



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

maladie d'Alzheimer

Question écrite n° 77689

Texte de la question

M. Étienne Mourrut appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités à propos des inégalités de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En effet, force est de constater que les dispositifs médico-sociaux de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sont inégalement répartis sur notre territoire. Ainsi, suite à l'état des lieux dressé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), il apparaît que seule une vingtaine de départements serait dotée à la fois de centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) de niveau 3 et de réseau gérontologique, tandis qu'une vingtaine d'autres ne disposerait d'aucun de ces dispositifs. Face à cette inégalité de traitement de fait de la maladie d'Alzheimer, il lui demande de bien vouloir lui indiquer quelles mesures il entend mettre en oeuvre afin de mettre un terme à cette situation.

Texte de la réponse

Les CLIC et les réseaux de santé concourent indéniablement à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, et notamment des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Leur action, fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins des personnes, associe prévention, accompagnement social et soins. Ils mobilisent autour des besoins individuels, dans une aire géographique définie, les ressources du champ sanitaire, social et médico-social. Les soins font partie intégrante de la coordination assurée par les réseaux de santé, alors que les CLIC n'ont vocation à délivrer directement ni soins ni prestations à domicile. La spécificité des CLIC tient essentiellement à leur ancrage territorial fort, concrétisé par un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, qui leur permet de faire converger les aspirations du public (les personnes âgées et leur entourage), les interventions des professionnels et les politiques des institutions. Les missions des réseaux sont centrées sur la prise en charge du patient, qui doit être globale, continue et d'égale qualité - quel que soit le lieu de prise en charge - pluriprofessionnelle et interdisciplinaire. Inscrits dans une démarche qualité, les réseaux sont organisés et structurés pour coordonner et former les professionnels concernés. Ces dispositifs complémentaires sont l'un et l'autre encore en phase de montée en charge. Les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gérontologique). Depuis le 1er janvier 2005, date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui l'ont confirmé dans son rôle de chef de file de la politique gérontologique, le département devient le maître d'oeuvre de la coordination gérontologique et, à ce titre, autorise la création de nouveaux CLIC, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). À ce jour, seuls 4 départements ne disposent d'aucun CLIC ; sur un total de 529, on comptabilise 262 CLIC de niveau 3, répartis dans 67 départements. Au total, 55,59 % de la population âgée de soixante ans et plus dispose d'un CLIC sur son territoire. Les CLIC de niveau 3 devraient continuer à progresser : ils représentent aujourd'hui 49,53 % des CLIC ; en décembre 2001, ce pourcentage n'était que de 24 %. On dénombre, fin 2005, 60 réseaux gérontologiques implantés dans 19 régions. Une coopération étroite entre CLIC

et réseaux de santé gérontologiques facilite le décloisonnement des acteurs locaux et permet à chacune de ces structures d'accomplir plus facilement l'intégralité de ses missions. Dans une lettre circulaire du 16 septembre 2004, la DGAS et la DHOS invitent à une concertation institutionnelle entre les deux instances de pilotage de ces dispositifs et préconisent la participation des conseils généraux aux comités régionaux des réseaux. L'expérience des acteurs locaux et régionaux montre qu'il est particulièrement utile de rechercher la cohérence et la compatibilité entre les territoires des CLIC et des réseaux et d'exiger une articulation très solide entre CLIC de niveau 2 et 3 et réseaux de santé gérontologiques. Les cartographies respectives des réseaux de santé et des CLIC sont désormais disponibles sur les portails internet suivants : <http://onrs.net> et <http://www.personnes-agees.gouv.fr>. Afin de favoriser l'émergence de nouveaux réseaux gérontologiques, de faciliter et soutenir les initiatives des promoteurs, la DHOS a initié un groupe de travail destiné à proposer un cahier des charges spécifique aux réseaux de santé gérontologiques. Parallèlement au développement de ces réseaux, des réformes ont été conduites pour améliorer la qualité de la prise en charge globale de la dépendance. Le vote de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a permis d'engager une amélioration profonde de cette prise en charge. Cette réforme sociale se traduit par la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et par un financement spécifique affecté à cette prise en charge. Ce financement supplémentaire permet ainsi, d'une part, de financer les actions consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, et, d'autre part, de pérenniser le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La prise en charge des personnes âgées à domicile comme en établissement va ainsi être améliorée de façon significative. En 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) reprend les missions et moyens du fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) afin de permettre la modernisation des services qui interviennent à domicile, la promotion des actions de formation des professionnels et le développement des services innovants, tels que les accueils de jour et les gardes de nuit itinérantes. En 2004, le FMAD a cofinancé des actions à hauteur de 22 MEUR. Parallèlement, un véritable programme de prévention et d'animation en faveur des personnes âgées pourra être conduit. Une section budgétaire spécifique de la CNSA est, en effet, dédiée aux actions contribuant, pour les personnes âgées, à prévenir la perte d'autonomie et réduire ses incidences physiques et sociales, prévenir la maltraitance, favoriser et valoriser la participation à la vie sociale, financer les études et les recherches sur le vieillissement ainsi que sur la conception des équipements collectifs et de l'habitat.

Données clés

Auteur : [M. Étienne Mourrut](#)

Circonscription : Gard (2^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 77689

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 8 novembre 2005, page 10294

Réponse publiée le : 4 avril 2006, page 3745