



santé  
publique



## Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

*ci-après le « Programme Alzheimer »*

***Politique de santé mentale***

***Programme 6***

*Lausanne, le 29 novembre 2010*

## TABLE DES MATIERES

---

1.	INTRODUCTION	6
1.1	Définition et périmètre	6
1.2	Données épidémiologiques	7
1.3	Constats de l'Association Alzheimer suisse	7
2.	PROGRAMME « MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES »	8
2.1	Buts généraux	8
2.2	Pilotage du programme	8
3.	PATHOLOGIES DEMENTIELLES : DETECTION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE	9
3.1.	<b>Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse</b>	9
3.1.1	Détection des troubles cognitifs et affectifs	9
3.1.2	Recommandations en matière de diagnostic	10
3.1.3	Recommandations en matière de prise en charge	10
3.2	<b>Le dispositif vaudois</b>	11
3.2.1	L'offre actuelle	11
3.2.2	Les centres mémoire	11
3.2.3	Les centres médico-sociaux : adaptations utiles à court et à moyen terme	12
3.3	<b>La révision de la LAMal dans le domaine des soins de longue durée</b>	13
3.3.1	Financement des soins de longue durée	13
4.	PATHOLOGIES DEMENTIELLES : FORMATION ET RECHERCHE	14
4.1	<b>Formations des professionnels</b>	14
4.1.1	Formation pré et postgraduée des médecins	14
4.1.2	Formation postgrade des infirmières	14
4.1.3	Autres formations	14
4.2	<b>Recherche</b>	15
5.	AMELIORATION DES PRESTATIONS DE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS	16
5.1	<b>Création d'une commission consultative pour le soutien aux proches aidants</b>	16
5.2	<b>Projets</b>	16
5.2.1	Evaluation des besoins et de la charge des proches aidants	16
5.2.2	Bilan des prestations de soutien psycho-éducatif et psychothérapeutique proposées par le SUPAA et consolidation du dispositif	17
5.2.3	Bilan des groupes d'entraide de l'Association Alzheimer et propositions d'amélioration	17

5.2.4	Autres mesures à l'étude	18
<b>5.3</b>	<b>Les prestations de relève et de répit</b>	<b>18</b>
5.3.1	Le service de présence à domicile Alzamis	18
5.3.2	Accueil temporaire et court séjour spécialisé	18
<b>5.4</b>	<b>Information à la population</b>	<b>19</b>
<b>6.</b>	<b>COORDINATION AVEC LES AUTRES PROGRAMMES OU POLITIQUES</b>	<b>20</b>
<b>6.1</b>	<b>Politique de santé mentale</b>	<b>20</b>
<b>6.2</b>	<b>Hébergement médico-social</b>	<b>20</b>
<b>6.3</b>	<b>Politique Gériatrique</b>	<b>20</b>
6.3.1.	GERI – A – COM	21
6.3.2.	Evaluation gériatrique globale ambulatoire (EGGA)	21
<b>6.4</b>	<b>Soins palliatifs et démences</b>	<b>21</b>
<b>6.5</b>	<b>Autres projets en lien avec le CM CHUV</b>	<b>22</b>
<b>6.6</b>	<b>Action médico-sociale et prestations de soutien aux proches aidants : diversification des prestations et reconnaissance de l'offre</b>	<b>22</b>
<b>6.7</b>	<b>Politique sociale : reconnaissance et financement des prestations par les régimes sociaux</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>ANNEXE</b>	<b>23</b>
	<b>RÉFÉRENCES *</b>	<b>24</b>

## Avant-propos

La maladie d'Alzheimer et les autres maladies apparentées représentent un enjeu majeur en termes de santé publique – plus de 8'000 personnes démentes et environ 30'000 personnes concernées dans le canton de Vaud - ainsi que de coûts socio-économiques. En 2007, les démences ont occasionné des coûts globaux de 6,3 milliards de francs en Suisse. Du fait des perspectives démographiques, les projections sur le nombre de personnes qui vont souffrir de ces affections sont préoccupantes.

De nombreux pays (la France, la Norvège, l'Allemagne, l'Australie,...) prennent des mesures afin d'assurer une prise en charge et des soins adaptés aux besoins spécifiques des personnes atteintes de démences. En décembre 2008, l'Union européenne a demandé aux pays membres de définir et d'appliquer une stratégie et un plan d'actions Alzheimer.

En Suisse, deux motions parlementaires ont été déposées demandant notamment l'élaboration d'une stratégie commune de la Confédération et des cantons pour le pilotage de la politique en matière de pathologies démentielles. Ces deux motions ont été rejetées par le Conseil fédéral.

Avec le programme « Maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées » (ci-après le Programme « Alzheimer »), le canton de Vaud est le premier canton à se doter d'une politique publique en la matière.

Le programme « Alzheimer » constitue le 6<sup>e</sup> programme prioritaire de la politique en santé mentale du canton de Vaud, il résulte de la volonté du Département de la santé publique et de l'action sociale et de la collaboration de nombreux partenaires. Le programme « Alzheimer » s'articule autour de quatre axes prioritaires :

1. *la détection, le diagnostic et la prise en charge des personnes atteintes de pathologies démentielles ;*
2. *la formation et la recherche dans le domaine des pathologies démentielles ;*
3. *les prestations de soutien aux proches aidants ;*
4. *l'information et la sensibilisation de la population en général.*

La présente brochure contient une synthèse du cadre de référence du programme « Alzheimer » et les informations principales sur les actions prioritaires retenues. Le déploiement des différentes mesures envisagées se fera de manière progressive, tenant compte des ressources à disposition et avec l'appui de nombreux partenaires.

Je saisis cette occasion pour remercier toutes les personnes qui, par leur engagement et leur travail, ont contribué à l'élaboration de ce programme. Je remercie également par avance, toutes les personnes qui seront impliquées et associées aux travaux de mise en œuvre.

Pierre-Yves Maillard



*Chef du Département de la santé  
et de l'action sociale*

## Liste des abréviations

ALZ VD	Association Alzheimer Vaud
AMOV	Association des médecins omnipraticiens vaudois
ARPEGE	Association pour la recherche et la promotion en établissement géro-psycho-geriatrique
ASSC	Assistants en soins et santé communautaires
AVASAD	Association vaudoise pour les services d'aide et de soins à domicile
CAS	Certificat d'études avancées
CCPPAA	Centre Communautaire de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Age Avancé
CM	Centre mémoire
CMS	Centres médico-sociaux
CTR	Centres de traitement et de réadaptation
COSI	Commission des structures intermédiaires
DAS	Diplôme d'études avancées
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
EMS	Etablissements médico-sociaux
FAP	Formateur d'accompagnateurs en psychiatrie de l'âge avancé
GMEMS	Groupement des médecins d'EMS
MAS	Master en études avancées
MMSE	Mini Mental State examination
MPR	Médecin de premier recours
OFS	Office fédéral de la statistique
OMSV	Organisme médico-social vaudois (AVASAD depuis le 01.01.2010)
PCG	Prestations complémentaires pour frais de guérison
PERSAM	Personnel de soins et d'aides au ménage
PG	Psychogériatrie
PIMEMS	Programme d'investissement et de modernisation des EMS
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches
SASH	Service des Assurances sociales et de l'hébergement
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SCRIS	Service cantonal de recherche et d'informations statistiques
PD	Pathologies démentiennes
SSP	Service de la santé publique
SUPAA	Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
SVM	Société vaudoise de médecine
UAT	Unité d'accueil temporaire

## 1. INTRODUCTION

Dans le canton de Vaud, l'approche de la maladie d'Alzheimer et des autres formes de démence représente un enjeu important en termes de santé publique - plus de 8'000 personnes démentes et environ 30'000 personnes concernées<sup>1</sup> - et de coûts socio-économiques. Ces maladies constituent la principale cause d'institutionnalisation des personnes âgées et du fait du vieillissement démographique, les projections sur le nombre de personnes qui - dans le canton - vont souffrir de cette affection ces prochaines années sont très préoccupantes : le passage d'environ 7'000 à 10'000 personnes atteintes actuellement à environ 12'500 à 17'000 en 2030 (+75%-80%)<sup>2</sup>. Selon l'Association Alzheimer Suisse, en 2050, une personne de plus de 65 ans sur huit sera atteinte de démence.

