

# **CODERPA 77**

## **CAHIER N°23**

### **AUTOMNE 2004 INFORMATIONS SEMESTRIELLES**

#### **SOMMAIRE**

- Vie du CODERPA,  
compte-rendu des commissions  
programme de la journée du CODERPA le 23 novembre**
- **Editorial de Monsieur EBLE , Président du Conseil Général**
  
  - **Informations générales**
    - . **l'APA en chiffres**
    - . **Comité National de vigilance contre la Maltraitance des personnes âgées**
    - . **le statut de la personne âgée dans la société**
    - . **Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap**
    - . **Compte-rendu de la journée organisée par l'A.R.H.I.F.**
    - . **Un environnement affectif protège contre la démence**
    - . **L'Europe des seniors en chiffres**
    - . **Notre santé**
    - . **Soyons poètes**
    - . **Pour dissiper les brumes de la mélancolie**

**COMMISSION “BIEN PREPARER ET VIVRE SA RETRAITE”**  
**PRESIDENT JACQUES HERPE**

**I. Les Transports des personnes âgées en Seine-et-Marne**

Depuis une année, la commission a entrepris une étude sur les transports des personnes âgées en Seine-et-Marne (existants - besoin - comparaison)

Une première ébauche, avec transparents, a été présentée lors de la journée d'information des futurs retraités le 21 avril 2004 à Charny et a été très appréciée par les participants. Des compléments de toute origine ont été apportés depuis.

Le sujet sera traité conjointement par la commission (M. SCHAUB) et Madame VAILLOT, Directeur des transports au Conseil général, lors de la journée du CODERPA le 23/11/2004.

**II - Journée pour les futurs retraités**

Comme les autres années, une telle journée est envisagée en 2005 (avril) à Vert-St-Denis au profit des communes de Cesson et Vert-St-Denis.

Contacts préliminaires en cours avec la mairie concernée et les intervenants (AG2R - CNAV - MSA- ARRCO - PACT ARIM).

**COMMISSION “ENVIRONNEMENT ET DEPENDANCE”**  
**PRESIDENT : HENRI RENARD**

La commission se réunit 4 fois par semestre. Elle regroupe essentiellement des représentants des Retraités et Personnes âgées, des Associations et Services de soins et d'aide à domicile, des Maisons de retraite et des 4 CLIC existant en Seine-et-Marne. La moyenne du nombre de participants est de 12.

La réflexion s'enracine dans les vécus et expériences professionnelles des présents.

La commission a d'abord travaillé, cette année, sur la préparation du futur Schéma Gérontologique Départemental qui devrait être prochainement mis en chantier par le Conseil général. Un document résumant ses propositions a été soumis au Bureau du CODERPA. Adopté par celui-ci, il sera une des bases d'intervention des membres du CODERPA qui nous l'espérons, seront associés à l'élaboration de ce futur schéma.

L'autre axe de travail de la commission est la mise à jour et la réalisation d'un nouveau fascicule “Comment choisir sa maison de retraite” destiné à toutes celles et à tous ceux qui sont concernés par cette question.

Au-delà de ces 2 thèmes, la commission suit attentivement les problèmes d'actualité afin de participer, dans la mesure de ses moyens, aux efforts développés pour répondre aux besoins exprimés par les personnes âgées, notamment celles qui sont frappées par la perte de leur autonomie.

**COMMISSION "COMMUNICATION ET INFORMATION"**  
**PRESIDENT JEAN-LOUIS BIZOUARD**

Après la trêve estivale, la commission a repris le rythme de ses réunions mensuelles. Il est impératif de préparer la sortie du "Cahier du CODERPA" du second semestre de l'année qui, en plus des articles habituels, devra annoncer la journée du CODERPA prévue pour le mardi 23 novembre 2004.

La recherche de rédacteurs compétents pour le journal est toujours aussi délicate, peut être par manque d'audace des intéressés. Malgré ce handicap, nous arrivons à proposer à nos lecteurs un document semestriel intéressant et souvent au cœur de l'actualité.

La communication au 21<sup>ème</sup> siècle, c'est de plus en plus, INTERNET. Aussi, la commission envisage-t-elle de se pencher sur ce problème.

**Un programme d'action autour d'Internet pour développer les liens intergénérationnels**

Ce projet, si les responsables du CODERPA en sont d'accord, pourra être la ligne directrice des travaux de notre commission pour les années à venir. Il nous faudra trouver des partenaires, car ce programme ambitieux ne peut se faire sans soutien. Mais nous sommes persuadés que les seniors, qui n'ont pas eu à utiliser les ordinateurs durant leur activité professionnelle, sont, pour la plupart, prêts à se lancer dans cette direction à condition d'être aidés et soutenus.

Comme c'est un travail de longue haleine, nous en reparlerons.

**LA CONFERENCE REGIONALE DES RETRAITES**  
**ET DES PERSONNES AGEES D'ILE-DE-FRANCE**

A retenir : La journée d'étude de la CODERPA

Se tiendra le 30 novembre 2004 et concernera :

- d'une part, l'examen de questions se rapportant à l'urbanisme, le logement, les transports et l'environnement pour dégager les conditions du Maintien à domicile.
- d'autre part, l'analyse de thèmes relatifs à la Santé et l'Hospitalisation.



## **EDITORIAL DE MONSIEUR LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL**

Mesdames, Messieurs, chers Amis,

Permettez moi en premier lieu de vous remercier pour m'avoir ouvert les pages de votre journal: j'accorde beaucoup d'importance au dialogue et à l'échange, et je vous suis reconnaissant de m'en donner ici l'opportunité.

L'âge de la retraite est un âge important. C'est celui de la disponibilité, pour soi mais aussi pour les autres, celui d'une nouvelle façon de recevoir mais aussi de donner.

Comme chaque âge de la vie, il appelle de la puissance publique un certain nombre de services adaptés, qu'il s'agisse des transports, des loisirs, de la vie quotidienne. La nouvelle étape franchie par la décentralisation nous donne, nous élus du Conseil Général, la responsabilité d'apporter ces services.

Vous le savez, les élections de mars dernier ont conduit à la tête du Département une nouvelle majorité. Elle a placé les Solidarités au centre de son action. Elle a à coeur de permettre aux retraités et personnes âgées de profiter pleinement de leur bel âge, et d'en faire profiter les générations suivantes.

Pour cela, nous avons d'ores et déjà entrepris des mesures urgentes. Il nous a ainsi semblé fondamental, en juin dernier, de prendre à notre charge les surcoûts engendrés par la hausse des salaires des aides à domicile, afin qu'ils ne reposent pas sur les bénéficiaires.

Plus globalement, mon équipe et moi même allons mettre en chantier, comme nous nous y étions engagés, un schéma départemental des personnes âgées. En prévoyant l'ensemble des services nécessaires à nos aînés, et en coordonnant toutes les forces qui y participent, ce schéma sera pour nous un instrument puissant pour garantir à chacun, sur tout le territoire et dans les mêmes conditions, l'accès aux services et prestations adaptés.

La loi confie à brève échéance au Conseil Général le soin d'animer le CODERPA. Je tiens à vous faire part de mon état d'esprit à cet égard. Je me réjouis sincèrement de cette occasion nouvelle de rapprocher les personnes âgées des élus. Mon équipe et moi même avons la ferme intention de faire vivre le CODERPA comme un lien fort avec vous tous. Il doit être l'outil d'une concertation sincère et régulière, permettant à chacun des élus de nos cantons d'être à votre écoute. Je m'engage en ce sens, mais je compte aussi sur votre participation active.

Confiant dans notre capacité d'oeuvrer de concert en faveur des personnes âgées et retraitées, je vous adresse à tous, Mesdames, Messieurs, chers amis, le témoignage de mon attention la plus sincère.

