



Alzheimer

Mémento

S'informer, comprendre...
Des repères pour mieux
vous orienter.



Ministère de la santé
et de la protection sociale

Ministère délégué
aux personnes âgées

Préambule

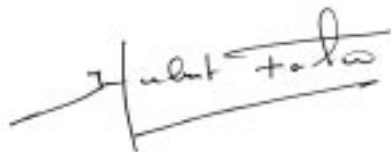
La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées atteignent aujourd'hui plus de 760 000 personnes. Leurs conséquences sur les personnes malades et sur leurs familles tant sur le plan moral, physique que financier, expliquent qu'il s'agit là d'un véritable défi de société à relever.

J'ai installé en février 2003 dernier l'Instance Prospective Alzheimer composée d'usagers, d'acteurs de terrain et d'institutionnels afin de contribuer notamment à veiller sur les besoins des personnes et à proposer des modes d'accueil et de prise en charge innovants et souples, répondant aux attentes des personnes et de leurs familles.

Le premier travail qu'a réalisé cette instance est ce «Mémento Alzheimer». Il décrit les modes d'accueil et de prise en charge disponibles actuellement. Les membres de l'instance ont tenu à faire figurer également les définitions des structures sanitaires impliquées dans ce domaine afin d'éviter des confusions liées à des appellations de structures souvent proches.

Ce document se veut très concret et vise avant tout à favoriser le choix des personnes par une meilleure connaissance de l'offre médico-sociale. Il a pu être réalisé grâce à l'effort de chacun des membres de cette Instance. Je les en remercie vivement.

Hubert FALCO
Ministre délégué aux personnes âgées

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hubert Falco', with a horizontal line underneath.

Introduction

Les maladies cérébrales s'accompagnant d'une altération des fonctions cognitives, touchent plus de 760 000 personnes en France, principalement les sujets de plus de 80 ans. Chaque année, plus de 135 000 nouvelles personnes en sont atteintes. Cela constitue le principal facteur de dépendance et d'entrée en maison de retraite en France, c'est une cause majeure de décès.

La maladie d'Alzheimer constitue la principale forme de «démence», mais il existe d'autres causes de démences : démence vasculaire, démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy, etc... Les malades souffrent de troubles intellectuels, qui concernent la mémoire, le langage, la capacité d'agir et le jugement. Ces troubles retentissent sur la vie quotidienne dont les activités sont progressivement perturbées. Des troubles du comportement surviennent fréquemment (dépression, agitation, apathie, hallucinations) ce qui aggrave la perte de qualité de vie des malades et de leur entourage familial. Enfin dans les formes évoluées apparaissent des difficultés à la marche, une incontinence, des troubles de la déglutition.

L'avancée en âge reste le principal facteur de risque de la Maladie d'Alzheimer, qui touche près d'une personne sur quatre après 85 ans. On considère qu'en France une personne sur deux atteinte de maladies d'Alzheimer ou d'affections apparentées n'est pas diagnostiquée. Ce diagnostic reste délicat à faire à un stade précoce. Trop souvent, notamment chez les malades les plus âgés, on confond les signes de la maladie avec le vieillissement.

Ces retards au diagnostic sont dommageables pour les patients car un diagnostic précoce permet de mettre en œuvre une prise en charge efficace. En effet, s'il n'existe pas de traitement qui guérisse ces maladies, une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée améliore l'autonomie des patients, ralentit l'évolution des troubles intellectuels, apaise les troubles du comportement, aide l'entourage familial à faire face et améliore la qualité de vie des malades et de leurs aidants familiaux. Cette prise en charge requiert la coordination de professionnels aux compétences très diverses (médecins spécialisés en gériatrie, neurologie ou psychiatrie, médecins généralistes, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, auxiliaires de vie, etc...).

Ainsi il est possible de soigner les malades atteints à tous les stades de leur maladie. Même aux phases les plus graves, y compris en phase palliative, une amélioration de la qualité de vie des malades demeure possible.

Plus des trois quarts des malades vivent à leur domicile, grâce au dévouement de leurs proches et à la compétence des aides professionnelles. Les autres résident dans des institutions au degré de médicalisation variable. Souvent au cours de la maladie des hospitalisations sont nécessaires, pour le diagnostic de la maladie, pour le traitement de ses complications ou de maladies intercurrentes. Ces malades requièrent des soins spécialisés adaptés à la complexité de leur cas. Mais il faut également insister sur l'intérêt du renforcement du soutien et de l'information des familles de malades. En effet s'il existe en France de très nombreux dispositifs d'aide au maintien à domicile et des structures variées de prise en charge temporaire ou définitive, hospitalières ou non, il est souvent difficile de comprendre le rôle de chaque structure, de chaque professionnel et d'y faire appel à bon escient.

Ainsi permettre à chacun de bien connaître la richesse du dispositif participera à une meilleure efficacité de la prise en charge de ces personnes. Tel est l'objet de ce mémento.

Ce document a été réalisé par
l'Instance Prospective Alzheimer.

Sommaire

Accueil de jour	p 8
Accueil de nuit	p 8
Accueil temporaire	p 8
Accueillants familiaux et accueil familial	p 9
Accueil familial thérapeutique	p 9
Aidant principal	p 9
Aidants informels	p 10
Aidants professionnels	p 10
Aide à domicile	p 12
Aides aux aidants	p 12
Aide ménagère	p 12
Allocation personnalisée d'autonomie	p 13
Allocation aux adultes handicapés	p 14
Allocation compensatrice de tierce personne	p 14
Allocation de logement social	p 15
Prestation spécifique dépendance	p 16
Appartement d'accueil	p 16
Appartement thérapeutique	p 16
Services d'aide et de soins à domicile	p 16
Associations de familles	p 17
Assurance dépendance	p 17
Auxiliaire de vie sociale	p 18
CANTOU	p 18
Centre communal d'action sociale	p 18
Centre expert, Centre mémoire de ressource et de recherche	p 19
Centre Local d'information et de coordination gérontologique	p 19
Consultation Mémoire	p 19
Curatelle	p 20
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	p 20
Fin de vie	p 20