### 1.1 Définition et périmètre

Le présent rapport est consacré à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées (autres pathologies démentielle). Les caractéristiques cliniques<sup>3</sup> des pathologies démentielle sont :

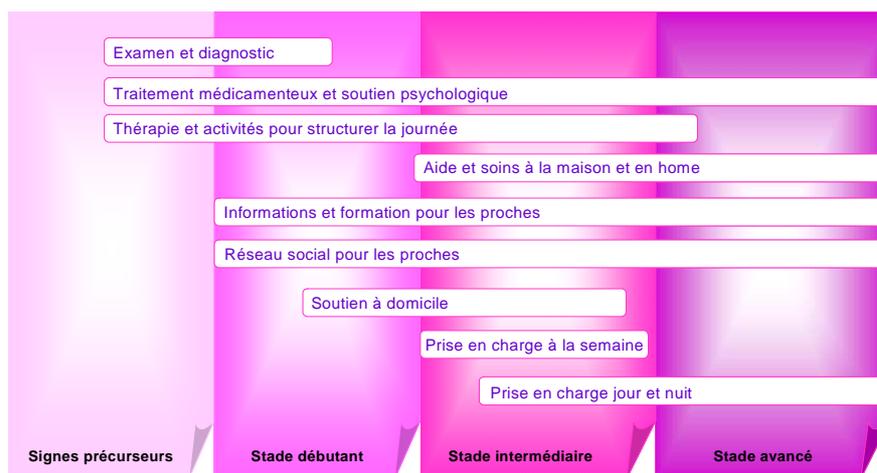
- **Des facultés intellectuelles affectées (=troubles cognitifs)** : mémoire, jugement, flexibilité mentale, orientation, langage, reconnaissance visuelle, capacité à manipuler des objets ;
- **Des troubles du comportement** : retrait social, perte d'initiative, agitation, agressivité, idées délirantes ; accompagnés de troubles affectifs : dépression, anxiété ;
- **Une perte d'autonomie progressive** : dépendance totale dans les stades avancés.

Les pathologies démentielle sont des maladies chroniques, évolutives, altérant les performances cognitives et la personnalité. Leurs conséquences sont importantes pour le patient qui perd progressivement ses capacités intellectuelles et son indépendance et représente une très lourde charge pour l'entourage - proches aidants - comme pour le système de soins.

Reconnaître les pathologies démentielle à leurs stades débutants, prendre en charge leur impact et les troubles du comportement qui caractérisent les stades modérés et plus avancés, soutenir les familles et orienter les patients dans le réseau est capital face à ces maladies dévastatrices. Etant donné la nature des pathologies démentielle, des compétences dans plusieurs domaines sont nécessaires, tant pour les aspects diagnostiques que de prise en charge.

#### Besoins des patients et de leurs proches lors des différents stades de démence

Association Alzheimer Suisse, 2004



Les mesures proposées dans le cadre de ce rapport concernent l'entier de la prise en charge, à l'exclusion des aspects de prévention.

<sup>1</sup> Estimations à partir des données de l'Association Alzheimer suisse.

<sup>2</sup> Rapport : Vieillesse: pour une politique de santé publique. Prof Paccaud. Déc. 2006.

<sup>3</sup> Source : Document "Centre de la Mémoire". CHUV. Février 2010.

## 1.2 Données épidémiologiques

Durant le 20<sup>ème</sup> siècle, l'accroissement de la longévité de la population s'est accompagné d'une augmentation des pathologies liées à l'âge et donc aussi des pathologies démentielles (PD). Les cas de PD survenant avant 65 ans sont assez rares. Après 65 ans, ce pourcentage s'accroît de façon presque exponentielle en doublant tous les cinq ans environ (cf. schéma ci-dessous).

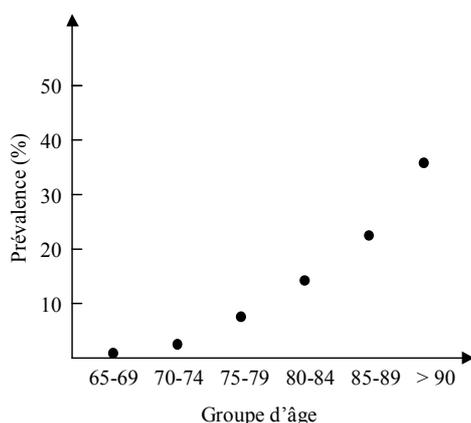


Fig 1. Prévalence des démences par groupe d'âge

A l'avenir, les démences seront, dans les pays économiquement développés, parmi les quatre causes les plus fréquentes quant aux années perdues en raison d'incapacité fonctionnelle<sup>4</sup>.

Selon une récente étude de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS)<sup>5</sup>, on observe une progression du nombre de décès par démence. Depuis 2007, les démences figurent au troisième rang des causes de décès. En 2008, près de 4'300 décès (7% des décès) sont dus à une démence diagnostiquée comme maladie principale.

## 1.3 Constats de l'Association Alzheimer suisse

L'Association Alzheimer suisse constate notamment que **seul un malade sur trois dispose d'un diagnostic de démence et un sur quatre d'un traitement médicamenteux spécifique**. Par ailleurs, les centres de jour couvrent 12% du besoin<sup>6</sup>. **Les structures d'accueil de nuit ou sur deux à trois jours et nuits consécutifs sont inexistantes**, alors qu'il s'agit d'une solution de répit fortement demandée par les proches. Les proches aidants sont fortement sollicités et impliqués dans le maintien à domicile. **Ceux-ci n'ont pas forcément recours à des aides formelles** (CMS, médecins spécialisés) et de ce fait, ni les malades, ni eux-mêmes ne bénéficient d'une évaluation globale médicale ou médico-sociale.

**Il manque par ailleurs des professionnels formés**, non seulement au niveau infirmier et médical, mais aussi au niveau des aides travaillant dans les EMS et à domicile qui sont le plus souvent en contact avec les malades.

<sup>4</sup> Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002-2030. PLoS Med 2006 ; 3 (11), 2011-2030.

<sup>5</sup> Source : Communiqué de presse de l'OFS du 7 septembre 2010.

<sup>6</sup> Association Alzheimer : Enquête nationale, 2004. Enquête sur les centres de jour. 2006.

## **2. PROGRAMME « MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES »**

---

Sur l'initiative de M. Pierre-Yves Maillard, chef du département de la santé et de l'action sociale (CDSAS), plusieurs mandats ont été définis et confiés au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), au Service de la Santé Publique (SSP) et au Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement (SASH), en étroite coordination avec l'Association Alzheimer vaudoise. Ces mandats ont pour objectifs de couvrir les aspects cliniques - dépistage, diagnostic - et de prise en charge, de formation - médicale, infirmière - et de recherche, ainsi que les aspects en lien avec le soutien aux proches aidants, ceci afin d'apporter des réponses aux différents constats faits notamment par l'Association Alzheimer.

