

L'État montre des signes de bonne volonté sur différents sujets

- à domicile une table ronde sur l'état du secteur va s'ouvrir fin décembre ;
- en établissement une circulaire est annoncée qui devrait éviter les licenciements et l'État semble abandonner la fausse liberté consistant à augmenter les tarifs hébergement pour compenser les baisses sur le soin et la dépendance ;
- sur les fermetures des structures qui dysfonctionnent le discours déterminé de Nora Berra est rassurant et sur l'organisation de la vaccination anti-grippe l'AD-PA a été entendue ;
- à l'Assemblée Nationale une mission a été créée sur l'errance des crédits de la CNSA.

De tels frémissements sont dus à deux facteurs...

- la prise de fonctions d'une nouvelle Secrétaire d'État visiblement attachée au dialogue et l'arrivée à la tête de la Direction de l'Action Sociale d'une nouvelle équipe de Direction qui a déjà opéré en interne des réorganisations importantes et fait montre d'une vraie volonté d'écoute ;
- la réaffirmation déterminée de nos positions, nos attentes, nos propositions, appuyée sur notre lien avec les retraités et personnes âgées, les familles et les professionnels et une communication active auprès du grand public.

... qui nous donnent des indications pour l'avenir

Reste à voir dans quelle mesure ces premiers pas influenceront les grands dossiers à venir : l'utilisation intégrale des crédits de la CNSA à des mesures nouvelles dans le secteur, la création du 5^e risque, la nécessaire adéquation entre la qualité du service à nos aînés et les moyens financiers. Pour cela il nous faut approfondir la voie engagée : être fermes et sereins sur nos objectifs, dénoncer les difficultés des personnes âgées au quotidien, énoncer les actions pour améliorer la qualité de nos structures et être toujours disponibles pour le dialogue avec les Pouvoirs Publics. Quand il y a des partenaires sincères en face cela peut être efficace !

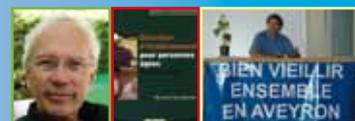
Voilà ce que nous pouvons espérer pour 2010, que toute l'équipe de l'AD-PA vous souhaite heureuse, pour ceux que vous accompagnez, pour vos proches... et pour vous-même.

Pascal Champvert
Président de l'AD-PA
Directeur Saint-Maur, Sucy, Bonneuil (94)

COLLOQUE AD-PA**28 au 30 mars 2010**

Paris Porte Maillot

SOMMAIRE



| | |
|----------------------------------|-------|
| ÉDITORIAL | 1 |
| INVITÉ : M. BILLÉ | 2 - 3 |
| IDÉES : coordination à domicile | 4 |
| IDÉES : réflexion établissements | 5 - 6 |
| INFORMATIONS | 7 |
| LIVRES | 8 |
| POSITIONNEMENTS | 9 |
| HUMEUR ET HUMOUR | 11 |
| COLLOQUE AD-PA | 12 |

**ENCART
SPÉCIAL "ADHÉRENTS"**

| | |
|-----------------|--------|
| Infos réseau | I |
| Citoyenneté | II-III |
| Le G.C.S.M.S... | IV |

*L'encart spécial est adressé
uniquement aux adhérents AD-PA*

www.ad-pa.fr

*L'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées)
regroupe les Directeurs d'établissements de services à domicile et de coordinations.*

ALZHEIMER : UNE MALADIE POUR NOTRE TEMPS ?

La société malade du lien

Michel Billé - Sociologue

■ Une métaphore...

Et si la maladie d'Alzheimer était non seulement ce qu'elle est, un terrible processus de dégénérescence cognitive dont médecine et neurosciences commencent à rendre compte de plus en plus finement, mais autre chose aussi, comme une métaphore qui parle moins, peut-être, du malade que de la société dans laquelle il se débat ? Tel l'enfant symptôme dont parlent les pédopsychiatres et qui porte la pathologie de tout un groupe familial, nous pourrions regarder le malade d'Alzheimer - aussi - comme celui à travers qui s'exprime la pathologie d'une société qui souffre de bien des maux. Métaphore du temps présent qui nous donne à comprendre quelque chose de ce que nous vivons socialement, socialement même.

Chaque époque a son propre rapport au mal, chaque époque, en fonction des évolutions qui la traversent, développe certaines formes de mal et noue avec elles un rapport particulier. On voit bien, par exemple, comment la technologie des transports aériens a favorisé les échanges de toutes natures

entre tous les continents et, de ce fait, comment elle favorise la diffusion (mondialisation) de formes de maladies qui, en d'autres temps, seraient sans doute restées limitées à des périmètres restreints. Chaque époque a donc sa couleur particulière et connaît des formes de mal qui s'imposent, jusqu'à

ce que l'évolution des modes de "conjuraison" du mal (prévention, médecine, vaccination, etc.) permette de le comprendre, de le circonscrire, de le limiter et finalement de le maîtriser, de le guérir, voire de l'éradiquer.

■ Et des symptômes...

De ce fait, la maladie parle non seulement de ce qu'elle est, et dont la science rend compte, mais elle parle également de l'époque, du contexte, bref de la société dans laquelle elle apparaît, se développe et s'installe. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour la maladie

d'Alzheimer ? La dégénérescence cognitive se manifeste à travers des symptômes désormais bien connus : la désorientation temporo-spatiale, l'amnésie, les troubles du langage, la perturbation identitaire... Dans l'hypothèse que nous développons

ici, ces symptômes seraient donc à saisir dans le contexte d'une société elle-même malade de son rapport au temps et à l'espace, présentant elle aussi des troubles de la mémoire et de la communication et, finalement, malade du lien, société de dé-liaison...