Foyer logement	p 20
Garde de nuit	p 20
Garde itinérante de nuit	p 20
Garde malade	p 21
Hébergement temporaire ou accueil temporaire	p 21
Hôpital de jour	p 21
Hospitalisation à domicile	p 22
Logement Foyer	p 22
Maison de retraite	p 22
Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes	p 23
Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées	p 23
Mesures de protection de justice	p 23
Petites unités de vie	p 25
Portage des repas	p 25
Protection juridique	p 25
Réseau Alzheimer	p 26
Réseau gérontologique	p 26
Sauvegarde de justice	p 26
Séjours de vacances	p 27
Service de gériatrie de court séjour	p 27
Service de moyen séjour/ Soins de suite et de réadaptation	p 28
Service de soins longue durée	p 28
Service de soins infirmiers à domicile	p 28
Télé-Assistance	p 28
Tutelle	p 29
Unités de vie Alzheimer	p 29
Unités ou équipes de soins palliatifs pour les personnes âgées malades	p 29
Instance Prospective Alzheimer	p 30

■ Accueil de jour

Ces structures reçoivent des personnes vivant à domicile et présentant une détérioration intellectuelle, pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées ; il s'agit de structures autonomes ou rattachées à une structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec des locaux dédiés à cet accueil. Les accueils de jour s'inscrivent pleinement dans une politique de soutien à domicile et d'aide aux aidants.

L'accueil de jour dispose d'un personnel qualifié et compétent pour la prise en charge des malades Alzheimer et apparentés.

C'est un **lieu de vie**

Il a un double objectif :

- 1) Les malades peuvent renouer une **vie** sociale et participer à des activités diverses :
 - «dans un but thérapeutique» (entretien notamment des facultés cognitives et de la motricité),
 - ou simplement pour le plaisir.
- 2) Grâce à l'accueil de jour, l'accompagnant habituel, peut «souffler» et s'occuper de lui-même. Il peut aussi bénéficier d'une aide (conseils, soutien psychologique) de la part des intervenants de l'accueil de jour.

■ Accueil de nuit

Cette solution d'hébergement contribue au répit des aidants familiaux impliqués dans le soutien à domicile d'un parent âgé en perte d'autonomie.

L'hébergement pour une ou plusieurs nuits est proposé le plus souvent à partir d'un établissement existant.

L'accueil intègre généralement le dîner et le petit déjeuner. Il nécessite la présence dans la structure d'un personnel disponible et qualifié.

La qualité de l'accueil et le bien être des usagers nécessitent l'inscription de la structure d'accueil dans la plus grande proximité du domicile afin de favoriser l'appropriation des lieux.

■ Accueil temporaire

(Voir Hébergement temporaire)

■ Accueillants familiaux et accueil familial

L'accueil familial est la possibilité pour une personne âgée ou une personne handicapée d'être hébergée, à titre payant dans une famille autre que la sienne. Il est de la compétence exclusive du conseil général qui délivre un agrément pour l'accueil de une à trois personnes au maximum.

Les conditions d'accueil sont réglementées (Loi 2002-73 du 17 janvier 2002) afin de garantir au mieux la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies. Elles font l'objet de contrôles et le suivi médico-social de la personne accueillie est assuré.

Les personnes accueillies doivent bénéficier des prestations suivantes :

- une chambre d'une superficie de 9 m² minimum,
- l'accès à des sanitaires confortables et adaptés,
- une restauration complète,
- l'entretien des effets personnels et de la chambre,
- l'aide et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne,
- les soins élémentaires d'hygiène (sachant que les soins de nursing et infirmiers sont assurés par les paramédicaux libéraux, les centres ou services de soins infirmiers à domicile sur prescription du médecin traitant),
- dans toute la mesure du possible la participation à la vie familiale.

Un contrat établi, **selon un contrat-type prévu par décret**, signé des deux parties, fixe leurs droits et obligations ainsi que les conditions matérielles et financières de l'accueil.

■ Accueil familial thérapeutique

L'accueil familial thérapeutique relève du même cadre juridique que l'accueil familial social. Il concerne des familles recrutées et rémunérées par un établissement public hospitalier pour accueillir à leur domicile une personne adulte atteinte de troubles mentaux et sans lien de parenté. Ce mode d'accueil s'inscrit dans un projet thérapeutique défini par une équipe de soins. Les obligations incombant au président du conseil général sont assumées par l'établissement.

■ Aidant principal (Aidant non professionnel)

C'est le parent (époux, enfant...) ou autre personne (ami, voisin...) qui intervient principalement auprès de la personne malade. Il vit avec le malade (ex : conjoint) ou non, mais apporte un soutien régulier et constant (affectif, physique, psychologique, voire financier). C'est un véritable pilier pour le malade. Il joue un rôle central tant auprès de la personne malade que des professionnels.

Aidants informels

Cette notion recouvre tous les intervenants bénévoles qui aident de manière occasionnelle ou irrégulière la personne malade et/ou sa famille (membre familial, voisin, ami...). Leur action est précieuse : en complément des intervenants professionnels et de l'aidant principal, elle permet souvent le maintien à domicile.

Aidants professionnels

On entend par aidants professionnels l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne y compris les soignants.

Une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer peut nécessiter l'intervention de professionnels, pour ses soins, pour maintenir son autonomie et pour effectuer les tâches ménagères.