Afin d'assurer la cohérence des mesures envisagées, les mandats ont été réunis dans un programme intitulé «Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées», ci-après, le programme «Alzheimer».

### **2.1 Buts généraux**

---

Les buts principaux du Programme « Alzheimer » sont l'amélioration :

1. *de la détection, du diagnostic et de la prise en charge des personnes atteintes de pathologies démentiennes ;*
2. *de la formation et de la recherche dans le domaine des pathologies démentiennes ;*
3. *des prestations de soutien aux proches aidants ;*
4. *de l'information et de la sensibilisation de la population en général.*

Les volets médicaux, médico-sociaux et en faveur des proches aidants sont indissociables et doivent se développer de manière cohérente et coordonnée.

### **2.2 Pilotage du programme**

---

Le programme « Alzheimer » s'inscrit dans la politique en santé mentale 2007-2012 du canton de Vaud. Il constitue le 6<sup>e</sup> programme prioritaire de cette politique. De ce fait, le pilotage et le suivi du programme incombent au **Comité cantonal de santé mentale**, présidé par le SSP et composé des principaux partenaires concernés. Afin de prendre en compte les aspects multidisciplinaires de la problématique « Alzheimer » et assurer la cohérence avec la politique gériatrique en cours de développement au niveau cantonal, il est proposé que le Président du Comité d'expert « Vieillesse de la population et santé » et d'autres personnes de référence dans le domaine des pathologies démentiennes participent au Comité cantonal de santé mentale.

### 3. PATHOLOGIES DÉMENTIELLES : DETECTION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

---

#### 3.1. Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse

---

Sur la base d'une adaptation du « **Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse** »<sup>7</sup>, ci-après, le consensus CH, ainsi que du travail des représentants de l'Association des médecins omnipraticiens vaudois (AMOV), du Groupement des médecins en EMS (GMEMS), du SSP, de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)<sup>8</sup>, de l'Association Alzheimer Vaud et des secteurs psychiatriques vaudois, le présent rapport formule un certain nombre de recommandations ; celles-ci devront être rediscutées avec la SVM, l'AMOV et le GMEMS, puis diffusées auprès des médecins de premier recours (MPR). Cette démarche consultative et d'échanges devrait démarrer, au plus tôt, dans le courant du 1<sup>er</sup> semestre 2011.

Dans le contexte vaudois, le tandem médecin de premier recours (MPR) / centres médico-sociaux (CMS) constitue le pivot du réseau d'un patient dément. Les autres structures - à savoir notamment, les centres mémoire du canton, les services gériatriques, neurologiques ou psychiatriques de la personne âgée - interviennent en deuxième ligne et sont mandatées, en principe, par le tandem, via le MPR.

##### 3.1.1 Détection des troubles cognitifs et affectifs

---

La détection est la première étape vers un diagnostic et donc vers une aide aux patients et à leurs proches. Le tandem MPR / CMS est le garant, ensemble avec les patients et les proches, de la détection des symptômes des pathologies démentielles, notamment cognitifs et affectifs. Diagnostiquer une pathologie démentielle à un stade débutant est une démarche clinique, qui ne se limite pas à l'utilisation d'échelles de dépistage. Les symptômes d'une pathologie démentielle doivent être recherchés, notamment par la présence :

1. **de troubles cognitifs** : c'est-à-dire, difficultés de mémoire, d'orientation, de langage, de reconnaissance et de jugement notamment ;
2. **de troubles affectifs** : troubles de l'humeur, dépression et anxiété ;
3. **des modifications de personnalité et troubles du comportement** : retrait social, irritabilité, agressivité, pertes des convenances sociales, hallucinations, par exemple ;
4. **d'une perte d'autonomie** (même discrète) : capacité de faire ses paiements, ses courses, diminution de l'hygiène ou encore de l'implication dans ses hobbies ;
5. **d'une plainte du patient lui-même ou de son entourage** au sens large sur les éléments précités (plainte mnésique ou de difficultés cognitives, mention d'un changement de comportement ou de son degré d'autonomie).

Cette démarche clinique selon ces cinq axes est importante et peut être complétée par l'utilisation d'outils de dépistage, ainsi que d'échelles d'évaluation.

La détection des pathologies démentielles doit s'inscrire dans le cadre d'un dépistage des autres pathologies fréquentes de la personne âgée : malnutrition, dépression, chutes, problèmes d'incontinence, par exemple. D'une manière idéale, cette démarche devrait se faire dans le cadre d'une évaluation multidimensionnelle, impliquant les professionnels concernés.

La détection des pathologies démentielles, particulièrement à leurs stades débutants, ne doit pas se limiter au cadre ambulatoire, mais inclure également les EMS, les hôpitaux et les centres de traitements et de réadaptation (CTR). En effet, le diagnostic de démence est parfois posé lors d'un séjour hospitalier - en particulier, en réadaptation gériatrique (CTR) ou lors d'un séjour en EMS. Cette problématique dépasse le cadre de ce rapport.

---

<sup>7</sup> Ce consensus a été élaboré sous l'égide d'Alzheimer Forum suisse et avec la collaboration de nombreux spécialistes en 2008.

<sup>8</sup> L'organisme médico-social vaudois a cessé ses activités au 31 décembre 2009. En effet, la loi sur l'OMSV (1967) a été abrogée à cette date et toutes les obligations contractuelles seront reprises par l'AVASAD - Association vaudoise d'aide et de soins à domicile - dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### Les instruments de détection

L'utilisation des instruments de détection proposés par le consensus CH, par exemple, **le Mini Mental State Examination (MMSE) ou le test de l'horloge** est recommandée. Les recommandations ne se limitent pas à ces instruments, ni à l'utilisation d'un ou deux instruments spécifiques.

Bien qu'il existe une marge de manœuvre, la recommandation est celle d'une utilisation à seuil bas des **outils de détection, particulièrement pour la population âgée de plus de 75 ans**. L'administration de ces échelles de dépistage nécessite une formation et leur interprétation doit se faire dans le contexte de chaque situation.

Tenant compte du rôle important joué par les CMS, l'introduction d'instruments de détection des troubles cognitifs, des symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD) et d'évaluation de la charge et des besoins des proches est préconisée en collaboration avec les spécialistes en la matière, mais sous la responsabilité directe de l'AVASAD (cf. point 5.2).

### 3.1.2 Recommandations en matière de diagnostic

Le médecin est le garant et le responsable du diagnostic. S'il n'a pas toutes les compétences requises, il réfère son patient à la deuxième ligne (centres mémoire, médecins spécialistes,...). Les liens entre le tandem MPR / CMS et la deuxième ligne doivent être établis via le MPR ou via le CMS, après concertation avec le MPR. L'annonce du diagnostic de pathologie démentielle est une démarche délicate. Il est prévu, dans le cadre du Centre de la Mémoire CHUV de proposer une formation dans ce sens aux professionnels impliqués. Cette formation s'inscrira dans le cadre d'une formation plus large, dans le domaine du dépistage, de la pose du diagnostic et des possibilités de traitement. Les centres mémoire régionaux dispenseront également cette formation.