■ Le temps de l'instant...

Nous vivons dans une société qui vient, au cours des trente dernières années notamment, d'inverser son rapport au temps. Elle célébrait le passé, valorisait le délai, le temps avait de l'épaisseur, projeté sur l'espace il avait de la surface. Le cadran solaire ou celui de l'horloge, de la montre, représentait ce temps projeté sur

un espace parcouru. Le cadran a laissé la place à l'écran qui n'est plus parcouru mais fait apparaître un chiffre, un nombre. Le temps se mesure désormais à l'instant, avec une extrême précision. Partout on gère en flux tendu, on vit en temps réel, croit-on, dans un temps qui n'est pourtant que déréalisation du temps puisqu'il ne lui reconnaît

plus ni surface ni durée et ne valorise que l'éphémère, l'immédiateté. Ce rapport au temps, refus de la lenteur, de la durée et du délai, nous projette dans une société qui confond l'avenir et le futur prétendument donné à voir dans un étrange "Futuroscope".

■ Partout, nulle part...

Notre rapport collectif à l'espace est pareillement remanié. Nous possédons les outils d'un nomadisme moderne qui nous projette à très grande vitesse (TGV) partout et nulle part, dans des espaces

périurbains standardisés, indifférenciés où seul le GPS permet de s'orienter puisqu'il faut y accepter de tourner à droite pour aller à gauche et de s'éloigner pour se rapprocher de sa destination. Les

moyens de transport de plus en plus rapides et sophistiqués nous permettent de nous déplacer toujours plus loin, toujours plus vite mais ces déplacements sont-ils encore des voyages ? Quelles



Essai de gérontologie sociale.

La population vieillit. Les familles se recomposent sur le modèle du réseau et dans des rapports à de multiples générations dont nous n'avons pas l'expérience. La place de la personne âgée et la fonction grand-parentale se présentent de manière renouvelée. La situation de dépendance assigne une place dépréciée au moment où, devenue

très âgée, la personne a le plus besoin de se sentir reliée et interdépendante. Pourrions nous regarder le vieillard non par rapport à son utilité, mais par rapport à la fonction qu'il assume encore, si nous savons la lui reconnaître ?

L'Harmattan - 251 p. - 24 €

rencontres permettent-ils ? Quelle ouverture à d'autres cultures et pratiques sociales ? Le nomade moderne est équipé, il a les attributs de son statut : « D'où m'ap-

pelles-tu ? De mon portable, de partout, de nulle part ! »

Et nous voici collectivement désorientés dans notre rapport au

temps et à l'espace, plus stressés que jamais au moment où les technologies sophistiquées nous donnaient à penser que nous accéderions à plus de liberté...

■ Amnésie collective...

La maladie d'Alzheimer détruit progressivement la capacité à mémoriser les événements, la mémoire immédiate est atteinte, dit-on. Plus encore, le malade oublie et oublie qu'il oublie, c'est l'anosognosie... Nous souffrons socialement de troubles de la mémoire collective. Nous oublions les enseignements d'un passé encore récent et, par exemple, le corps électoral est capable de porter haut, dans les urnes et les sondages, des candidats dont nous devrions craindre le pire... Comme si nous n'avions

rien appris ou presque des crimes contre l'humanité dont le vingtième siècle a été le théâtre. Nous oublions et nous oublions que nous oublions à moins que nous ne refusions de voir...

Paradoxalement notre formidable capacité de stockage d'informations ne semble pas nous donner plus de mémoire... L'information encombre le souvenir et la surabondance, l'excès d'informations semble bien nuire à la communication. Notre amnésie collective s'ac-

compagne d'un trouble confusionnel : formidable confusion qui nous fait prendre la connexion pour de la communication et la communication pour de la relation. C'est oublier que la connexion est toujours réversible, toujours déconnexion possible. Nos relations les plus intimes, familiales en particulier, n'échappent pas à cette transformation. La relation, elle, n'est pas virtuelle, elle est investie, incarnée, inscrite dans le réel de l'épaisseur des rapports humains.

■ Parler pour ne rien dire...

Le malade d'Alzheimer souffre de voir s'installer des troubles du langage qui le placent, ainsi que son entourage, dans de grandes difficultés de relation et de compréhension. Le rapport collectif que nous entretenons avec la langue comme vecteur privilégié de la

culture est aujourd'hui grandement mis à mal. Les forums et autres "tchatches" sur l'Internet sont, le plus souvent, d'une affligeante pauvreté, comme si la langue utilisée ne pouvait plus porter de la pensée... La langue utilisée dans les SMS et qui

lentement s'infiltré dans les copies des collégiens et lycéens permet-elle autre chose que la réponse à des QCM ? Comment exprimer de la pensée dans une langue sans orthographe ni syntaxe ?

■ Société de dé-liaison...

Le malade d'Alzheimer perd peu à peu, ou semble perdre, sa capacité à nouer des relations sociales continues, affectivement investies. Le fonctionnement sociétal dans lequel nous vivons semble, lui, mettre à mal tout ce qui relie les hommes. Le lien social est menacé dit-on, malmené. Il faut entretenir, consolider, renforcer le lien social... Soit, mais c'est tout le modèle sociétal qui le fragilise et le maltraite. La continuelle réduction de la personne à son statut d'individu brise

le lien social et tend à nous faire vivre dans une société de dé-liaison. Souffrant ensemble mais isolément.

C'est peut-être ce que nous donne à comprendre la maladie d'Alzheimer si nous acceptons de la regarder - aussi - comme métaphore du temps présent.



LA COORDINATION À DOMICILE : QUESTION RÉCURRENTÉ !