On trouve de multiples intervenants exerçant soit au domicile des personnes, soit en établissement d'hébergement ou encore dans les Centres Hospitaliers :

- des **Médecins Généralistes** qui peuvent s'appuyer sur des **Médecins Gériatres, des Neurologues, des Psychiatres** pour **poser un diagnostic** et proposer un projet de soins,
- des **Infirmières** qui interviennent aussi bien à domicile qu'en établissement pour dispenser des soins,
- des **Aides soignants** qui sont des professionnels diplômés exerçant leur activité sous la responsabilité d'un infirmier ; Ils accomplissent les actes essentiels liés au bien être de la personne (toilettes, habillage, mobilisation ...) et participent à des actions de prévention de la perte d'autonomie,
- des **Aides médico-psychologiques** qui participent à l'accompagnement des personnes handicapées ou dépendantes afin de leur apporter l'assistance individualisée que nécessite leur état physique ou psychique,
- des **Agents des Services Hospitaliers** qui sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et qui participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades,
- des **Masseurs-Kinésithérapeutes** qui concourent à partir d'actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale à prévenir l'altération des capacités fonctionnelles et à assurer à leur maintien dans le temps,

- des **Ergothérapeutes** qui contribuent, en utilisant des techniques pour réapprendre les gestes de la vie quotidienne ou en conseillant des appareils et accessoires adaptés aux handicaps, à permettre aux personnes de retrouver ou de maintenir leur autonomie individuelle et sociale,
- des **Orthophonistes** qui permettent de maintenir et de prévenir les anomalies de la parole ou du langage oral ou écrit,
- des **Psychomotriciens** qui participent au maintien de la motricité des personnes à partir d'exercice physique pour se repérer dans le temps et l'espace,
- des **Psychologues** qui étudient et traitent les rapports psychiques et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils peuvent aussi tenir un rôle de soutien auprès des aidants,
- des **Animateurs** qui doivent maintenir le lien social. Ils participent à la mise en œuvre d'activités adaptées dans le cadre de projet de vie,
- des **Assistants sociaux éducatifs** qui ont pour mission d'aider les personnes et leur famille qui connaissent des difficultés sociales à trouver leur autonomie et à faciliter leur insertion.

Au domicile, on retrouvera parfois les intervenants vus précédemment, mais également des personnes qui seront employées par des particuliers :

- des **Assistants de vie**, ce sont des salariés des particuliers employeurs (une association mandataire peut jouer le rôle d'intermédiaire) qui assurent auprès des personnes âgées dépendantes les tâches de la vie quotidienne que celles-ci ne peuvent réaliser leur permettant ainsi de vivre à domicile,
- des **Gardes-malades de jour** qui assurent une présence auprès de malades en veillant à leur confort physique et moral sans faire de soins,
- des **Gardes-malades de nuit** qui restent à proximité des malades et sont susceptibles d'intervenir à tout moment sans pour cela faire de soins,
- des **Aides à domicile**,
- des **Auxiliaires de la vie sociale** qui sont titulaires du diplôme d'état d'auxiliaire de la vie sociale (**DEAVS**).

*Il faut noter que la terminologie **Aide ménagère** qui désignait les intervenants à domicile exerçant des tâches essentiellement ménagères ne correspond plus à un métier.*

- des **Accueillants familiaux** qui assurent l'hébergement des personnes en réservant dans leur habitation une chambre équipée (cf page 9).

Aide à domicile

Les aides à domicile sont des professionnels qui interviennent chez les personnes âgées, les familles ou les personnes malades dans l'objectif de prévenir la dépendance et pour répondre à un état de fragilité. Depuis le 26 mars 2002 et la parution de l'arrêté relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, l'intervenante à domicile diplômée est appelée auxiliaire de vie sociale. Elle intervient auprès des personnes pour le maintien à domicile, la préservation et la restauration de leur autonomie.

Elle assure un accompagnement et une aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne, les activités ordinaires de la vie quotidienne, les activités de la vie sociale et relationnelle. Ces professionnels interviennent dans une institution dont ils sont salariés (association, centres communaux d'action sociale...). En aucun cas l'aide à domicile ne fait à la place de la personne ce que cette dernière peut encore faire.

Aides aux aidants

Ensemble d'interventions dirigées vers les personnes qui prennent en charge notamment des malades atteints de détériorations intellectuelles afin de réduire la lourdeur de cette prise en charge. Très diverses dans leurs modalités, elles comportent les aides directes (mise à disposition de professionnels, aides financières, périodes des répit) ainsi que des programmes d'information et de formation, des soutiens psychologiques individuels ou en groupe.

Aide ménagère

Ancienne terminologie désignant les intervenants à domicile exécutant des tâches essentiellement ménagères. Par extension de leurs compétences et par nécessité de professionnalisation, les aides ménagères sont devenues les aides à domicile qui sont aujourd'hui les auxiliaires de vie sociale. Toutefois, les régimes de retraite continuent à mettre en œuvre dans le cadre de leur action sociale facultative une prestation aide ménagère à domicile.

■ Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA concerne les personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, résidant à domicile ou en établissement. Outre la condition d'âge, il faut pour en bénéficier :

- résider en France, attester d'un domicile stable et régulier et être français ou étranger en situation régulière,
- relever d'un degré de dépendance attributif (GIR 1 à 4) évalué par la grille nationale AGGIR.

Cette prestation en nature personnalisée gérée par le conseil général du département, permet une prise en charge adaptée au besoin de chaque bénéficiaire.

Cette prestation est accordée pour une durée de 6 mois à 5 ans, renouvelable, et révisable en fonction de l'évolution du degré de dépendance. Les droits sont ouverts à compter de la décision du président du conseil général pour ce qui concerne le domicile et à la date à laquelle le dossier de demande est réputé complet pour ce qui concerne l'établissement. Son montant est versé mensuellement. Elle n'est pas soumise au recours sur succession. Tout refus d'attribution peut faire l'objet d'un recours.

Le dossier de demande est à retirer auprès du Centre Communal d'Action Sociale de votre mairie (CCAS - CIAS) d'un Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), des services d'aide à domicile agréés, de l'établissement d'accueil.

Les personnes qui bénéficiaient avant 60 ans de l'ACTP peuvent opter pour le maintien de l'ACTP.

APA à domicile

L'APA est affectée à la couverture des dépenses de toute nature figurant dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale du département : aides à domicile, aides techniques (pour la part non prise en charge par l'Assurance Maladie), adaptation du logement, téléalarme, portage de repas, frais de transport, accueil de jour, accueil temporaire...

Pour chaque niveau de dépendance, un barème national fixe le montant maximal de l'APA. La somme allouée est égale au montant du plan d'aide effectivement utilisé, diminué éventuellement d'une participation laissée à la charge du bénéficiaire en fonction de ses ressources.