Les facteurs aggravant les symptômes des pathologies démentielles doivent être recherchés et traités (troubles métaboliques, dysfonction thyroïdienne, par exemple). De même, certains médicaments aux effets secondaires délétères dans ces situations doivent être évités. Une fois le diagnostic de probable pathologie démentielle retenu, une démarche en vue de se prononcer plus précisément sur son étiologie est importante : probable maladie d'Alzheimer ou autre pathologie démentielle (démence vasculaire, les différentes formes de démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy ou autres formes plus rares). Un diagnostic précis permet de mettre en place un traitement médicamenteux adapté, ainsi que d'organiser la prise en charge médicale et psychosociale adéquate.

Le développement et le renforcement des centres mémoire (cf. point 3.2.2) constituent une étape importante vers l'amélioration des possibilités de diagnostic - mais aussi de prise en charge - des pathologies démentielles.

### 3.1.3 Recommandations en matière de prise en charge

Comme cela a été relevé, le tandem MPR / CMS constitue le pivot de la prise en charge des patients déments. Selon l'Association Alzheimer suisse, 60% des patients souffrant de démences se trouvent à domicile versus 40% en institutions. La complexité et la multitude de tâches ne peuvent être garanties que par le recours en parallèle à des spécialistes ; la prise en charge est donc par définition **multidisciplinaire**.

La prise en charge vise différentes cibles, à savoir, les troubles cognitifs, les comorbidités, les SCPD, la perte fonctionnelle, les besoins psycho-sociaux et les besoins des proches. Traitements médicamenteux et mesures psychosociales constituent les principaux axes de la prise en charge.

Pour **les traitements pharmacologiques** des troubles cognitifs et non cognitifs - par exemple, la dépression, les troubles du sommeil ou encore l'anxiété - et les SCPD, il est recommandé de se référer au consensus CH.

Les **mesures de prise en charge psychosociales** sont nombreuses et complexes, telles que, par exemple, l'aide aux activités quotidiennes, l'adaptation des espaces intérieur et extérieur, les thérapies familiales ou individuelles, les groupes de proches, l'offre de soutien et de répit.

L'objectif de ces mesures est l'optimisation de la qualité de vie des patients, ainsi que des proches et du personnel soignant. Cette problématique est développée dans le chapitre 5.

## 3.2 Le dispositif vaudois

---

### 3.2.1 L'offre actuelle

---

L'offre actuelle pour la prise en charge des **patients atteints de pathologie démentielle** comporte des prestations diversifiées, avec de l'aide et des soins à domicile, des consultations ambulatoires, ainsi que des possibilités d'hospitalisation en hôpital général, psychiatrique ou dans un centre de traitement et de réadaptation (CTR). Les EMS gériatriques et psychogériatriques complètent ce dispositif.

Il existe par ailleurs plusieurs consultations spécialisées de la mémoire à Lausanne, au Centre de Soins et de Santé Communautaire (CSSC) de Sainte-Croix, à l'hôpital d'Aubonne et à la clinique de Genolier/Valmont. La question de la mise en cohérence et du renforcement des prestations spécialisées dans le domaine des consultations de la mémoire est abordée sous le point 3.2.2.

Afin de soulager les **proches aidants**, il existe des services de relève à domicile spécialisés, des unités d'accueil temporaire et des lits de court séjour en établissement médico-social. En matière de relève et soutien aux proches, l'Association Alzheimer - section vaudoise - propose également diverses prestations, telles que le service de présence à domicile Alzamis et aussi des groupes d'entraide.

### 3.2.2 Les centres mémoire

---

Les centres mémoire (CM) ont pour missions le diagnostic et la prise en charge des démences et de leurs stades précurseurs. Les CM sont des structures *ambulatoires* qui doivent s'intégrer dans le système de référence du patient et appuyer les MPR qui eux-mêmes travaillent en étroite collaboration avec les CMS.

Le dispositif vaudois prévoit la création d'un centre universitaire de la mémoire au CHUV (CM CHUV) et l'articulation de ce centre avec les autres centres de la mémoire régionaux (CM régionaux) existants ou en cours de constitution dans le canton. Cette organisation correspond à la présence d'un pôle de compétences par région, Centre, Est, Ouest et Nord. L'implantation du CM régional sera coordonnée par le réseau de soins de la région sur la base de descriptif de fonctionnement et d'accords de collaboration établis pour l'ensemble du canton.

Cette approche décentralisée est privilégiée, afin de favoriser l'inscription des différentes mesures dans le réseau de proximité du patient et assurer ainsi une prise en charge adéquate.

#### a) Le centre universitaire de la mémoire du CHUV

Le CM CHUV fonctionnera comme **centre de référence** pour le canton et comme **centre de proximité** pour la région Centre. L'interdisciplinarité, la place centrale du MPR et du CMS dans l'évaluation et la prise en charge, de même que les liens avec le réseau de soins en aval constituent des principes fondamentaux de fonctionnement du CM CHUV.

Le CM CHUV aura trois missions principales ; dans ces domaines, il fonctionne comme centre de référence et comme centre de proximité.

#### Mission clinique

- Evaluation initiale des patients avec pathologies démentielles, particulièrement à leurs stades précurseurs, en collaboration avec le MPR et les CMS, pour la région Centre.
- Prise en charge ciblée, en collaboration avec le MPR et les CMS, pour la région Centre.
- Lien et coordination avec le réseau local permettant d'optimiser la prise en charge du patient en fonction de sa situation et du stade d'évolution de la maladie.
- Centre spécialiste pour le canton de Vaud pour les cas complexes ou rares.

## Enseignement et formation en démentologie

- Enseignement pré et post-gradué continu pour les médecins, ainsi qu'aux professionnels impliqués dans la prise en charge de patients souffrant de pathologies démentielles.
- Formation en démentologie par un système de tournus des médecins et des psychologues au sein du centre mémoire.
- Formation en démentologie par la diffusion de recommandations de bonne pratique clinique.
- Formation en démentologie par la collaboration avec les centres régionaux.

## Recherche

- Développement de plusieurs lignes de recherche propres au CM CHUV.
- Développement de travaux de recherche avec les centres régionaux et avec d'autres groupes impliqués en neurosciences et en démentologie.
- Le CM CHUV permettra d'élaborer des travaux de recherche de qualité et d'envergure.

Afin d'assurer le lancement optimal du CM CHUV, un comité de pilotage est mis en place. Les partenaires impliqués - notamment un représentant des CM régionaux - feront partie du Comité de pilotage. Le lancement du projet est prévu en 2010 et le démarrage de l'activité du CM CHUV, dans le courant du premier semestre 2012.

Le CM CHUV sera localisé sur la cité hospitalière du CHUV, ceci afin de favoriser les synergies avec les services de gériatrie, neurologie et neuropsychologie et pour la proximité du plateau technique (par exemple, IRM). Le regroupement géographique avec le Centre Communautaire de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Age Avancé (CCPPAA) est prévu pour 2012, afin d'améliorer le flux des patients et leur prise en charge.

### **b) Les centres mémoire régionaux**

En parallèle au développement d'un CM au CHUV, la création de trois autres CM régionaux est proposée. Ainsi, chaque région (Centre, Est, Nord et Ouest) bénéficiera d'un centre de référence ambulatoire pour l'évaluation et la prise en charge des personnes affectées par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Les liens et les collaborations entre le CM CHUV et les CM régionaux seront étroits et définis au travers d'un cahier des charges élaboré conjointement par les partenaires. Les quatre centres vaudois harmoniseront leur pratique et travailleront selon les mêmes principes cliniques, au plus près des connaissances scientifiques actualisées en démentologie. Les médecins responsables des CM régionaux seront des médecins spécialisés en démentologie ; ils seront affiliés au CM CHUV pour une activité à temps partiel, par exemple, en tant que médecins agréés. Chaque CM régional travaillera selon une approche multidisciplinaire : gériatrie, neurologie, neuropsychologie et psychogériatrie. Les collaborations avec les réseaux de soins et les professionnels déjà impliqués au sein de chaque secteur seront maintenues et favorisées. Le médecin traitant garde la position centrale dans la stratégie de prise en charge du patient, en contact direct avec les CMS. En plus de leur mission clinique, les centres régionaux participeront à l'enseignement en démentologie, ainsi qu'à des projets de recherche en collaboration avec le CHUV.

