



Des solutions pour profiter pleinement de la vie.



Découvrir la fiscalité
intéressante de nos
solutions en cas de
transmission
[En savoir plus](#)

En bref

Passeport pour une retraite active

Si vous êtes un nouveau retraité, vous devriez recevoir de la CNAV le «Passeport pour une retraite active». Ce document vous fournira des informations sur la retraite, les services à la personne et le bénévolat. Il comporte également un volet sur l'hygiène de vie et oriente vers des interlocuteurs nationaux mais aussi locaux concernant les possibilités d'actions bénévoles.

Vous pouvez également télécharger le document sur www.personnes-agees.gouv.fr

Modification du tarif de la consultation et de la visite du médecin généraliste

Depuis le 1^{er} juillet, le tarif de la consultation et de la visite du médecin généraliste est passé de 21 € à 22 €. L'avenant tarifaire, signé le 29 mars entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), redéfinit également les engagements de maîtrise médicalisée des médecins pour 2008.

L'avenant tarifaire, signé le 29 mars entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), redéfinit également les engagements de maîtrise médicalisée des médecins pour 2008.

Ces engagements, dont les économies attendues sont de l'ordre de 600 millions d'euros, concernent notamment les antibiotiques, les hypocholestérolémiants (statines), les anxiolytiques et les hypnotiques, les antihypertenseurs, les anti-ulcéreux (inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les transports sanitaires, le respect de l'ordonnance spécifique pour les patients en Affection Longue Durée...

L'avenant renforce les **missions** du médecin traitant dans le **domaine de la prévention** : le cancer du sein, les effets secondaires et interactions médicamenteuses chez les personnes âgées, les facteurs de risque pour la femme enceinte, les risques cardiovasculaires et en priorité le diabète et l'obésité chez les jeunes.

**Vous
voulez...**

Sachez anticiper pour mieux vous protéger en cas de perte d'autonomie :

[Trésor Prévoyance Garantie Autonomie](#)

Dépistage organisé du cancer du sein

Vous avez entre 50 et 74 ans, répondez à la campagne nationale de dépistage du cancer du sein. Gratuitement, vous bénéficierez d'une première mammographie et d'un contrôle régulier tous les 2 ans. La détection précoce d'un cancer du sein permet une meilleure réponse thérapeutique et améliore les chances de guérison.

Pour en savoir plus : [http:// www.rendezvousanteplus.net](http://www.rendezvousanteplus.net)

Internet dans le maintien des seniors à domicile

Le projet expérimental M@D, développé dans les Alpes-Maritimes (06), consiste, grâce à l'utilisation d'Internet notamment, à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes dans de bonnes conditions. Les Alpes-Maritimes viennent de mettre en place le projet M@D (Maintien à domicile des Personnes Agées via Internet). Cette expérience, d'une durée d'un an, sera testée par une centaine de seniors dans les communes de Guillaume, Grasse et Nice. Elle repose sur l'utilisation de la télévision, qui reliée à l'Internet, permettra aux seniors – qui recevront une formation spécifique- d'avoir accès à un système de télésurveillance par visiophonie, associé à un ensemble de services sociaux, médico-sociaux et sanitaires coordonnés (portage de repas, de courses, aide à domicile, ménage, déplacements,...).

La personne âgée, en appuyant sur un bouton, peut être mise en relation directe avec un opérateur, 24 h/24, 7J/7. Ce dernier répond directement à ses questions, à ses attentes, ou l'oriente vers les services compétents : médecin traitant, pharmacien, circonscription d'actions médicales et sociales, services à domicile, ...

Parallèlement, des capteurs médicaux et de sécurité (fumée, monoxyde de carbone, gaz, température, tensiomètre, pèse-personne) seront installés chez la personne âgée.

Le dispositif vise également à recréer du lien social. Il permettra notamment aux personnes âgées de converser gratuitement entre elles et avec leur famille en visiophonie. Elles pourront aussi bénéficier de programmes personnalisés disponibles sur un menu déroulant de leur téléviseur (cours de cuisine, de gymnastique...).

Seuls deux départements, les Alpes-Maritimes et la Somme, ont été retenus par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports pour porter ce projet expérimental de maintien à domicile.

Dossier

Prendre en charge la douleur des personnes âgées vivant à domicile

Priorité du plan gouvernemental 2006-2010, la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées se heurte encore à de nombreux freins. Ils résultent à la fois de la résignation des patients, de l'efficacité relative des traitements et d'une certaine impuissance de nombreux médecins. C'est ce qui ressort d'une récente étude de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Une certaine résignation. Syndromes ostéo-articulaires, douleurs associées aux plaies des ulcères veineux ou des escarres... Pour la totalité des personnes âgées* qui ont participé à l'étude, la douleur apparaît comme une fatalité associée au vieillissement. En conséquence, elles ne considèrent pas leur cas comme prioritaire et, à leurs yeux, l'exigence de traitement de la douleur doit d'abord concerner les enfants, les personnes en fin de vie ou les soins postopératoires.

Afin de conserver une autonomie jugée primordiale, elles se montrent par ailleurs réticentes à l'égard des

médicaments à base de morphine ou des antidépresseurs, dont elles craignent les effets secondaires (sommolence, perte d'équilibre...). Elles préfèrent donner la priorité au traitement de pathologies telles que l'hypertension ou le diabète.