APA en établissement

Cette allocation est destinée à aider son bénéficiaire à acquitter le tarif journalier afférent à la dépendance dans la structure d'accueil.

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

C'est une prestation ouverte aux adultes **handicapés** (Loi du 30 juin 1975).

Il est possible d'en bénéficier sous certaines conditions :

- **administratives** (Caisse d'Allocations Familiales) : **résider** en France, être français ou étranger en situation régulière et les ressources ne doivent pas dépasser un plafond fixé,
- **médicales** (COTOREP) : barème national : le taux d'incapacité doit être égal à 80%, ou, inférieur dans certains cas.

Elle est **accordée** pour une durée de un à cinq ans, renouvelable, ou, sous certaines conditions, d'emblée pour une durée de 10 ans. Le droit à l'AAH est ouvert à partir du mois qui suit la réception du dossier complet par la COTOREP, et son montant est versé mensuellement (CAF ou MSA). Il est exonéré d'impôt. Tout refus d'attribution (d'ordre administratif ou médical) peut faire l'objet d'un recours.

L'AAH ouvre droit à :

- l'affiliation à l'assurance vieillesse de la personne qui s'occupe de la personne handicapée,
- l'affiliation à l'assurance maladie-maternité,
- l'exonération de la taxe d'habitation,
- la réduction de l'abonnement téléphonique,
- un complément d'allocation, sous certaines conditions, aux personnes handicapées vivant dans un logement **indépendant**.

En fonction du taux d'incapacité, la personne peut également obtenir :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP),
- la carte d'invalidité.

Allocation compensatrice de tierce personne

(ACTP)

Cette allocation en espèce, est destinée aux personnes dont le handicap nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence, à domicile ou en établissement (Loi du 30 juin 1975).

Il est possible d'en bénéficier, sous certaines conditions :

administratives (conseil général) :

- résider en France, être français ou étranger en situation régulière, avoir moins de 60 ans au moment de la demande,
- les ressources ne doivent pas dépasser un plafond fixé et vous ne devez pas disposer d'une prestation analogue (comme la majoration pour tierce personne invalidité 3^{ème} catégorie) versée par l'Assurance Maladie.

médicales (COTOREP) :

- justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80% et d'un état de santé imposant le recours à l'assistance d'une tierce personne.

Elle est attribuée au taux de 40 à 70% si certains actes restent possibles, au taux de 80% si tous ces actes sont impossibles. Elle est accordée pour une durée de 5 ans, renouvelable. Son montant, versé mensuellement (conseil général) peut se cumuler avec l'AAH et certains avantages. Elle peut être maintenue **après 60 ans** si l'intéressé en fait la demande. Tout refus d'attribution peut faire l'objet d'un recours.

Cette prestation d'aide sociale n'est pas subordonnée à l'obligation alimentaire, mais peut faire l'objet d'un recours sur succession. Le formulaire de demande est à retirer auprès de la COTOREP ou du Centre communal d'action sociale du lieu de résidence de la personne.

■ Allocation de logement social (ALS)

Cette allocation, versée par la caisse d'allocation familiale (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA) a pour objet **d'aider** les personnes à compléter, en fonction de leurs ressources, le montant d'un loyer ou d'un prêt. Il est possible d'en bénéficier si vous résidez en France, êtes français ou étranger en situation régulière. Cette allocation n'est attribuée qu'au titre de la résidence principale (maison, appartement, logement-foyer, maison de retraite, centre de long séjour) et sous réserve de conditions de logement réglementées.

Le montant de l'allocation varie selon la situation familiale, le montant des ressources, le montant du loyer ou du prêt. Le barème est actualisé au 1^{er} juillet de chaque année. L'allocation est en général versée directement à partir du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. Elle est renouvelable, chaque année, avant le 1^{er} juillet.

Le dossier doit être retiré à la caisse d'allocations familiales ou à la mutualité sociale agricole pour ceux qui relèvent du régime agricole.

■ Prestation spécifique dépendance

(PSD - Loi du 24 janvier 1997)

La PSD est une prestation en **nature** destinée aux personnes âgées, de 60 ans et plus, présentant un certain degré de dépendance. Elle était attribuée, sous réserve d'un plafond de ressources et d'un niveau de dépendance attributif. C'est une prestation d'aide sociale versée par le département et soumise au recours sur succession. Elle a été remplacée par l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) à compter du 1^{er} janvier 2002, avec une fin de droit PSD au 31 décembre 2003. Pour les personnes qui bénéficient déjà de cette prestation, la transition avec l'APA est progressive et respecte les avantages acquis par une allocation différentielle.

■ Appartement d'accueil

(Voir Petites unités de vie)

■ Appartement thérapeutique

Structure d'hébergement de taille réduite (en règle moins d'une douzaine de patients) située dans un immeuble d'habitation conventionnelle. Dans une ambiance familiale, elle accueille de manière définitive ou temporaire, des personnes âgées malades et/ou handicapées.

■ Services d'aide et de soins à domicile

Les associations d'aide à domicile se sont attachées à proposer aux familles en difficulté, puis aux personnes âgées et aux personnes handicapées, des dispositifs leur permettant de vivre chez soi. Aujourd'hui, elles proposent deux gammes de services : les services liés à l'aide et à l'accompagnement de la vie quotidienne, les services liés au registre des soins à domicile.

- Le système prestataire : il s'agit d'un service mis en place par une structure d'aide à domicile qui intervient comme employeur direct. Les intervenants à domicile sont missionnés par le service, suite à l'évaluation individuelle des besoins.
- Le système mandataire : la structure d'aide à domicile sert d'intermédiaire entre les offres de prestation et les demandes émanant de particuliers. Dans ce cas, la personne aidée est l'employeur.
- Le service de soins infirmiers à domicile : dont l'objectif est d'assurer aux personnes âgées malades ou dépendantes les soins infirmiers et d'hygiène générale, le concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et cela dans l'optique d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées ou pour faciliter leur retour à domicile après hospitalisation.