Joëlle Olivier, Administrateur AD-PA directrice service à domicile Castelsarrasin (82)

Quelques synonymes du terme coordination : administration, agencement, arrangement, assemblage, combinaison, conjugaison, enchaînement, ordonnancement, organisation...

Définitions

Elles sont claires, qu'il s'agissent d'institutions, ou de services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, tous sont d'accord avec la nécessité de mettre en œuvre cette action qui se définit ainsi :

■ action de coordonner, d'assembler

en vue d'un certain résultat ;

■ action de coordonner, de réunir de manière ordonnée dans un certain but. Pourtant, malgré les moyens et l'énergie déployés pour une innovation dans le secteur "personnes âgées dépendantes", le résultat obtenu n'est pas toujours conforme aux attentes.

La mise en œuvre de "pratiques coordonnées" semble acquise sur un plan théorique, descriptif, intentionnel, mais elle demeure complexe au niveau des comportements des acteurs et du déploiement des pratiques prestées.

La coordination s'organise d'abord au niveau de l'utilisateur

Autrement dit, du bénéficiaire/client/citoyen. La personne en perte d'autonomie cumule souvent divers besoins relevant de plusieurs professionnels de santé, ou du travail social : suivi médical, soins infirmiers techniques, soins d'hygiène et de confort, adaptation du logement, aides techniques, aides à la vie quotidienne, aide aux aidants...

L'enjeu consiste à maintenir une prise en charge globale, multi-professionnelle, et de ne pas en faire une exclusivité des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux au détriment

de l'efficacité multidimensionnelle.

De plus, l'efficacité constatée varie avec l'étendue du périmètre concerné par l'action et avec les modalités d'administration de l'action.

Depuis plus de 20 ans, se succèdent, voire se superposent, des dispositifs tour à tour créés, bénéficiant de financement public : les instances de coordination gérontologiques, les réseaux gérontologiques, les CLIC... Ces derniers présentent l'avantage de couvrir un territoire limité, de proximité, favo-

nable à la maîtrise et à l'évaluation de l'ordonnancement, de la distribution, de l'organisation des actions. Qui peut être légitimé pour "maîtriser" ? Une coordination efficace permet d'éviter les doublons d'interventions et les carences qui surviennent par ignorance de « ce que fait l'autre ». Ce qui sous-entend que la responsabilité de la coordination est confiée à un coordinateur, un référent qui impulsera les modalités de coordination, et les évaluera. Mais QUID des territoires non couverts ?

Par ailleurs, la coordination concerne les institutions



Par la décentralisation, les compétences des institutions ont été segmentées. Chacune œuvre dans son domaine et offre in fine, plusieurs listes cumulables de prestations possibles, loin d'une prestation globale, structurée et proposée « clé en main », dont le financement est clairement annoncé et compréhensible.

C'est alors un véritable parcours du combattant auquel se livre la personne âgée et ses aidants professionnels et naturels. La question d'une coordination inter-institutions est plus que d'actualité en cette période de réforme profonde du système de santé et de ses niveaux de prise de décision.

La création des A.R.S. va-t-elle favoriser les pratiques coordonnées par une uniformisation des objectifs, des actions et des financements, par un rapprochement culturel, par un développement géographique, par une diminution des prises de pouvoir ?

Et plus essentiel encore, y aura-t-il une réelle évaluation du bénéfice apporté dans l'aide à l'autonomie des personnes ?

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES PERSPECTIVES DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

Pierre Roux, Correspondant Départemental Bozouls (12)

Chaque mesure réglementaire actuellement prise ou en projet, chaque communication au grand public n'apparaît pas comme un danger en soi.

Pourtant, ces actions sont autant de symptômes anodins constituant un syndrome au fort pouvoir de nuisance :

- Sur la survie des petites et moyennes structures,
- Sur l'accès à nos services des classes moyennes et donc les solidarités trans-générationnelles au sein des familles,
- Sur la culture médico-sociale de notre activité, au profit de l'approche sanitaire.

La survie des petits établissements de proximité

Voici à mon sens quelques éléments à scénariser

- plus de reprise des déficits,
- tarification à la ressource avec application aveugle de taux directeurs,
- intégration des dispositifs médicaux et des médicaments,
- l'obligation de passer en dotation

globale au-delà d'un niveau de PATHOS,

- non opposabilité des conventions collectives,
- non parution du décret relatif au pouvoir des médecins coordinateurs sur les prescripteurs (arlésienne),
- appréciation de la gestion par leur Capacité d'Auto Financement (C.A.F).

- procédure d'appels d'offres pour le choix de promoteurs de projets,
- dotations globales pour la dépendance avec critères départementaux de convergence...
- les critères de convergence des dotations soins.
- obligation de mettre en ligne les données financières des associations.

Et voici le scénario

1^{ère} étape : s'adapter chacun de son côté (hélas)

Les établissements vont subir des déficits sur les sections soins et dépendance. Certains vont équilibrer leurs comptes durant les trois ou quatre premiers exercices, grâce à quelques marges de manœuvre judicieusement utilisées :

- Une masse salariale favorable,
- Un budget « dispositifs médicaux » dont les amortissements ne sont pas encore parvenus à leur niveau maximum,
- L'application de PATHOS,
- La constitution de quelques provisions même si elles resteront modestes pour ne pas dépasser le pourcentage de C.A.F au-delà duquel les prix de journée hébergement seront diminués par l'autorité de tarification. (Car on ne reprendra plus les déficits, et l'on ne pourra plus constituer les ré-

serve non plus...),

- L'augmentation du prix de journée hébergement désormais autorisée pour les nouveaux arrivants...

2^{ème} étape : la fonte des neiges

Plus ou moins vite, nous allons commencer à puiser dans nos C.A.F, ce qui dans un premier temps est indolore, car la trésorerie répond. Cela peut être aggravé par une baisse du taux d'occupation liée au niveau élevé du prix de journée.