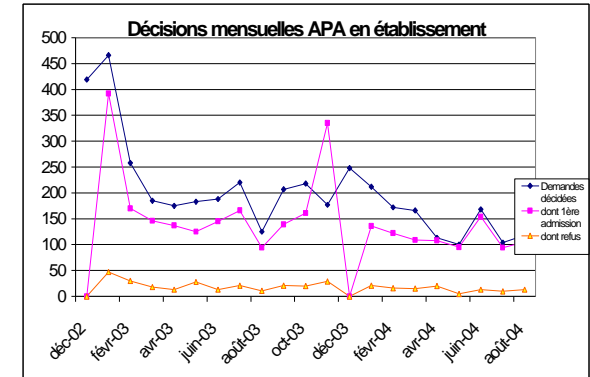
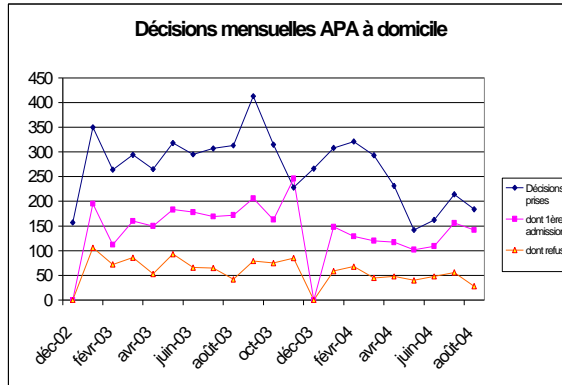
Vincent EBLE,

Président du Conseil Général  
de Seine-et-Marne

## TABLEAU DE BORD DE L'APA

### CHIFFRES AIMABLEMENT COMMUNIQUES PAR LA DASSMA

Les graphiques ci-dessous montrent le nombre de décisions prises mensuellement par la DASSMA (ces décisions concernent non seulement les 1ères demandes d'admission avec les éventuels refus, mais aussi les demandes de changements de GIR). On constate une tendance à la baisse des demandes d'APA, ce qui est logique puisque le système arrive en régime de croisière. En gros, 9 sur 10 des demandes d'APA en établissement sont satisfaites contre 2 sur 3 à domicile.

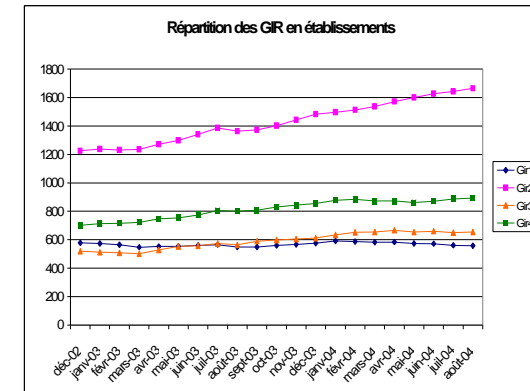
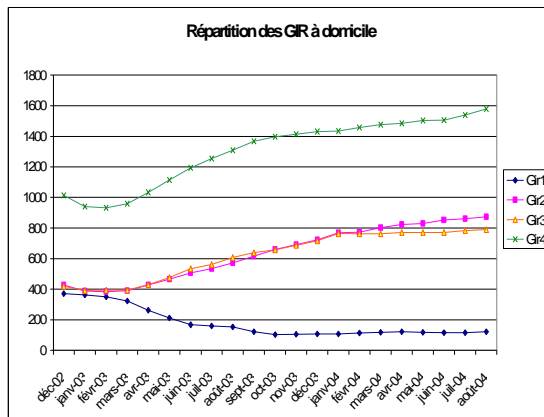


Les graphiques ci dessus montrent l'évolution de la répartition des GIR

- à domicile,
- en établissement.

A domicile, il y a à peu près le même nombre de GIR2 que de GIR3 ; les GIR4 sont les plus nombreux, deux fois plus que les GIR2 ou les GIR3. On voit la régression du nombre de GIR1 : 121 en août 2004, contre 160 en juillet 2003 et 371 en décembre 2002 et au contraire la stabilité en établissement (entre 548 et 578)

En établissement, les GIR2, sont les plus nombreux suivis des GIR4 qui sont 2 fois moins nombreux, les GIR1 et 3 en nombre assez voisin représentant chacun un sixième du total.



# Comité national de vigilance contre La Maltraitance des personnes âgées

La maltraitance des personnes âgées est aujourd'hui une réalité. Selon les différentes études, environ 5% des personnes âgées de plus de 65 ans sont victimes de maltraitance ; ce chiffre est supérieur à 15% pour les personnes de plus de 75 ans. Cette situation n'est pas acceptable, une politique volontariste s'impose.

Monsieur Hubert FALCO, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, a procédé, le 19 novembre 2002, à l'installation du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. Le secrétaire d'Etat a déclaré que la violence infligée aux personnes de plus de 60 ans était une cause nationale.

Statistiques 2001 communiquées ALMA (Allo Maltraitance) :

A domicile, les maltraitements sont pour :

- 29% d'ordre psychologique ;
- 21% d'ordre financier ;
- 15% des maltraitements physiques, des maltraitements par omission ou par négligence.

En établissement, les maltraitements sont pour :

- 48% des maltraitements par omission ou par négligence ;
- 14% d'ordre psychologique ;
- 6% d'ordre financier.

A domicile comme en institution, les maltraitements médicaux et civiques restent moins fréquentes.

La maltraitance des personnes âgées reste encore trop souvent un sujet tabou, une

réalité qu'on refuse de voir en face ou de dénoncer.

Le Comité de vigilance aura pour mission de concourir à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

Ce comité est une instance consultative. Il comprend 27 membres venant des horizons professionnels ou associatifs :

- des représentants des personnes âgées, issus notamment du C.N.R.P.A. (Comité National des Retraités et Personnes Agées) et/ou de l'association France Alzheimer
- des représentants des associations
- des professionnels de santé
- des représentants des fédérations d'établissements
- des représentants des services d'aides à domicile
- des représentants des services déconcentrés de l'Etat
- des membres d'associations de lutte contre la maltraitance ; notamment le réseau de l'ALMA, pionnier dans la lutte contre la maltraitance en France
- des experts désignés.

Ainsi, ce comité est composé de personnes qui auront la charge de faire remonter les problèmes rencontrés sur le terrain

Le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées a huit objectifs :

- Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir

- Sensibiliser la population au phénomène de maltraitance des personnes âgées et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale

- Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées

- Mettre en place un dispositif de gestion des risques de maltraitance, cette démarche devant s'envisager comme un processus continu, coordonné et intégré au fonctionnement des institutions et des services, permettant ainsi de faciliter le repérage des situations à risques : outils d'information, de détection, de formation des acteurs, des personnels

- Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées.

- Améliorer les procédures de traitement des signalements
- Renforcer le dispositif de contrôle et d'inspection des établissements

- Organiser le suivi de la mise en œuvre de cette politique et son évaluation.

L'atteinte des objectifs ne pourra se faire sans une volonté conjointe des différents partenaires. Le travail qui pourra être accompli au sein du Comité national de vigilance devrait constituer un formidable atout pour y parvenir.

Monsieur Hubert FALCO, secrétaire d'Etat aux personnes âgées conclut son intervention en affirmant :

***La société doit être solidaire de ses aînés les plus fragiles, être garante de leur droit à la dignité.***

***Prévenir et lutter contre la maltraitance constitue une cause nationale, une cause qui demande du courage***

***Je souhaite donner le signal fort d'un Etat qui prend ses responsabilités.***

Le ministère délégué aux personnes âgées (Hubert Falco ministre) propose un site web depuis fin septembre : [www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)

Ce site donne accès à des informations pratiques (numéros de téléphone, adresses, droits et démarches, sites locaux...). Il est également un « relais de la politique gouvernementale en faveur des personnes âgées » (Communiqués, rapports publics...).

A son ouverture, sont mis en évidence la maladie d'Alzheimer, l'APA et le vaccin contre la grippe.

# LE STATUT DE LA PERSONNE AGÉE DANS LA SOCIÉTÉ

## Vocabulaire

### - Personne âgée ?

Nous sommes tous âgés de ... .x ans

Autrefois on disait « vieux »

Quelquefois « anciens »

On essaie « seniors »

On dit aussi « 3ème âge »

A quel âge est-on « Personne Agée » ?

Quand on prend sa retraite ?

Rien de commun entre un « jeune » retraité de 55 ans et un vieillard de 96 ans.

Actuellement les études de besoins des Personnes Agées parlent de 70-75 ans.

75 ans étant « l'âge à partir duquel il est considéré que les risques tendent à s'accroître de manière significative »

### - Gérontologie

Etude de la vieillesse.

### - Gériatrie

Médecine de la vieillesse.

## Statut

### 1er sens

« ensemble de textes qui règlent la situation d'un groupe de personnes »

exemple: statut des fonctionnaires

statut d'étudiants

### 2<sup>ème</sup> sens :

Situation, de fait, dans la société, comment on est vu.

Les stars ont un statut privilégié.