■ Associations de familles

Une Association de familles est le porte-parole des familles, témoin de leur vécu et de leurs besoins.

Des familles de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées ayant connu de graves difficultés à affronter cette maladie se sont regroupées en association, pour aider grâce à leur expérience, et rassembler les familles touchées par ce problème.

Pour atteindre l'objectif essentiel **d'Aide et soutien aux familles**, les associations proposent le plus souvent :

- Accueil et Ecoute (possibilité d'écoute téléphonique)
- Informations diverses
 - ➔ Sur la maladie.
 - ➔ La psychologie du malade.
 - ➔ Les aides financières et les droits sociaux.
 - ➔ Les structures d'accueil et les centres de diagnostic.
 - ➔ Les services d'aide à domicile.
- Rencontres de familles et groupes de soutien animés par un psychologue formé spécifiquement à cette maladie.
- Organisation de séjours vacances.
- Diffusion de bulletins d'information et de fiches diverses.

■ Assurance dépendance

Assurance individuelle, privée, payante, volontairement contractée auprès d'un assureur ou d'une mutuelle. En cas de survenue de la dépendance, en fonction des conditions prévues au contrat, l'assuré cesse le paiement de ses primes et perçoit une rente destinée à participer à la couverture des frais induits par la dépendance.

Auxiliaire de vie sociale

Intervenant à domicile, chargé d'accompagner les publics fragiles, (familles, enfants, **personnes âgées**, malades ou handicapées).

Cet accompagnement peut prendre plusieurs formes :

- **aider à faire**, en stimulant, en accompagnant et en apprenant à faire,
- **faire à la place** de celui qui est dans l'incapacité de faire seul,
- **accompagner et aider** dans les actes de la vie quotidienne, qu'ils soient essentiels ou ordinaires,
- **aider à la reprise ou au maintien** de relations sociales, **notamment** par l'aide à la participation aux activités sportives, culturelles, de loisir, d'engagement associatif.

L'auxiliaire de vie sociale participe par ailleurs, au **diagnostic de la situation concrète de la personne aidée**, en lien avec les autres intervenants au domicile (médecins, infirmiers, etc...).

Depuis 2002, la formation de l'intervenant est sanctionnée par le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale.

CANTOU (Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles)

Il s'agit de la première forme d'unité spécialisée dédiée aux malades d'Alzheimer.

Ces unités, séparées mais intégrées à un ensemble architectural, sont composées au plus de 12 à 15 chambres à 1 lit. Les chambres sont distribuées autour d'une grande salle, aménagée en coin cuisine, de manière à pouvoir accueillir l'ensemble des personnes concernées dans de bonnes conditions de convivialité et permettre en particulier une vie en commun dans la journée. (Cf petites unités de vie).

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Le Centre Communal d'Action Sociale a une mission générale de développement social et de prévention sur le territoire communal ou intercommunal.

Etablissement public communal ou intercommunal, il instruit des demandes d'aide sociale, gère et distribue des prestations de nature sociale.

Il peut créer et gérer des services et structures médico-sociales, notamment, des **établissements d'accueil pour personnes âgées**, ainsi que des services permettant le maintien à domicile (services de soins, aides-ménagères, auxiliaires de vie sociale, etc...). Il peut également gérer (ou participer à la gestion) des Comités Locaux d'Information et de Coordination pour les **personnes âgées (cf CLIC)**.

■ Centre expert, Centre mémoire de ressource et de recherche

Appelé aussi centre mémoire de ressource et de recherche. Il s'agit d'une consultation organisée uniquement au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU). Il reçoit à la demande des centres mémoire ou des spécialistes installés en ville, des personnes dont les troubles de la mémoire nécessitent des examens approfondis. En fonction des résultats obtenus et du diagnostic posé, il est proposé à la personne qui consulte un traitement et un accompagnement personnalisés. Le suivi est organisé en lien avec la consultation mémoire ou le spécialiste qui a orienté la personne vers le centre. Le centre expert assure des formations universitaires et développe des travaux de recherche. Il organise des groupes de parole pour les personnes malades, leurs aidants informels et professionnels.

■ Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)

Le CLIC rassemble, en un lieu unique toutes les informations relatives à l'aide que l'on peut apporter aux personnes âgées. Il joue un rôle d'information auprès des personnes âgées et des professionnels sur l'ensemble des dispositifs susceptibles de répondre à leurs besoins. Il peut aussi, selon son niveau de labellisation, orienter les demandeurs auprès des structures en capacité de prendre en compte leur situation, évaluer les besoins des personnes et assurer un suivi de la situation et de son évolution. Il peut proposer une formation à l'ensemble des acteurs incluant également l'aide aux aidants.

■ Consultation Mémoire

Appelée aussi centre mémoire. Il s'agit d'une consultation organisée au sein d'un hôpital disposant d'une équipe de professionnels compétents pour évaluer les troubles de la mémoire repérés par le médecin de famille. Au cours de la consultation, un bilan complet comportant, notamment, des tests de mémoire est réalisé. En fonction des résultats obtenus et du diagnostic posé, il est proposé à la personne qui consulte un traitement et un accompagnement personnalisés. Le suivi est organisé en partenariat avec le médecin de famille et les professionnels de l'aide et du soin à domicile. Un psychologue de la consultation peut assurer un soutien psychologique individuel ou en groupe de la personne malade et de son aidant principal.

■ **Curatelle**

(Voir Mesures de protection de justice)

■ **Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

On regroupe sous cette appellation les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, antérieurement dénommés, le plus souvent maison de retraite ou MAPAD, soumis à une obligation de conventionnement avec la DDASS et le conseil général pour continuer à accueillir des personnes âgées dépendantes au-delà du 31 décembre 2005 (31 décembre 2006 pour les logements foyers). La convention signée entre ces différentes autorités précise les moyens alloués à l'établissement au regard des objectifs "qualité" retenus. (Voir également MAPAD page 23).