3^{ème} étape : l'incapacité de se développer

Le législateur prévoit la possibilité, pour les organismes de tarification de financer l'incidence sur les prix de journée des investissements en lieu et place de l'octroi de subventions. Cela signifie que pour adapter notre outil de travail à la demande des usagers et à l'évolution des exigences règle-

mentaires, il faudra avoir recours à l'emprunt.

Quelle banque prêtera à un organisme modeste, gestionnaire d'un établissement ne pouvant faire face à ses dettes et dans l'incapacité d'apporter des garanties ?

En l'absence de capacité d'emprunt, quel établissement peut-il répondre à un appel d'offre ?

4^{ème} étape : le réveil brutal et tardif

« Etablissement en pleine déconfiture, cherche autre établissement pour fiançailles, et plus si affinités »

Soit l'établissement aura anticipé, grâce aux systèmes prévus de mutualisation : GCSMS, GIE, SCOOP etc, auquel cas il choisit avec qui se marier. Soit il est trop tard et l'on s'oriente vers un mariage forcé voué à l'échec ou vers l'absorption. Or, qui aura les moyens d'absorber ?

L'accès de nos maisons aux classes moyennes

En limitant les taux directeurs des recettes des budgets soins et dépendance sans que nous ayons des marges sur les dépenses (salaires du budget soins et dépendance, ainsi que médicaments), les déficits n'étant pas

repris, la seule variable d'ajustement et d'équilibre budgétaire se trouve dans le budget "hébergement". En effet, les recettes liées aux nouveaux arrivants sont libres puisque les tarifs sont libres (sauf s'ils aboutissent à une

C.A.F trop élevée en N+2...).

Cela signifie que les nouveaux arrivants de N payent une partie des soins et des médicaments des « survivants de N-1 ». En d'autres termes, pour ne pas mutualiser les dépenses

au niveau national, on les mutualise au niveau d'un établissement : les 10 nouveaux financent le déficit liés aux 50 anciens... C'est beau la solidarité ! Ce système a pour conséquence de

voir nos « prix de journée nouveaux résidents » s'envoler. Le taux directeur sera certes plus bas pour les années suivantes. C'est une maigre consolation car le taux est bas sur un tarif

élevé. Donc en valeur absolue, l'augmentation restera élevée. Rappelons-nous aussi que le turnover des résidents s'accélère...

La sanitarisation

Par petites touches, puis en force **L'intégration des dispositifs médicaux fût l'étape la plus anodine mais elle a valeur de test.**

Le ministère définit une enveloppe en suivant une méthode farfelue s'il en est. Il négocie une clause de revoyure dont nous n'avons plus de nouvelles... Le montant paraît suffisant au départ car les amortissements ne sont pas détaillés. Or ceux qui ont tout calculé (consommables et investissements) savent que le forfait est insuffisant.

Le taux directeur est ensuite généreusement fixé à 0 %. Dans quelques années, cette enveloppe ne couvrira plus le besoin des assurés sociaux que nous devons soigner. Comment répondre à leurs droits ? Mais il sera trop tard, avant que nous réagissions, nous auront déjà appliqué l'intégration des médicaments ! Et il en sera de même pour eux aussi !

Les dotations globales

Elles seront imposées pour la plupart des établissements. Les Directeurs se-

ront donc habitués à veiller au nombre d'actes médicaux et à prévenir l'abus. Pourquoi pas ? Est-il normal qu'un médecin consulte un résident sans que le besoin soit avéré ? Après tout, nous pouvons considérer qu'en veillant au non abus, nous assurons notre rôle de protection des résidents. Notre éthique n'a pas à en souffrir. Même s'il est vrai que les CPAM ont tous les moyens pour faire ce travail de contrôle !

Le problème est qu'ainsi, nous nous habituons à avoir un droit de regard sur le travail des médecins sans être médecins...or il sera utile de faire preuve de discernement dès lors qu'il s'agit des prescriptions !

L'arrivée de l'intégration des médicaments

En effet, l'intégration des médicaments procède d'une autre logique. Le médecin est libre de ses prescriptions. C'est la loi et nous ne la ferons pas changer. Autant nous pouvons veiller à ce que les consultations médicales soient justifiées, autant nous ne pouvons rien faire concernant le contenu

des prescriptions !

En cas de déficits chroniques sur le poste médicaments, la seule solution à laquelle les Directeurs auront recours pour y remédier, sera d'embaucher un médecin attaché pour se passer au maximum des médecins libéraux. Sans garantie de résultat !...

Le résident ne pourra plus bénéficier du libre choix du médecin. Cela nous rapproche de fait d'un fonctionnement sanitaire.

Ainsi, tout en recherchant la maîtrise budgétaire, nous risquons de basculer, de fait, du médico-social vers le sanitaire. Or nous sommes des lieux de vie où l'on prodigue des soins, et non l'inverse...

Moralité de l'histoire

Nous aurons à gérer les dispositifs médicaux, les médecins, les médicaments. Le management de l'ensemble du processus soins sera financé par les résidents, tout comme les déficits qui surviendront inmanquablement...

Conclusion

Nos structures de proximité sont menacées, notre cœur de métier est menacé, nous devons à la fois anticiper en organisant des regroupements d'établissements associatifs et publics. Nous devons impliquer les usagers dans ces problématiques afin de faire pression sur les politiques. Ils sont aussi des électeurs dont l'équilibre familial et social est directement impacté par l'ensemble des mesures qui viennent

d'être abordées. La maltraitance a de beaux jours devant elle. Nous n'en avons jamais tant parlé et ne l'avons jamais tant favorisée qu'en mettant des milliers de famille dans des conditions financières insupportables.

