

Octobre - Novembre 2006 (n° 2006-6)

Sommaire

LA LETTRE

Mieux vivre, ici et maintenant, par **Caroline Helfter** P. 2

RECHERCHES SUR LA MALADIE

Diagnostic P. 3
Thérapeutiques P. 4

ACTEURS

Les personnes malades P. 7
Les aidants P. 11
Les professionnels P. 13

REPÈRES

Politiques P. 16
Initiatives P. 21

FAITS ET CHIFFRES P. 25

REPRÉSENTATION DE LA MALADIE

Dans les médias P. 28
Bibliographie P. 29

LA LETTRE

Mieux vivre, ici et maintenant

Affirmer, comme le Pr Jean-Marie Léger, que " le dément n'est pas une mécanique usée ou altérée ", mais un être humain à part entière, ne revient plus, aujourd'hui, à prêcher dans le désert (*Tout Prévoir*, octobre 2006). Partageant la conviction du président du Comité d'orientation de la Fondation Médéric Alzheimer, plusieurs voix en tirent les conséquences en termes d'impératifs éthiques (*Tout Prévoir*, article du Dr B. Lavallart, octobre 2006). Qu'en est-il, ainsi, du respect de la liberté de mouvement des personnes malades ? Attention à ne pas faire rimer principe de précaution avec pratiques de contention, voire de séquestration, mettent en garde différentes contributions (*adsp*, septembre 2006 ; *Directions*, supplément au n° de novembre 2006). Dans le même esprit, il semble illégitime d'interdire aux résidents de maison de retraite de fumer dans leur chambre, et d'empêcher, a priori, les personnes malades de conduire, sans déterminer leur incapacité à le faire (*Actualités sociales hebdomadaires*, 13 octobre et 24 novembre 2006 ; *senioractu.com*, 23 novembre 2006 ; *Tout Prévoir*, article du Dr R. Gonthier, octobre 2006). Pour les protéger à bon escient, il est également indispensable d'évaluer l'état des personnes : aussi, le projet de réforme des tutelles invite-t-il à réserver le bénéfice de cette mesure à celles dont les facultés de discernement sont réellement atteintes (*La Tribune*, article de F. Pauly, 20 octobre 2006).

Respecter les personnes malades commence, évidemment, par les préserver de toute forme de maltraitance, soit aussi de cette violence " en creux " qui résulte essentiellement d'un manque d'organisation et de moyens (*La Lettre des Décideurs en gérontologie*, 8 novembre 2006 ; *agevillagepro.com*, 2 et 6 novembre 2006 ; *destinationsante.com*, 10 novembre 2006 ; *questions.assemblee-nationale.fr*, 5 octobre 2006). Le diable, c'est bien connu, se cache dans les détails – notamment alimentaires (*agevillagepro.com*, 2 novembre 2006). Mais le bon dieu aussi... Il est donc possible, sans différer, d'offrir de meilleures conditions de vie aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. D'abord, en prêtant une oreille plus attentive à la singularité de leurs besoins (*Tout Prévoir*, interview de C. Ollivet, octobre 2006 ; *adsp*, septembre 2006), ainsi qu'à la douleur, au stress et aux craintes qui tourmentent les intéressées (*senioractu.com*, 3 octobre 2006 ; *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, article de F. Moulin, I. Cantegrel-Kallen, J. de Rotrou, E. Wensch, F. Batouche, AA. Richard et A.S. Rigaud, octobre 2006 ; *La Gazette Santé Social*, novembre 2006). D'autre part, en leur proposant des activités de loisir diversifiées (*Libération*, article d'E. Perret, 30 octobre 2006 ; *ASH Magazine*, septembre-octobre 2006).

Ce meilleur accompagnement des personnes malades va de pair avec un plus grand souci porté à la qualité de vie de leurs accompagnants (*La Lettre de Successful Aging*, 30 octobre 2006) – ne serait-ce que parce que le suivi de celles-ci peut difficilement s'envisager sans prendre en compte les problèmes que rencontrent celles-là (*L'Année gérontologique*, article de S. Faure et C. Girtanner, vol. 20, 2006). Le mieux placé, à cet égard, est certainement le médecin de famille : témoin des hauts et des bas des protagonistes (*Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques*, article de J. Selmes et Ch. Derouesné, vol.2 n°7, 2006), cet expert du " double regard " peut repérer la nature de leurs difficultés et contribuer à y porter remède (*Tout Prévoir*, articles du Dr J.P. Aquino et du Dr H. Pitti-Ferrandi, octobre 2006). Néanmoins, pour jouer ce rôle fondamental de " médiateur familial ", le généraliste doit savoir passer du " cure " au " care ". Autrement dit, précise le Dr Xavier Emmanuelli (*Tout Prévoir*, supplément au n° d'octobre 2006), il lui faut abandonner sa blouse de " guérissant " pour endosser un véritable costume de " soignant ".

Caroline Helfter

RECHERCHES SUR LA MALADIE - Diagnostic

Vers un diagnostic sanguin de l'athérosclérose ? Le groupe *ExonHit Therapeutics* a annoncé son intention de produire un diagnostic sanguin pour détecter l'athérosclérose. « La détection des acides nucléiques à partir des cellules circulantes est particulièrement adaptée à la détection de maladies chroniques comme l'athérosclérose, les cancers ou la maladie d'Alzheimer », a déclaré le président du directoire de ce groupe. *bourse.lefigaro.fr*, 19 octobre 2006

Diagnostic précoce : le pour et le contre. Oui, dit le professeur Joël Ankri, quand « il s'agit de diagnostiquer les patients au début du stade démentiel de la maladie, permettant de la sorte une meilleure prise en charge médicale (et médicamenteuse) psychologique et sociale ». S'il s'agit de « dépister des patients alors que les symptômes ne sont pas apparents », le consensus existe pour poursuivre les recherches, mais « un dépistage de masse n'a aucun intérêt clinique en l'absence d'une prise en charge suffisamment efficace permettant d'inverser le cours de la maladie. Les traumatismes pour le patient et son entourage, les conséquences légales, assurantielles, etc, d'une telle possibilité diagnostique sont loin d'avoir été pleinement estimés. » *Tout prévoir*, article de Joël Ankri, octobre 2006

Perte de poids = signal d'alerte ? C'est une hypothèse avancée par des chercheurs de l'université de Saint Louis (Michigan) qui ont suivi pendant six ans une cohorte de 449 sujets de 65 à 95 ans, indemnes de démence au départ. Au cours de cette étude, 125 patients ont développé une démence de type Alzheimer. Au départ le poids de ces derniers était déjà inférieur à celui des personnes restées indemnes. Au cours de l'année précédant le diagnostic de maladie d'Alzheimer, la perte de poids a été multipliée par deux chez les personnes développant la maladie. L'accélération se produirait un ou deux ans avant l'apparition des troubles cognitifs. *La Lettre de Successful Aging*, 8 octobre 2006

La carte des gènes du cerveau d'une souris. C'est ce qu'ont réussi à dresser les chercheurs du *Seattle's Allen Institute for Brain Sciences*. L'atlas qu'ils ont dessiné contient les descriptions de plus de 21 000 gènes. Il pourrait aider à la compréhension du fonctionnement du cerveau humain. www.generation-nt.com, 3 octobre 2006

Un logiciel pour voir la maladie d'Alzheimer autrement. Le laboratoire de neurosciences cognitives et imagerie cérébrale (LENA) du CNRS vient de mettre au point un logiciel qui permet de reconstituer en quelques minutes une image 3 D de différentes zones du cerveau telles que l'hippocampe ou l'amygdale. Ce logiciel est déjà au centre de l'étude Hippocampe, au service de neurologie de la Pitié-Salpêtrière, qui vise à évaluer, sur deux à trois ans, les effets du donépézil. En particulier, il permettra de procéder à des mesures de l'hippocampe (dont le rétrécissement est un bon marqueur de la maladie). Un panel de 240 personnes atteintes de la maladie sera sélectionné en double placebo : chaque centre mémoire photographiera l'hippocampe de ses patients par IRM et transmettra ses images au LENA, qui pourra ainsi vérifier si la maladie recule chez les malades traités au donépézil. *www.cnrs.fr*, 30 novembre 2006

Neurospin met le cerveau sous surveillance. Dominique de Villepin a inauguré, au CEA de Saclay (Essonne), une plate-forme d'imagerie médicale dédiée à l'étude du cerveau. Neurospin a pour objectif de « comprendre les fonctions cognitives et

trouver des thérapies contre les maladies neuro-dégénératives ». Investissement : 51 millions d'euros. *Les Echos, L'Humanité, www.sante.net*, 24 novembre 2006

Institut du cerveau et de la moelle épinière : printemps 2009. Soutenu par Jean Reno, Luc Besson et Michael Schumacher, les neurologues Yves Agid et Olivier Lyon-Caen, le projet vise à réunir recherche fondamentale et recherche clinique. Il profitera des données de quelque cent mille patients consultant les services de neurologie de La Pitié-Salpêtrière. De soixante à quatre-vingts équipes de chercheurs pourront y travailler. Sur les 67 millions d'euros nécessaires, quinze devraient provenir de la région Ile-de-France, cinq de la Ville de Paris, trois de l'INSERM, trente d'un prêt de la Caisse des Dépôts et le reste de partenariats avec des entreprises ou de dons de particuliers.

La Lettre de Décideurs en Gériatrie, 17 octobre 2006 ; www.agevillage.com, 3 octobre 2006

Existe-t-il une psychogénèse de la démence ? Cliniquement les liens entre la démence et la dépression sont bien établis. L'étude PAQUID a montré que le fait de développer une dépression après soixante-cinq ans majore de 60% le risque de développer une démence dans les huit ans. Le cas le plus typique est le deuil. Plusieurs hypothèses tournent autour de l'axe hypothalamus-hypophyse-cortex-surrénales, qui serait particulièrement affecté par le stress. Mais ces théories font fi du pulsionnel et du psychisme du patient. Dans la démence, il s'agit d'un processus évolutif de destruction des représentations : d'abord les mots, puis les choses, enfin les affects. L'affect, pendant longtemps, freine les effets ravageurs de la pulsion de mort. L'hallucination mnésique (c'est-à-dire les « souvenirs-représentations ») joue le même rôle en réalimentant le sujet en libido narcissique. Le psychisme du dément serait régi par la régression, à la fois fonctionnelle et structurelle : la pensée et le comportement acquièrent les caractéristiques de la vie onirique, le surmoi perd de sa capacité à interdire.

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, article de S.Coreau-Guillier et M.Villerbu, octobre 2006

RECHERCHES SUR LA MALADIE - Thérapeutiques

L'ergothérapie fait reculer la dépendance. Une étude en double aveugle sur 135 patients, âgés de plus de soixante cinq ans et présentant une démence légère à modérée, démontre l'intérêt d'une ergothérapie réalisée par des professionnels. On leur a proposé, ainsi qu'à leurs aidants, dix séances d'une heure, avec évaluation en aveugle, les six dernières séances étant consacrées à enseigner au patient ses stratégies de compensation. Trois mois plus tard, les résultats mesurables restent significativement meilleurs que ceux du groupe témoin.

www.neuropsychy.fr, 21 novembre 2006

Place aux gérontechnologies La gérontechnologie étudie l'usage des technologies dans le champ du vieillissement afin de répondre aux besoins des personnes âgées dans différents domaines tels que la santé, la sécurité, la communication, la mobilité, les voyages, le logement, les loisirs... Elle s'applique dans le champ social et dans le soin à domicile ou en institution. Certains événements tels que les chutes, les troubles psycho-comportementaux, l'immobilisation, le risque iatrogène, peuvent bénéficier de systèmes d'alerte à déclenchement volontaire ou à des systèmes dits intelligents utilisant des capteurs permettant l'identification automatique de situations critiques. Ces techniques ne se substituent pas à l'action des

professionnels, mais peuvent les aider dans la prise en charge de personnes âgées isolées ou en insécurité à domicile, comme en institution. Mais il convient de préserver l'intimité du patient, d'obéir aux règles de sécurité et d'éthique et donc de bénéficier d'une évaluation rigoureuse en matière de services rendus.