■ **Fin de vie** *(Accompagnement de)*

A domicile, les soignants et aidants intervenant dans le secteur de la vieillesse se sont intéressés et formés à l'approche développée par les services de soins palliatifs. Il s'agit pour les équipes d'être en mesure d'accompagner les personnes en fin de vie vivant à domicile ou dans un établissement. Des aides aux plans physiologique, psychologique et spirituel sont apportées.

Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les difficultés de communication et d'expression nécessitent une attention et une formation toute particulière de la part des équipes.

(Voir également Unités ou équipes de soins palliatifs)

■ **Foyer logement**

(Voir Logement foyer)

■ **Garde de nuit**

(Voir Services aux personnes à domicile)

■ **Garde itinérante de nuit**

Le service de garde itinérante de nuit a pour vocation de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, handicapées ou malades nécessitant une sécurisation, des aides aux gestes essentiels de la vie quotidienne et des soins d'hygiène de base pendant la nuit et plus généralement en dehors des horaires d'intervention des services d'aide et soins infirmiers à domicile.

Il constitue à ce titre une alternative à la présence d'une garde permanente au domicile des personnes qui ne disposent pas des ressources suffisantes pour assurer financièrement le coût de revient élevé d'une telle garde.

En complément des services de télé-alarme, la garde de nuit itinérante assure à la fois des interventions programmées, et la réponse aux appels d'urgence transmis au service directement ou par le canal de la centrale d'écoute du service de télé-alarme auquel la personne est abonnée.

Les coûts du service peuvent être pris en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

■ **Garde malade**

(Voir Services aux personnes à domicile)

■ **Hébergement temporaire ou accueil temporaire**

Il s'agit d'une formule d'hébergement limitée dans le temps, qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, absence des aidants (notamment départ en vacances de la famille), travaux dans le logement...

Il peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation ; en ce cas, il ne doit pas se substituer à une prise en charge dans un service hospitalier de soins de suite. Il peut également être utilisé comme premier essai de vie en collectivité avant une entrée définitive en établissement. Certains sont consacrés pour tout ou partie à l'hébergement de personnes atteintes de détérioration intellectuelle.

■ **Hôpital de jour**

Structure en milieu hospitalier qui permet de réaliser en une journée un bilan complet afin d'évaluer les troubles de la mémoire, de poser un diagnostic, de proposer ou d'ajuster un traitement. Tous les centres experts et certaines consultations mémoire disposent d'un hôpital de jour.

Certains hôpitaux de jour assurent une prise en charge des personnes malades à raison d'une ou plusieurs journées par semaine, durant une période limitée, pour mettre en place ou ajuster un traitement ou des soins spécifiques.

■ Hospitalisation à domicile

Service qui permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux (infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute...) de manière coordonnée.

Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par les Services de soins infirmiers à domicile, la complexité et la fréquence des actes. La prise en charge n'est pas seulement médicale mais aussi sociale.

L'hospitalisation à domicile permet d'apporter au patient et à ses proches un soutien adapté grâce à l'intervention notamment de psychologue et/ou d'assistante sociale. Cette équipe assure au domicile du patient une prise en charge globale. La coordination des soins et l'ajustement du traitement sont assurés par le médecin traitant habituel du patient. L'hospitalisation à domicile peut être prescrite par le médecin traitant ou un médecin hospitalier.

C'est souvent le moyen de permettre le retour au domicile plus précocement et dans de bonnes conditions après une hospitalisation.

■ Logement Foyer

C'est une structure d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes. Sa création est soumise à autorisation du Président du Conseil Général. Il offre à la personne âgée un substitut à son logement d'origine. Il peut proposer, en dehors de la restauration, certaines prestations : entretien du linge, animation, sorties...

Ces établissements souvent gérés par un centre communal d'action sociale ou une association ne sont en général pas médicalisés, tant au niveau du personnel que des locaux. En général, ces établissements ne sont pas adaptés pour accueillir des personnes âgées présentant des détériorations intellectuelles.

■ Maison de retraite

Terme générique utilisé pour désigner les établissements accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans et donc le plus souvent «à la retraite».

■ **Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes** (MAPAD)

Il s'agit d'un établissement qui accueille des personnes âgées en perte d'autonomie, physique et/ou psychique. Il est organisé le plus souvent une unité fonctionnelle permettant d'accueillir dans une même unité géographique des personnes présentant une détérioration intellectuelle ; la vie s'y organise le plus souvent autour d'activités domestiques quotidiennes, coordonnées généralement par une maîtresse de maison. Cette terminologie commence à être remplacée par celle d'EHPAD. (Cf page 20)

■ **Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées** (MARPA)

(Voir Petites unités de vie)

La MARPA est une forme de petite unité de vie initiée par la mutualité sociale agricole (MSA). Ces petites structures (une vingtaine de personnes environ) se veulent une réponse adaptée aux spécificités du milieu rural et à la perte d'autonomie.

■ **Mesures de protection de justice**

La loi définit des droits et des devoirs pour chacun. En droit civil, ces droits et ces devoirs se déterminent en capacité et responsabilité. Au principe de capacité des majeurs de faire valablement tous les actes de la vie civile, le droit français a prévu une exception dont la justification réside dans la protection des intéressés eux-mêmes.

Le code civil précise :

«... est protégé par la loi, soit à l'occasion d'un acte particulier, soit d'une manière continue, le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts...» (art 488 du Code civil).

«... Lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection suivante : la tutelle, la curatelle, la sauvegarde de justice. L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie» (art 490 du Code Civil).

Les trois régimes de protection :

➔ **La sauvegarde de justice** est le plus léger des régimes de protection. Il est rapide et provisoire, la personne conserve tous ses droits. Mais l'avantage principal est de pouvoir faire annuler les actes qui seraient préjudiciables sans apporter de preuve. Il existe deux niveaux de «sauvegarde».

- *La sauvegarde dite «médicale»* : simple déclaration du médecin auprès du procureur de la République, elle s'éteint au bout de deux mois et peut être reconduite avec un certificat médical.
- *La sauvegarde de justice avec mandat spécial* : elle est déclenchée auprès du procureur et auprès du juge des tutelles qui désigne un mandataire spécial pour effectuer certains actes ponctuels et précis (actes administratifs). Cette mesure est prise dans l'attente d'une mesure de curatelle ou de tutelle.