Hier encore, un couple pourtant très aisé, dont les revenus s'élevaient à 6.000 € par mois, me disait : « nous avons deux enfants à la FAC, et un Parent en maison de retraite. Nous ne

savons que faire pour le deuxième parent qui a 104 ans !... »

« Il est encore temps d'agir, mais il faut faire vite ! ».



D.O.M. : la population est plus jeune qu'en métropole mais vieillit plus vite

La population des quatre départements d'outre-mer est plus jeune que celle de la métropole mais aussi, paradoxalement, promise à un vieillissement plus rapide à cause de l'allongement de la durée de la vie, la baisse des naissances et l'émigration des jeunes actifs, selon une étude de l'Ined publiée mercredi.

En 2006, 35% des habitants de La Réunion avaient moins de 20 ans, la proportion est de 31% en Guadeloupe, 29% en Martinique et 45% en Guyane, contre 25% en métropole, rappelle l'Institut national d'études démographiques (Ined) dans son dernier bulletin mensuel.

Mais d'ici à 2030, la part des plus de 60 ans dans la population devrait doubler dans les trois DOM insulaires.

Selon les projections moyennes de l'INSEE, elle devrait passer de 17% à 34% en Martinique, de 15% à 31% en Guadeloupe et de 11% à 24% à La Réunion. A cela s'ajoute le fait que dans les trois îles, le rapport entre le nombre de personnes âgées et celui des actifs de 20 à 59 ans pourrait tripler entre 1990 et 2030.

Mettant ces éléments bout à bout, l'Ined avertit que « le chômage et la précarité de nombreux actifs font craindre des conditions difficiles pour les futurs retraités, qui risquent de ne pas pouvoir bénéficier autant qu'aujourd'hui de la solidarité familiale ».

L'étude ajoute que « tout autre est la situation de la Guyane où la population est plus jeune et sa croissance nettement plus élevée en raison d'une fécondité forte et d'une immigration importante ».

En 2005, 32% des résidents de Guyane étaient nés

à l'étranger, et parmi ces derniers, 12% habitaient dans le département depuis moins de cinq ans.

L'Ined relève qu'aux Antilles comme à La Réunion, les migrations ont été à peu près équilibrées entre les entrées et les sorties au cours des dernières décennies, mais qu'elles ont exercé une influence sur la structure de la population.

Le départ des jeunes adultes a été contrebalancé par l'arrivée de nouveaux immigrants et le retour de "natifs d'âge mur" des trois DOM, ou de retraités.

La démographie des DOM, qui comptaient 1.786.384 habitants au 1^{er} janvier 2006, se caractérise par une croissance de la population plus rapide en Guyane et à La Réunion (4% et 1,7% par an respectivement au cours de la période 1999-2006, contre 0,5% en Guadeloupe et 0,6% en Martinique, 0,7% en métropole).

La fécondité est encore forte et relativement précocée : 3,5 enfants par femme en 2006 en Guyane, 2,3 et 2,4 enfants en Guadeloupe et à La Réunion, 2,0 en Martinique (2,0 en métropole).

Une naissance sur six chez des mères de moins de 20 ans est enregistrée dans les DOM, alors que ceux-ci ne représentent tous âges confondus qu'une naissance sur vingt-cinq.

Un ménage sur cinq en 2006 était monoparental contre moins d'un ménage sur dix dans les autres régions françaises.

L'espérance de vie à la naissance rattrape celle de la métropole : il n'y a quasiment plus d'écart en Martinique et Guadeloupe, tandis qu'il se réduit sans cesse avec la Guyane et La Réunion.

source AFP

Services à la personne : repli aussi chez les particuliers employeurs en 2008

Plus de 2,8 millions de particuliers (+2,5%) ont employé un salarié en 2008, un nombre en progression ralentie comparé aux années précédentes sous l'effet notamment d'une « conjoncture morose », selon une étude publiée vendredi par l'Acoss, la "banque" de la Sécu.

Fin 2008, près de 2,1 millions de particuliers ont employé des salariés à domicile. « Après 15 années de forte croissance (+8% en moyenne annuelle), leur progression fléchit fortement (+1,9%) », observe l'Acoss, qui fédère les Urssaf chargées de collecter les cotisations sociales.

Il y a eu un "freinage" de l'emploi à domicile hors garde d'enfants (+1,6% après +4,3%), comme le ménage, le jardinage ou l'aide aux personnes âgées. En revanche, le nombre d'employeurs de garde d'enfants à domicile a continué de croître fortement (+7,5% après +6,4%) et celui d'employeurs recourant à une assistante maternelle (hors domicile) est resté important (+4,4% après +4,7%).

La hausse des employeurs à domicile est restée soutenue par l'essor du Chèque emploi service universel (Cesu). Ce dispositif simplifiant les démarches administratives a été utilisé par 5,5% d'employeurs de plus, hausse « élevée bien que nettement plus faible que les années précédentes », note l'Acoss.

Au total, 608 millions d'heures (+1,2% en un an) et plus de 5 milliards d'euros de masse salariale nette

(+5,4%) ont été déclarés par des particuliers employeurs à domicile en 2008.

Au quatrième trimestre 2008, 762.000 et 64.500 salariés ont été déclarés respectivement au titre du Cesu et au titre de la Paje ou de l'Agéd, deux dispositifs réservés à la garde de jeunes enfants à domicile. Et 291.500 assistantes maternelles ont été rémunérées via la Paje.

Les salariés du Cesu ont touché en 2008 un salaire mensuel moyen de 368 euros, les gardes d'enfant à domicile de 617 euros et les assistantes maternelles de 802 euros.