La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, article de P. Couturier, tome 13, n° 127, 2006

Pr. Bruno Dubois : dans cinq ans, peut-être... Dans une interview à *Témoignage Chrétien*, le professeur Bruno Dubois, l'un des principaux chercheurs en ce domaine, prédit que « dans les cinq ans à venir, nous aurons un médicament qui ralentira la maladie ». Il fait notamment le point sur la piste du vaccin, qui « n'intervient, rappelle-t-il, que sur les lésions déjà existantes ». Il évoque l'échec de l'expérimentation menée en 2001 : « l'analyse montre qu'il y a quand même eu un effet positif. Sur certaines personnes traitées et décédées naturellement depuis, on a pu observer une disparition des plaques dans certaines régions du cerveau. On a donc décidé de continuer à étudier ce type de médicament ». Prochain test fin 2006 ou début 2007, notamment dans le service du Pr. Dubois à la Salpêtrière.

Témoignage Chrétien, 16 novembre 2006

Et si l'aequorine ?... Pour James Moyer Jr, professeur assistant à l'université du Wisconsin, la maladie d'Alzheimer est liée à une perte de protéines capables de lier le calcium. Il s'intéresse depuis des années à l'aequorine, une photoprotéine extraite de la méduse. Lorsque des cellules neuronales, cultivées in vitro, sont soumises artificiellement à l'équivalent d'une attaque cérébrale, plus de la moitié de celles traitées avec l'aequorine survivent, sans toxicité résiduelle. Il a montré, en étudiant l'hippocampe, qu'avant l'apparition des symptômes de la maladie d'Alzheimer, le nombre de neurones contenant les protéines séquestrant le calcium (parmi lesquelles l'aequorine) est en diminution. La société *Quincy Bioscience*, basée à Madison (Wisconsin), espère utiliser l'aequorine comme neuroprotecteur dans le traitement des maladies neurodégénératives. Selon le président de cette société, le médicament pourrait être en vente d'ici une dizaine d'années.

www.futura-science.com, 10 novembre 2006

Alzheimer : trois pistes pour un centenaire. Actuellement la recherche s'oriente vers l'immunothérapie qui représente peut-être une voie d'avenir. Celle-ci est basée sur le fait que les anticorps anti-protéine amyloïde peuvent passer la barrière méningée et se fixer sur la protéine amyloïde au niveau cérébral, favorisant ainsi leur dégradation.

La séquestration de la protéine amyloïde constitue une autre voie de recherche. Un essai de phase 3 avec un produit dénommé *Alzhemed* est en cours en Europe et en Amérique du Nord. Au cours de la maladie d'Alzheimer, il existe un stress oxydatif au niveau du tissu cérébral. Les études GUIDAGE en France et GEM aux USA évaluent le rôle préventif d'un extrait standardisé de ginkgo biloba.

La Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie, article de J-M.Serot, tome 13 n° 127, 2006

Contre les troubles de la déglutition. Il arrive que le traitement de la maladie d'Alzheimer par l'inhibiteur de l'acétylcholinestérase *Aricept* ne puisse être maintenu du fait de difficultés liées à des troubles de la déglutition. Les laboratoires Eisai et Pfizer viennent de mettre sur le marché, à l'intention de ce type de patients, une nouvelle forme d'*Aricept* en comprimé orodispersible, disponible aux dosages de cinq et dix milligrammes. *www.quotipharm.com*, 30 novembre 2006

Le Tanakan est-il « insuffisant » ? La Haute autorité de santé (HAS) a recommandé la modification des conditions de prise en charge du *Tanakan*, prescrit dans le traitement des troubles cognitifs et neurosensoriels du sujet âgé. Elle envisage le déremboursement, qui ne peut être décidé que par le ministre. En France, plus de 2 800 patients ont été inclus dans l'étude GuidAge, menée auprès de vingt cinq centres mémoire hospitaliers. Cette étude a pour but, précise le groupe pharmaceutique IPSEN, de « montrer que le traitement par *Tanakan* de patients souffrant de troubles mnésiques diminue le taux de conversion à cinq ans vers la maladie d'Alzheimer ».

www.boursier.com, 19 octobre 2006

Trois traitements anti-psychotiques pour la maladie d'Alzheimer jugés contre-productifs. Tel serait le cas de l'olanzapine (*Zyprexa*), de la quètiapine (*Seroquel*) et du risperidone (*Risperdal*), s'il faut en croire les résultats d'un essai clinique conduit par le professeur Lon Schneider, psychiatre et gèrontologue de l'école de médecine Keck à l'université de Californie du Sud (USC). De 77 à 85% des 421 participants à cette étude, répartis dans quarante-deux sites aux Etats Unis, ont fini par arrêter de prendre ces médicaments en raison de leurs effets secondaires, mais aussi de leur inefficacité. Cette étude était financée par l'Institut national américain de la santé mentale (NIMH).

<http://archquo.nouvelobs.com>, 18 octobre 2006 ; www.agevillage.com, 17 octobre 2006 ; *New England Journal of Medicine*, 12 octobre 2006

Oméga 3 : seulement pour les formes très légères. C'est le résultat d'une étude suédoise publiée dans les *Archives of Neurology*. Une supplémentation en acides gras Oméga 3 semble sans effet sur les patients atteints d'une forme plus avancée de la maladie d'Alzheimer. www.i-dietetique.com, 31 octobre 2006

Un régime basses calories contre la maladie d'Alzheimer ? C'est ce que semble indiquer une étude dirigée par Giulio Maria Pasinetti, de l'école de médecine du Mont Sinai, démontrant le rôle bénéfique potentiel de la restriction calorique dans la neuropathologie de type Alzheimer chez les primates non humains. L'étude doit être publiée dans le numéro de novembre du *Journal of Alzheimer's Disease*.

www.i-dietetique.com, 4 octobre 2006

Des jus de fruits et légumes pour prévenir la maladie d'Alzheimer. De plus en plus de données laissent à penser que le stress oxydant joue un rôle important dans la survenue de la maladie d'Alzheimer. Il en résulte des conseils de consommation régulière d'aliments riches en composés ayant des propriétés anti-oxydantes. Une étude d'origine américano-japonaise a suivi 1 836 sujets de plus de soixante cinq ans, sans signe de maladie d'Alzheimer en début d'étude. Le suivi, tous les deux ans, a duré pendant dix ans. Les investigateurs se sont aperçus que les participants qui consommaient des jus de fruits ou de légumes au moins trois fois par semaine avaient un risque de manifester une maladie d'Alzheimer diminué de 76% par rapport à ceux qui en consommaient moins d'une fois par semaine.

La lettre de Successful Aging, 2 octobre 2006

Boire du thé vert pour vivre plus longtemps Des universitaires japonais ont démontré, à la suite d'une étude portant sur 40 530 hommes et femmes suivis pendant onze ans, que la consommation régulière de thé vert réduit la mortalité. Ainsi, boire une à deux tasses, trois à quatre tasses, ou plus de cinq tasses par jour réduit la mortalité de 7%, 5% et 12% respectivement par rapport à ceux qui en boivent moins d'une tasse par jour. On en retrouve un effet bénéfique sur la mortalité d'origine cardio-vasculaire. La présence de polyphénols, dans le thé vert,

comme dans le vin rouge, en serait l'explication. Mais on peut aussi se demander si la prise d'une boisson souvent conviviale n'est pas simplement le marqueur d'un ensemble de conduites bénéfiques susceptible d'augmenter l'espérance de vie.
La lettre de Successful Aging, 16 novembre 2006

Art-thérapies et démences. La création artistique, notamment picturale, est encore très présente chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, même à des stades très avancés, et l'art-thérapie devrait faire partie des thérapies non médicamenteuses de ces patients, écrit le psychiatre V.Lefèvre des Noettes. L'auteur cite en exemple l'atelier d'art du centre hospitalier Emile-Roux, à Limeil-Brevannes (94). « Au cours de la maladie d'Alzheimer, l'activité du système émotionnel serait plus importante que celle du système mnésique. » D'où la persistance de capacités créatrices, alors que les actes les plus simples deviennent impossibles à accomplir, ce qui viendrait étayer les théories du fonctionnement complexe de nos « deux » cerveaux. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, octobre 2006

Existe-t-il un sur-risque d'accidents médicamenteux ? Une équipe du service de pharmacologie de l'hôpital Bellevue et de gériatrie clinique de l'hôpital de la Charité, à Saint Etienne, a mené une enquête prospective, pendant six mois, chez quatre vingt deux patients déments de plus de quatre-vingts ans. 85% des déments qui étaient hospitalisés ne prenaient pas correctement leur traitement à domicile et 21% des hospitalisations étaient directement dues à un effet indésirable médicamenteux évitable. Les types d'erreurs les plus fréquents étaient l'oubli (38%) et le refus (19%). Les classes médicamenteuses le plus souvent incriminées étaient les psychotropes (31%) et les anticoagulants (24%). Les manifestations des accidents médicamenteux les plus fréquentes étaient les troubles neuropsychiatriques (26%) suivis des chutes (20%).
Neurologie Psychiatrie Gériatrie, article de C.Granjon, M.N.Beyens, D.Frederico, P.Blanc, R.Gonthier, octobre 2006

Thérapies non médicamenteuses : comment évaluer ? Ces thérapies sont fondamentales, mais le nombre d'évaluations scientifiques est encore relativement restreint, estime Pascale Dorenlot, responsable du pôle Etudes à la Fondation Médéric Alzheimer. L'hétérogénéité des personnes malades, tant par leur niveau d'altération cognitive que par leur contexte social ou familial, rend l'évaluation d'autant plus complexe. La Fondation soutient ainsi, conjointement avec l'INSERM et le ministère de la Santé, la validation d'instruments standardisés qui permettraient aux équipes de mieux mesurer la qualité de vie des personnes qu'elle accompagnent.
Tout Prévoir, propos recueillis par J.P.Aquino, octobre 2006

Des nonnes qui lisent beaucoup... Le chercheur David Snowdon, de l'université du Kentucky, mène, depuis plus de quinze ans, une étude sur le vieillissement auprès d'une cohorte de 678 religieuses d'un couvent du Minnesota. Chaque année et jusqu'à leur mort, suivie d'une autopsie de leur cerveau, elles s'adonnent à une série de tests de mémoire. Une des conclusions : les grandes lectrices présentent un risque moindre de développer la maladie d'Alzheimer.
www.inserm-actualites.fr, 17 novembre 2006

ACTEURS – Les personnes malades

Comment se passe l'accueil à l'hôpital ? Lors du colloque « Vieillir digne à Paris », le 8 novembre, Aldo Saluard, président du GRAF Ile-de-France, a présenté le

« parcours classique » d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée : il suivra d'abord le processus SSR (service de soins de suite), puis le processus SLD (soins de longue durée), avec l'espoir de revenir au domicile pour y être suivi. Or, dit-il, « il ne faut pas oublier que, dès que les malades passent en longue durée, ils doivent s'acquitter d'un montant dit d'hébergement de 2 791 euros par mois. D'autant que l'aide sociale est un prêt qu'il faudra rembourser au décès ». M. Saluard constate une non transmission du patrimoine, voire un endettement des descendants. www.agevillage.com, 13 novembre 2006

F comme «Fugue». Si la personne qui s'absente d'un EHPAD est réputée jouir d'une certaine autonomie, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée, mais la direction est en droit d'exiger d'être prévenue de toute absence, avec indication de l'heure ou de la date du retour. Si la personne est dite « désorientée », une absence non justifiée d'un résident peut entraîner, pour le directeur, une qualification de non assistance à personne en danger. D'où la nécessité de certaines mesures pour éviter le risque de fugue : portes à code, entrée et sortie à accès surveillé, etc. Mais d'autres mesures entraîneraient, en revanche, la responsabilité de l'établissement en cas d'accident : enfermement de la personne dans son lieu privatif, contention sans prescription médicale, fermeture totale pendant la nuit, seul le veilleur de nuit ayant la clé...