## I Quelques constats

### Des chiffres : en France

### Allongement de l'espérance de vie

- Espérance de vie à la naissance : durée moyenne de vie qu'on peut espérer.

- (notre époque, 2 révolutions : les techniques de communication

- l'allongement de la vie)

Depuis 50 ans l'espérance de vie a augmenté de 13 ans pour les femmes, 11 ans pour les hommes.

Espérance de vie à la naissance

En 1946 69,2 ans pour une femme - 63 ans pour un homme

En 1998 82,5 ans 74,2

- Espérance de vie à 60 ans (moyenne de durée restant à vivre). En 20 ans, elle a augmenté de plus de 3 ans

En 1977 22 ans pour une femme — 20 ans pour un homme

1997 25ans -20

Aujourd'hui une fille sur deux qui naît deviendra centenaire.

### **Nombre de Personnes âgées dans l'ensemble de la population**

En 1901 les plus de 60 ans représentaient 12,7%

1946 = = — 16%

1995 19,9% (1/5)

Projection 2020 27%

### **Etat de santé**

#### **On vit plus longtemps et on vit mieux plus longtemps**

Causes : progrès de la médecine

- vaccinations
- antibiotiques
- techniques opératoires...

- la Sécurité Sociale
- on peut se soigner

l'élévation du niveau de vie, des conditions de vie

- alimentation
- hygiène - logement
- sport
- loisirs

l'organisation du travail

- repos hebdomadaire, congés annuels,
- limitation de la durée du travail
- tous les acquis du mouvement ouvrier (comités d'hygiène et sécurité...)

La vieillesse n'est pas une maladie.

L'état de santé d'une Personne Agée est le résultat de toute sa vie :

- un accident aura laissé des séquelles,
- fumer avant 20 ans... cancer du poumon à 50 ou 60
- une hypertension mal soignée provoque à la longue un accident cardio-vasculaire etc.

Beaucoup de Personnes Agées ont plusieurs pathologies. Avec l'allongement de la vie le nombre de Personnes Agées en perte d'autonomie augmente. On l'estime à 800 000 actuellement en France.  
Ce sont pour ceux là que se posent les problèmes.

### **Les revenus des Personnes Agées**

C'est l'ensemble de :

- la retraite de base
- la ou les retraites complémentaires
- le patrimoine (maison — œuvres d'art)
- les revenus financiers

Si on parle de moyenne, les revenus des personnes âgées sont équivalents à ceux des actifs.

Mais il existe une très grande disparité, plus grande que chez les actifs. C'est le patrimoine qui fait la différence.

Aujourd'hui, retraite n'est plus synonyme de pauvreté. C'est récent.  
Aujourd'hui toute personne âgée touche une retraite (et ou) un fonds de solidarité.

On dit «les retraités, des nantis », non mais une situation non précaire.

### **II Le statut de la Personne Agée**

Ou plutôt la place de la Personne Agée dans la société. Importance du regard de l'autre. La Personne Agée, pas belle, pas performante, d'où rejet.  
Comment est vécue la mise à la retraite ? Exclusion ? Retraite : retrait, repos ? ou nouvelle vie, nouvelles possibilités ? retraite active ?

### **Evolution de la vision de la retraite**

Se traduit par l'évolution du cadeau de départ :

Il y a 45 ans un fauteuil

30ans un vélo

20 ans un magnétoscope

Aujourd'hui un caméscope, un voyage.

On est passé d'une vision de retraité : repos (fauteuil) à une vision plus dynamique : voyage.

L'explosion de la démographie oblige à repenser la place des Personnes Agées dans la société et leur rôle.

## 1) rôle économique

Très important

- les personnes âgées, des consommateurs réguliers. Evolution récente des modes de consommation : voyages, loisirs (sorties de clubs), alimentation, restaurant, vêtements, coiffeur, dépenses de santé...
- Les personnes âgées aident financièrement leurs enfants et petits-enfants :  
pour des achats importants pour le logement... pour la garde des enfants.

Les transferts allant des Personnes âgées vers les enfants et petits enfants sont estimés à 40 milliards. C'est un phénomène récent.

Autrefois les transferts allaient des enfants aux parents âgés.

Aujourd'hui, les plus pauvres se trouvent chez les moins de 25 ans. Certains n'ont aucune ressource, et pas de parents qui puissent les aider.

## 2) rôle social et solidarité

### Solidarité familiale

Rôle important des grands-parents

- mercredi
- vacances : Actuellement 5 coupures dans l'année scolaire
- enfant malade : la crèche ne le prend pas. Les grands-parents assurent.

Les 55-70 ans, génération pivot :

Enfants à aider, Parents âgés à soutenir.

### Vie associative

39% des plus de 60 ans y participent.

Beaucoup de Personnes âgées animent des associations :

- sportives : clubs cyclistes, gym, etc.
- loisirs : clubs de bridge, randonnées..., collectionneurs
- culture : cercles généalogiques...
- de solidarité : resto du cœur, secours populaire, secours catholique, aide aux devoirs, aide aux chômeurs pour les aider à faire un curriculum vitae, recherche d'emploi, préparer un entretien
- participation aux ONG de développement des Tiers Mondes.
- Associations diverses de retraités
- Clubs du 3ème âge : rompre l'isolement.

### Vie citoyenne

C'est à dire participer à la vie de la cité :

- participation aux élections. Les personnes âgées votent plus que les jeunes,
- dans la vie politique, on trouve plus de personnes âgées que d'adultes jeunes,
- ¼ des maires de France sont des retraités,
- les personnes âgées peuvent participer en tant qu'usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux, dans les centres communaux d'action sociale...

## Ce qui guette la Personne qui vieillit

- C'est l'isolement, la solitude, parfois géographiquement, parce qu'elle ne peut plus se déplacer, parce que les proches ont disparu, ses enfants sont éloignés. Parfois abandonnée réellement.
- C'est la perte d'autonomie, on ne peut plus se déplacer, ni faire les gestes de la vie quotidienne.

## La politique de maintien à domicile

Depuis une quarantaine d'années des associations se sont créées pour aider les personnes âgées à domicile. Les pouvoirs publics ont recherché des solutions. Aujourd'hui tout un arsenal existe pour permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible ; services d'aide à domicile, de soins infirmiers à domicile, téléalarme, portage de repas etc.

## III Le statut de la Personne âgée en établissement

- à l'hôpital
- en maison de retraite

Ceux que vous rencontrez, que vous rencontrerez, ce sont les plus âgés, grands vieillards les plus touchés par la maladie et/ou la dépendance.

### A l'hôpital

30 à 50% de la population sont des personnes âgées de plus de 70 ans. Or il n'existait, jusqu'à ce jour, aucune politique gériatrique. Les services dits actifs s'estiment « encombrés » par une Personne Agée. C'est en train de changer.

### En maison de retraite

On entre de plus en plus tard.

A la maison de retraite des PTT, la moyenne d'âge est de 89 ans. Sur 80 résidents, il y a 4 centenaires...

Une attitude courante en maison de retraite, c'est :

- l'infantilisation, l'uniformisation. On ignore ce qu'a été la personne. On oublie ce qu'elle est encore, riche de son passé : Chaque personne âgée est une histoire
- un statut d'irresponsable. Réclame de certaines maisons de retraite «Ne vous souciez de rien ... nous vous assurons confort et sécurité ». Atroce : la vie, ce n'est pas être responsable de rien : Vivre, c'est être responsable de sa vie.

Pour « exister » il faut

- être reconnu dans ce qu'on est : dans ses désirs, dans ses difficultés et besoins.
- pouvoir faire des choix
- pouvoir participer aux décisions à l'organisation de la vie.

Depuis une trentaine d'années on réagit. Les maisons de retraite s'améliorent, certaines ayant vraiment le souci que les résidents soient considérés comme des personnes à part entière:

- à l'entrée signature d'un contrat de séjour
- des conseils d'établissement où les résidents sont représentés
- charte de la Personne Agée dépendante

Des points forts sont rappelés

- respect de la dignité de la personne
- liberté de choix de son mode de vie
- accès aux soins sans discrimination par l'âge
- protection juridique si besoin
- respect de fin de vie

Chaque Personne Agée, quel que soit le cadre où elle vit doit pouvoir continuer à exercer ses droits, ses devoirs et ses libertés de citoyen.

\*\*\*\*\*

### **Pour vous faciliter l'impôt**

- 1 Vous pensez que votre situation fiscale (problème de déclaration, de calcul ou de paiement de votre impôt) n'a pas été appréciée correctement.