Plus de 80% des employeurs ont bénéficié fin 2008 d'un allègement de cotisations de Sécurité sociale, le dispositif le plus utilisé restant l'exonération "plus de 70 ans" en raison de la moyenne d'âge élevée des particuliers employeurs.

Outre la "conjoncture morose" en 2008, le ralentissement de l'activité s'explique aussi par le recours accru à des entreprises ou associations intermédiaires qui « malgré une prestation plus onéreuse, permettent aux particuliers de se décharger des contraintes inhérentes au rôle d'employeur », selon l'Acoss.

Le nombre de prestataires agréés a crû de 12% en un an en 2008 et atteint 9.600 établissements et 8.700 entreprises, après "la forte impulsion" créée par l'instauration de l'exonération "services à la personne" en janvier 2006.

source AFP

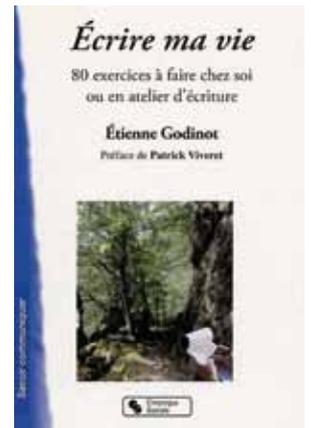
■ ÉCRIRE MA VIE

80 exercices à faire chez soi ou en atelier d'écriture - Étienne Godinot - Préface de Patrick Viveret

Créer du lien, faire mémoire, donner sens, ouvrir l'avenir : voici quatre bonnes raisons d'écrire des récits de sa vie ou le parcours de sa vie en y prenant plaisir. Mais les hésitations et réticences sont nombreuses : Saurai-je écrire ? Écrire quoi ? Pour qui ? Jusqu'où aller dans la transparence ? Par quoi commencer ? Comment m'y prendre ?

Cet ouvrage propose au lecteur 80 thèmes d'écriture de récits de sa propre vie, et même 120 si l'on prend en compte les variantes. Les exercices touchent à l'identité et à l'histoire de la personne, à des secteurs de sa vie (activité professionnelle, vie familiale, loisirs, engagements, etc.), à ses relations, à sa vie quotidienne. Ils aident chacun à mettre en valeur sa personnalité, ses réalisations, à goûter le moment présent et à chercher les moyens d'un mieux-être. Les exercices ne présupposent pas un bagage culturel ou littéraire. Ils peuvent être réalisés chez soi ou avec quelques amis, ou constituer un parcours dans le cadre d'un atelier d'écriture de vie organisé par une institution,

notamment dans les secteurs éducatif, culturel ou médico-social. Ce livre propose aux personnes et aux animateurs d'ateliers d'écriture de vie à la fois une démarche qui les incite et les aide à passer à l'action, et une "boîte à outils" d'exercices, d'outils et de lectures qui facilitent la mise en oeuvre de leur projet. Ce parcours d'écriture individuelle et collective célèbre la vie et génère une nouvelle qualité des relations humaines dans les familles, les groupes et les institutions.



Chronique Sociale coll. Savoir communiquer 136 p. - 12,90 €

■ DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

Rôles et exercice - Richard Vercauteren



Par "établissements pour personnes âgées", on entend ici les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad), les unités de soins de longue durée (USLD), les foyers-logements..., sous statut public ou privé.

On en compte aujourd'hui près de 10.000 qui hébergent 800.000 personnes. L'ouvrage s'adresse principalement à celles et ceux qui souhaitent un jour devenir directeur d'établissement pour personnes âgées.

Ils trouveront dans ces pages un panorama illustratif du positionnement du directeur d'établissement pour personnes âgées, destiné à se faire une idée assez précise, large et objective des rôles et de l'exercice de la fonction.

Ainsi, les finalités de ce livre sont claires : définir ce que pourrait être le directeur d'un établissement pour personnes âgées sur le plan des compétences techniques et humaines pour que le futur directeur sache ce qui l'attend. Mais si tous les directeurs en poste connaissent leur métier, ont défini

leurs fonctions, se situent dans leur statut, le contenu de l'ouvrage pourra les intéresser pour approfondir certains aspects, élargir leurs perspectives, voire émettre des critiques sur des positions qu'aurait pu prendre l'auteur.

Dans la première partie, Richard Vercauteren a structuré son exposé en quatre grandes dimensions : l'environnement du directeur, les fonctions de direction, les compétences requises, les formations nécessaires, chaque dimension faisant l'objet de développements détaillés et bien documentés. La seconde partie de l'ouvrage accueille les témoignages de quatre directrices et directeurs en poste, avec leur sensibilité et leur profil spécifique, des parcours et des expériences aussi variés que les établissements qu'ils dirigent.

Chacun exprime sa "différence" par l'évocation d'un point de vue certifié personnel mais toujours éclairant, sur les multiples facettes du métier de directeur d'établissement pour personnes âgées. Des ressources (tableau d'équivalence niveaux/années/diplômes, abréviations, définitions, sites Internet et adresses utiles, bibliographie) confèrent à l'ouvrage un caractère pratique qu'apprécieront également les DRH et élus territoriaux à la recherche de directeurs.

DOC éditions coll. Professionnels en Gériatrie - 142 p. - 19 €

■ VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ - Un combat pour demain

France Mourey, Pierre Ancet, Pierre Pfitzenmeyer, Noël-Jean Mazon - Préface de Robert Moulia

Vieillir dans la dignité, un combat, une revendication, une nécessité, un pari pour l'avenir. Certains diront qu'il s'agit d'une folie, que la vieillesse est nécessairement une déchéance, un naufrage, un rappel à l'homme de sa vraie nature...