Directions, supplément au numéro de novembre 2006

Fumer en maison de retraite ? Devant l'annonce d'une interdiction prochaine de fumer dans les lieux publics, le ministre de la Santé, Xavier Bertrand a d'abord indiqué qu'il comptait étendre cette interdiction aux maisons de retraite. Mais il a précisé ensuite, dans une conférence de presse, que les résidents pourraient fumer dans leur chambre, mais pas dans les parties communes. Pascal Champvert, président de l'ADEHPA, était d'accord pour l'interdiction dans les espaces communs, mais pas dans les chambres considérées comme un « substitut de domicile ».

www.senioractu.com, 23 novembre 2006 ; *Actualités sociales hebdomadaires*, 24 novembre et 13 octobre 2006

S'alimenter en maison de retraite : pas terrible... *Que Choisir* a effectué une enquête sur l'alimentation dans les maisons de retraite. Seulement 159 établissements ont répondu aux questionnaires sur 1 200 envois. Il apparaît que le contenu des assiettes reste pauvre en légumes cuits, poissons, fromages riches en calcium, viande rouge. 45% des établissements ne proposent aucun choix et 80% des horaires de dîner commençant avant 18h30. La moitié des établissements ignorent l'état nutritionnel des résidents. 23% des établissements sous-traitent leur restauration à des entreprises spécialisées, mais les repas livrés sont largement décriés par les consommateurs. www.agevillagepro.com, 2 novembre 2006

Guide nutritionnel destiné aux seniors. L'Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES) s'investit dans le Programme national nutrition santé (PNNS) en publiant un guide nutrition « La santé en mangeant et en bougeant » pour les personnes à partir de cinquante cinq ans, sans problème de perte d'autonomie, ainsi qu'un guide destiné à l'aidant de la personne âgée fragile et un guide réservé aux professionnels de santé concernés par la nutrition des personnes âgées afin de les sensibiliser à leur rôle éducatif.

www.inpes.sante.fr

Maltraitance : davantage de contrôles et de sanctions. C'est ce qu'annonce Philippe Bas, qui rappelle la création d'une agence nationale chargée de l'évaluation des maisons de retraite et de la définition de référentiels de qualité. Le ministre

déplore que seuls 55% des départements bénéficient d'une écoute spécialisée et d'une capacité de médiation. Il veut renforcer la formation des personnels et que les établissements recourent systématiquement à la suspension des agents en cas de faits avérés. Il entend doter tous les établissements d'une vraie politique de qualité d'ici cinq ans.

La Lettre de Décideurs en gérontologie, 8 novembre 2006 ; www.agevillagepro.com, 2 novembre 2006

Maltraitance : un professeur accuse l'hôpital. Dans une interview à *La Croix*, le professeur Pfitzenmeyer, gériatre au CHU de Dijon, co-auteur d'un rapport officiel sur « l'hôpital face au vieillissement de la population », affirme que « les personnes très âgées sont accueillies de manière indigne » dans les hôpitaux et sont l'objet d'une « maltraitance institutionnelle ». Non « par manque de dévouement et d'humanité des équipes médicales et soignantes », mais pour des « questions d'organisation et de moyens ». Il donne des exemples concrets : un malade qui ne mange pas, parce que personne n'a eu le temps de lui faire manger son plateau-repas ; un patient installé sur un brancard parce qu'aucune chambre n'est disponible ; un vieillard que l'on laisse dans son lit uriner sur lui-même.

www.agevillagepro.com, 6 novembre 2006

Maltraitance : le ministre proteste. L'interview du Pr Pfitzenmeyer n'a pas plu à Philippe Bas. Le ministre s'indigne et rappelle les chiffres du plan Solidarité Grand Age : « L'un des volets essentiels porte sur l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées ». Il confirme aussi la formation et le recrutement de sept mille professionnels de soins et d'accompagnement. *www.destinationsante.com*, 10 novembre 2006

Maltraitance : un numéro national d'écoute. C'est l'une des mesures contre la maltraitance prévue par le plan Solidarité Grand Age, rappelle le ministre Philippe Bas dans une réponse au député UMP Francis Saint-Léger. Autres mesures prévues : la mise en place d'un programme d'inspection garantissant la visite régulière des établissements et leur contrôle au moins tous les dix ans.

Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006 ; <http://questions.assemblee-nationale.fr>, 5 octobre 2006

Tutelle : reddition de comptes après décès. Cette reddition de comptes est faite aux héritiers du défunt placé sous tutelle, hors contrôle du greffier en chef et hors intervention du juge des tutelles. C'est ce que rappelle le ministre Philippe Bas dans une réponse au député UMP Louis Cosyns.

<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 5 octobre 2006

On peut annuler la validité de la signature d'une personne malade. Cette initiative peut être réclamée par le mandataire de justice, nommé par le juge des tutelles, lorsque la personne âgée aura signé des actes qui pourraient lui être préjudiciables. « Les tribunaux prendront en considération la fortune de la personne protégée, la bonne ou la mauvaise foi de ceux qui auront traité avec elle, l'utilité ou l'inutilité de l'opération ». La sauvegarde de justice est un régime de protection temporaire (deux mois renouvelables trois fois) des personnes dont les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge.

www.agevillagepro.com, chronique de F.Castoldi, juge des tutelles, 24 octobre 2006

Comment préserver ses droits ? La capacité d'accomplir certains actes de la vie civile peut progressivement s'amoinrir jusqu'à disparaître. Le médecin traitant peut donc signaler au juge des tutelles la nécessité d'une mesure de protection, ce qui

n'est pas constitutif d'une violation du secret médical. Tout acte médical doit cependant être consenti par la personne malade. En cas d'incapacité, le consentement est donné par le tuteur, mais le médecin, quelle que soit la position de ce dernier, est tenu de délivrer les soins indispensables. En rédigeant une directive anticipée, toute personne juridiquement capable peut indiquer ses volontés relatives à sa fin de vie. Elle peut aussi désigner une personne de confiance qui la représentera et rendra compte de ses volontés en matière médicale le jour où elle sera devenue incapable de les exprimer.

Tout Prévoir, article de Federico Palermi, chargé d'études à la Fondation Médéric Alzheimer, octobre 2006

Attention à la « prise en charge sécuritaire » ! Patrice Leclerc, responsable du Programme Personnes âgées à la Fondation de France, met en garde contre la tentation de substituer, dans les institutions, une responsabilité fondée sur le risque à une responsabilité fondée sur la faute. D'où le maintien, par exemple, des pratiques de contention, qui confinent parfois à la séquestration. 45% des personnes en établissement n'ont pour horizon quotidien que l'enceinte de celui-ci et se voient interdire toute sortie. La Fondation de France affirme donc le principe de la liberté d'aller et venir, ainsi que le droit, pour chaque personne âgée, de définir elle-même son itinéraire de fin de vie. *adsp*, septembre 2006

Un être humain à part entière. C'est ainsi que le professeur Jean-Marie Léger, président du Comité d'orientation de la Fondation Médéric Alzheimer, définit la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Et de citer quelques preuves cliniques : capacité d'expression émotionnelle, persistance de la personnalité, création de liens d'une autre nature. « Le dément, écrit-il, n'est pas une mécanique usée ou altérée ». *Tout Prévoir*, article de J.M.Léger, octobre 2006

La même douleur que chez les personnes en bonne santé. Les chercheurs de l'université de Melbourne (Australie) et de l'institut national de recherche sur le vieillissement ont établi que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ressentent la douleur avec la même intensité que les personnes en bonne santé. Ils ont comparé un groupe de quatorze personnes atteintes de cette maladie et un autre groupe de quinze volontaires sans pathologie neurologique. Dans certains cas il semblerait même que la souffrance ait duré plus longtemps chez les personnes du premier groupe. www.senioractu.com, 3 octobre 2006

Le stress lié à la maladie d'Alzheimer. Le patient atteint de maladie d'Alzheimer est, tout au long de sa maladie, confronté à des situations de stress. L'annonce du diagnostic, les épisodes de désorientation spatiale, le sentiment d'étrangeté face à des objets ou des situations qu'il ne comprend plus peuvent générer des stress importants, qui doivent être reconnus, évalués et pris en charge. A des stades débutants, modérés ou modérément sévères de la maladie, le patient reste capable de dire ce qu'il ressent, de parler de ce qu'il ne comprend pas ou de ce qui lui fait peur. L'accompagner psychologiquement contribue à soulager sa douleur, à mieux comprendre sa maladie et à améliorer sa coopération dans le projet de soins. Mais il s'agit aussi de consolider une identité qui chancelle, de maintenir les capacités d'investissement relationnel et de communication.

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, article de F.Moulin, I.Cantegrel-Kallen, J.de Rotrou, E.Wenisch, F.Batouche, A.Richard, A.S.Rigaud, octobre 2006

Peut-on conduire avec une maladie d'Alzheimer ? Il est possible d'identifier les sujets à haut risque en utilisant une batterie d'examen multicritères contenus dans l'évaluation gériatrique standardisée. Dans les cas difficiles, le médecin agréé ou le

médecin de commission médicale peut demander en complément un test de conduite par une école de conduite. Mais l'identification des déments à risque est un défi difficile. Dans les cas de démence modérée à sévère, il faut exiger l'arrêt de conduite, quels que soient les dénis de la personne malade.

Tout Prévoir, article du Dr Régis Gonthier, octobre 2006

Les besoins spécifiques des malades jeunes. Le retard du diagnostic a des conséquences beaucoup plus dramatiques pour un malade jeune que pour un malade plus âgé. Elles concernent son couple, ses enfants, ses frères et soeurs, sa vie professionnelle, ses finances, etc. Le grand danger est le risque de licenciement pour faute ou de démission spontanée par un coup de colère. Lorsque le diagnostic est enfin posé, toute la vie de famille est bouleversée. Plus le retard au diagnostic a été grand, plus la famille croule sous le sentiment de culpabilité. Le Plan Alzheimer prévoit du reste le cas spécifique des malades jeunes.

Tout Prévoir, interview de Catherine Ollivet, présidente de France Alzheimer 93, octobre 2006

Qu'est-ce que la « dépendance » ? Les outils de mesure et d'évaluation de la dépendance ont, en majorité, été conçus par des médecins gériatres. La grille Aggir est ainsi une appréciation de l'état de capacité ou d'incapacité fonctionnelle d'une personne à travers dix items de fonctionnalité physiques ou psychiques. La personne dépendante serait définie par son « besoin d'être aidée pour les actes essentiels de la vie ». Mais le « besoin » est une notion confuse, qui évolue suivant les époques, le type de société dans laquelle on vit et la classe sociale à laquelle on appartient. Elle suppose donc un arbitrage social qui va se faire sur la norme. Le besoin s'oppose ainsi, point pour point, à la « demande » qui, elle, est toujours individuelle et particulière. L'évaluation du « besoin » est l'expression d'un rapport de force défavorable au demandeur, dans un contexte de rationnement des dépenses publiques. Elle ne prendrait son véritable sens que si elle devenait une véritable démarche d'accompagnement.

adsp, septembre 2006

Qu'est-ce qu'un bilan de suivi ? Un bilan de suivi réalisé au sein des consultations mémoire en Rhône-Alpes précise un certain nombre de données intéressantes. Les consultations de suivi durent en moyenne une heure. Il existe une permanence téléphonique dans 91% des cas. Au sein des consultations de suivi, un neuropsychologue intervient dans 52% des cas, une assistante sociale dans 26% des cas. Un examen clinique est réalisé dans 74 % des cas. Un temps de la consultation est dévolu à l'aidant dans 92% des cas et il existe des consultations pour l'aidant seul dans 52% des cas. Cette étude permet de mettre en évidence l'importance grandissante des bilans de suivi au sein des consultations mémoire, ainsi que le manque de temps et de moyens. La question du suivi d'un patient est posée. Est-ce uniquement une évaluation du déclin cognitif ou un temps d'écoute, d'évaluation de la souffrance familiale et d'anticipation des situations de crises ?

