, extraits de documentation, 1^{er} au 15 février 2006

FAITS ET CHIFFRES

6 826 places en hospitalisation à domicile (HAD) sont actuellement autorisées, alors que Philippe Douste-Blazy, ancien ministre de la Santé, avait fixé un objectif de 8 000 places pour la fin de 2005. Mais près de 900 places ont été créées en 2005. *Santé Social*, février 2006

1 454 Centres de santé en France, dont 357 Centres de santé polyvalents. Quarante sont gérés par la Croix Rouge française, qui vient de fermer neuf établissements, dont trois en Seine-Saint-Denis. *Santé Social*, février 2006

57% des gens consultant le site Aloïs s'estiment bien informés sur la maladie. Huit sur dix la trouvent "inquiétante". Une majorité des participants connaît les structures d'aide au maintien à domicile, particulièrement les SSIAD, mais seulement une minorité les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). *www.senioractu.com*, 13 février 2006

500 millions d'euros de chiffre d'affaires, 11 000 lits, 125 établissements. Le groupe SUREN d'établissements privés à but lucratif hébergeant des personnes âgées, qui a lancé une OPA amicale sur MEDIDEP, devient le numéro un du secteur, devant ORPEA (305 millions de CA ; a racheté 17 établissements en 2005), MEDICA France (270 millions de CA, 7 200 lits, 76 établissements), DOMUSVI (210 millions de CA, 61 établissements) et GDP VENDOME (180 millions de CA, 79 établissements). *Décideurs en gérontologie*, janvier-février 2006

REPRESENTATION DE LA MALADIE

Dans les medias

Mort de « Toto », figure emblématique du rugby français.

Jean Desclaux, surnommé Toto, l'ancien entraîneur du XV de France, celui qui avait gagné le Grand Chelem en 1977, est mort à 84 ans de la maladie d'Alzheimer.
www.sport365.fr, 24 mars 2006

Bob Denard, le plus célèbre des « affreux », absent à son procès pour cause d'Alzheimer. Le célèbre mercenaire est jugé en correctionnelle, avec vingt sept de ses complices, pour avoir organisé le putsch de 1995 aux Comores. Mais il ne se rendra pas aux audiences : âgé de soixante dix-sept ans, il souffre de la maladie d'Alzheimer. Une expertise médicale a été remise au tribunal.

Le Figaro Magazine, 18 février 2006 ; <http://permanent.nouvelobs.com>, 10 février 2006

Un film sur le footballeur Puskas, victime de la maladie.

Un film va être consacré à la vie du légendaire footballeur hongrois Ferenc Puskas, qui avait contribué à la victoire de son équipe nationale aux Jeux Olympiques d'Helsinki, en 1952, et à son accession à la finale du Mondial 1954. Puskas, qui aura quatre-vingts ans le 1^{er} avril, souffre aujourd'hui de la maladie d'Alzheimer.
www.agevillage.com, 6 février 2006

The Missing/Bu Juan, de Lee Kang-sheng

Ce film taïwanais décrit deux trajectoires symétriquement inverses : la mise en route d'un jeune homme, qui devra s'extraire des brouillards artificiels du jeu vidéo pour retrouver son grand père, et la progressive décélération d'une grand-mère affolée ayant perdu son petit fils au parc. Le grand père est atteint de la maladie d'Alzheimer et il est innocent comme l'enfant perdu.

Homegreen Films C°, Grand Prix du Festival de Rotterdam 2004, inédit en France
www.objectif-cinema.com, 6 février 2006

Le film « La mémoire du tueur » a fait l'objet, au Festival « Lumière Blanche » de Tassin-la-Demi-Lune, près de Lyon, d'un débat sur le thème « Vivre avec et malgré la maladie d'Alzheimer », avec le partenariat de la Fondation Médéric Alzheimer. Ce festival de cinéma annuel est consacré au vieillissement et aux relations intergénérationnelles. *Décideurs en gérontologie*, janvier-février 2006

