



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

maladie d'Alzheimer

Question écrite n° 12740

Texte de la question

M. Jean-Patrick Gille interroge Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur les aides qui vont être développées dans le cadre du plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer en faveur des aidants familiaux confrontés à la prise en charge de leur proche. Il lui demande de préciser la nature de ces aides contenues dans le rapport de la commission présidée par le professeur Joël Ménard. Dans le même temps, il souhaiterait savoir comment le Gouvernement entend agir pour corriger les importantes disparités régionales en matière d'offre d'accompagnement et de prise en charge des malades (places d'accueil de jour, places dans les services de soins à domicile, création de places d'accueil de nuit).

Texte de la réponse

L'attention de Mme la secrétaire d'État à la solidarité a été appelée sur le soutien développé dans le cadre du plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer en faveur des aidants familiaux. Le 3 septembre dernier, le Président de la République a installé officiellement la commission présidée par le professeur Joël Ménard. Les membres de la commission et des groupes techniques ont travaillé pendant deux mois, et le 8 novembre 2007, le professeur Ménard a remis son rapport. Ce rapport a montré la nécessité d'une prise en charge globale de la personne et des aidants et d'un dispositif organisé autour du malade et de sa famille. Dès la remise du rapport, les administrations concernées ont oeuvré à l'élaboration du plan. Le Gouvernement a procédé à une analyse exhaustive du rapport Ménard et a mené une large concertation. Le plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » a été présenté à Nice par le Président de la République le 1er février dernier. Ce plan est très fortement inspiré du rapport de la commission précitée. L'une des principales conséquences de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est une détérioration de l'état de santé des proches de la personne malade et une perte majeure de leur qualité de vie. Un des objectifs premiers du plan est d'améliorer la coordination entre les professionnels, afin de replacer la personne atteinte et sa famille au coeur de la prise en charge. Pour cela, il est proposé la création d'un lieu unique de coordination, la MAIA (Maison de l'autonomie et de l'intégration du malade Alzheimer) qui assurera l'accueil des personnes atteintes et de leurs familles, ainsi que leur orientation dans le système de prise en charge. Une fonction de coordonnateur sera créée, sur la base des expérimentations de « case manager » mises en place, afin d'assurer un suivi personnalisé dans tous les domaines au malade et à sa famille qui auront un véritable « référent unique ». Ce système sera complété par la mise en place d'un numéro d'information et d'orientation locale. Les aidants doivent aussi pouvoir recourir, lorsque c'est nécessaire, à des structures nouvelles dites « de répit ». Les solutions de répit ne sont pas toujours adaptées aux besoins des aidants, pas suffisamment souples, ou alors ne sont pas facilement accessibles, ou sont inexistantes sur un territoire donné. Les pouvoirs publics ont déjà développé une offre de structures de répit qui bénéficie aujourd'hui d'une attention soutenue. En 2008 seront créées 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire. Sera également mise en oeuvre la possibilité de financer le transport des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vers les accueils de jour. Cette mesure répond à une attente très forte des familles, mais ses effets doivent être évalués. Sur la durée du plan sera maintenu un rythme très ambitieux de création de places. 11 000 places d'accueils de jour ou équivalent et 5 600 places d'hébergement