L'Année gérontologique, article de S. Faure, C. Girtanner, vol 20, 2006

ACTEURS – Les aidants

Aider les aidants familiaux : un impératif éthique et économique. « En France, la collectivité n'a pas encore pris la juste mesure des besoins de l'aidant, ni en termes de services, notamment de services de répit, ni en termes de compensations financières ». Certes la Conférence de la famille a affirmé le principe

du « droit au répit » et le PFLSS prévoit l'instauration d'un congé de soutien familial au bénéfice des salariés ayant à s'occuper d'un parent dépendant. Mais l'écart est considérable entre le nombre de personnes devant potentiellement recourir à l'aide quotidienne d'un proche (trois millions de personnes âgées de plus de quatre-vingts ans) et le nombre de places d'accueil temporaire (4 500 pour les personnes âgées). Des initiatives pionnières montrent l'intérêt de « systèmes de suppléance souples », telle l'association de maintien à domicile (AMAD) créée par des infirmiers libéraux à St-Gilles-Croix-de-Vie (Vendée), qui avait créé une structure d'hébergement temporaire dans un centre de vacances pendant les périodes creuses et qui a pérennisé son action grâce à une combinaison de financements publics et privés. Résultat : cent pour cent d'occupation, quatre-vingts pour cent de résidents originaires du canton. Des initiatives de ce type sont répertoriées notamment dans le Nord (résidence des Weppes) ou dans le Bas-Rhin (Harthouse). « Mais le temps des petites actions commandos menées à modeste échelle est révolu. Il faut maintenant passer à la vitesse supérieure ». *Actualités sociales hebdomadaires*, 10 novembre 2006

Qui sont les « aidants familiaux » ? L'expression recouvre des situations très hétérogènes. Il s'agit en première ligne des conjoints et des enfants, et ce sont principalement des femmes. Mais les conjoints, dont l'âge moyen est de soixante-dix ans, peuvent être confrontés à leurs propres difficultés de santé, tandis que leurs descendants sont généralement en activité professionnelle. La répartition des services entre proches et professionnels est évidemment très contrastée selon les appartenances sociales. On se trouve en présence de configurations familiales complexes, en fonction notamment des attributions sexuées et des critères de proximité. Des dynamiques d'échanges de services s'opèrent souvent au sein des familles. L'APA semble avoir peu modifié l'intervention des proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des professionnels. *adsp*, septembre 2006

Grand père (ou grand-mère) a la maladie d'Alzheimer. Une psychosociologue, chercheur à la Fondation nationale de gérontologie, Martine Dorange, vient de participer à une étude sur les familles confrontées à la maladie d'Alzheimer atteignant un proche parent. Elle explique comment les plus jeunes réagissent. Le plupart des petits enfants, dit elle, savent peu de choses de la maladie de leur grand parent. Les parents préfèrent les tenir à l'écart. Les plus jeunes supportent mal cette surprotection. Certains passent de la révolte au rejet en fonction de l'évolution de la maladie. Certains sont dans un rapport affectif plus apaisé, bienveillant et tolérant à l'égard du malade. Silence et non-dits n'engendrent que de la souffrance. La majorité des jeunes sont demandeurs d'explications. Les livres ou les films peuvent aider à dédramatiser, à aider à comprendre et à accompagner. www.senioractu.com, 2 novembre 2006

Troubles du sommeil et accidents cardio-vasculaires. Le stress des aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'accroît à mesure que la maladie s'aggrave. Une équipe de chercheurs a établi un lien entre les troubles du sommeil de ces aidants, l'activation du système sympathique et l'altération de l'hémostase. L'étude a été réalisée chez quarante conjoints qui ont accepté de subir un enregistrement polysomnographique au cours d'une nuit à leur domicile, couplé à la mesure de deux marqueurs d'une anomalie de la coagulation sanguine. Pour les auteurs de ce travail, les troubles du sommeil provoqués par les réveils nocturnes pourraient contribuer à l'augmentation de la morbidité cardiovasculaire. *La Lettre de Successful Aging*, 30 octobre 2006

Les cris dans la maladie d'Alzheimer. Les cris font probablement partie des troubles psycho-comportementaux les plus perturbateurs pour l'entourage familial ou professionnel du patient. La prise en charge médicale repose sur une évaluation structurée permettant de définir une stratégie thérapeutique et d'en évaluer l'efficacité. Bien au-delà de la démence elle-même, les déficits sensoriels, la douleur, la faim et la soif, l'incontinence ou un positionnement inconfortable sont autant d'éléments pouvant influencer l'intensité et la fréquence de ce trouble.

L'Année gériatrique, article de L. Balardy, P. Rumeau, pp 316 à 321, vol 20, 2006

ACTEURS – Les professionnels

Le rôle du médecin de famille. Dans la cas de la maladie d'Alzheimer, où n'existe pas encore de traitement curatif, « le médecin de famille, qui connaît aussi bien la personne malade que son environnement familial et social, a un rôle particulièrement important à jouer », écrit Xavier Emmanuelli, Président de la Fondation Médéric Alzheimer, dans l'éditorial du numéro spécial de la revue *Tout Prévoir*. Rôle de sentinelle : contribution au diagnostic, orientation vers une structure spécialisée. Rôle d'accompagnement : grâce à son double regard sur la personne malade et sur son environnement, il peut devenir un médiateur familial. Il est « présent et actif au delà du traitement médicamenteux (...). Il n'est plus un « guérissant », il est devenu un « soignant ». Mais, faute de formation, tous les généralistes ne perçoivent pas cette réalité qui est la leur : ils ont développé un « syndrome de toute puissance », fondé sur une représentation du corps assimilé à une mécanique. « N'est-ce pas le moment de faire un retour sur soi ? », interroge Xavier Emmanuelli.

Tout Prévoir, article de Xavier Emmanuelli, supplément au numéro d'octobre 2006.

Le rôle du médecin de famille (bis). Analyser les besoins de la personne malade, en prenant en compte « les difficultés psychologiques, sociales et familiales de ceux qui sont confrontés à cette maladie », « apporter une attention particulière à l'entourage familial », voilà quelques unes des missions du médecin généraliste face à la maladie d'Alzheimer. C'est ce que constate Jean-Pierre Aquino, gériatre, conseiller technique de la Fondation Médéric Alzheimer, dans son introduction au numéro spécial de la revue *Tout Prévoir*, dont il a assuré la coordination.

Tout Prévoir, article de Jean-Pierre Aquino, supplément au numéro d'octobre 2006

Le double regard du médecin de famille. C'est le médecin traitant qui est le mieux placé pour repérer le besoin de répit d'un aidant. Mais « sa parole ne doit pas être disqualifiée » aux yeux du malade « par un dialogue direct entre le praticien et la famille à son propos ». C'est ce que Marie-Jo Guisset-Martinez, responsable du pôle Initiatives Locales à la Fondation Médéric Alzheimer, appelle le « double regard » du médecin de famille. Ne pas oublier, toutefois, qu' « il faut un cheminement de la part de l'aidant pour qu'il soit en mesure d'accepter une aide. Certes il est épuisé, mais il est parfois dans une relation fusionnelle avec son proche ». *Tout Prévoir*, propos recueillis par le Dr J.P. Aquino, octobre 2006

Le médecin de famille comme médiateur familial. C'est lui qui reprend l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer, délivrée à la consultation mémoire. Lui qui se situe au coeur du système de soins, puisqu'il est le seul à pratiquer un « double regard » sur le malade et sur son entourage. Lui qui détermine le point de rupture lorsque le maintien à domicile devient difficile. D'où la nécessité de valoriser

son rôle, notamment auprès des pouvoirs publics. *Tout Prévoir*, article du Dr Hélène Pitti-Ferrandi, octobre 2006

Maladie d'Alzheimer : cinq protagonistes en quête d'identité. Aujourd'hui, la maladie est diagnostiquée de plus en plus tôt. Angoisse, perplexité, souffrance vont émailler sa progression, qui s'étend désormais sur un temps très long : dix à douze ans en moyenne entre le diagnostic et la phase terminale. Le vécu de la maladie est différent selon les cinq protagonistes qui, tour à tour, participent à la maladie et à son évolution : le malade lui-même, comment vit-il sa maladie ?, l'aidant ensuite, en général membre de la famille ; puis la famille, les soignants professionnels et enfin le médecin généraliste qui assurera le quotidien du malade, de l'aidant... et de la famille. Il sera, lui, le récepteur des questions et des doutes, des fausses et des vraies alertes, des hauts et des bas du malade, mais aussi de l'aidant.

Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques, article de Jacques Selmes et Christian Derouesné, vol 2 n°7, 2006

Réseaux de santé : fusionnons, fusionnons. L'Inspection générale de l'Action Sociale, dans son rapport de mai 2006, préconisait déjà de fusionner le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Dans le cadre de la loi de financement de la SS, le ministère s'apprête à fusionner ces deux fonds avec le Fonds de Réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), pour constituer le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

www.agevillagepro.com, 6 novembre 2006

Pas d'heures d'équivalence pour les salariés à temps partiel. C'est ce que vient de juger la Cour de Cassation, dans un arrêt du 27 septembre 2006. Des salariés avaient effectué des permanences nocturnes en chambre de veille, rémunérées selon le régime des heures d'équivalence institué par la convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées. Pour les magistrats, ce régime dérogatoire du droit commun n'est applicable qu'aux salariés et aux périodes de travail à temps complet.

Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006

Valider son expérience. Depuis un décret du 1^{er} mars 2006, le diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale est ouvert à la validation des acquis de l'expérience. Une circulaire du 28 août précise les conditions de formation et de validation. Nouveautés : un parcours de qualification simplifié et une dispense de la moitié des modules de formation.

<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 5 octobre 2006 ; *Mail'hebdo*, 25 sept.-2 octobre 2006

Services à la personne : attention aux conditions de travail ! Près d'1,3 millions de salariés – des femmes à 95% - travaillent dans ce secteur qui recouvre plus d'une vingtaine de métiers, pour les deux millions de particulier employeurs, les 6500 associations ou les 4500 entreprises de services. Mais les différentes assises régionales sur la professionnalisation des services à la personne constatent une certaine médiocrité des conditions de travail : temps partiel subi, faibles salaires, manque de formation, nombreux déplacements parfois mal remboursés. Avec souvent des employeurs multiples, il est difficile de prendre des congés, poser des arrêts maladie ou faire prendre en charge sa visite médicale.

www.agevillage.com, 13 novembre 2006

Aides à domicile : un manifeste. L'UNA (Union nationale de l'aide et des soins à domicile) publie son manifeste pour « un droit fondamental de vivre à domicile ». Elle avance vingt propositions concrètes destinées à interpeller les candidats aux différentes élections de 2007 et 2008. www.agevillagepro.com, 28 novembre 2006

Aides à domicile : accord ADESSA Fourmi Verte. ADESSA, qui regroupe 270 associations d'aide à domicile employant 17 500 salariés équivalents temps plein, a signé le 10 novembre un protocole d'accord avec Fourmi Verte, qui référencera son offre de services. *Actualités sociales hebdomadaires*, 17 novembre 2006

Aides à domicile : deux millions d'euros pour une nouvelle enseigne. C'est ce que l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) vient d'accorder pour soutenir la naissance de l'enseigne A Domicile Services, créée par A Domicile Fédération nationale, en partenariat avec Dom Plus et la Société d'encouragement pour l'industrie nationale (SEIN).
www.agevillagepro.com, 2 novembre 2006

Aides à domicile : un label de qualité ADESSA. Troisième fédération de services à domicile par l'effectif (35 000 salariés, soit 17 500 équivalents temps plein), ADESSA est la première à lancer un label de qualité. Objectif : démarche entamée avant l'été 2007, tout le monde labellisé à la fin de l'année. La charte de qualité comporte vingt et un critères, répartis en trois axes principaux : le respect du client, du salarié et l'efficacité de la structure.
www.seniorscopie.com, 18 octobre 2006 ; www.agevillagepro.com, même date ; *Actualités sociales hebdomadaires*, 13 octobre 2006