Tenant compte de leur fonctionnement actuel et du cahier des charges qui sera défini, une évaluation des besoins supplémentaires nécessaires à la consolidation des CM régionaux doit être effectuée et intégrée dans les processus budgétaires 2011 et suivants.

### **3.2.3 Les centres médico-sociaux : adaptations utiles à court et à moyen terme**

Pour le CMS, du point de vue opérationnel, la détection des troubles cognitifs et affectifs doit être renforcée et adaptée, la durée de la prise en charge à domicile augmentée, ainsi que la collaboration avec les spécialistes du domaine au sein du réseau, renforcée.

### **Les référents métiers dans les CMS**

Le développement du programme « Alzheimer » s'appuie sur la mobilisation des ressources existantes au sein du réseau, avec notamment la mise en place du centre mémoire et des équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé.

En parallèle à ces développements, il y a lieu de mobiliser et d'organiser, au sein de chaque CMS, une équipe ressource composée d'un référent métier, de l'infirmier en psychiatrie, et de quatre à cinq collaborateurs PERSAM (personnel de soin et d'aide au ménage).

Cette équipe ressource aurait pour mandat de procéder à des interventions d'évaluation (dépistage), de conseil, de supervision, d'orientation et de prise en charge spécifique. Intervenant auprès de clients des CMS ayant une problématique dominante de troubles cognitifs et affectifs, elle aurait également à promouvoir le dépistage auprès de nouveaux clients et auprès de ceux qui ne reçoivent que des prestations de ménage.

Ces nouvelles dispositions impliquent pour chaque CMS, une adaptation de la dotation de référent métier (1 EPT par CMS), une formation post diplôme en santé mentale pour le référent métier de l'équipe ressource, ainsi que des formations « FAP » (Formation d'Accompagnateur en Psychiatrie de l'âge avancé) pour les collaborateurs PERSAM.

Il est à souligner que les activités de détection, d'évaluation, d'encadrement des compétences et de coordination avec les partenaires du réseau (proche aidants et médico-social) sont des activités non facturables aux assurances maladie. Développer ces activités induit une augmentation des prestations de l'AVASAD prises en charge par la subvention canton / communes.

### Evaluation du besoin de la prestation de présence à domicile Alzamis

L'AVASAD est sollicitée pour évaluer le besoin des clients qui ont recours à la prestation de présence à domicile Alzamis, assurée par l'Association Alzheimer Vaud. Pour effectuer ces évaluations, le travail en cours nous permet d'identifier un besoin de dotation supplémentaire de quelques 0.2 EPT par région, soit 1,4 EPT pour le canton, dès 2010.

## 3.3 La révision de la LAMal dans le domaine des soins de longue durée

La Confédération a mis sous toit deux importantes révisions de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), la première portant sur le financement hospitalier, la seconde sur le financement des soins fournis par les EMS et les organisations de soins à domicile. Le nouveau régime des soins devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. La mise en oeuvre de ces révisions au niveau cantonal nécessite une adaptation de la législation cantonale, notamment de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et de la loi sur la santé publique (LSP) portant sur ces deux objets.

### 3.3.1 Financement des soins de longue durée

Selon les nouvelles dispositions, les tarifs à charge de la LAMal sont fixés par le Conseil fédéral, sous la forme d'une contribution en francs, correspondant pour les EMS, à un forfait journalier fondé sur 12 niveaux de soins requis et pour les soins à domicile, à un tarif horaire par catégorie de soins. Les coûts des soins non couverts par l'assurance de base (AOS) peuvent être mis à charge de l'assuré, à hauteur au maximum de 20% de la contribution maximale de l'AOS. Les cantons doivent régler le financement du solde, à savoir le montant non pris en charge par l'AOS ou le résident.

Par ailleurs, la révision introduit une nouvelle catégorie de soins, « les soins aigus et de transition » qui correspondent aux soins à domicile ou en EMS nécessaires à la fin d'un séjour dans un hôpital de soins aigus ou de réadaptation pour une durée de quatorze jours maximum, sur mandat d'un médecin de l'hôpital. Ces soins aigus et de transition seront financés par un tarif négocié entre les partenaires tarifaires et couvrant le 100% des coûts, à la charge du canton et de l'AOS, selon la répartition prévue en matière de financement hospitalier (55%-45%).

## **4. PATHOLOGIES DEMENTIELLES : FORMATION ET RECHERCHE**

---

La formation des professionnels en lien avec des personnes atteintes de pathologies démentielles : soignants en général : médecins, infirmières, aides en soin, mais aussi des infirmières de liaison, assistants sociaux, personnel d'animation,...), et des personnes en contact avec des personnes âgées et/ou présentant des dépendances fonctionnelles est essentielle, afin de mieux détecter ces maladies encore largement non reconnues.

### **4.1 Formations des professionnels**

---

#### **4.1.1 Formation pré et postgraduée des médecins**

---

La création du CM CHUV, permettra le regroupement de l'enseignement - actuellement dispersé entre plusieurs spécialités - et favorisera la relève, presque inexistante, dans le domaine de la démentologie. La formation dans ce domaine sera notamment favorisée par un système de tournus des médecins, des psychologues et des autres professionnels au sein du CM CHUV, par la diffusion de recommandations de bonnes pratiques et par la collaboration avec les autres centres de la mémoire régionaux. La formation des MPR est également importante et elle se fera par le CM CHUV et les CM régionaux.

#### **4.1.2 Formation postgrade des infirmières**

---

Des conventions ont été signées entre le SSP et les Hautes Ecoles de la Santé des cantons du Valais et de Fribourg qui proposent un certificat de formation continue universitaire de niveau CAS<sup>9</sup> en psychogériatrie, de même qu'avec Espaces compétences SA pour une « formation clinique, option personnes âgées ». L'objectif de ces conventions est de faciliter l'accès à ces formations pour les collaborateurs des institutions sanitaires vaudoises reconnues d'intérêt public en abaissant le coût de formation, cela dès 2010.

#### **4.1.3 Autres formations**

---

De manière générale, une attention particulière doit être portée à la formation de l'ensemble du personnel impliqué, notamment dans les CMS et les structures intermédiaires (UAT, CS). Cette problématique dépasse le cadre de ce rapport.

On peut néanmoins citer dans ce contexte, la formation dite « Formation accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé (FAP) » mise sur pied par l'association ARPEGE (association pour la recherche et la promotion en établissement géronto-psychiatrique). La formation FAP permet de :

- *mieux comprendre ce que vivent les personnes malades ;*
- *développer des outils pour répondre à leurs besoins spécifiques ;*
- *adapter leurs interventions aux caractéristiques de la maladie.*

Elle s'adresse prioritairement aux aides de tous les secteurs (aides soignantes, aides infirmières, aides en animation), mais aussi aux assistantes en soins et santé communautaires (ASSC), infirmières assistantes, collaborateurs-trices du service hôtelier, aides familiales, employé-e-s d'administration, que ces professionnels interviennent à domicile ou en institution.