Vous en avez fait part au service qui s'occupe de votre dossier, mais vous n'avez pas obtenu satisfaction.

- 2 Vous n'êtes pas satisfait de la qualité du service qui vous est rendu par les services fiscaux ou le Trésor Public.

**Si vous êtes dans l'un de ces 2 cas, vous pouvez vous adresser au conciliateur de votre département :**

**CONCILIATEUR FISCAL DEPARTEMENTAL  
BP 11930  
77019 MELUN CEDEX  
conciliateurfiscal77@finances.gouv.fr**

Il examinera votre demande et vous informera directement de sa décision.

## ***Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap***

### **Présentation de l'avis du Conseil Economique et Social**

**Maurice BONNET** \* C'est avec une certaine d'émotion que je retrouve celles et ceux avec qui j'ai déjà mené tant de combats. Pendant treize ans, ayant été responsable de cette structure, ayant peut-être fait avancer certaines choses, d'autres sont restées bloquées, je suis là, avec vous, pour continuer ce combat.

Ce rapport que j'ai la charge de vous présenter, n'est pas venu comme cela sur la table du Conseil Economique par un coup de baguette magique. Je tiens à dire qu'il n'est quand même que la suite d'un travail qui avait été initié par le CNRPA, lorsqu'en 1997 et 1998, nous avons, avec une vingtaine d'organisations du secteur médico-social touchant aux problèmes de la vieillesse, et pour certains aux problèmes du handicap, élaboré ce que nous avons appelé " Le Livre Noir" et pour lequel Jacques BARROT, alors ministre, m'avait dit, " il faut le faire un peu gris, mais pas trop noir ". Nous l'avons fait suivre du Livre Blanc où, dès ce moment-là, nous nous prononcions pour la prise en charge d'un nouveau risque dans le cadre de la sécurité sociale.

L'année européenne des handicapés avait conduit le Premier ministre à saisir le Conseil Economique et Social sur le sujet très important de l'insertion professionnelle des adultes en situation de handicap. J'étais fort surpris que, dans le cadre de cette réflexion de l'année européenne, le Premier ministre ne saisisse pas le Conseil Economique pour une autre saisine touchant au problème du handicap. La section des affaires sociales, présidée par Paulette HOFFMANN a bien voulu se faire l'interprète de notre section et le bureau du Conseil Economique et Social, le 8 juillet 2003, acceptait qu'il y ait un rapport, suivi d'un avis avec préconisation, *pour la prise en charge collective des personnes en situation de handicap, quel que soit l'âge.*

Notre travail aurait été bien plus facile s'il n'y

avait pas eu cet événement terrible du mois d'août dernier, et je crois que la moindre des choses, c'est que nous ayons une pensée pour nos frères et sœurs dans l'âge qui sont restés dans cette période, qui a conduit ce gouvernement à précipiter et lancer cette Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ceci, il faut le dire, a perturbé un peu le débat dans la mesure où nous avons pu, progressivement, établir des rapports avec ce que l'on appelle traditionnellement le secteur du handicap, c'est-à-dire les grandes organisations qui, depuis tant d'années, portent le souci de celles et ceux qui sont cabossés, cabossés à la naissance, cabossés au travail, cabossés sur la route, cabossés en montagne et cabossés par le vieillissement. Toutes ces personnes-là se retrouvaient depuis quelque temps, échangeaient pour dire qu'effectivement, il faudrait peut-être faire quelque chose ensemble sur ce problème.

Et faire quelque chose ensemble, ce serait le véritable intergénérationnel, pas seulement celui des discours, mais celui de la réalité des choses qui fait que ce n'est pas parce que je suis âgé que je suis obligé de marcher tout doucement pour traverser la rue parce que le feu vert ne dure pas assez longtemps et que je n'arrive pas à passer, pas plus que le handicapé avec sa voiture ou d'autres. Et que nous avons, les uns et les autres, des problèmes qui sont communs, des difficultés qui sont communes, mais pour lesquelles jusqu'à ce jour, notre société a toujours regardé cela comme une affaire qui n'était pas sociétale, mais qui relevait seulement de l'aide sociale. Depuis tant d'années, avant la loi de 1975, mais mieux depuis la loi de 1975, tout ce qui ne ressemble pas à l'autre, qui est difforme, qui est anormal, parce que c'est vrai, c'est une anomalie de pouvoir constater que ces gens sont en handicap permanent parfois pour toute leur vie, d'autres pour un moment, et que nous avons donc une responsabilité qui dépasse largement le fait de prendre ces choses-là en charge par le seul mouvement de l'aide

sociale. C'est la solidarité qui s'ouvre, car la solidarité, ce n'est pas quelque chose que l'on proclame seulement sur des banderoles, c'est quand on la concrétise, et la concrétiser dans le domaine du handicap, c'était mon souci, et c'est pour cela que j'ai été désigné comme rapporteur.

La difficulté a bien existé, car il a fallu nous distinguer ce que l'on voulait, de ce que nous ne voulions pas et qui était en route. Mais nous constatons quand même qu'à l'inverse de la majorité des pays européens, contrairement à ce qui a pu être dit au cours de cette journée, nous pratiquons une discrimination, une exclusion à travers des politiques sectorielles qui ont été mises en place très progressivement, qui n'embrassent pas toutes les personnes en situation de handicap, et instaurent de surcroît des barrières de l'âge entre les différents bénéficiaires. Pas seulement après 60 ans, mais déjà à 20 ans, instituant à ce moment-là le handicapé avant 60 ans, le dépendant après 60 ans, comme si le handicap, d'un coup de baguette magique, prenait sa retraite à 60 ans.

Or, que voyons-nous aujourd'hui ? Une des grandes victoires de la médecine qui est que des handicapés moteurs et même mentaux arrivent à ces âges-là, et ça, c'est une révolution, de la même façon que la longévité a gagné les gens bien portants comme vous et moi. Et ces gens qui aujourd'hui vivent plus longtemps, il se trouve qu'à 60 ans, on leur enlève ce qu'ils ont parce qu'ils ne sont plus handicapés au sens des textes, ils sont dépendants.

C'est cette situation et pas autre chose que nous avons voulu dénoncer, mais pour cela, il ne faut pas oublier non plus tous ceux qui sont encore dans des maladies chroniques invalidantes et dont on ne parle jamais, et qui eux aussi sont exclus des prises en charge. Nous ne sommes donc plus en face d'un problème social, mais d'un problème sociétal. A l'assistance, à l'aide sociale, nous devons substituer le droit, et le droit passera bien sûr dans le cadre de la sécurité sociale.

Depuis de nombreuses années, le Conseil Economique et Social a travaillé sur ces questions, et je tiens à rendre hommage à tous les travaux qui ont pu être menés avant que sorte notre rapport. Je voudrais en même temps remercier publiquement le Conseil Economique et Social, sa direction et son secrétariat général qui ont bien voulu imprimer, exceptionnellement, en plus des lots qui sont faits normalement, 400 exemplaires pour que chacun d'entre vous aujourd'hui puisse repartir avec ce rapport et que l'on ne puisse pas raconter sur ce rapport ce qui

n'y est pas écrit.

Le Conseil Economique souhaite aujourd'hui, à travers son avis, qu'un regard nouveau soit porté sur les gens en situation de handicap, quel que soit l'âge, mais pour cela, il faut sortir des schémas institutionnels que nous connaissons, sortir des habitudes et sortir de cette satisfaction qui fait que l'on est content parce que l'on a fait sa B.A. vis-à-vis de quelqu'un qui se trouve en handicap.

Nous devons donc ouvrir les droits à compensation, et à ce sujet, je voudrais vous citer une petite anecdote. La mission de la canicule, qui s'est réunie avant la commission parlementaire, avait demandé à m'entendre ; j'avais dit ce que je pensais d'un certain nombre de choses, et j'ai retrouvé ces mêmes parlementaires lors d'une autre audition à la section des affaires sociales de l'Assemblée Nationale présidée par le Professeur DUBERNARD. L'un des parlementaires qui m'avait déjà un peu taquiné lors de la mission sur la canicule, vient me dire, " mais qu'est-ce que c'est, ce droit à compensation que vous sortez ? Qu'est-ce que cela veut dire ? " Alors, je lui dis, " Monsieur, en vous regardant de près, je vois que vous avez des lunettes ; si vous n'aviez pas eu le droit à compenser la faiblesse de votre vue en ayant une paire de lunettes, vous ne verriez rien. Le droit à compensation, c'est permettre à quelqu'un, qui a une faiblesse physique à un moment donné, de pouvoir se trouver comme l'autre et ne pas se trouver en difficulté par rapport aux autres " .