Une estimation difficile. Manquant d'informations sur l'existence de centres spécialisés ou de traitements spécifiques, les personnes interrogées ont également du mal à estimer l'intensité de leurs douleurs et à transmettre à leur médecin ou infirmier les éléments nécessaires au traitement. Le recours à des questionnaires détaillés et à des schémas corporels pour localiser les zones douloureuses semble limité aux centres antidouleur.

Régler les traitements. Pour les soignants, la principale difficulté réside dans l'équilibrage des traitements sur la durée. Selon les auteurs de l'étude, « l'impression qui ressort du discours des médecins, infirmiers et aides-soignants est plutôt celle d'un grand tâtonnement ». Les médecins eux-mêmes admettent se sentir souvent démunis et reconnaissent que « l'insuccès total n'est pas rare dans le traitement de la douleur ». Plus proches du quotidien des patients, les infirmiers regrettent pour leur part de n'être pas davantage associés à l'élaboration des traitements. Ils estiment généralement que les médecins de ville sont insuffisamment formés dans le domaine de la douleur.

Pas de révolution en vue. Enfin, l'étude souligne que les médecines alternatives (acupuncture, sophrologie, ostéopathie...) se heurtent au scepticisme de la majorité des praticiens. Tous reconnaissent pourtant que la médecine traditionnelle a ses limites et qu'il n'y a « pas de molécule miracle à attendre » contre la douleur. Les auteurs concluent donc leur étude, partagés entre le constat que « les choses ont [tout de même] bien progressé » depuis une dizaine d'années et « le sentiment qu'il n'y aura pas de révolution dans ce domaine, à court terme ».

* L'étude a été menée auprès de personnes âgées de 73 à 93 ans et de leurs soignants.

NB : CNP Assurances est engagé de manière significative et durable dans un Mécénat de Solidarité en faveur de la santé et plus particulièrement, depuis 1999, dans la lutte contre la douleur.

Interview

Pascale Thibault : « Il faut former de véritables réseaux »

Infirmière, Pascale Thibault est cadre supérieur au Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD).

Qu'est-ce qui a, selon vous, le plus évolué ces dernières années en matière de lutte contre la douleur ?

Avant tout, la prise de conscience. C'était d'ailleurs le sens du premier plan de lutte contre la douleur, initié en 1998. Il s'agissait de développer ce que Bernard Kouchner avait appelé une « culture douleur ». Les thérapeutiques étaient déjà connues, mais de plus en plus de soignants sont désormais sensibilisés aux différents aspects de cette prise en charge.

Les progrès semblent moins importants dans le domaine de la pharmacologie.

Il n'y a effectivement pas beaucoup de molécules nouvelles. Par ailleurs, les produits morphiniques sont encore sous-employés et de grandes disparités demeurent en matière de formation des professionnels. En outre, les contrôles sont importants et certains médicaments ne peuvent être utilisés qu'en milieu hospitalier. C'est une difficulté et il faut espérer une évolution de la législation.

Pensez-vous que les médecins, et notamment les médecins de ville, sont suffisamment formés et informés ?

Il est vrai que l'accès à ce type de connaissances demande sans doute un effort plus important pour les médecins de ville que pour les praticiens hospitaliers. De plus, ils reçoivent énormément d'informations, et leur tri se révèle souvent difficile. Enfin, la question de la douleur n'est apparue qu'il y a peu de temps dans les études de médecine.

Comment expliquez-vous le faible recours aux centres antidouleur ?

Pour accéder à ces centres, il faut déjà connaître leur existence ! Il faut ensuite qu'il en existe un suffisamment près du domicile. Or, tous les départements n'en sont pas encore pourvus. Et quand ces conditions sont réunies, la demande d'accès doit être accompagnée d'un courrier du médecin traitant. Ce dernier doit donc avoir été sensibilisé à la question. Enfin, les traitements s'appuient souvent sur plusieurs médicaments, qui peuvent avoir des interactions entre eux. Ils imposent donc la possibilité d'un accompagnement à domicile. Or, l'organisation de notre système de soins à domicile ne le permet pas toujours.

Quelles seraient pour vous les mesures prioritaires ?

Il faut certes pouvoir utiliser davantage de médicaments à domicile. Mais il faut aussi développer la connaissance et l'utilisation par les infirmiers des moyens non médicamenteux de prévention et de prise en charge de la douleur : sophrologie, massages, hypnoanalgésie... Par ailleurs, la communication et la concertation entre disciplines médicales et paramédicales doivent aussi être améliorées, pour développer de véritables réseaux de soins. Enfin, il faut également se poser la question de la formation des infirmières libérales. Pour l'heure, quand elles souhaitent se former, ne serait-ce qu'une journée, elles doivent sacrifier un jour où elles ne seront pas payées. Il faudrait donc mettre en place un système d'aides.

Témoignage

Témoignage de Josiane G., 55 ans



« « Comment protéger mon fils s'il m'arrive quelque chose de grave ? Lui comme moi disposerons désormais d'un capital au cas où... »

[lire ce témoignage](#)

[CONSULTEZ](#)
notre site
www.seniorvie.fr

Vous souhaitez vous abonner à notre lettre d'information : >>>

Vous souhaitez ne plus recevoir notre lettre d'information : >>>