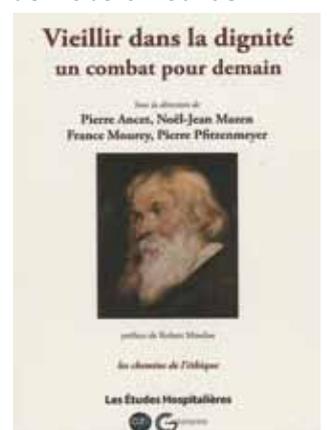
Nous devons imaginer la réalité de demain, dans cent ou deux cents ans, et faire le pari que la vieillesse y sera différente, plus douce, mieux reconnue. Mais nous devons aussi, dès aujourd'hui, engager le combat pour que vieillir soit dans un avenir proche un peu plus acceptable. Cela est possible car cette dignité que nous réclamons se bâtit aussi à force d'amour, de respect, de foi en l'homme.

Chacun a droit à une vieillesse digne, à ce morceau de vie où les souvenirs s'embellissent où « les traces enfouies dans le cerveau – disait Beaudelaire – dorment sous les autres légendes ».

Avec une espérance de vie quasiment multipliée par trois depuis deux siècles, l'homme est « condamné » à réorganiser sa vieillesse. L'essentiel est de conserver du lien social, de la chaleur humaine, de la liberté et même, pourquoi pas, la possibilité d'assumer encore le risque de la vie ! On verra

alors que c'est l'indignité, l'humiliation, la désespérance, le déracinement, l'enfermement qui sont réellement mortifères. Au contraire, le rire, l'affection, le respect et l'accompagnement sont sécurisants, porteurs de vie et d'harmonie.

Cet ouvrage se veut un livre-manifeste, qui réunit les contributions de spécialistes de différents domaines (médecins, soignants, psychologues, juristes, philosophes, sociologues...), unis par la conscience d'un nouveau défi de société. Nul ne peut désormais sous-estimer les conséquences du phénomène de vieillissement au plan social ni négliger le respect quotidien dû aux plus âgés, qui est aussi le respect de l'avenir de tous.



Les Études Hospitalières coll. Les chemins de l'éthique 328 p. - 34 €

PETIT LEXIQUE DE GÉRONTOLOGIE PRATIQUE

Épistome, ancien Professeur de Gériatrie, Paris

À première lecture, un texte d'humour peut être pris pour un texte d'humeur. Mais il arrive – c'est ce que nous avons tenté de faire – que derrière l'humour (et parfois l'humeur) se profilent de vrais problèmes. Dès lors des réflexions peuvent être amorçées, plus facilement qu'à partir d'un texte purement technique, administratif, médico-social, médical. C'est cela que nous souhaitons en écrivant cet "alphabet gérontologique". Au lecteur de dire si l'objectif a été atteint.

A LZHEIMER
Ne résume pas, n'en déplaise à certains, la Gériatrie.

H OSPICE
N'existe plus... sur le papier du moins.

N AISSANCE (ESPÉRANCE DE VIE À LA...)
Le désespoir de M^{mes} Bachelot et Lagarde.

T 2A
Invention qui permet de favoriser financièrement ceux qui font vite (et souvent mal ?) vis-à-vis de ceux qui font lentement (et souvent bien ?).

B OISSONS
En cas de manque, le vieillard trinque.

I NFIRMIÈRES
État de manque rendant "vieux" et gériatres très nerveux.

O NCOGÉRIATRIE
La toute dernière "spécialisation gériatrique". On souhaite que la prochaine soit la Gériatrie gériatrique.

U RGENCE GÉRIATRIQUE
Pléonasme.

C ANICULE
A fait découvrir à beaucoup de gens qu'il existait des personnes âgées en France. Plus qu'ils l'estimaient, mais près de 16.000 de moins qu'il n'y en avait réellement.

J URASSIQUES
Inférieur, moyen, supérieur, bref couches géologiques. Par extension, couches de médicaments sur trop d'ordonnances. Sur certaines, on trouve même du Trias, du Crétacé.

P MSI
Petit Mais Si Important ! (on aurait pu choisir PATHOS : difficile d'y couper !).

V ISITE
Activité ringarde remplacée de plus en plus par réunion.

D ÉSENCOMBREMENT
Pendant longtemps (et encore actuellement pour certains...) synonyme de maladie nécessitant pour un Spécialiste le recours au gériatre (grand S et petit g...).

K HI 2
Plus important à maîtriser que la sémiologie pour devenir professeur, y compris en gériatrie.

Q UATRE-VINGT ANS ET AU-DELÀ
Certains publicateurs préfèrent prendre 60 comme limite basse de la gériatrie, pour augmenter la taille des cohortes et avoir un meilleur "impact factor".

W ALKING AND TALKING
Après avoir examiné un patient, technique consistant à expliquer à celui-ci et à son entourage qu'il faut aller en marchant vite parler au coordonnateur de l'EHPAD voisin pour y avoir une place.

E QUIPE MOBILE
Tout dépend en fait de son équipement et de sa vitesse d'intervention.

L ONG SÉJOUR
Encore appelé SLD (sans limitation de durée ?), c'est un cul-de-sac. Il est plus facile d'en "sortir" que d'y entrer. Il arrive que de jeunes Professeurs y casent leurs vieux Maîtres, une fois promus par eux.

R ÉSEAU
Avant 2005 (environ), un carnet d'adresses + un téléphone + des gens motivés, bénévoles dans cette activité. Après 2005 (environ), usine à gaz au prix du gaz.

X = ANONYMAT
Ne dites pas à mes proches que je suis gériatre : ils croient que je suis interniste (ne pas confondre avec polytechnicien).

F AUSSE ROUTE
Situation parfois imprévisible, dure à avaler par l'entourage familial.