➔ **La curatelle est un régime d'assistance.**

La personne conserve ses droits d'effectuer valablement les actes de la vie courante (actes d'administration). Les actes importants (actes de disposition) seront effectués en accord avec le curateur. Il y a une gradation des trois régimes de curatelle : curatelle simple (article 510), curatelle aménagée (article 511) et curatelle renforcée (article 512). Pour cette dernière, c'est le curateur qui perçoit les revenus et règle avec la personne les dépenses.

➔ **La tutelle est un régime de représentation.**

La personne perd la capacité juridique à effectuer tous les actes de la vie civile. Le tuteur fait tous les actes d'administration à sa place, les actes de disposition seront soumis à l'autorisation du juge des tutelles. Pour les actes à caractère personnel, il faut rechercher la volonté ou le consentement du majeur protégé, et l'avis d'un médecin et d'un magistrat sont obligatoires. Pour ce régime des aménagements peuvent aussi être décidés par le juge (tutelle aménagée).

Remarques :

- Toujours préférer une tutelle familiale. S'il n'existe pas de parents proches ou s'il y a une désunion familiale, le législateur propose un conseil de famille, dont il choisit les membres.
- En l'absence totale de famille, le juge peut mettre en place une mesure simplifiée : la gérance de tutelle. Les pouvoirs du gérant sont limités. Il peut seulement percevoir les revenus du majeur et les utiliser à son entretien, tous les autres actes concernant le patrimoine ou la personne requièrent l'autorisation du juge des tutelles.
- Les règles de désignation du curateur sont plus simples que la tutelle. Le choix du curateur est libre, à moins qu'il y ait un conjoint auquel la charge de curateur revient de droit, sauf contrôle du juge qui peut l'écartier.

■ Petites unités de vie

Il s'agit là d'une forme d'accueil qui se développe depuis peu et vise à laisser les résidents dans leur milieu de vie à proximité de leur lieu de vie antérieur.

Les principales caractéristiques se résument ainsi :

- espaces privatifs permettant de vivre «comme au domicile» et espaces collectifs favorisant les rencontres,
- choix du mode de vie et libre consommation des services proposés pour la préservation de l'autonomie et la participation des résidents,
- continuité des soins et accompagnement des résidents jusqu'au terme de leur vie,
- garantie de la sécurité 24h/24h,
- travail en réseau et coordination des intervenants extérieurs permettant complémentarité, souplesse, mutualisation des ressources.

Schématiquement deux catégories de petites unités de vie peuvent se distinguer :

1. Les domiciles collectifs (Type MARPA)
2. Les appartements d'accueil

1. Les domiciles collectifs

Les maisons d'accueil rural de personnes âgées (MARPA) promues par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) peuvent être classées dans cette catégorie.

Les soins et la surveillance médicale sont assurés par les médecins et paramédicaux libéraux, les services et centres de soins infirmiers à domicile implantés sur le territoire.

2. Les appartements d'accueil

Ils se distinguent des domiciles collectifs par le caractère plus prégnant de la vie collective qui se développe au sein d'entités plus restreintes (12 à 15 places maximum), et par la mise à disposition d'espaces privatifs de type chambre ne permettant pas d'y vivre de façon indépendante.

■ Portage des repas

Service permettant d'apporter des repas au domicile à des personnes handicapées, malades ou âgées qui ne peuvent les réaliser seules. Le plus souvent géré par des CCAS, il peut intervenir en complément d'aides à domicile.

■ Protection juridique

(Voir Mesures de)

Réseau Alzheimer

Ensemble des services (professionnels et associatifs) pouvant intervenir **En coordination** dans la prise en charge des malades Alzheimer et des familles. La prise en charge se situe au niveau médical, social, administratif, psychologique et culturel.

L'existence du réseau permet :

- la constitution d'un «annuaire» de ressources et d'informations,
- la coordination entre tous les acteurs pour une meilleure prise en considération des besoins du malade, des familles et un meilleur suivi de la prise en charge,
- un lien notamment entre :
 - le sanitaire et le social,
 - le curatif et le préventif.

Acteurs du réseau :

- le médecin généraliste,
- le médecin spécialiste (neurologue, gériatre...),
- les professionnels médicaux et paramédicaux (infirmière, aide soignante, aide médico-psychologique, kinésithérapeute, psychologue...),
- les professionnels du social (assistant social, CCAS, caisses de retraites et mutuelles, CLIC...),
- les professionnels de l'aide à domicile (auxiliaire de vie, aide ménagère),
- les responsables de structures d'hébergement et d'accueil de jour,
- les associations de familles, les bénévoles,
- les autres réseaux (géronologiques...).

Réseau gérontologique

Le réseau gérontologique est une organisation mise en place entre plusieurs professionnels pour répondre de manière coordonnée aux besoins des personnes âgées. Il s'agit de professionnels de compétences différentes mais complémentaires tels que médecins, infirmières, kinésithérapeutes, services de soins infirmiers à domicile, services d'aides à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées... qui assurent ensemble une prise en charge globale des personnes âgées qui font appel à lui. Le réseau assure la continuité des soins et des services sans rupture entre les différents professionnels, services et établissements. Il facilite l'ajustement rapide des réponses en fonction de l'évolution des besoins des personnes prises en charge.

Sauvegarde de justice

(Voir Mesures de protection de justice)

■ Séjours de vacances

Organisés par des associations, des établissements d'hébergement et de soins ou par des services à domicile, souvent à l'initiative d'associations de familles, ils permettent à des personnes atteintes de troubles cognitifs de sortir de leur cadre quotidien pendant une semaine environ. Les séjours se déroulent dans des hôtels, des maisons familiales de vacances ou encore en gîte rural. Les personnes sont accompagnées par des soignants, et parfois par des stagiaires et/ou des bénévoles. Pour être réussi, le séjour de vacances doit être préparé par l'équipe, longuement présenté aux personnes et aux familles pour les motiver et les rassurer. Le choix du lieu d'accueil, de la distance et du mode de transport doit être adapté aux capacités psychomotrices des vacanciers. Cette formule offre un temps de loisirs et de vie sociale aux personnes et à leurs proches. Pour ces derniers, le partage et la solidarité avec d'autres familles sont des apports considérables.