---

<sup>9</sup> CAS : Certificat d'études avancées. Les formations valaisanne et fribourgeoise sont par ailleurs coordonnées avec le diplôme d'études avancées (DAS) en santé des populations vieillissantes proposé par l'Ecole de la Source.

## 4.2 Recherche

---

Le CM CHUV aura une mission dans le domaine de la recherche clinique en démentologie, cela en collaboration avec le réseau de soins, les MPR, les CMS et les CM régionaux. La récolte et le suivi de données épidémiologiques, notamment pour la population ambulatoire et dans les EMS, constituent un des axes de recherche.

D'autres études vont également être développées dans le domaine médico-social et de soutien aux aidants. Par exemple : les travaux de la Commission consultative pour le soutien aux proches aidants, l'évaluation de l'AVASAD et de l'Association Alzheimer concernant les besoins des bénéficiaires de leurs prestations, l'élaboration d'outils d'évaluation des besoins ou encore les projets pilotes en terme de structures intermédiaires (cf. chapitre 6). Les données de ces études sont importantes pour évaluer les besoins et l'impact des mesures prises.

## **5. AMELIORATION DES PRESTATIONS DE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS**

---

Le rôle des proches aidants est essentiel auprès des personnes atteintes de démences. Dans le « Plan Alzheimer et maladies apparentées. 2008-2012 », paru en France, en février 2008, on peut lire que 70% des aidants passent plus de 6 heures par jour à prendre en charge le malade. Cette (sur)charge n'est pas sans conséquences, notamment sur l'état de santé des proches aidants. Toujours selon le rapport français, plus de la moitié des conjoints de malades développent une dépression et il existe un risque de surmortalité de plus de 60% des aidants dans les trois années qui suivent le début de la maladie d'un proche. Le plan Alzheimer du Québec inscrit également parmi ses priorités, le soutien des proches aidants notamment par des mesures d'information ou encore par l'octroi d'aides financières.

Pour améliorer les prestations de soutien aux proches aidants, il est nécessaire :

- 1) *de reconnaître le statut et les besoins particuliers des proches aidants ;*
- 2) *de développer des mesures de soutien direct, comme notamment l'information, le conseil et l'accompagnement psycho-social ou psycho-éducatif, l'offre de formation ou les groupes d'entraide et de parole ;*
- 3) *de renforcer les prestations de soutien indirect, notamment les prestations de relève et d'aide à domicile, tout comme des structures de répit, telles que l'accueil temporaire spécialisé et les courts séjours ;*
- 4) *d'offrir une aide psychothérapeutique structurée pour les patients en souffrance.*

### **5.1 Création d'une commission consultative pour le soutien aux proches aidants**

---

Une **commission consultative pour le soutien aux proches aidants** sera mise en place dans le courant du mois de novembre 2010. Elle sera présidée par le SASH.

L'approche de la commission sera transversale et globale. En effet, les proches aidants ne s'engagent pas seulement auprès des personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

La commission étudiera les besoins spécifiques des proches aidants et les mesures de soutien direct nécessaires, compte tenu des problématiques des personnes aidées à domicile - démences, handicap, soins palliatifs - ainsi que du type d'aide apportée et de sa durée.

Cette commission réunira les principaux partenaires concernés, actifs dans les domaines susmentionnés.

Un certain nombre de projets et d'analyses sont prévus dès le deuxième semestre 2010. Ils visent à :

- évaluer les besoins spécifiques des proches aidants ;
- faire un bilan des prestations de soutien direct actuelles et proposer les améliorations utiles ;
- mener les analyses et les études nécessaires pour mettre en place de nouvelles mesures, notamment en matière de formation et de soutien financier individuel.

L'introduction et l'application des procédures d'évaluation des besoins des proches aidants par les CMS, ainsi que l'articulation et les modalités de collaboration entre les différents partenaires concernés par les prestations et mesures proposées seront étudiées par la commission dès le deuxième semestre 2011, à la lumière des résultats des projets. Par ailleurs, les résultats permettront de constituer les indicateurs utiles pour estimer progressivement le nombre des proches aidants et leur évolution.

## **5.2 Projets**

---

### **5.2.1 Evaluation des besoins et de la charge des proches aidants**

---

Le SASH a mandaté l'AVASAD pour élaborer et tester un outil d'évaluation des besoins et de la charge des proches aidants et procéder à une évaluation ciblée auprès d'un collectif de proches aidants des clients suivis par les CMS et Pro Infirmis Vaud.

Ce projet permettra d'identifier et d'évaluer les types d'engagement et la charge des proches aidants, ainsi que les besoins de soutien direct exprimés par type de problématique.

L'introduction de l'évaluation des besoins des proches aidants se fera sous la responsabilité de l'AVASAD, avec la collaboration de spécialistes.

A terme, les supports de formation et de supervision pour une utilisation adéquate des instruments validés devront également être développés.

Au plan de l'organisation, il faudra prévoir un renforcement des fonctions et dotations, dont la fonction sociale, pour assurer l'évaluation des besoins de soutien (direct) des proches aidants, leur soutien psycho-social et leur orientation vers les bonnes prestations. Les résultats apporteront des indications utiles à ce titre.

Du fait de la nouvelle organisation des soins à domicile (de l'OMSV à l'AVASAD), de nouveaux modes de collaboration et de communication entre les partenaires seront définis, ce qui aura un effet sur le déploiement des mesures envisagées.

### **5.2.2 Bilan des prestations de soutien psycho-éducatif et psychothérapeutique proposées par le SUPAA et consolidation du dispositif**

---

Jusqu'à fin 2009, le projet était soutenu financièrement, notamment par la Fondation Leenaards. Dès 2010, l'évaluation des résultats du projet et la consolidation des prestations sont assurées par un financement du SASH.

Les principaux buts des prestations proposées par le SUPAA sont :

- d'offrir aux proches aidants qui en ont besoin un soutien psycho-éducatif et, selon indication, psychothérapeutique ;
- de contribuer ainsi à améliorer ou préserver une qualité de vie acceptable aussi bien pour les patients que les proches.

Le bilan permettra de :

- identifier les bénéficiaires et les familles suivies par année et estimer leur évolution ;
- valider les prestations proposées et leur organisation ;
- identifier les développements utiles de l'expertise du SUPAA, dans la perspective de mandats spécifiques ;
- proposer les articulations utiles avec l'intervention des CMS et les modalités de collaboration sur le terrain.

Les résultats - attendus à l'automne 2010 - permettront d'élaborer une convention cantonale de collaboration et de financement, d'ici à la fin de l'année, à appliquer dès 2011. Les options retenues permettront d'orienter et de préparer l'extension des prestations reconnues dans les CM qui seront mises en place dans les autres régions du canton.

### **5.2.3 Bilan des groupes d'entraide de l'Association Alzheimer et propositions d'amélioration**

---

Les groupes d'entraide destinés aux proches de malades concernés par la maladie d'Alzheimer ou forme apparentée permettent :

- de rompre avec l'isolement grâce à un réseau de soutien ;
- de mieux connaître la maladie ;
- de prendre conscience des ressources existantes.

Le bilan demandé vise à actualiser la prestation et son organisation actuelle, dans le but de mieux répondre aux besoins, renforcer l'offre régionale et promouvoir son utilisation.

Ce bilan s'inscrit dans un projet plus large, associant d'autres associations qui proposent des groupes d'entraide, en lien avec d'autres pathologies ou problématiques (handicap), afin d'analyser certaines prestations transversales, comme la fonction d'animatrice de groupe d'entraide, les formations et la supervision exigées dans ce domaine et la collaboration avec les services qui proposent un soutien psychothérapeutique. Le SASH soutient également financièrement ces prestations.