Bibliographie

Alzheimer à domicile : le Cantou partagé, par Jean-Raoul Monties

Il s'agit d'une synthèse des travaux des rencontres Amista Alzheimer. Cantou est un mot d'origine occitane signifiant « coin du feu ». C'est aussi l'acronyme de « Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles ». L'objectif est de « conserver à la personne âgée la possibilité de vivre ses dernières années dans son environnement habituel », ce qui implique « qu'on lui apporte, ainsi qu'à son accompagnant, le soutien indispensable pour leur assurer une existence autonome et digne dans un milieu sécurisé ». Un des principes du cantou est la cohabitation intergénérationnelle. Jean-Raoul Monties souligne la nécessité d'adapter les logements en fonction des besoins des personnes âgées : facilitation de la circulation et des accès, mise en place d'installations domotiques, sécurisation. Coût : environ trois cents euros par mètre carré. Surcoût pour un logement neuf : 5%.
Etudes hospitalières, Paris, 2006

REPRESENTATION DE LA MALADIE

La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles,

par Mitra Khosravi

L'étude est orientée sur la notion de communication indispensable pour préserver la dignité humaine du malade. Elle s'adresse à l'entourage des malades et contient un grand nombre de témoignages.

Editions Doin, 1 avenue Edouard Belin, 92856 Rueil Malmaison

Viellir en institution, Témoignages de professionnels, regards de philosophes,

par Catherine Déliot et Alice Casagrande

Ces deux philosophes se sont donné pour mission d'aider les professionnels les plus exposés à retrouver un sens à leur métier. La première étape de leur travail, c'est l'audit, l'observation. Le rôle du directeur y est particulièrement étudié. Vient ensuite l'étape de l'insertion des valeurs dans le fonctionnement quotidien. Le sujet de la rentabilité est abordé dans l'ouvrage au moment de la mort. Une première partie est consacrée aux problématiques de l'institution : face à la démence, quel manager pour une institution bientraitante ? L'ouvrage traite ensuite du "surgissement du singulier", "pour une éthique du placement", "assister l'autre dans son intimité", "travailler autour du mourir".

Via le site internet de l'éditeur John Libbey, à partir de mai 2006 (www.jle.com)

La loi de rénovation de l'action sociale au quotidien,

sous la direction d'Audrey Viard. Il s'agit d'un *vade mecum* nourri d'exemples détaillés, susceptible d'aider les acteurs du secteur à élaborer les différents outils rendus obligatoires par le texte. Comment concilier la liberté des personnes et leur protection ? Le respect de leur intimité et les contraintes de la vie collective ? Le but : donner à penser les conditions matérielles de la "bienveillance".

CREAI Rhône-Alpes, *Editions de l'Harmattan*

Les solidarités familiales

Ce numéro de la *Revue française des Affaires sociales* vise à explorer les diverses formes d'entraide au sein de la parenté. Par exemple, l'impact des transferts intergénérationnels sur l'accès à la propriété du logement ou l'impact des ruptures familiales sur les formes de solidarité. Un deuxième axe de réflexion porte sur les solidarités encadrées et mises en forme par la loi : protection des parents âgés dans le cadre de mesures de tutelle ou de curatelle décidées par le juge, droit en matière d'obligation alimentaire, dont l'articulation avec les dispositions du droit de l'aide sociale et de la protection sociale est complexe.

Revue française des Affaires sociales, n°4, janvier 2006, La Documentation française

Développer la coordination gériatologique : stratégies, dispositifs et pratiques,

par Jean-Jacques Amyot et Yves Marecaux

Le défi majeur de la gériatologie n'est plus dans l'innovation. Il est dans le passage d'une logique d'acteurs à une logique de secteur. Comment expliquer qu'il soit si difficile de développer une coordination satisfaisante ? Première partie : histoire du concept, formes stratégiques du lien, législation, actualité. Deuxième partie : la question du territoire, les postures professionnelles, la place des usagers et des coordinateurs. *Dunod, Paris, 2006*