■ Service de gériatrie de court séjour

Le service de gériatrie est un service de médecine qui dispense des soins de courte durée. Il admet des malades âgés, polyopathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Il dispose d'un savoir-faire gériatrique, permettant une prise en charge globale de la personne. Cette prise en charge est le fait d'une équipe pluridisciplinaire (gériatre, neurologue, psychiatre, infirmière, aide soignant(e), kinésithérapeutes, travailleur social, psychologue...) formée à la gérontologie.

Ses missions sont de procéder à une évaluation globale et individualisée du patient âgé, à la fois médicale, psychologique et sociale, d'établir tous les diagnostics utiles à la guérison du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie, de proposer des traitements adaptés à l'état des personnes, d'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.

■ **Service de moyen séjour/ Soins de suite et de réadaptation**

Les services ou unités de soins de suite et de réadaptation gériatriques accueillent, le plus souvent à l'issue de leur hospitalisation dans un service de soins de courte durée, des malades dont l'état de santé n'est pas encore stabilisé.

Leur mission est donc de poursuivre la délivrance de soins appropriés, d'aider le patient à accepter et à suivre son traitement, de préserver son autonomie, de préparer sa sortie. La durée d'hospitalisation dans ces services varie le plus souvent entre 15 jours et deux mois.

■ **Service de soins longue durée**

Il s'agit d'unités hospitalières dont la mission est d'héberger et de dispenser des soins sur une longue durée à des personnes, le plus souvent âgées ou très âgées, ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. L'unité dispose d'un projet de soins associé à un projet de vie.

■ **Service de soins infirmiers à domicile**

L'objectif des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est d'assurer, sur prescription médicale aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux. L'intervention de ces services s'inscrit dans plusieurs types de situation :

- pour éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile,
- pour faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,
- pour prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur institutionnalisation.

■ **Télé-Assistance**

Pour améliorer les conditions de sécurité physique des personnes âgées, des services de Télé-Assistance peuvent être proposés, gérés par les CCAS ou par certaines associations.

Le dispositif comprend un boîtier fixe relié au réseau téléphonique et un système de déclenchement : médaillon pendentif au cou de la personne âgée ou bracelet passé au poignet.

Il permet l'alerte des intervenants dès que la personne appuie sur le système de déclenchement. Souvent, des appels dits «de courtoisie» sont passés à la personne afin de maintenir le lien humain.

Où s'adresser ?

Le plus simple est de contacter son CCAS ou sa mairie pour être informé des organismes locaux existants en ce domaine, des conditions financières (coût, location, contrat, prise en charge totale ou partielle par la commune) et techniques (types d'interventions et d'aide, notamment en cas d'urgence, gardiennage des clés, maintenance des appareils, etc...).

Tutelle

(Voir Mesures de protection de justice)

Unités de vie Alzheimer

Ces unités permettent de prendre en charge de manière optimale des patients en période de décompensation ou lorsque leur maintien à domicile n'est plus possible.

Ce lieu de vie réservé aux résidents présentant une détérioration intellectuelle peut être situé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou constituer une petite unité de vie telle que définie précédemment.

Ces unités s'organisent au sein des structures d'hospitalisation (court, moyen ou long séjour), des maisons de retraite ou de structures autonomes. Elles doivent satisfaire à des critères précis (admission des résidents, adaptation architecturale, qualification du personnel, participation des familles, projet de vie et de soins spécifiques).

Unités ou équipes de soins palliatifs pour les personnes âgées malades

Les soins palliatifs sont des soins actifs pratiqués au bénéfice des personnes âgées. Ils consistent à soulager leurs douleurs physiques et les autres signes qui altèrent la qualité de leur fin de vie.

L'accompagnement est proposé par une équipe composée de médecins, infirmières, psychologues. Il est réalisé auprès du malade et éventuellement de sa famille en prenant en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Cet accompagnement peut être réalisé tant en institution qu'à domicile par l'équipe qui se déplace alors au chevet de la personne âgée malade et en perte d'autonomie. Des bénévoles peuvent être associés à cet accompagnement.

Instance Prospective Alzheimer

Président

Monsieur Hubert FALCO
ministre délégué aux personnes âgées

Membres

Madame MEYRIEUX,
*vice-présidente de France Alzheimer,
présidente de la Fondation Alzheimer Savoie*

Madame Florence LEDUC,
*directrice adjointe de l'UNASSAD (Union nationale
des associations de soins et services à domicile)*

Monsieur Alain VILLEZ,
*conseiller à l'UNIOSS (Union nationale interfédérale des œuvres
et organismes privés sanitaires et sociaux)*

Madame Marie-Jo GUISSSET
Fondation Méderic Alzheimer

Monsieur le Dr Alfred SAILLON,
directeur de deux établissements privés (Paris et Seine et Marne)

Madame Nicole DAVAL,
*directrice d'un EHPAD à but privé non lucratif
(Chantilly en Picardie)*

Monsieur Alain BONNIERE,
directeur d'un EHPAD public (Nesle dans la Somme)

Monsieur le Professeur Olivier SAINT-JEAN,
*chef de service de gériatrie de l'hôpital européen
Georges Pompidou, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*

Monsieur le Docteur Patrice BROCKER,
service de gérontologie, Centre hospitalier universitaire de Nice

Monsieur Luc PARAIRE,
directeur de la DDASS du Loiret

Madame ALBA,
Conseil général du Var

Monsieur PERINEL,
Caisse nationale d'assurance vieillesse

Monsieur Edouard COUTY,
directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Monsieur Jean-Jacques TREGOAT,
directeur général de l'action sociale



www.personnes-agees.gouv.fr

Instance Prospective Alzheimer
35, rue Saint-Dominique
75007 Paris