Les lunettes, les appareils de surdité, les prothèses qui sont remboursés par la sécurité sociale, ce sont des droits à compensation, selon le rapport qui a été fait par Maryvonne LYASID sur ce nouveau regard que nous devons porter sur les gens qui ont besoin d'être compensés dans les difficultés qu'ils rencontrent. Difficultés, c'est-à-dire des désavantages issus d'incapacités personnelles, ces incapacités elles-mêmes issues de déficiences physiques, mentales, psychiques, elles-mêmes issues d'accidents, de déficiences génétiques, d'affaiblissement dégénératif, à l'exclusion, afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, des désavantages purement sociaux.

Contrairement à ce que certains craignaient, et j'insiste là-dessus auprès de certains camarades qui sont présents dans cette assemblée, il est bien entendu que les soins médicaux et paramédicaux ne relèvent pas du risque ouvrant droit à compensation, ce risque reconnu permettra l'attribution d'une prestation

couvrant les besoins d'aide technique, humaine et financière. Mais auparavant, il faudra évaluer la situation de ces personnes, et cela au moyen d'un outil multidimensionnel, et j'insiste sur le terme " multidimensionnel ". La mise en place d'une évaluation transversale et multidimensionnelle est justifiée par la similitude des situations à évaluer.

A cette similitude des situations, correspond à l'heure actuelle une multitude d'outils de mesure que nous connaissons les uns et les autres. C'est pourquoi le CES a préconisé la mise en œuvre d'un outil commun d'évaluation des incapacités, tout en prenant acte de la large utilisation des grilles AGGIR en dépit des faiblesses de celles-ci, trop souvent de leur inadéquation, mais nous acceptons le principe que cet outil soit maintenu pour être utilisé comme outil d'éligibilité à la prestation et pour être intégré dans une démarche globale d'évaluation multidimensionnelle de la situation des personnes.

Il est notamment indispensable d'inclure des professionnels du secteur médical ayant la connaissance et la charge des pathologies particulières dans la démarche d'évaluation. L'observation faite par des professionnels doit porter sur toutes les fonctions de la personne en ne s'attachant pas qu'aux seules déficiences ou aux seules pathologies séparément, mais aux deux à la fois, afin d'apprécier les fonctions sensorielles, les fonctions locomotrices et les fonctions cognitives. Il convient également d'associer le médecin traitant de la personne au moment du recueil de ces informations, d'adjoindre à cette évaluation des spécialistes médicaux impliqués dans le soin des malades et la détection des pathologies telles que les maladies neuromusculaires, la mucoviscidose, la maladie d'Alzheimer, les maladies chroniques invalidantes, même si ces dernières sont appelées des maladies rares. Cette étape doit nous permettre de repérer les pathologies, et notamment celles du cerveau.

Au-delà de la mesure des pathologies et des déficiences de l'individu, nous avons souligné qu'il était indispensable de prendre en compte le milieu de vie de chaque personne. Nous insistons sur le rôle central, primordial de la personne dans l'analyse de sa situation à partir de son projet de vie, et j'insiste sur ce terme de projet de vie. Ce n'est pas parce que l'on a un handicap ou parce que l'on a un âge, serait-il déjà assez lointain, que l'on n'a pas pour autant de projet de vie. Le projet de vie, c'est ce qui permet de vivre. Ignorer le projet de vie, refuser d'entendre la personne, qu'elle soit dans un

établissement ou chez elle pour l'exprimer, c'est ne plus reconnaître que la personne est citoyenne, qu'elle a le droit de vivre jusqu'à son dernier jour sa citoyenneté.

La démarche d'évaluation doit inclure la participation active de la personne, et dans la difficulté qu'elle peut avoir à s'exprimer, entendre son entourage, mais veiller à ce que ce ne soit pas l'entourage qui parle pour elle.

Ainsi, à partir des informations recueillies lors de l'observation faite par les professionnels, il faudra apprécier les adaptations nécessaires au logement de la personne et les aides techniques requises. Cette personne doit être à même d'expliquer quelles sont ses habitudes de vie, exprimer ses besoins en fonction de son projet de vie à tout moment. L'analyse de l'environnement de la personne doit permettre aux professionnels de dresser avec elle et son entourage un état des moyens de compensation nécessaires et existants.

C'est en ce sens que ce droit à compensation, à travers une nouvelle prestation pour tous les âges, doit se substituer à l'ACTP et à l'APA.

La nouvelle prestation que nous proposons, à la suite des gros travaux qui ont été menés par l'INSEE sur le Handicap, l'Incapacité, la Dépendance, nous amène à reprendre dans notre projet l'expression de la prestation HID qui doit permettre un droit d'entrée ouvert à tous, en aménageant bien sûr des réponses spécifiées en fonction des groupes de populations présentant des caractéristiques identiques. Universalité garantie par le caractère légal de la nouvelle prestation qui ne peut se substituer aux aides dispensées actuellement par les régimes de sécurité sociale sur leurs fonds sociaux.

C'est là que nous disons que nous sommes opposés à la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, structure devant financer la prise en charge de la dépendance, stigmatisant alors les personnes en situation de handicap.

Vous vous rappelez les premiers temps que l'APA se mettait en place dans les conseils généraux, on voyait partout que le conseil général avait décidé d'augmenter les impôts parce qu'il était obligé de payer l'APA. C'est-à-dire que l'on montrait déjà du doigt celles et ceux, handicapés ou autres, qui coûtent chers à la société, et c'est la même chose que l'on veut nous faire en nous mettant dans cette Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, alors

que nous savons tous que le président LAROQUE, quand il a fondé la sécurité sociale, a eu la sagesse de dire, dans l'article 111 al. 2, *“des lois pourront étendre le champ d'application de l'organisation de sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques et prestations prévus par le présent Code*

Je ne comprends encore pas comment chapitre III al. 2 de la sécurité sociale qui inscrirait tout bonnement le cinquième risque que le Livre Noir avait initié en 1997.

Notre assemblée souhaite la mise en place d'un financement universel, et là aussi, c'est faire jouer la solidarité nationale, et la solidarité, ce n'est pas dire, “ moi, je dois recevoir, mais pas payer “, tout le monde a sa responsabilité dans le financement, tout le monde a sa responsabilité pour toucher. Quand je vais chez le pharmacien et qu'une personne apparemment très aisée à côté de moi, bénéficie du même remboursement que moi, c'est l'impôt qui lui reprend ses affaires, ce n'est pas travers la prestation que je lui sers, c'est le fondement même de la sécurité sociale : tout le monde quels que soient ses revenus, a droit à la prestation à condition d'être inscrit dans le registre de la sécurité sociale. Et je dis, même si j'en gêne certains parmi vous, qu'à revenu identique, je dois payer la même chose, et je ne vois pas pourquoi à partir de catégories, je paierais moins que d'autres quand je pense à ce jour férié où l'on va mettre sur les épaules d'hommes et de femmes qui, au travail, se retrouvent parfois avec des ressources inférieures à ceux d'entre nous pour certains, je ne vois pas comment on peut appeler cette caisse autonome une caisse de solidarité ; je l'appelle “ la caisse de la division “.

Nous sommes favorables à ce que les ressources destinées au financement de ce nouveau risque soient consacrées à l'abondement dans un fonds national géré par les organismes de sécurité sociale permettant ainsi une redistribution équitable de ces moyens aux personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire.

N'ignorant pas l'importance du mouvement de décentralisation qui a fait tout au long de cette histoire de la prise en charge, depuis l'expérimentation où Monsieur FRAGONARD était dans le cabinet de Madame WEIL, où l'on a fait cette “ fameuse “ prestation expérimentale dépendance, suivie par la PSD, puis l'APA, les départements étaient en effet les principaux gestionnaires. Le problème est de faire remonter l'argent qu'ils dépensent à ce sujet, et si l'on veut pouvoir bénéficier de l'argent qu'ils ont de côté tout en ayant cela dans la sécurité sociale, cela

Monsieur BRIET pour qui j'ai une grande estime parce que c'est un homme de valeur qui croit à ce qu'il fait, il peut être dans l'erreur, il ne s'en est pas rendu compte, je le regrette, mais je ne comprends pas et il ne m'a pas convaincu encore, alors que j'avais déjà eu des discussions avec lui, pour quelle raison on ne peut pas utiliser ce fameux article du

suppose que nous ne soyons pas des sectaires en voulant tout gagner et ensuite tout perdre. Il y aura donc la gestion effectuée par la sécurité sociale, mais dans un cadre partenarial conduit à l'échelon du département par la sécurité sociale en association avec l'Etat, les départements, les communes et les mutuelles.