Aides à domicile : 0,33 euros par km. Tous les salariés relevant de l'accord du 29 septembre 2005 dans la branche de l'aide à domicile ont désormais droit à une indemnité kilométrique de 0,33 euros pour les voitures et 0,14 euros pour les deux-roues. *Actualités sociales hebdomadaires*, 10 novembre 2006

Aides à domicile : salaires augmenté de 41% pour les titulaires d'un diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie, selon l'accord de branche, première étape vers la constitution d'une convention collective unique de la branche. Le gouvernement s'est engagé dans une politique de professionnalisation et de valorisation des métiers de l'aide à domicile. C'est ce que rappelle le ministre de la Santé, dans sa réponse à une question de Francis Saint-Léger, député UMP de Lozère.
<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 3 octobre 2006

Garde de nuit : une activité valorisante. Un certain nombre de services de gardes itinérantes de nuit fonctionnent à travers la France : Alliance Domicile à Paris, Fanal à Mulhouse, ASSAD à Dunkerque, CCAS de Saint-Lô (Manche), etc. Les différents intervenants insistent sur l'attractivité de ces métiers : autonomie, polyvalence, reconnaissance accrue, relations privilégiées avec les usagers.
Gazette SantéSocial, octobre 2006

Deux diplômes universitaires sur le vieillissement. L'Office aquitain de recherches, d'études, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées propose deux formations, à la fois pluridisciplinaires et spécialisées, en gérontologie sociale : un diplôme universitaire supérieur de gérontologie sociale (niveau master 1), ouvert aux personnes de niveau licence et ayant déjà un diplôme de gérontologie, et un diplôme interuniversitaire de gérontologie sociale ouvert aux étudiants et professionnels de niveau bac.
www.oareil.org ; *Gazette SantéSocial*, octobre 2006

Le métier d'auxiliaire de vie est reconnu. L'avenant à la convention collective est agréé, ce qui le rend applicable. Le métier est affecté d'un coefficient de référence égal à 306. Les titulaires du diplôme d'Etat bénéficient d'un complément diplôme de 33 points : leur salaire de base mensuel, hors primes et indemnités, est de 1440,07 euros. *Actualités sociales hebdomadaires*, 17 novembre 2006

Oui aux auxiliaires de vie sociale en maison de retraite. C'est ce que précise le ministre de la Santé et des solidarités en réponse à une question de Damien Meslot, député UMP du Territoire de Belfort. Il suffit aux partenaires sociaux des branches professionnelles intéressées par cette qualification d'inscrire ce diplôme d'Etat dans leurs conventions collectives.

<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 3 novembre 2006

Un guide de l'évaluation interne. A l'initiative du Conseil national de l'Evaluation sociale et médico-sociale (CNESMS), est paru un guide de l'évaluation interne, qui doit permettre aux entreprises du secteur de procéder à cette évaluation (dont le terme a été repoussé de janvier 2007 à janvier 2009). Le président du CNESMS, Stéphane Paul, croit sentir « un mouvement de fond qui (le) rend optimiste ». Il rappelle que quatre thèmes sont « en cours » : l'expression et la participation des usagers, le respect de la liberté de choix, les méthodes éducatives dans la prise en charge des enfants autistes, la prévention et la gestion de la violence dans les établissements. *Directions*, octobre 2006 ; www.social.gouv.fr

REPÈRES - Politiques

Défiscaliser les frais liés à la dépendance. Jusqu'à présent, les résidents d'établissements long séjour peuvent déduire de leur montant d'impôt sur le revenu 25% des dépenses spécifiques à la dépendance, desquelles sont exclus les frais de logement et de nourriture. A l'avenir, ces frais, qui représentent les trois quarts du coût total de l'hébergement, ouvriront droit à la réduction d'impôt, sous un plafond de 2500 euros, au lieu de 750. *La Lettre de Décideurs en Gérontologie*, 22 novembre 2006

Philippe Bas : retarder la dépendance. Dans un éditorial d'*ADSP (actualité et dossier en santé publique)*, le ministre délégué aux Personnes âgées se donne cet objectif, réalisable par « un effort sans précédent de prévention et de détection ». Il rappelle l'importance de la mission confiée à Hélène Gisserot, qui prépare « un débat national pour qu'une aide à l'autonomie soit garantie à tous les citoyens vulnérables ». D'ici là s'impose la nécessité de « resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital ».

ADSP, septembre 2006

CNSA : « penser un cinquième risque ». La CNSA a rendu public, le 14 novembre, son premier rapport annuel. Elle rappelle d'abord que, sur un budget de 14,5 milliards d'euros, elle a consacré 2 milliards aux aides individuelles et 12,5 milliards aux établissements et services. La contribution du lundi de Pentecôte (2 milliards), 60% des sommes collectées sont allées au secteur des personnes âgées, dont 20% pour les aides individuelles. La CNSA constate que « pour le secteur des personnes âgées dépendantes, les objectifs du plan Alzheimer ne sont pas complètement réalisés, et la pression reste importante pour la création de places en EHPAD ». Elle formule trois propositions pour « contribuer à une réponse de qualité aux attentes des personnes en situation de perte d'autonomie ». 1) « S'engager

dans une démarche de convergence », c'est-à-dire supprimer la différence de dispositif de part et d'autre de la frontière des soixante ans ; 2) Explorer « une évolution pragmatique vers une autre gouvernance », c'est-à-dire libérer l'administration de tutelle d'un certain nombre de missions ; 3) « Penser un cinquième risque ».

Actualités sociales hebdomadaires, 17 novembre 2006 ; *Le Monde*, même date

Rallonge budgétaire pour les structures pour personnes âgées. La circulaire budgétaire de mi-campagne des établissements et services sociaux et médico-sociaux (17 octobre 2006) entérine les assouplissements budgétaires issus du Plan Solidarité Grand Age. En annexe, une fiche technique sur le nouveau mode de calcul du plafond de dotation de soins, le protocole d'évaluation et la grille de suivi et d'analyse des conventions tripartites échues. Mais aussi la deuxième tranche des crédits pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (dont le tarif global est revalorisé de 15%), et les services de soins infirmiers à domicile ainsi que le montant des enveloppes 2007 anticipées.

Actualités sociales hebdomadaires, 10 novembre 2006 ; [www/.directions.fr](http://www.directions.fr), 2 novembre 2006

Trois défis pour l'assurance vieillesse. Le nouveau Conseil d'administration de la CNAV a été installé, le 23 octobre, par Philippe Bas. Il s'est fixé trois défis majeurs : préparer le rendez-vous retraite de 2008, en assurant la pérennité du système par répartition ; défendre le niveau des pensions ; prévenir la perte d'autonomie et favoriser le maintien à domicile.

La Lettre de Décideurs en gérontologie, 8 novembre 2006

Europe : faut-il « supprimer les pré-retraites » ? Dans une interview à *Libération*, Joaquin Almunia, commissaire européen chargé des affaires économiques et monétaires, commente le rapport que vient de consacrer la Commission européenne à « la soutenabilité à long terme des finances publiques dans l'UE ». Il remarque d'emblée qu'en 2050 il ne restera plus que deux actifs pour un retraité, au lieu de quatre actuellement. Il en résulte que les dépenses liées au vieillissement vont augmenter en moyenne de quatre points du PIB communautaire et que le déficit moyen, actuellement de 2%, passera à 6%. « Cela amènera une explosion des dettes publiques : elles passeront d'un peu moins de 60% à 200% du PIB. (...) On n'aura pas d'autre choix que d'augmenter les impôts des actifs, peu nombreux à ce moment-là, pour payer la dette, et augmenter les cotisations sociales pour assurer les retraites. » En France, la dette atteindrait alors 240% du PIB ! Le commissaire européen (un socialiste espagnol) propose trois réformes pour se remettre à niveau : le retour à l'équilibre des finances publiques, la suppression du système des pré-retraites et un âge de la retraite plus tardif.

Libération, 3 novembre 2006

Le Conseil de la CNSA approuve le projet de budget 2007. Le vote, qui a eu lieu le 17 octobre, s'est soldé par 44 voix pour et 16 abstentions. Certains membres du Conseil ont assorti leur vote d'une déclaration par laquelle, tout en prenant acte de l'effort réalisé en matière de croissance de l'ONDAM médico-social, ils expriment leur insatisfaction au regard des besoins de reconduction des budgets des établissements et services et de création de places nouvelles, ainsi que leur préoccupation de voir dégager d'autres sources de financement de la solidarité nationale et leur vigilance quant aux nouvelles charges dévolues à la CNSA et aux ressources nécessaires qui doivent s'y rattacher.

Décideurs en gérontologie, La Lettre n° 87, 25 octobre 2006

Nouvelle gouvernance de l'hôpital : « des vessies pour des lanternes » ? Tel est du moins le titre d'un éditorial de NPG, signé de son rédacteur en chef adjoint, le docteur Christophe Trivalle. « Pour les personnes âgées, qui coûtent cher et ne rapportent rien, l'objectif sera clairement d'en avoir le moins possible à l'hôpital. C'est d'ailleurs la même logique qui conduit actuellement à vouloir faire disparaître les unités de soins de longue durée du secteur sanitaire, et donc de l'hôpital, pour mettre les malades dans le secteur médico-social des EHPAD, secteur très largement sous-médicalisé. L'objectif global de cette réforme est de transformer l'hôpital en entreprise et le médecin en manager ». « Pas d'Alzheimer, car ça ne rapporte rien ! » serait le mot d'ordre des réformateurs.
Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie, octobre 2006

Réforme de la tutelle : projet présenté. Pascal Clément, ministre de la Justice, a présenté le projet de réforme de la tutelle au Conseil des ministres du 28 novembre. Le projet distingue deux sortes de mesures. Celles qui concernent les personnes atteintes d'une véritable altération des facultés mentales seront confiées au juge, celles qui relèvent de l'accompagnement social seront mises en oeuvre par les départements. Le coût total du nouveau dispositif est évalué par le gouvernement à 400 millions d'euros. Le projet de loi devrait être examiné à l'Assemblée nationale à partir du 16 janvier 2007 et entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2009.
www.lemonde.fr, 28 novembre 2006

Réforme de la tutelle : moins de prélèvements pour les personnes protégées. Le projet de réforme de la tutelle prévoit de modifier en profondeur le système de rémunération des personnes en charge de la protection. Ainsi sera créé un système de prélèvement harmonisé avec des taux progressifs selon les tranches de revenu et une exonération totale des personnes ayant un revenu inférieur ou égal à l'allocation adulte handicapé ou au minimum vieillesse. (Réponse du ministre de la Justice à une question de Geneviève Gaillard, députée PS des Deux-Sèvres).
<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 23 octobre 2006

Réforme de la tutelle : recentrer sur « les personnes atteintes d'une réelle altération de leurs facultés ». C'est l'un des trois axes définis par Pascal Clément, ministre de la Justice. Les deux autres axes : « renforcer et mieux définir les droits et la protection de ces personnes ; professionnaliser les intervenants extérieurs à la famille qui exercent la protection juridique ». Le juge devra désigner en principe la personne vivant sous le même toit, ou un membre de la famille ou un proche. Le respect de la personne vulnérable, rappelle le Garde des sceaux, implique qu'on lui donne la parole, qu'on l'écoute et que l'on associe sa famille à la procédure.
La Tribune, article de Frank Pauly, 20 octobre 2006

Réforme de la tutelle : les conseils généraux renâclent. Il existe un assez large consensus sur la réforme de la tutelle, mais les départements ne sont pas enthousiasmés par la perspective d'assumer financièrement la charge du nouveau système d'accompagnement social (distinct de la protection juridique, qui resterait du ressort de l'Etat) L'assemblée des départements de France chiffre entre 28 et 37 millions d'euros le coût que pourrait engendrer, à leur charge, la création de la MASS (mesure d'accompagnement spécifique) et du rapport circonstancié d'évaluation (RCE). De même les associations tutélaires affirment qu'il faut d'abord augmenter le nombre de juges de tutelle et de greffiers. Deux mutations culturelles s'imposent : il faut « regarder les personnes sous tutelle autrement » ; il faut professionnaliser les différents opérateurs du secteur et sanctionner leur formation par un diplôme d'Etat.
ASH magazine, septembre-octobre 2006