temporaire. Au vu de l'existant (respectivement 7 000 et 3 600 places), c'est une accélération sans précédent. Au-delà de l'objectif de création de places qui demeure central, plusieurs nécessités apparaissent. En premier lieu, sera réalisée une évaluation des dispositifs existants. Il s'agit de mieux connaître les facteurs qui font la réussite ou non de l'installation d'accueils de jour, leur fréquentation. Pour cela le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit qu'une étude sera lancée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui permettra de comprendre les différences entre structures et de voir l'impact de mesures nouvelles telles que le remboursement des frais de transport. Si ce dernier dispositif s'avère inadapté, il sera réformé afin de satisfaire pleinement aux attentes des familles. Cette étude permettra également de vérifier la bonne utilisation des hébergements temporaires, et dans le cas contraire de préconiser les modalités permettant de garantir la disponibilité de ces places. En deuxième lieu, seront opérées une expérimentation, puis la généralisation d'une palette large de services de répit et d'accompagnement, comme la garde itinérante de jour et de nuit, la garde à domicile, l'accueil de jour, de nuit... afin de voir quels sont ceux qui sont les plus profitables à la fois pour la personne atteinte et pour l'aidant. Ensuite, le plan précise que les formules plébiscitées seront généralisées, en veillant à ce que, pour un territoire donné, toutes les formules adaptées soient disponibles. De surcroît, un cahier des charges très précis sera rédigé afin de donner à tous les accueils de jour une dimension thérapeutique. En troisième lieu, un guide pour la création de centres d'accueil de jour et l'ouverture de places sera élaboré, pour lever certains freins aux initiatives, en partenariat avec les associations et fondations. Par ailleurs, si la prise en charge de la dépendance physique est déjà bien assurée, la dépendance psychique n'est pas assez prise en compte et les activités de réhabilitation cognitive ne sont pas assez développées au domicile. Or ce sont des éléments très importants contribuant à la prévention des troubles du comportement chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. L'une des mesures du plan prévoit donc un renforcement de l'offre à domicile de services de soins et d'aide. Le recrutement de personnel spécialement formé - une compétence d'assistant de soins en gérontologie sera créée - la possibilité de recourir à un ergothérapeute ou un psychomotricien sont les gages d'une véritable amélioration de la prise en charge à domicile. En effet, ces interventions permettront de prévenir ou de gérer les situations de crise, qui débouchent souvent sur une institutionnalisation. Ces interventions à domicile seront rendues possibles par le renforcement des équipes des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, ainsi que par une meilleure coordination des professionnels d'exercice libéral. Ce renforcement de l'accompagnement à domicile constituera un soutien important pour les aidants et permettra un véritable libre choix entre domicile et établissement, renforcé par l'augmentation du rythme de création de nouvelles places de soins et de services à domicile, prévue dans le plan solidarité grand âge, et déjà réalisée en 2008. Ces mesures s'intègrent dans la réflexion globale du Gouvernement sur l'amélioration de la prise en charge de la dépendance, qui abordera l'aspect financier du soutien à domicile. Quant à la correction des importantes disparités régionales en matière d'offre et de prise en charge des malades, le recours aux programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) devrait la faciliter. Institués par l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, les PRIAC ont été créés afin d'assurer la lisibilité des choix et l'équité de traitement dans l'allocation budgétaire, à travers un dialogue entre les décideurs locaux et nationaux. Ils permettent de mesurer les besoins prioritaires en fonction desquels sont évalués les montants des dotations régionales et départementales réparties par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Établi par le préfet de région en liaison avec les préfets de départements, le PRIAC doit garantir, par la définition des priorités en matière de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux, un accès équitable aux différents équipements et dispositifs sur le territoire et la résorption des disparités territoriales. Il s'appuie, notamment, sur le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale élaboré par le conseil général, en liaison avec l'État pour les champs de la compétence de ce dernier, ainsi que sur son volet gérontologique. Le PRIAC est actualisé chaque année en fonction des dotations de l'exercice et définit une programmation pluriannuelle sur trois ans, et au-delà si nécessaire, dans le cadre d'une approche globale des réponses apportées, en favorisant les articulations avec les soins de ville et les coopérations avec les établissements de santé. Les besoins de prise en charge des malades atteints de la maladie Alzheimer et de maladies apparentées s'inscriront dans ces programmations.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Patrick Gille](#)

Circonscription : Indre-et-Loire (1^{re} circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 12740

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Solidarité

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 11 décembre 2007, page 7780

Réponse publiée le : 18 mars 2008, page 2458