



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

maladie d'Alzheimer

Question écrite n° 13986

Texte de la question

M. Jean-Pierre Decool attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur la nécessité de prendre en compte, dans la mise en oeuvre du Plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer, la situation particulière des malades vivant seuls. S'il faut se féliciter de l'attention spécifique désormais portée aux malades jeunes dont le nombre est estimé à près de 10 000 comme de la volonté de respecter le choix des familles pour le maintien à domicile, il convient tout autant de prendre en considération les besoins des personnes seules dont la maladie restreint considérablement l'autonomie. À cet effet, et comme ont pu le faire les pouvoirs publics belges, il est essentiel de développer l'hébergement de longue durée. Il lui demande donc de bien vouloir lui préciser l'importance des moyens qui seront consacrés à l'augmentation des capacités d'hébergement de longue durée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le calendrier de leur engagement et le nombre total de places qui seront, à terme, disponibles département par département.

Texte de la réponse

Le 3 septembre 2007, le Président de la République a installé officiellement la commission présidée par le professeur Joël Menard. Les membres de la commission et des groupes techniques ont travaillé pendant deux mois et, le 8 novembre 2007, le professeur Menard 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. Le plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 a été présenté à Nice par le Président de la République le 1er février 2008. Ce plan est très fortement inspiré du rapport de la commission précitée. Certains de ses aspects sont présentés ci-après. La prise en charge, au sein d'une famille, d'une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer pose des problèmes particuliers qui, au cours de l'évolution de la maladie, peuvent s'avérer insurmontables. L'apparition de troubles du comportement, la nécessité d'une présence constante, le retentissement sur la santé de l'aidant peuvent mettre en échec tous les dispositifs de maintien à domicile, quels que soient les améliorations apportées à la prise en charge à domicile et le dévouement de la famille, sans compter tous les cas où il n'existe pas d'aidant familial. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes devient alors la seule structure pouvant accueillir ces personnes à des stades de la maladie de plus en plus évolués. Pour faire face à l'attente pour obtenir une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à l'insuffisante capacité d'adaptation des établissements à des prises en charge différenciées et évolutives en fonction de la gravité de l'état du malade, deux défis sont à relever : la poursuite de la création de places en réduisant les écarts interrégionaux mais aussi la nécessité d'adapter les modalités d'organisation des EHPAD aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées. Il convient donc de créer, pour les patients souffrant de troubles comportementaux sur la base des données concernant les troubles du comportement et les besoins des personnes malades : des unités de soins et d'activités adaptées, proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation ; pour les patients ayant des troubles plus importants du comportement, des

structures renforcées, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour 10 à 15 personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activité et répondant à tous les critères d'une unité de soins et d'activités adaptée. Ces unités seront animées par des professionnels spécifiquement formés, ce qui suppose d'élargir les compétences professionnelles mises à disposition de la personne atteinte de la maladie. À ce titre sera créée la nouvelle compétence d'« assistant en gérontologie ». Les compétences professionnelles des psychomotriciens et des ergothérapeutes seront également accrues. Des orthophonistes peuvent également intervenir sur prescription médicale. Ces unités renforcées en personnel verront le jour dans le cadre de la médicalisation des établissements, avec une montée en charge progressive du taux d'encadrement. L'objectif est de disposer de 30 000 places en EHPAD dotées d'un projet spécifique, adapté à la gravité des troubles du comportement : 12 000 places à créer et 18 000 places existantes à renforcer. Le financement additionnel pour les 12 000 places nouvelles (renforcement en personnel) s'élève à 180 millions d'euros sur la durée du plan. Le financement pour l'adaptation des 18 000 places existantes (renforcement en personnel) s'élève à 378 millions d'euros sur la durée du plan. Ce plan comporte un programme extrêmement ambitieux d'aménagement architectural des EHPAD. C'est un élément essentiel de la qualité de vie des patients, qui sera fortement soutenu dans le cadre des programmes d'investissement. 180 millions d'euros de crédits d'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont prévus sur 2008. Cet objectif sera poursuivi. Un prix spécial sera créé afin de récompenser l'EHPAD ayant fait les choix architecturaux et d'aménagement intérieur les mieux adaptés à la prise en charge spécifique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Enfin, en ce qui concerne les projections des besoins en créations de places d'EHPAD, elles sont réalisées grâce à un outil de programmation, élaboré par la CNSA, visant à définir les besoins des départements dans les différents domaines de la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), 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 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-Pierre Decool](#)

Circonscription : Nord (14^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 13986

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 1er janvier 2008, page 29

Réponse publiée le : 29 avril 2008, page 3680