L'accès au dossier médical personnel. Le projet de loi de financement de la SS prévoit que le médecin coordonnateur de EHPAD pourra accéder au dossier médical personnel des personnes hébergées, sous réserve d'avoir obtenu l'accord de celles-ci. *Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006*

Vers des conventions EHPAD-pharmacies d'officine. Les EHPAD qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) ne prennent plus en charge les médicaments de leurs résidents et se fournissent généralement auprès des pharmacies d'officine sans que cela s'inscrive dans une démarche d'achat globale. La loi de financement de la Sécurité Sociale prévoit d'autoriser les EHPA à passer des conventions avec ces pharmacies, afin de « sécuriser le circuit du médicament en termes de traçabilité et de lutte contre la polymédication et la iatrogénie ». *Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006*

Plan Solidarité Grand Age : encore des chiffres. Le gouvernement rappelle qu'il prévoit la création sur cinq ans de : mille lits de court séjour gériatrique pour atteindre un lit pour mille habitants de plus de soixante-quinze ans ; 950 places d'hôpital de jour, pour atteindre une place pour deux mille habitants de plus de soixante-quinze ans ; trois mille lits de soins de suite et de réadaptation pour atteindre trois lits pour mille habitants de plus de soixante-quinze ans ; quatre-vingt six équipes mobiles de gériatrie ; seize mille places dans le cadre du développement de l'hospitalisation à domicile. En outre, le nombre de places de soins infirmiers à domicile devraient atteindre cent vingt mille dans cinq ans, dont six mille nouvelles places en 2007. Cinq mille places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 215 places d'accueil de jour et 1125 places d'hébergement temporaire. *Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006*

Soins de longue durée : réforme encore reportée. La loi de finances 2006 avait prévu la répartition, d'ici au 31 décembre 2007, des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le projet de loi de financement de la SS prévoit que chaque établissement décidera par lui-même de la date de sa transformation, dans la limite du 30 juin 2009 *Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006*

Les paramètres de calcul de la pension figés à soixante ans. Il est prévu que bilan de la réforme des retraites de 2003 sera établi en 2008 (et sous entendu qu'une nouvelle réforme sera inévitable à cette date). Le ministre délégué à la Sécurité sociale et aux personnes âgées craint que cette perspective « pourrait conduire certains salariés qui ont déjà atteint l'âge de soixante ans à anticiper leur départ par crainte de nouvelles dispositions législatives ». En vue de rassurer les assurés, le projet de loi de financement de la SS prévoit que les paramètres de calcul seront figés en l'état dès que le salarié aura atteint l'âge légal de la retraite (soixante ans). *Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006*

Financement de la Sécurité Sociale : Oui, mais... C'est la première réaction de l'Union nationale des associations familiales, qui dit oui au projet à cause du contexte économique et du déficit des comptes, mais avec des réserves portant notamment sur la trop faible augmentation du crédit d'impôt pour l'acquisition d'une complémentaire santé. Pour l'ADEHPA (directeurs d'établissements), la hausse des crédits est fondée sur des « prévisions optimistes ». Pour la FNADEPA (établissements et services pour personnes âgées), l'écart est trop grand entre les créations de places promises et « les besoins et attentes exponentiels des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ». *Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006*

Financement de la Sécurité Sociale : du nouveau pour les seniors. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, déposé devant le Parlement, comporte un certain nombre de nouveautés concernant la branche vieillesse : assouplissement des règles du cumul emploi-retraite, possibilité pour les retraités d'exercer des activités de tutorat dans les entreprises dont ils étaient salariés, interdiction de conclure des accords de branche abaissant en dessous de soixante-cinq ans l'âge à partir duquel les employeurs peuvent recourir à la mise à la retraite d'office des salariés.

Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006

Commission européenne : prendre en compte le vieillissement de la population. La Commission européenne a publié, le 12 octobre, deux communications dans lesquelles elle recommande aux Etats membres de prendre en compte l'impact du vieillissement démographique sur les finances publiques. Elle recommande particulièrement de poursuivre les réformes des retraites, en reculant l'âge de départ en retraite et en encourageant le retour des seniors sur le marché du travail, de mener des politiques familiales actives pour enrayer le déclin démographique et d'«exploiter les avantages inhérents à l'immigration pour le marché de l'emploi».

Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006

Maintien à domicile : l'IGAS est sceptique. La Caisse nationale d'assurance vieillesse a prévu, dans sa convention d'objectifs conclue avec l'Etat, de recentrer son action sociale sur le maintien de l'autonomie et la prévention de la perte de l'autonomie pour les retraités socialement les plus fragiles qui ne sont pas éligibles à l'APA. L'Inspection générale des affaires sociales fit remarquer que de nombreux prestataires de l'aide à domicile conventionnés avec la branche retraite « ne sont actuellement en mesure de fournir que la seule prestation classique d'aide ménagère ». Or la CNAV entend réduire la part de l'aide ménagère au profit de réponses plus globales et mieux adaptées. L'IGAS énumère les obstacles à cette nouvelle orientation : complexité du pilotage budgétaire, insuffisance d'assistants sociaux, réforme trop peu préparée. D'où le retard dans la mise en place des nouvelles prestations. L'IGAS propose donc de ralentir la décade de l'aide ménagère (21 millions d'heures en 2007, contre 17,9) et de s'interroger sur « la légitimité de la CNAV à conduire une politique gérontologique qui lui soit propre ».

www.agevillagepro.com, 12 novembre 2006 ; Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2006 ; www.ladocumentationfrancaise.fr, 18 octobre 2006

Petites unités de vie : quelques pistes de développement. Stéphane Le Boucher, du Centre d'analyses stratégiques, précise que le développement des PUV est possible si les ressources sont mutualisées autour d'un projet d'établissement. Jean-François Bauduret, de la CNSA, estime que leur planification doit « s'envisager en concertation avec les schémas gérontologiques et les Programmes d'accompagnement interdépartemental du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC). Mais le vice-président de l'Assemblée des départements de France, Bernard Cazeau, affirme qu'elles ne pourront se développer que « si elles ne demandent pas d'investissements supplémentaires aux départements ».

www.agevillagepro.com, 18 octobre 2006

Journée de solidarité : on peut fractionner. Le Conseil d'Etat a annulé deux dispositions des circulaires du ministère de l'Emploi. Les partenaires sociaux, contrairement aux dispositions du ministre, ne peuvent fixer librement la date de la Journée de solidarité que par accord de branche ou d'entreprise, mais pas par accord

d'établissement. D'autre part, le Conseil autorise le fractionnement des sept heures de travail supplémentaires. *Actualités sociales hebdomadaires*, 13 octobre 2006

Plan Solidarité Grand Age : application dès 2007 ? C'est ce que réclament treize organisations du secteur de l'aide aux personnes âgées, dont l'ADEHPA (maisons de retraite), la FHP (hôpitaux publics) et l'UNIOPSS (associations du secteur sanitaire). Le président de l'ADEHPA, Pascal Champvert a rappelé qu'aux yeux de ces organisations le plan est insuffisant par rapport aux besoins : « taux d'encadrement de 0,65 en 2012, alors qu'il est aujourd'hui de 0,78 en Allemagne et aux Pays Bas ». www.agevillagepro.com, 3 octobre 2006

CLIC : quelles missions dans le Plan Grand Age ? La troisième mesure du Plan Grand Age, « créer un droit au répit pour les aidants familiaux », prévoit qu'une liste des personnels volontaires pour être recrutés sur des missions courtes (pour aider quotidiennement une personne âgée à son domicile) sera tenue pas les CLIC. La treizième mesure, « resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital », prévoit que les CLIC auront notamment la mission d'« informer en temps réel les personnes âgées, leurs familles et les professionnels sur les places disponibles s les services hospitaliers, les maisons de retraite et les services à domicile ». *Gazette SantéSocial*, octobre 2006

Vers un code éthique. Un groupe de travail, coordonné par le CHU Reims, a été chargé par le ministère de la Santé d'élaborer un référentiel commun à l'ensemble des soignants, construit autour de l'impératif de respect de l'individu, afin d'identifier les situations de crise et les valeurs éthiques qui sont en jeu dans la maladie d'Alzheimer et d'offrir des espaces de rencontre et de prise de décision. Ces recommandations doivent offrir des conseils pratiques et traiter les sujets d'éthique en les rendant accessibles à tous. Elles seront présentées le 29 janvier 2007 au cours d'un colloque au ministère.

Tout Prévoir, article du Dr Benoît Lavallart, octobre 2006

Filières gériatriques : une nouvelle mission officielle. Xavier Bertrand et Philippe Bas ont confié aux professeurs Claude Jeandel et Philippe Vigouroux, co-auteurs du plan Gériatrie 2006, la mission de développer et labelliser des filières gériatriques. L'hôpital sera le siège de la filière et passera convention avec des unités de court séjour gériatrique, des unités de soins de suite et réadaptation, un pôle d'évaluation gériatrique et des lits d'EHPAD et d'USLD.

www.agevillagepro.com, 3 octobre 2006

Consultation gratuite à partir du 1^{er} juillet 2007. La consultation neurologique gratuite pour les personnes âgées de soixante-dix ans et plus, annoncée dans le plan Solidarité Grand Age, est inscrite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale et sera mise en place à partir du 1^{er} juillet 2007. Elle vise « le repérage précoce des troubles cliniques liés aux polyopathologies dues au vieillissement. »

www.agevillagepro.com, 3 octobre 2006

REPÈRES - Initiatives

Démence, un mot tabou ? L'association « Alzheimer-Paris-Familles » lance une réflexion sur l'association des mots maladie d'Alzheimer et démence. « Dément » est un mot très fort et très dur », estime Effie Roys, présidente de l'association. « Les malades ont du mal avec ce terme qui les enferme aux yeux des autres comme des sujets perdus, définitivement ». www.agevillage.com, 27 novembre 2006

Bon anniversaire, la FEHAP ! La Fédération des établissements hospitaliers privés à but non lucratif a célébré, le 12 octobre, en présence de Xavier Bertrand et de Philippe Bas, son soixante-dixième anniversaire.