## 5.2.4 Autres mesures à l'étude

---

Le SASH examine par ailleurs :

- Un projet sur les conditions et les modalités d'amélioration et de valorisation des compétences des proches aidants dans le cadre des prises en charge à domicile, par l'élaboration d'un concept de formation et de guidance.
- L'opportunité d'améliorer le soutien financier individuel en faveur des proches s'occupant de manière significative d'une personne âgée à domicile, par analogie à l'allocation spéciale, et cela de manière subsidiaire aux prestations complémentaires de guérison (PCG).
- L'intégration progressive d'une information spécialement destinée aux proches aidants, dans le cadre des Guides-info, des mémentos publiés par le service et de son site Internet, en collaboration avec les services sociaux, le réseau associatif et l'AVASAD.

## 5.3 Les prestations de relève et de répit

---

### 5.3.1 Le service de présence à domicile Alzamis

---

L'Association Alzheimer - section vaudoise - propose un service de présence à domicile Alzamis, subventionné par le SASH. Une convention cantonale fixe les conditions de reconnaissance et les principes de fonctionnement.

Ce service offre un accompagnement spécifique et une présence à domicile ponctuelle ou de longue durée, par des professionnels au bénéfice de la formation FAP. Le service n'effectue pas d'aide au ménage, ni de transports, sauf si une sortie individuelle est prévue avec l'accompagnant.

Ainsi, en 2010, ce sont 16'000 heures d'accompagnement et de présence à domicile en faveur de 100 familles réparties actuellement dans l'ensemble du canton qui seront subventionnées.

Pour favoriser l'approche globale des besoins des bénéficiaires et promouvoir une orientation adéquate vers les mesures de soutien nécessaires, comme la relève à domicile ou un soutien financier approprié, une évaluation conjointe du besoin de présence à domicile - AVASAD, Association Alzheimer - sera mise en place en principe dès l'automne 2010. Cette évaluation sera activée dès dépassement de 10 heures de présence à domicile, mais également dès atteinte du quota d'heures admis par année. En l'absence ou dans l'attente d'une offre régionale d'accueil temporaire adaptée, le dépassement du quota d'heures pourra être admis pour des cas particuliers, sur la base de l'évaluation susmentionnée, dans le respect des critères fixés par le SASH.

Au plan financier, les prestations de relève à domicile en faveur des bénéficiaires des PCG sont remboursées à hauteur de CHF 22.- de l'heure. Pour les personnes en difficulté qui n'ont pas droit aux PC, la LAPRAMS prévoit une aide pour les cas de rigueur. Les demandes d'aide pourront être présentées au SASH par l'assistante sociale du CMS du lieu de domicile du bénéficiaire. Elles devront s'accompagner de l'évaluation sociale et financière de la situation et d'une attestation du volume d'heures nécessaires. Une tarification dégressive sera appliquée en fonction du niveau d'allocation pour impotent.

Parallèlement à ces modalités d'organisation et de financement, l'Association Alzheimer va entreprendre une importante démarche de communication et de promotion des prestations du service Alzamis par région, auprès des CMS, du corps médical et du grand public, en coordination avec les partenaires médico-sociaux et le soutien du SASH.

Ces deux éléments - promotion et augmentation progressive et prévisible du volume des prestations Alzamis - feront l'objet d'un soutien particulier dès 2010.

### 5.3.2 Accueil temporaire et court séjour spécialisé

---

La Commission des Structures Intermédiaire (CoSI) - présidée par le SASH - est responsable du développement et du suivi des structures intermédiaires en faveur des personnes âgées : les logements protégés, l'accueil temporaire et les courts séjours en EMS. Les partenaires concernés y sont représentés.

De manière générale, il s'agit de renforcer l'offre d'accueil temporaire, en tenant compte des pathologies et de manière complémentaire aux prestations des CMS, des hôpitaux de jour, ainsi que des services de relève de l'Association Alzheimer Vaud.

Des expériences pilotes sont mises en place pour tester de nouvelles prestations et de nouveaux concepts d'organisation. L'on mentionnera, à ce titre, l'ouverture d'une UAT extra muros de douze places - destinée spécifiquement aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer - dans l'Est vaudois (Cité des Genévriers) en avril 2010, ainsi que l'ouverture du centre alternatif de la Fondation Primerocroche qui offre dix places d'UAT psychogériatriques, deux places UAT pour la nuit et six lits de court séjour. D'autres projets sont en cours d'examen, notamment à Prilly et Ecublens. La réflexion continue également puisqu'une nouvelle journée sur le thème des UAT a été organisée à l'automne 2010, sur le modèle de ce qui a été fait en 2008.

La concrétisation de ces différents projets et l'évaluation des résultats ne pourront se faire qu'à moyen terme, soit au plus tôt à fin 2011, ce d'autant plus que des modifications législatives seront nécessaires au niveau de la LAPRAMS (notamment le développement des prestations UAT ou l'extension des possibilités de financement) et de son règlement d'application, accompagnées d'une phase nécessaire de consultation.

Concernant le court séjour en EMS, l'extension du réseau vaudois dépendra de la planification et de la réalisation du programme PIMEMS.

#### **5.4 Information à la population**

---

Des informations au grand public doivent être régulièrement proposées, afin de sensibiliser non seulement les malades et les proches aidants, mais également la population en général, aux enjeux des pathologies démentielles et des possibilités de suivi et de prise en charge.

Diverses stratégies et actions sont à prévoir dès fin 2010 pour compléter l'information proposée par les Guides - infos du SASH, les CMS et le réseau associatif, en particulier l'Association Alzheimer Vaud, qui organise diverses manifestations, telles que séminaires, conférences, débats autour de la maladie d'Alzheimer et ses conséquences. Selon les prestations, des actions de promotion ciblées s'avèrent d'ores et déjà nécessaires. C'est le cas de la promotion de la prestation du service Alzamis qui a fait l'objet d'une campagne de communication, en septembre 2010.

Le SASH assurera la coordination des actions de communication par type de prestation ou problématique, tout en veillant à prévoir les modalités favorisant l'expression de la demande d'aide et la valorisation de la contribution des proches aidants.

## 6. COORDINATION AVEC LES AUTRES PROGRAMMES OU POLITIQUES

---

### 6.1 Politique de santé mentale

---

Le programme «**Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination**» contribuera à l'amélioration et au renforcement de la prise en charge des patients atteints de démence grâce aux deux mesures suivantes :

#### 1. **Déploiement des équipes mobiles pour la psychiatrie de l'âge avancé dans l'ensemble du canton**

Il existe depuis quelques années des équipes mobiles pour la psychiatrie de l'âge avancé qui couvrent les régions Centre et Est ; plus récemment, à fin 2009, une équipe mobile pour la psychiatrie de l'âge avancé a démarré son activité dans la région Nord. A l'Ouest, l'activité sur le terrain a démarré le 1<sup>er</sup> avril 2010. Ces équipes mobiles interviennent en cas d'apparition ou de péjoration d'affections psychiatriques chez les personnes âgées ; elles travaillent, en étroite collaboration notamment avec les médecins traitants et les CMS.

#### 2. **Développement de la psychiatrie de liaison<sup>10</sup> en EMS et dans les CMS**

Le déploiement de la psychiatrie de liaison dans les EMS (adultes et personnes âgées) et les CMS se fait de manière progressive sur l'ensemble du canton, au travers de conventions spécifiques. Dès 2010, l'octroi de moyens supplémentaires permettra de renforcer le dispositif prévu en psychiatrie et psychiatrie de l'âge avancé dans chacune des régions du canton.