M MS
À cause de lui, à force de le faire, certains gériatres sont devenus allergiques au citron, perdent leurs dés et même ne jouent plus au ballon avec leurs enfants.

S SR
Séjour moyen, n'ayant pas toujours les moyens permettant de diminuer sa durée moyenne de séjour.

Y OYO
Jeu très pratiqué qui consiste à faire sortir très/trop vite de l'hôpital un "vieillard" pour le reprendre quelques jours plus tard et ainsi de suite.

G ESTIONNAIRE DE CAS
Care giver, pas Mac Gyver. En fait, il faudrait un mélange des deux.

Z ÉRO
Durée moyenne de séjour idéale.

Etablissements Médico-sociaux ! L'externalisation de la fonction linge est la solution : Choisissez un vrai professionnel.

- Pas d'investissement linge à la mise en service et au cours de la prestation
- Une prestation personnalisée suivi par un collaborateur dédié à l'établissement
- Des garanties de qualité : Certification ISO 9001 et Attestation de conformité à la RABC délivrées par le Bureau Veritas
- Un engagement budgétaire respecté
- Avec Internet et votre Espace Client, vous suivrez en temps réel votre prestation : demandes, commandes et analyse des consommations.



Un « éco-service » de
proximité au coeur du
Développement
Durable

Initial BTB SA
145, rue de Billancourt
92100 Boulogne-Billancourt
Tél. : **01.47.12.34.00**
contact-sante@initial-services.fr

BUDGET DE LA CNSA : L'ÉTAT ORGANISE LE DÉTOURNEMENT DES CRÉDITS DU LUNDI DE PENTECOTE POUR 2010 ET 2011 - 18 novembre

Le Conseil de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) se réunissait ce mardi pour examiner son budget.

En lien avec l'ensemble des représentants des personnes âgées, personnes handicapées et professionnels, P. CHAMPVERT, qui siège au nom de l'AD-PA a vivement dénoncé les nouveaux détournements de crédits (notamment issus de la suppression du jour férié) opérés par l'Etat au détriment de la Caisse.

Lors du Conseil de Mars, l'Etat avait refusé que la Caisse dépense tous ses crédits pour combler une part de ses déficits et financer l'Assurance Maladie, alors que les besoins des personnes âgées fragilisées restent largement non couverts.

Cette année le détournement direct sera de plus de 200 millions d'euros. Pire que cela l'Etat organise les détournements à venir à hauteur de 307 millions d'euros entraînant des conséquences importantes sur :

- les difficultés pour les départements de verser l'Allocation Personnalisée d'autonomie ;
- le risque de suppression d'emplois dans les établissements dont les budgets seront moins revalorisés que la hausse des salaires et des prix, et dans les services à domicile dont certains sont menacés de cessation d'activité ;
- et donc au total une diminution de l'aide aux personnes âgées fragilisées.

LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE : L'AD-PA APPROUVE NORA BERRA ET FAIT DES PROPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES - 3 décembre

L'AD-PA soutient la Secrétaire d'Etat aux Aînés dans sa détermination pour fermer les établissements qui dysfonctionnent, car seule une volonté forte de l'Etat peut mettre hors d'état de nuire ceux qui maltraitent des personnes fragiles et injurient toute une profession.

Au-delà, l'AD-PA propose de :

- réorganiser énergiquement les systèmes des contrôles pour les concentrer sur les établissements suspects en mettant fin aux vérifications

tatillonnes dans les établissements qui fonctionnent bien pour tenter de diminuer leurs budgets ;

- étendre les contrôles à l'aide aux personnes âgées à domicile ; en effet, l'AD-PA ne peut accepter que l'Etat favorise l'installation de nouvelles structures sans jamais évaluer leur activité ;

- créer des Commissions départementales de transparence, composées de personnes âgées, familles, consommateurs et professionnels de-

vant lesquelles les Pouvoirs Publics doivent faire le bilan des actions entreprises à l'encontre des établissements et services à domicile qui dysfonctionnent ;

- développer une vraie politique de bientraitance : il faut pour cela que les Pouvoirs Publics augmentent le nombre de professionnels auprès des personnes âgées fragilisées à domicile comme en établissement.

VACCINATION ANTI-GRIPPE : L'AD-PA A ÉTÉ ENTENDUE - 14 décembre

L'AD-PA avait écrit aux Ministres concernés pour leur proposer que les personnels des établissements et services de soins infirmiers à domicile soient vaccinés sur leur lieu de travail comme leurs collègues des hôpitaux.

Le Cabinet de Nora Berra vient d'annoncer que cette proposition a été retenue.

L'AD-PA s'en réjouit car cela permettra que ces professionnels, considérés comme prioritaires, n'attendent pas

dans les centres et soient plus enclins à se faire vacciner.

Parallèlement, cette décision contribuera à réduire l'affluence dans les lieux de vaccination grand public.

LUNDI DE PENTECÔTE : CRÉATION D'UNE MISSION PARLEMENTAIRE - 16 décembre

L'AD-PA a régulièrement dénoncé l'utilisation faite des crédits issus du Jour férié supprimé ; elle est donc ravie de la création d'une mission parlementaire sur ce sujet, présidée par Laurence Dumont, Députée PS du Calvados et dont la rapporteure sera

Bérandère Poletti, Députée UMP des Ardennes.

L'AD-PA espère que les Parlementaires, après avoir étudié la question, feront des propositions pour que l'ensemble des crédits siphonnés soient

restitués à l'aide aux personnes âgées et que des mécanismes nouveaux soient mis en place pour que l'intégralité des crédits votés à l'avenir par le Parlement pour l'aide à nos aînés arrive bien à leur but.