La newsletter de la FEHAP, 24 novembre 2006

Des enfants chez les personnes âgées. Le maire de Paris a inauguré, le 22 novembre, le bâtiment rénové de résidence pour personnes âgées Alquier Debrousse, dans le vingtième arrondissement. Cette résidence comporte désormais une halte-garderie municipale, ce qui a pour but de favoriser les relations entre générations et, notamment, de « faciliter la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ».

www.senioractu.com, 23 novembre 2006

Paris : un nouveau centre d'accueil. Cet accueil de jour, ouvert rue des Francs Bourgeois dans le quatrième arrondissement aux personnes de plus de soixante ans atteintes de la maladie d'Alzheimer, porte à cent quarante le nombre de places disponibles dans la capitale. C'est le septième de ce type ouvert depuis 2001. Il fonctionne du lundi au vendredi, de 9H à 17H et peut accueillir plus de soixante personnes par semaine. Il est animé par huit professionnels médicaux ou sociaux.

www.ash.tm.fr, 21 novembre 2006

Un robot d'assistance aux personnes âgées. La Côte d'Azur, région particulièrement concernée par le vieillissement de ses habitants, lance, dans la zone industrielle de Sophia Antipolis, RoboDomo, un robot d'assistance. Première phase du programme : pilotage avec un téléphone 3G ; Phase 2 : Bouquet de services «3P» (Peur, Paresse, Plaisir), intégrant des objets communicants sans fil ; Phase 3 (fin 2007) : pilotage en vraie grandeur d'une cinquantaine de foyers à Nice.

www.senioractu.com, 17 novembre 2006

Une grande alliance contre la maladie d'Alzheimer. Sanofi-Aventis, Innogenetics et l'Inserm, via sa filiale Inserm Transfert ont conclu un accord de collaboration dans le domaine de la maladie d'Alzheimer. Cet accord est signé pour une période initiale de deux ans, avec la possibilité pour Sanofi-Aventis d'obtenir une licence mondiale exclusive sur le résultat de ce programme de recherche dans le domaine thérapeutique. Innogenetics disposera d'une licence mondiale exclusive dans le domaine du diagnostic.

www.boursorama.com, 15 novembre 2006

Coup de cœur pour le Tai-Chi-Chuan. Les laboratoires Janssen-Cilag ont décerné leurs Coups de Cœur pour les meilleures initiatives contribuant à améliorer la vie en établissement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les trois coups de cœur ont été décernés à l'apprentissage du Tai-Chi-Chuan par la maison de retraite de Gerbévillers (54), aux tables puzzle facilitant l'accès au repas à la maison de retraite de Cordes-sur-Ciel (81) et aux séjours vacances du centre Saint-Vincent Lannouchen à Landivisiau (29). *La Lettre de Décideurs en gérontologie, 8 novembre 2006*

CCAS : pluie de prix. A l'occasion de son Congrès annuel, tenu à Metz le 24 octobre, l'UNCCAS a remis ses prix de l'innovation sociale, destinés à récompenser des initiatives dans le domaine du logement, de la lutte contre l'isolement des personnes âgées et du respect des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Un prix spécial maladie d'Alzheimer (quatre mille euros) a été décerné au CCAS de Saint

André-lez-Lille pour la mise en place de rencontres individuelles et la réalisation d'un recueil sous forme de portraits mêlant souvenirs et témoignages.

www.agevillagepro.com, 2 novembre 2006

« Mémoire et transmission » : pluie de prix (bis). Le Groupe Korian a organisé, dans ses établissements, une remise de prix afin de récompenser les meilleurs écrits de ses résidents. Plus de 209 lettres en provenance de 56 établissements du groupe ont été recueillies afin de constituer un recueil des 39 plus beaux témoignages. La Plume d'Or a été décernée à Georgette Dupeux (quatre-vingt sept ans), de la résidence Les Villandières, à Grenoble.

Décideurs en Gérontologie, 25 octobre 2006

France Alzheimer : pluie de prix (ter). L'Union nationale des associations renforce son soutien à la recherche. Elle a décerné vingt sept bourses 2006 pour un montant total de 636 000 euros.

La Lettre de Décideurs en Gérontologie, 22 novembre 2006

Institut Silver Life pour les acteurs de l'économie du vieillissement. Une problématique centrale : le grand âge et la prise en compte du projet de vie de chacun, avec trois axes : nouvelles conceptions de l'habitat, nouveaux comportements, stratégies industrielles. Contact : www.silverlife-institute.com

Décideurs en gérontologie, 25 octobre 2006

PACA : un numéro Alzheimer. Depuis le 8 octobre, entre 20h et 22h, les parents et les proches des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent trouver conseil et réconfort en appelant le 0811 740 700.

www.agevillage.com, 6 novembre 2006

En 2008, l'Institut Claude-Pompidou à Nice. Ce centre de soins pour la maladie d'Alzheimer accueillera soixante-douze lits, dont douze dédiés à l'hébergement temporaire. Site pilote unique en France vise à regrouper dans un même bâtiment de 6 400 m² les activités assurant une prise en charge globale des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : un centre mémoire, un pôle de formation et d'information, une unité de recherche, un accueil de jour, une unité d'hébergement temporaire et une résidence d'hébergement long séjour.

La Lettre de la Fondation Claude-Pompidou, octobre 2006

Hauts de Seine : mieux vaut héberger ses vieux parents. Le département verse une allocation de trois cents euros aux enfants et petits enfants partageant leur domicile avec leur ascendant en ligne directe, disposant de ressources mensuelles inférieures à 1400 euros.. A condition que les enfants ou petits enfants ne disposent pas de ressources supérieures à 2 550 euros pour un couple.

La Lettre de Décideurs en gérontologie, 8 novembre 2006

Soigner la solitude par delà l'Alzheimer. C'est le but que s'assigne l'équipe de psychologues qui anime l'accueil de jour à l'hôpital Charles-Foix d'Ivry sur Seine. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, explique le psychologue Sylvain Siboni, « ont une autre rythme, mais les mêmes besoins que vous : manger, dormir et aussi aimer, parler, communiquer (...). Ce qui les tue, c'est le manque de relations sociales, il faut leur redonner une activité et surtout un choix. Pourriez-vous supporter de ne rien faire ? Auriez-vous envie qu'on vous impose vos loisirs ? » D'où les ateliers « esthétique », « revue de presse », « cuisine », « musique », « poésie »... *Libération*, article d'Emmanuelle Perret, 30 octobre 2006

Mutualité agricole : l'Ain croit aux petites unités de vie. Dans ce département, rappellent Thierry Clément, du Conseil général, et Claude Laurent, directeur départemental de la MSA, trois maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) fonctionnent depuis 1995. Un programme de douze MARPA et de huit petites unités de vie est aujourd'hui en préparation.
www.msa.fr, 23 novembre 2006

Mutualité agricole : vingt nouveaux réseaux gérontologiques par an d'ici 2010. Elle en soutient déjà dix-sept. Son plan stratégique 2006-2010 met l'accent sur « l'offre de soins ambulatoire et hospitalière de proximité » (Maisons de santé rurale, réseaux Alzheimer).
www.agevillagepro.com, 13 novembre 2006

Un programme de recherches sur le vieillissement en milieu rural. C'est AGRICA qui lance une vaste étude épidémiologique, à partir du 1^{er} trimestre 2007 et pour une durée de six ans, auprès d'un échantillon de mille retraités agricoles de Gironde plus de soixante-cinq ans. Au centre de l'étude : le vieillissement cérébral et les maladies neurodégénératives, avec l'impact des habitudes de vie spécifiques du monde rural.
Décideurs en gérontologie, 25 octobre 2006

Dépendance : doper les services innovants. Tel est un des axes majeurs du projet de développement 2007-2009 présenté par l'Union nationale mutualiste personnes âgées personnes handicapées (UNMPAPH). « La dépendance, rappelle Michelle Dange, présidente de l'UNMPAPH, est l'un des quatre thèmes choisis au congrès de Lyon pour la mise en place du parcours de santé mutualiste. » Parmi les solutions préconisées : des accueils de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des ateliers « équilibre » ou des ateliers « mémoire », la formation des professionnels travaillant auprès de ces personnes. L'UNMPAPH agit en partenariat notamment avec la fondation des Caisses d'épargne et avec Chorum.
Afim, 23 octobre 2006

« **Jeunes et vieux... Ensemble !** » Tel est le thème de la Semaine bleue, semaine nationale des retraités et des personnes âgées, qui se déroule dans toute la France du 16 au 22 octobre.
www.senioractu.com, 18 octobre 2006

Fondation Caisses d'épargne : pour « le non lucratif professionnalisé ». C'est la philosophie qui inspire le directeur de la Fondation, Didier Tabuteau : répondre au désengagement de l'Etat qui se recentre sur la technicité de l'hôpital, aux dépens des missions sociales, concédées au privé. Bilan actuel : près de cinq mille places d'accueil de personnes âgées en établissement, six mille personnes âgées suivies à domicile. Objectif 2010 : dix mille places en établissements gériatriques, dix mille places en soins à domicile. www.seniorscopie.com, 18 octobre 2006

Savoie : « Un Home » pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Situés systématiquement en campagne, dans un environnement calme, avec une architecture facilitant la déambulation des personnes désorientées, les Homes se distinguent des Cantous, espaces sécurisés au sein d'un EHPAD. Le Home du Vernay, à Essert-Blay (Savoie), qui était sur le point de fermer, s'est totalement réorganisé : il n'accueille, avec une nouvelle équipe spécialement formée, que des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé (GIR 1 ou 2). Il leur offre un jardin sécurisé, une diététique visant à empêcher la perte de

pois, des activités tournant autour des gestes de la vie quotidienne. L'institution valorise le rôle de la famille, avec une prise en charge partagée.

Décideurs en Gérontologie, novembre 2006

Une unité spécialisée à Marseille. C'est le groupe Medica qui ouvre en décembre une résidence, Le Baou, dans le sud du 9^{ème} arrondissement. Une unité Alzheimer de vingt quatre lits sécurisée est intégrée à l'établissement.

www.agevillage.com, 18 octobre 2006

Partenariat dans le Nord. Le CLIC, le réseau de soins gérontologiques et le réseau de la mémoire Méotis, à Lille-Helemmes, ont signé un accord de partenariat afin d'améliorer le repérage, la prise en charge et l'accompagnement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées, ainsi que le soutien aux aidants.

La Lettre de Décideurs en Gérontologie, 17 octobre 2006

Nord : mieux écouter les malades. Pour mieux respecter la parole des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer, le CCAS de Saint-André-lez-Lille a mis en place, grâce à un réseau de bénévoles, des rencontres individuelles, à domicile ou en établissement. Avec leur bénévole référent, formé par une psychologue clinicienne, les malades évoquent librement leur quotidien et leurs craintes. Le CCAS prépare un recueil sous forme de portraits. *La Gazette Santé Social*, novembre 2006

Vendée : « lignes de vie ». A la Chaize-le-Vicomte, en Vendée, les 91 résidents de l'EHPAD Payraudeau, atteints de la maladie d'Alzheimer, en dépendance physique ou psychique, ou ayant émis le souhait de finir leur vie en maison de retraite, vivent au rythme régulier des activités de l'institution. Soins et répétition des gestes quotidiens s'y conjuguent à une attention minutieuse portée aux loisirs des résidents, élément essentiel de la qualité de vie, via la présence d'une animatrice. Exercices de français, de géographie ou dictées, ateliers d'écriture, de danse, de peinture ou de chant : chaque animation attire une trentaine de résidents. Musique et chant ont été spécifiquement conçus pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

ASH Magazine, septembre-octobre 2006

Un programme « Entrepreneurs sociaux ». C'est l'initiative lancée cette année par l'agence de Valorisation des initiatives socio-économiques et son président, Hugues Sibille, qui plaide pour une « démarche alternative, moderne et efficace ». L'agence a été créée en 2002 à l'initiative de la Caisse des Dépôts. Le programme met en place des outils (guides, brochures, site internet..) à la disposition des entrepreneurs sociaux potentiels ou existants, pour les informer et mettre à leur disposition des dispositifs d'appui au développement (montage de projets, plan de financement, informations sur les contrats aidés, la législation...). Hugues Sibille invoque l'exemple de la Grande Bretagne, qui a créé les *Community Interest Companies*. *Directions*, octobre 2006

Un premier EHPAD certifié AFNOR. C'est la maison de retraite Saint-Joseph à Dôle (Jura), dotée de quatre-vingts lits. www.agevillagepro.com, 3 octobre 2006

FAITS ET CHIFFRES

Une personne âgée sur cinq n'a pas l'occasion de parler quotidiennement à quelqu'un. Huit associations caritatives ont interrogé cinq mille personnes de plus de soixante ans de janvier à mars 2006. Mais 91,6% des seniors avaient eu au

moins un contact personnel au cours des quinze derniers jours, 54% avaient des visites familiales fréquentes, 66% des appels téléphoniques réguliers et 82% quelqu'un à qui recourir en cas de problème.