J'ai appris quelque chose de nouveau en écoutant Monsieur RAPINAT qui a dit que les conseils généraux n'étaient pas demandeurs de la gestion de cette affaire. Je vous propose donc de dire à tous vos conseils généraux, “ puisque vous n'êtes pas demandeurs, laissez-nous tranquilles à la sécurité sociale “.

Je crois qu'à cette gestion départementale, il faudra associer, et très sérieusement, les comités départementaux consultatifs des personnes handicapées, les comités départementaux des retraités personnes âgées, les professionnels du secteur médico-social et les associations de malades. Il faudra garantir un maillage efficace de toutes les réponses à apporter aux personnes en situation de handicap, mais en veillant à la mise en cohérence des différents dispositifs.

Je ne comprends pas la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui. On lance un débat sur le handicap (substitution à la loi de 1975), on lance un, un débat sur l'assurance maladie à part du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, on a lancé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dont Monsieur FILLON disait le 3 mars dernier que *“l'ambiguïté subsistera jusqu'à la réforme de l'assurance maladie sur le rôle de cette caisse “*. C'était le discours du 3 mars du ministère des Affaires sociales qui ne savait pas très bien ce qu'on allait faire de cette caisse, si ce n'est, expliquait-il, qu'elle permettra de mettre l'argent dedans.

Que voyons-nous dans le projet que nous propose Monsieur BRIET ? Non pas une structure type sécurité sociale, mais une “ structure d'état-major “. Il ajoute, “trois membres du CNRPA, trois membres du secteur handicap, deux représentants de la caisse nationale vieillesse, deux de branche maladie et un de la

MSA, ainsi que trois ou cinq personnes dites qualifiées “. Où sont les partenaires sociaux ? Si c'est le jour férié qui alimente la caisse, par qui sont-ils représentés ? Qui continue à faire de la ségrégation entre les individus qui sont au travail et ceux qui n'y sont pas ? Ce sont les propositions de ce gouvernement, et vous voudriez qu'on l'accepte ? Mais si nous ne voulons pas accepter, il faut peut-être se remuer. C'est encore un sujet qu'il faudra aborder.

Je voudrais que l'on soit clair. J'ai été frappé que l'ensemble des caisses de sécurité sociale, que ce soit la maladie, la branche vieillesse, la branche familiale, la MSA, aient dit non au projet gouvernemental. Eh bien, Monsieur RAFFARIN continue — Je ne fais pas de politique, je constate. On m'a dit cet après-midi qu'il n'y avait pas eu de contre-projet ; je suis désolé ! Nier que la troisième assemblée de la Constitution a fait des propositions montre que l'on a affaire à un dialogue de sourds.

C'est vrai que ce rapport ne règle pas tout, c'est certain. Il n'empêchera pas la souffrance de cette femme qui découvre que son enfant est trisomique à sa naissance ; il n'empêchera pas la souffrance de cet homme dont la mère ne le reconnaît plus parce qu'elle a une maladie dégénérative. Ces souffrances-là existeront encore tant que nous ne serons pas arrivés à régler toutes ces choses, mais ce que nous savons, c'est que par ce projet, s'il était mis en place, nous pourrions apporter tout au long de cette continuité de la vie, qui n'est pas rompue par l'âge, une aide, une aide technique, une aide humaine, une aide financière et même une aide morale. On ne nous en parle pas de cette souffrance !

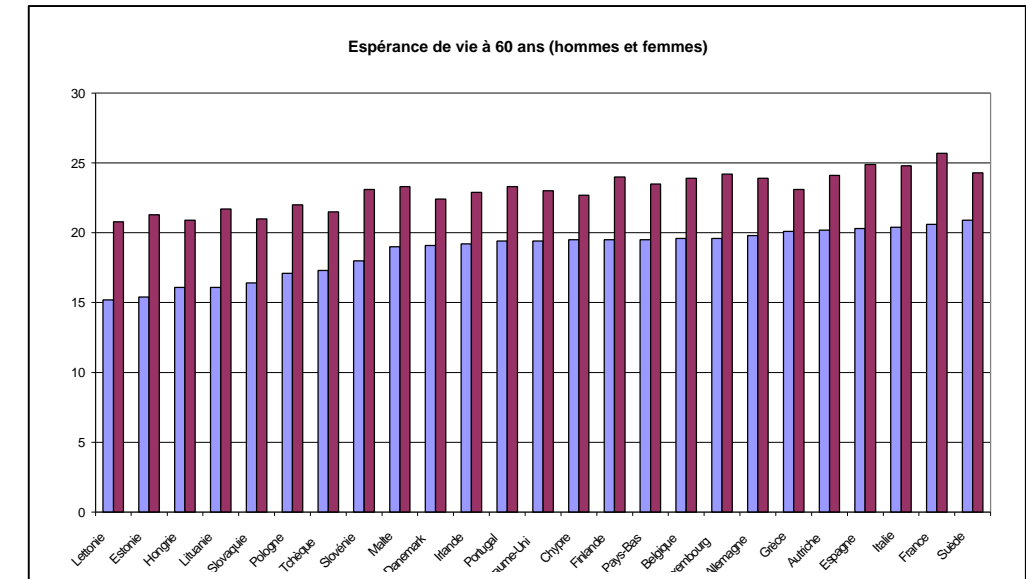
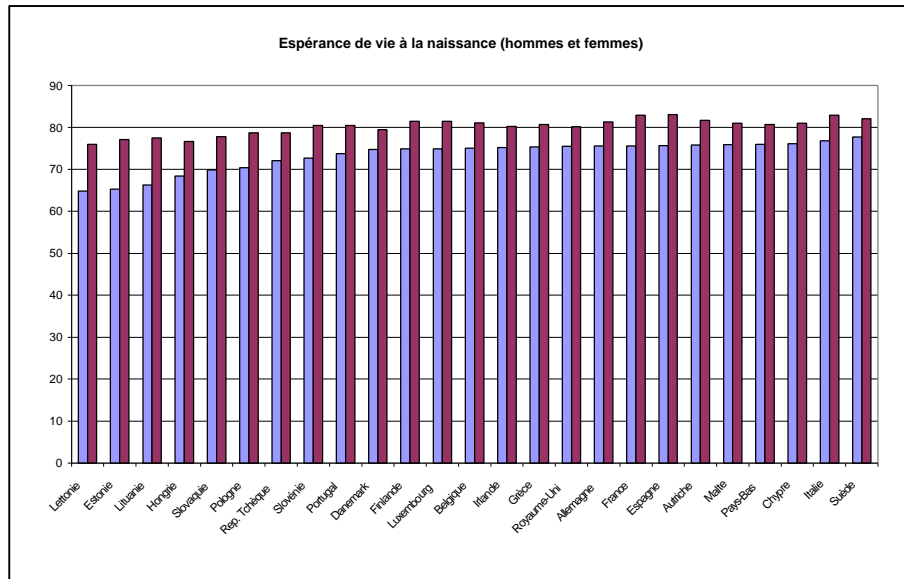
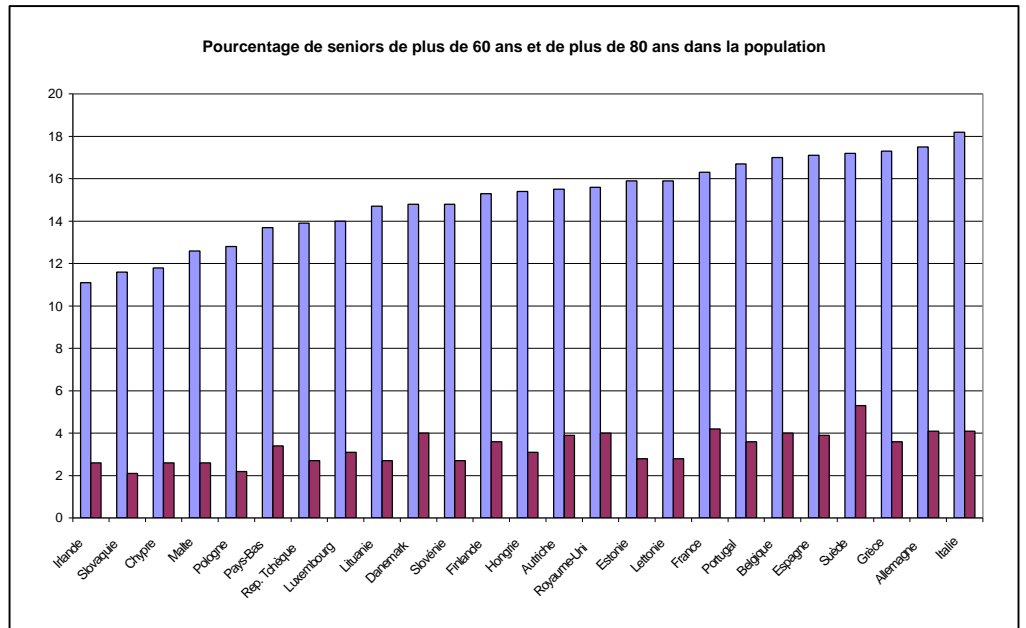
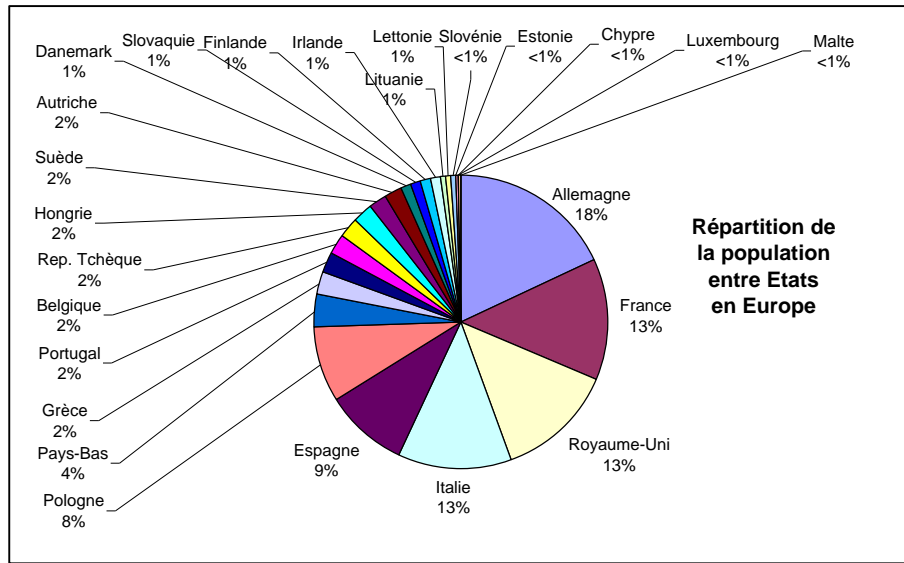
J'ai regardé une émission à la télévision où il était question de handicap ; des jeunes qui, à la suite d'accidents de la route, étaient devenus tétraplégiques. Cette femme qui ne pouvait pas parler à ses deux jeunes enfants et qui était là, complètement immobilisée sur son lit. La solidarité n'est pas qu'un regard sur ces