Le déploiement des équipes mobiles et de la psychiatrie de liaison contribue à la constitution et la consolidation des liens entre les partenaires du réseau de soins, de même qu'au maintien dans leur lieu de vie, des patients souffrant de troubles psychiques, notamment de démences ou de maladies apparentées.

### 6.2 Hébergement médico-social

---

Dans le domaine de l'hébergement de long séjour, le **Programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS)** a pour objectif d'augmenter la capacité d'accueil pour faire face au vieillissement démographique. Alors qu'on comptait 1'125 lits psychogériatriques (PG) dans les EMS en 2007, il est prévu, qu'à l'issue de la première série du Programme PIMEMS, environ 1'500 lits PG soient à disposition (soit +375 lits PG). Tenant compte de la planification et de la réalisation du programme PIMEMS, un développement concomitant des lits de court séjour PG est prévu.

D'autres projets sont développés dans le domaine des soins de longue durée, notamment la mise en place de cercles de qualité dans les EMS (= assistance pharmaceutique) et un projet concernant le développement d'indicateurs Qualité pour les EMS (démarrage 1<sup>er</sup> trimestre 2010).

### 6.3 Politique Gériatrique

---

Le développement d'une politique gériatrique est inscrit dans le rapport de politique sanitaire 2008-2012. A ce titre, le DSAS a décidé de créer un comité d'expert « Vieillesse de la population et santé » chargé d'élaborer un cadre cantonal de référence en la matière. La Commission cantonale de politique sanitaire, élargie aux milieux concernés, est chargée de suivre les travaux. Le dispositif cantonal Alzheimer concernera majoritairement des personnes âgées et très âgées ; il devra donc impérativement s'inscrire en cohérence avec le cadre général de la politique gériatrique en cours d'élaboration.

---

<sup>10</sup> La liaison est définie comme l'intervention d'un médecin FMH formé en psychiatrie au sein d'équipes soignantes ou médicales d'une autre institution de soins. Le médecin peut être accompagné d'un médecin consultant, d'un soignant ou d'une équipe psychiatrique. La liaison exclut la consultation.

### 6.3.1. GERI – A – COM

---

Le projet GERI-A-COM mené dans le Réseau ARCOS vise le développement et la coordination de la prise en charge des patients âgés vivant dans la communauté. Il devrait permettre, à terme, une diminution du recours aux hospitalisations urgentes en soins aigus, une meilleure orientation des personnes âgées dans le réseau de soins, de même que la sensibilisation des pratiques des médecins de premier recours en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées.

Les objectifs généraux du projet sont :

- 1) l'amélioration de la prise en charge clinique des personnes âgées dans la communauté, par la prévention du déclin fonctionnel des personnes âgées, la prévention de la réhospitalisation et de l'institutionnalisation, le fait de favoriser le maintien à domicile ;
- 2) l'optimisation de l'utilisation du réseau de soins ;
- 3) l'amélioration de la formation des futurs praticiens.

### 6.3.2. Evaluation gériatrique globale ambulatoire (EGGA)

---

L'expérience pilote menée dans le Réseau du Nord Broye vise les objectifs généraux suivants :

- Identifier de manière précoce les besoins et les ressources des personnes âgées vulnérables.
- Assurer des conseils et du soutien pour la prise en charge des situations complexes et/ou de dépendance.
- Recommander des mesures thérapeutiques et/ou de prévention, proposer le suivi et le soutien à la coordination.
- Renforcer le rôle du médecin et les options thérapeutiques des équipes de 1ère ligne.

Parmi les objectifs spécifiques, on relèvera :

- Mettre en oeuvre une démarche d'évaluation globale gériatrique ambulatoire (EGGA) dans le Réseau Nord Broye.
- Développer la coordination des ressources et des compétences des prestations d'évaluations globales.
- Renforcer les prestations d'aide, conseils et soutien dans le domaine de la gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé.

## 6.4 Soins palliatifs<sup>11</sup> et démences

---

Dans le canton de Vaud, le programme cantonal de développement des soins palliatifs a pour but d'offrir à tous un accès à des soins palliatifs de qualité, indépendamment de l'âge, de la pathologie, du lieu de vie ou de soins. A ce jour, il n'y a pas eu de développement d'actions spécifiques pour les personnes atteintes de démences, mais elles peuvent bénéficier des structures mises en place, à savoir, des équipes mobiles de soins palliatifs et des unités de soins palliatifs. Une formation continue pour les bénévoles « soins palliatifs » dans le domaine des démences est prévue dès 2010.

Au niveau suisse, une réflexion sur «démences et soins palliatifs» entre la société Alzheimer et palliative.ch a démarré en 2009, avec une journée nationale sur ce thème.

---

<sup>11</sup> Les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel, destinés aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Leurs buts sont de soulager la souffrance, les symptômes et d'assurer le confort et la qualité de vie du malade et de ses proches. Société suisse de médecine et de soins palliatifs. 1995. Cette définition inclut les personnes atteintes de démences avancées.

## **6.5 Autres projets en lien avec le CM CHUV**

---

Il est prévu que le CM CHUV soit regroupé avec l'ambulatoire du SUPAA (CCPPAA) sur un même site. En effet, le regroupement des deux entités va engendrer des collaborations importantes, particulièrement pour la prise en charge des patients. Par ailleurs, dans le cadre des développements du CM CHUV, une réflexion doit être menée sur les prestations qui pourraient être offertes aux patients hospitalisés au CHUV.

## **6.6 Action médico-sociale et prestations de soutien aux proches aidants : diversification des prestations et reconnaissance de l'offre**

---

Le développement de nouvelles prestations de soutien en faveur des proches aidants nécessitera un ancrage réglementaire (LAPRAMS), ainsi qu'un renforcement important du financement actuellement alloué à ce titre aux organisations et associations concernées et une adaptation du cadre conventionnel y associé.

## **6.7 Politique sociale : reconnaissance et financement des prestations par les régimes sociaux**

---

Avec l'évolution des besoins et des prestations, le SASH devra :

- coordonner et promouvoir les conditions de reconnaissance et de remboursement des nouvelles prestations par les régimes sociaux en vigueur (PC, LAPRAMS, etc.) ;
- prévoir les conditions pour prendre en compte les besoins des cas particuliers.

Par analogie à d'autres domaines, les adaptations utiles seront apportées en temps voulu, pour permettre l'intervention des régimes sociaux.

## 7. ANNEXE

---

1. Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse. Alzheimer Forum suisse. 2008.

## Références \*

---

Communiqué de presse de l'OFS sur les causes de décès en 2008. 7 septembre 2010.

Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence en Suisse. Forum Med Suisse. 2008.

Etat de santé de la population vaudoise. Service de la santé publique. 2001.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.

Monitoring de la santé psychique en Suisse. OBSAN. 2007.

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. France. Février 2008.

Plan stratégique 2009 – 2013. CHUV.

Politique en santé mentale. Plan d'actions 2007-2012. Service de la santé publique.

Projet de Centre de la mémoire. CHUV. Février 2010.

Rapport de Politique sanitaire 2008-2012.

Revue Swiss Medical weekly. Article sur le coût des démences en Suisse. Ecoplan. Septembre 2010.

Vieillessement : pour une politique de santé publique. Prof Paccaud. Décembre 2006.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

*\* A titre indicatif*