La Lettre de Décideurs en Gérontologie, 22 novembre 2006

L'âge moyen des personnes dépendantes passerait, entre 2000 et 2030, de 78 à 80,5 ans pour les hommes, et de 83 à 86,5 ans pour les femmes.

adsp, septembre 2006

Les retraites complémentaires représentent en moyenne 66% de la retraite totale d'un salarié cadre et 33% pour un salarié non cadre. Selon une étude des régimes AGIRC et ARRCO, d'ici à 2030 les cadres devraient voir leur retraite globale baisser de neuf à dix pour cent et les non cadres de six à huit pour cent.

www.agevillage.com, 13 novembre 2006

Plus de deux millions de personnes de plus de soixante-cinq ans chutent chaque année, neuf mille décèdent suite à ces accidents, dont huit mille chez les plus de soixante-quinze ans. Dix pour cent des chutes provoquent un traumatisme crânien ou une foulure et cinq pour cent une fracture, en particulier du col du fémur.

www.agevillage.com, 13 novembre 2006

51% des Français mettent le cancer en tête de leurs préoccupations de santé, loin devant les maladies cardiaques (40%) et les rhumatismes (38%), et bien devant la maladie d'Alzheimer (30%). Enquête IFOP pour le laboratoire AstraZeneca.

www.senioractu.com, 10 novembre 2006

388 conventions tripartites (Etat, Conseil général, EHPAD) arrivent à échéance fin 2006 et ont vocation à être renouvelées. Dès 2007, le rythme de renouvellement devrait s'accélérer pour concerner plus de mille conventions.

Actualités sociales hebdomadaires, 10 novembre 2006

Surmortalité été 2006. Entre le 12 juillet et le 2 août 2006, 133 décès imputables à la canicule ont été enregistrés. L'âge moyen des personnes décédées était de quatre-vingt cinq ans et on comptait parmi elles 46% d'hommes. On a compté 66 cas d'hyperthermie et 29 cas de déshydratation.

Décideurs en Gérontologie, 25 octobre 2006

L'investissement français dans la recherche pharmaceutique représente 7% des investissements mondiaux, contre 11% il y a cinq ans.

Le Figaro Magazine, 21 octobre 2006

En 2010, la densité médicale aura chuté à 332 pour cent mille habitants, contre 339,5 actuellement. Il y a aujourd'hui 207 277 médecins en activité. Leur âge moyen est de 48,3 ans. Six sur dix exercent comme généralistes, mais les étudiants boudent la discipline.

L'Humanité, 7 novembre 2006

Un médecin généraliste suit en moyenne 5,6 patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il prescrit dans 45,2% des cas des soins infirmiers, dans 35,5% des cas un kinésithérapeute, dans plus d'un quart des cas une stimulation cognitive. L'orthophonie est peu prescrite, alors que les troubles aphasiques sont fréquents dans la maladie. L'étude Sentinelles a interrogé près de trois cents généralistes à ce sujet. *Décideurs en gérontologie*, octobre 2006

Seulement quatre patients sur dix consultent au stade « léger » de la maladie. Le délai entre les premiers signes inquiétants et la première consultation est en moyenne de dix mois. Il en faut ensuite vingt-quatre pour confirmer la maladie. Dans les centres spécialisés, il faut en moyenne quatre-vingt cinq jours pour obtenir un premier rendez-vous.
www.notretemps.com, 18 octobre 2006

Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer consomme 8 500 euros par an de soins remboursables selon une étude de la CNAM portant sur l'année 2004. Le même chiffre est atteint pour le cancer. Il est dépassé pour le sida (12 500 euros), la mucoviscidose (21 500 euros), l'hémophilie (26 500 euros). Avec plus de six millions de personnes en affection de longue durée, le montant total des dépenses d'assurance maladie pour ces maladies graves s'est élevé à 55,7 milliards d'euros en 2004, soit 59% des remboursements de soins effectués. Ce coût a augmenté en moyenne de 6,7% par an.
www.agevillage.com, 17 octobre 2006

Trente cinq mille publications scientifiques sur la maladie d'Alzheimer entre 2001 et 2003, contre cinq mille de 1980 à 1989.
Tout Prévoir, article de Joël Ankri, octobre 2006

Dépenses de protection sociale : 536,9 milliards d'euros en 2005, soit + 3,6 % en valeur et + 1,6% en termes réels, ou encore un peu plus vite que le PIB (+ 3,1% et +1,2%). *Actualités sociales hebdomadaires*, 13 octobre 2006

1 208 petites unités de vie (PUV) recensées, dont 72% sont des associations pilotées par les CCAS, 28% sont des entreprises à but lucratif, 10% seulement sont médicalisées (avec un personnel soignant).
www.agevillagepro.com, 18 octobre 2006

Services à la personne : 65 000 emplois créés au premier semestre 2006. Taux de croissance de 8%. 1 600 entreprises créées depuis l'ouverture du marché aux opérateurs privés en 1996.
www.seniorscopie.com, 3 octobre 2006

840 000 professionnels seront affectés en 2015 à la prise en charge du grand âge, soit 197 000 créations nettes d'emploi (15% de l'ensemble des créations nettes pour cette période). Le taux de croissance annuelle sera de 2,7%.
adsp, septembre 2006

18 000 demandes de validation des acquis de l'expérience pour le diplôme professionnel d'aide-soignant. En 2005, ce diplôme a été le plus recherché par les candidats à la VAE. <http://questions.assemblee-nationale.fr>, 5 octobre 2006

Trois premières demandes d'APA à domicile sur quatre sont acceptées, neuf sur dix en établissement. 6% des bénéficiaires vivant à domicile ou en établissement ont cessé de percevoir l'APA ou ont changé de dispositif au cours du trimestre.
Décideurs en gérontologie, 8 novembre 2006

971 000 bénéficiaires de l'APA au 30 juin 2006, soit une hausse de 8% sur un an et de 2,4% par rapport au 30 mars. Selon les projections de la CNSA, 993 000 personnes devraient en être allocataires au 31 décembre.
www.agevillage.com, 23 octobre 2006 ; *La Tribune*, 23 même date ; *DREES*, 19 octobre 2006

Le Nord bat le record des bénéficiaires de l'APA (32 976), suivi de Paris (22 049), la Gironde (21 491) et l'Hérault (21 215).

<http://questions.assemblee-nationale.fr>, 5 octobre 2006

Pour les 41 % d'allocataires de l'APA résidant en établissement, l'APA permet d'acquitter en moyenne 68% du tarif dépendance, soit 402 euros. Pour les 59% vivant à domicile, 72% rajoutent en moyenne 109 euros par mois.

Les Echos, 23 octobre 2006

La consommation de médicaments baisse : moins 4,5% en volume pour les sept premiers mois de 2006. Les médecins ont moins prescrit d'antidépresseurs, d'anticholestérols et d'antibiotiques.

Les Echos, 3 octobre 2006 ; www.sante.net, même date.

90% des consultations se concluent par une ordonnance, contre 72% en Allemagne et 43% aux Pays Bas.

Les Echos, 3 octobre 2006 ; www.sante.net, même date.

0,5% des aidants familiaux peuvent bénéficier d'un accueil temporaire, contre 30% au Québec.

www.agevillagepro.com, 3 octobre 2006

57,11% des personnes âgées de soixante ans et plus ont accès à l'un des CLIC (Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques) existants.

Gazette SantéSocial, octobre 2006

REPRÉSENTATION DE LA MALADIE – Dans les médias

Photographie : la France cache son âge. Tel est le titre d'une enquête menée par le quotidien *La Croix*. Quelle image les médias donnent-ils des personnes très âgées ? s'interroge le journal, qui constate que la publicité ne boude plus le grand âge et que des photographes veulent dépasser les tabous et misent sur la tendresse. Mais « de l'image d'Épinal en cours dans les années 70, montrant de vieux ruraux parcheminés photographiés en noir et blanc dans des lumières quasi mystiques, nous sommes passés directement au nouveau stéréotype du senior-consommateur – actif ». Ces nouvelles images rompent avec celles qui ont prévalu pendant la canicule de 2003 : des pensionnaires attendant prostré dans des maisons de retraite présentées comme des mouroirs ou des ghettos. En toute hypothèse, « mieux vaut donner à voir une réalité qu'un fantasme ou idéal », écrit Bernadette Pujalon. Et de citer le livre du photographe Eric Dexheimer « Amours de vieux et vieilles amours » ou encore les photographies de Hien Lam Duc.

La Croix, article d'Armelle Canitrot, 14 et 15 octobre 2006

Irène S., mannequin de 96 ans. C'est elle qui illustre en 2005 la publicité dans le métro des cosmétiques Dove. L'agence Masters, ouverte en 2005 par Sylvie Fabregon, revendique aujourd'hui un fichier de six cents modèles « âgés de quarante-cinq à cent ans ». Françoise de Staël, soixante-quatorze ans, ex mannequin chez Givenchy et Patou, a participé aux campagnes de Synthol et d'Hépar. Les plus de cinquante ans, qui représentent un tiers de la population française, sont aussi qualifiés de « génération la plus riche ».

La Croix, article de Cécilia Pandolfi, 14 et 15 octobre 2006

« **Des photos pour que l'on n'oublie pas les personnes âgées** ». Tel est le programme que s'est fixé le photographe Hien Lam Duc, qui s'appuie principalement sur l'association La Vie à domicile, pour photographier des personnes âgées qui bénéficient de soins chez eux. Hien pose des questions délicatement, sans insister, avec un intérêt sincère. C'est un art, dit-il, qui exige une grande délicatesse. « Je ne prends jamais de photos le premier jour ». « Il faut savoir attendre le bon moment, capter le hasard ». Ou encore : « Pourquoi serait-il honteux de montrer la vieillesse ? » *La Croix*, article de Maud Pieron, 14 et 15 octobre 2006

« **Bien vieillir** », une exposition de photos dans le Marais. La galerie Agathe Gaillard présente deux jeunes photographes, Jérôme Soret (trente neuf ans) et Gaëlle Magder (Trente et un ans) qui ont choisi de travailler sur le thème « Bien Vieillir ». *Senior Plus*, novembre-décembre 2006

Quatre films malgré la maladie d'Alzheimer : c'est l'exploit accompli par Annie Girardot qui vient d'être dirigée par Jane Birkin (*Boxes*), Richard Bohringer (*C'est beau, une ville la nuit*) et Elisabeth Lochen (*Christian*) et s'apprête à rejoindre l'équipe des *Brasseurs d'affaires*, une saga en huit épisodes qui marquera ses cinquante ans de carrière. A remarquer qu'en 2005 l'actrice interprétait déjà une mère atteinte de la maladie d'Alzheimer dans *Je préfère qu'on reste amis*. *Décideurs en gérontologie*, octobre 2006

Une exposition à la Cité des sciences. A la Cité des Sciences et de l'Industrie, à la porte de la Villette, à Paris, le visage de la maladie d'Alzheimer s'affiche sur grand écran. « Maladie d'Alzheimer : incurable jusqu'à quand ? » nous apprend la complexité des recherches. « Carpe Diem, jusqu'au bout de la vie » saisit la réalité des personnes atteintes de la maladie. Les 16 décembre et 27 janvier, le public pourra rencontrer les membres de France Alzheimer et les Citoyens de la santé. Tous les jours, sauf le lundi, de 10h à 18h.
www.destinationsante.com, 5 octobre 2006

REPRÉSENTATION DE LA MALADIE – Bibliographie

Architecture et gérontologie, par Colette Eynard et Didier Salon

Ce livre est l'aboutissement d'une collaboration de plusieurs années entre une consultante travaillant dans le domaine de la gérontologie sociale et un architecte spécialisé dans l'habitat des personnes âgées. *L'Harmattan*, Paris, octobre 2006

Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants, sous la direction de Philippe Pitaud

Le retentissement des troubles cognitifs et du comportement de ces patients dans la vie quotidienne a le plus souvent des conséquences lourdes pour l'entourage. La crise familiale naît alors des incompréhensions liées au comportement de la personne malade. Des chercheurs, des praticiens, des professionnels du secteur médico-social et des familles exposent leurs constats et leurs analyses en vue de proposer des réponses adaptées.

Editions Eres, 11, rue des Alouettes, 31520 Ramonville, 2006

Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation, par Bernard Ennuyer

Directeur de l'association « Les Amis, service à domicile », l'auteur invite à repenser le maintien à domicile en l'articulant avec sa finalité éthique : redonner aux personnes âgées, fragiles, isolées, leur place dans la société.

Dunod, coll. Action sociale, septembre 2006