personnes, même si nous pouvons leur reprocher de ne pas avoir été prudentes. Qui ne commet pas par moment des imprudences, en voiture ou ailleurs ? Et l'on voudrait que les autres soient parfaits, alors que nous ne le sommes pas. Ces souffrances que j'ai vues m'ont conforté dans cette volonté qu'il faut que l'on avance dans ce dossier.

Après avoir entendu Monsieur FRAGONARD qui nous a laissé entendre — il ne l'a pas dit, mais c'est ce qu'il pensait — que ce problème devait rester au sein de la sécurité sociale, nous avons entendu Monsieur BRIET nous dire le contraire.

Maintenant, vous êtes au courant, vous avez un petit livre. Ce n'est pas l'évangile, mais c'est le vote de la troisième assemblée de la Constitution. Président, il faut que le mot d'ordre de tous les CODERPA demain, soit d'aller voir leurs parlementaires, leurs élus régionaux, leurs élus départementaux, leurs élus locaux, car nous pouvons hurler plus fort que les buralistes, nous pouvons hurler plus fort que toutes ces sectes à qui l'on cède à peine ont-ils levé la voix, et les femmes et les hommes que vous êtes ne seraient pas en mesure de dire haut et fort ce que d'autres ont dit et qui ont été tout de suite récompensés. Peut-être ont-ils été mal récompensés par ceux qui leur ont fait plaisir, parce qu'ils n'ont peut-être pas voté comme ils l'auraient pensé, mais nous, nous ne sommes pas là pour faire changer les bulletins de vote ; nous sommes là pour nous battre pour les droits des hommes, qu'ils soient petits, moyens, grands, tordus ou tout droits. Et c'est à ce combat qu'il faut que vous vous livriez. Il a fallu trente ans pour revoir la loi de 1975 — vous voulez attendre trente ans pour que l'on refasse la loi sur le handicap, pour que le cinquième risque soit reconnu ? Si nous n'y parvenons pas, vous en porterez la responsabilité devant les jeunes générations qui arriveront derrière nous, et ça, je ne le souhaite à personne.

# L'EUROPE DES SENIORS EN CHIFFRES



## Un environnement affectif riche et satisfaisant protège contre la démence

Il avait été démontré qu'une bonne intégration affectivo-sociale est un facteur important de maintien en bonne santé. Une étude de population montre qu'à un stade de plus, un environnement riche sur un plan social, mais surtout affectif apparaît jouer un rôle protecteur contre la démence.

Signé Laura Fratiglioni, le travail mené sur 1 202 individus initialement non déments, âgés de 75 ans et plus et suivis pendant une moyenne de trois ans montre l'importance de l'environnement affectif. Globalement, l'important n'est pas tant de ne pas être seul que de ne pas se sentir seul (on peut être seul bien qu'étant accompagné et ne pas être isolé en vivant seul). Le déterminant le plus fort de démence qui émerge de ce travail est la solitude et le fait de vivre en solitaire, ce qui fait quasiment doubler le risque.

### Réseau social

Avoir des enfants, mais sans contact satisfaisant avec eux augmente l'incidence de la démence. Les individus recrutés dans le Kungsholman Project, du nom d'un district près de Stockholm, présentaient à la base un bon état cognitif et ne vivaient pas en institution. L'étude longitudinale et de population a été spécialement conçue pour l'investigation du vieillissement et de la démence. On a exploré dans cette population différentes variables du réseau social : statut marital (marié, seul, divorcé veuf...), proximité ou non des enfants, de la parentèle ou d'autres personnes ou amis ; mode d'habitation, en solitaire ou dans la famille ou dans un groupe. La fréquence et la richesse des contacts avec les différents partenaires de l'entourage ont été notées. Des entretiens avec les sujets de l'étude ont été réalisés par des infirmiers entraînés. A côté de cela, l'état vasculaire a été évalué et les symptômes dépressifs recherchés. Au terme du suivi, un total de 176 cas incidents de démence (dont 126 maladies d'Alzheimer et 32 démences vasculaires) a été répertorié selon les critères du DSM-III. Les résultats montrent que les individus vivant seuls et ceux n'ayant pas de lien social proche ont un risque relatif ajusté de démence de 1,5. Comparativement à des personnes mariées vivant avec quelqu'un, les sujets seuls ont un risque relatif de démence de 1,9. Des

contacts peu fréquents avec des proches n'augmentent pas ce risque à condition que ces contacts soient vécus comme satisfaisants. En combinant tous les composants, les auteurs calculent qu'un réseau social limité ou pauvre augmente le risque de démence de 60%. Ils dégagent un gradient significatif en quatre degrés des connexions sociales :

— réseau social décrit comme extensif, qui inclut 7% des individus ayant trois facteurs combinés (être marié et vivre avec quelqu'un ; avoir des enfants et avoir des contacts quotidiens ou hebdomadaires satisfaisants avec eux ; avoir des amis ou des parents avec des contacts quotidiens ou hebdomadaires satisfaisants) : incidence de la démence de 19 pour mille personnes-années ;

— réseau social modéré — 880 individus, ayant deux facteurs combinés parmi les trois. L'incidence de la démence est de 49,5 pour mille personnes-années ;

— réseau social limité — 226 individus, ayant un seul des facteurs : l'incidence de la démence est de 69,4 pour mille personnes-années ;

— réseau social pauvre, — 12 individus n'ayant aucun des facteurs ; l'incidence de la démence est de 156,9 pour mille personnes années

### Système immunitaire

Les chiffres sont donc éloquentes. Comment interpréter ces résultats ? Un réseau social important peut avoir un effet retardateur sur la survenue de la démence en fournissant une stimulation émotionnelle et intellectuelle ainsi qu'un support pratique. Sur un plan biologique, il a été montré qu'un réseau social pauvre a un effet sur le système immunitaire, alors que la démence, qu'elle soit dégénérative ou vasculaire, est associée à des composantes inflammatoires importantes.

Ce travail conforte une étude française prospective de Fabrigoule et coll, (1995, « J. Ami Géiatr. Soc. »), qui a trouvé une incidence plus faible de la démence chez des individus qui participent à des activités sociales, de loisir et de travail. Et qui suggère que ces réseaux peuvent être protecteurs grâce à l'engagement social et à la satisfaction qu'ils procurent.

Extrait de « Le quotidien du médecin »

## **Journée organisée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France A.R.H.I.F.**

Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire d'Ile de France, l'Agence demande l'établissement d'un projet médical du territoire 77-2, Seine et Marne sud.

La première réunion d'un groupe de coordination locale, constitué de professionnels libéraux et hospitaliers, d'usagers et de représentants des organismes de tutelle, s'est déroulée le 21 septembre à Fontainebleau.

Elle avait pour tâche de dresser un bilan de l'existant en matière de santé dans la zone territoriale considérée. Celle-ci représente 30% de la superficie de l'Ile de France, 60% de celle du département. En population, 553.000 habitants, soit 5% des franciliens et 47,9% des habitants du département. Son augmentation a été de 8% de 1990 à 1999 alors que la moyenne de l'Ile de France n'est que de 2,7% ;

Les indicateurs socio-économiques sont satisfaisants, mais malheureusement il n'en est pas de même de ceux concernant la santé. La mortalité hospitalière est supérieure à la moyenne régionale et l'espérance de vie en Seine et Marne sud est d'un an inférieure à cette même moyenne.

L'équipement hospitalier comporte actuellement 13 établissements, les lits disponibles se répartissant ainsi :

Médecine : 745, Chirurgie : 810, Gynécologie : 170.

Malgré ces moyens ou pour diverses raisons, en médecine adultes, hospitalisation complète, la Seine et Marne sud ne prend en charge que 74% des besoins de ses résidents, 26% s'adressent à divers établissements hors Seine et Marne. On peut citer parmi les plus recherchés : Galien, Cochin, La Pitié Salpêtrière, C.H. Sud Francilien.

On rencontre les mêmes problèmes dans les autres disciplines médicales :

Médecine ambulatoire, prise en charge 66,5%, fuites 33,5% essentiellement en matière orthopédie et rhumatologie. Par contre, sur le pôle hématologie, traitement des brûlures, on constate une attractivité, c'est à dire des étrangers au département venant s'y faire soigner, de 14%.

En médecine enfants, hospitalisation complète, les statistiques sont à peu près les mêmes que pour les adultes. 80% des besoins sont pris en charge au niveau du département, mais 20% de fuites sont constatées en direction de Galien, Villeneuve St Georges et C.H. Sud Francilien. Signalons une attractivité de 14,4% en pôle endocrinologie.

En médecine ambulatoire enfants, les chiffres se répartissent entre 78,9% de prise en charge et 21,1% de fuites.

En ce qui concerne les urgences, les moyens se répartissent ainsi :

1 SAU au centre hospitalier de Melun. 5 UPATOU dont 4 en conformité partielle, à Montereau, Forcilles, Nemours, Provins et Les Fontaines. Ils enregistrent 150.000 passages par an.

En réanimation adultes, le secteur dispose de 50 lits pour 1978 entrées/an, alors qu'en réanimation enfants, seuls 8 lits pour 300 entrées/an.

En regardant ces statistiques, on constate donc un sous équipement sanitaire du secteur 2 de Seine et Marne. En tirer la conclusion d'une mauvaise prise en charge médicale ou chirurgicale serait prématuré. Grâce à la compétence et à l'efficacité du corps médical, il a toujours été possible de faire face aux problèmes posés. Mais le travail du groupe de coordination, après le bilan de la situation, consiste à présenter, fin 2005, un schéma d'organisation sanitaire plus adapté aux besoins que l'existant.



# NOTRE SANTE

## TARIFS DES MÉDECINS

Lorsque vous consultez un médecin, ses tarifs sont différents selon sa spécialité et selon qu'il exerce en secteur 1 ou en secteur 2.

### En secteur 1, vous paierez les tarifs officiels

#### **Chez le généraliste :**

- 20 € pour une consultation ;
- 26 € pour une consultation approfondie ;
- 30 € pour une visite à domicile médicalement justifiée de jour et de 58,50 à 63,50 € pour une visite de nuit, selon l'heure.



#### **Chez le spécialiste :**

- 23 € pour une consultation :
- 25 € pour une consultation chez le médecin spécialiste en dermatologie et vénéréologie, endocrinologie et métabolisme, cardiologie, gastro-entérologie et hépatologie, gynécologie médicale, hématologie, médecine interne, médecine physique de réadaptation, néphrologie, oncologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie ou rhumatologie ;
- 37 € pour une consultation chez le médecin spécialiste en neurologie, neuropsychiatrie ou psychiatrie ;
- 47,73 € pour une consultation chez le médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.

### En secteur 2, le médecin fixe ses tarifs

Un médecin exerçant en secteur 2, dit « à honoraires libres », fixe lui-même ses tarifs, supérieurs aux tarifs officiels.

La différence entre le prix payé et le tarif officiel ne vous sera pas remboursée par l'Assurance maladie. Elle reste à votre charge, mais peut éventuellement vous être remboursée par votre complémentaire santé.

Source. · MOCEN n° 183 Avril 2004

### **Renseignez-vous avant de consulter**

*Pour éviter les surprises désagréables, renseignez-vous, avant de consulter, sur l'appartenance de votre médecin au secteur 1 ou au secteur 2. Pour le savoir, consultez votre caisse d'assurance maladie.*

*Vous pouvez également demander à votre médecin quels sont ses tarifs en prenant rendez-vous. Enfin, sachez que les médecins sont tenus d'afficher leurs tarifs dans leur salle d'attente. Mais quelques-uns oublient encore de le faire...*

*Pour en savoir plus, connectez-vous sur le site Internet de la CNAM : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)*

Source: Cnam

# SOYONS POETES

## LA MEMOIRE

Ce poème nous vient d'un inconnu. Il passe  
de main en main, toujours incognito.

*Qu'étrange est la mémoire  
Pour les vieux de quatre vingts ans  
Conservant les dates d'histoire  
Elle oublie celles du présent.*

*Je me souviens que Charlemagne  
Fut couronné en l'an huit cents  
Mais ne sais, tant l'oubli m'a gagné,  
Quand fut couronnée ma dernière dent.*

*Les chants appris dans mon enfance  
Je puis aujourd'hui les chanter  
Mais, quelquefois, j'ai des absences  
Et je sucre deux fois mon café.*

*Je retrouve dans ma mémoire  
Des faits lointains dont je suis fier  
Mais ne retrouve plus l'histoire  
Qui m'a tant fait rire hier.*

*Waterloo et sa morne plaine  
Je le connais toujours par cœur  
Mais j'ai parfois beaucoup de peine  
A trouver le prénom de ma sœur.*

*Merci pourtant, bonne mémoire,  
Merci pour ta fidélité  
Mes souvenirs, même sans gloire,  
Valent bien la réalité.*

Pour dissiper les Brumes de la Mélancolie

Un éminent psychiatre ; le Docteur Paole de New-York après avoir étudié trois mille cas de malades  
« obsédés par l'avenir et en proie à l'angoisse du lendemain » a établi la petite statistique  
suivante :

- soucis pour des choses qui n'arrivent jamais : 40%
- soucis pour des choses qui arrivent, mais que rien ne pourra changer : 45 %
- soucis pour des choses qui finalement s'arrangent à l'entière satisfaction du patient : 13 %
- total des soucis inutiles : 98%

Il ne reste donc que 2 % de véritables et authentiques soucis.

Est-ce donc vraiment la peine de se faire du souci pour si peu de soucis ?