

# Psychologues dans le champ de la santé

## Rapport Ménard Avant propos aux 2 articles

### Présentation du rapport et du plan Ménard

Le Professeur Ménard (ancien directeur général de la santé), a remis le 8 novembre 2007 au Chef de l'Etat un rapport (118 pages) relatif à la maladie d'Alzheimer "pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin". La maladie d'Alzheimer constitue actuellement et pour les décennies à venir un véritable problème de santé publique, puisque 860.000 Français en souffrent actuellement et 225.000 la déclareront chaque année. C'est donc un Français sur quatre de plus de 65 ans qui en sera atteint en 2020.

Ce rapport est le fruit d'une commission qui comprenait dix membres «...choisis pour leur connaissance du dossier et leur rôle dans la prise en charge de la maladie »... D'ores et déjà, l'on se doit de constater que la compétence de ces acteurs s'inscrit essentiellement dans les champs politique et administratif.

Quatre grandes orientations se sont imposées à la commission :

« *le malade est le coeur de l'action* », autrement dit savoir penser autrement pour mettre au jour qu'une autonomie altérée dans les gestes de la vie quotidienne et les relations avec autrui ne rend pas moins respectable la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer,

« *une vision pour l'Alzheimer* », autrement dit bien voir l'objectif commun qui puisse fédérer les chercheurs, trouver les meilleures orientations et critiquer les résultats, aussi bien dans le domaine des sciences médicales et biologiques que dans le domaine des sciences humaines,

« *une intelligence pour la médecine* », autrement dit savoir rechercher l'amélioration constante de l'offre médicale et des pratiques par une réflexion collective partagée à partir d'indicateurs fiables,

« *un accompagnement du parcours de vie* », autrement dit savoir déployer, en sus des soins, une aide personnalisée et évolutive à toute personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cette commission a mis en place huit groupes d'experts chacun traitant d'un thème spécifique :

- 1) Accompagnement des malades et de leur famille, approches médico-sociales,
- 2) Organisation de la continuité de la prise en charge médicale,
- 3) Neuropsychologie, neuro-imagerie, génétique, psychiatrie,
- 4) Recherches physiopathologiques,
- 5) Pharmacologie, thérapeutique, relations avec les industriels,
- 6) Éthique et communication, nouvelles formations,
- 7) Économie, financement et prospective,
- 8) Comparaisons internationales.

Parmi les experts, la composante médicale est fortement représentée, n'apparaissent qu'une psychologue (groupe 1- Accompagnement des malades et de leur famille, approches médico-sociales) et une neuropsychologue (groupe 6- Éthique et communication, nouvelles formations). Les psychologues sont curieusement absents des groupes 3 (Neuropsychologie.. psychiatrie uniquement composé de médecins) et 5 (.. thérapeutique ..).

Ces groupes d'experts se sont appuyés sur le témoignage de malades et de leurs proches et sur le travail d'une centaine de chercheurs, de praticiens, d'acteurs du monde **médical et social**. Il s'agissait selon le Pr Ménard, «...d'aboutir à réflexion pluridisciplinaire, qui soit l'exact reflet de l'épreuve vécue tant

Pour une prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Pour une prise en compte des psychologues.

par le malade que par ses proches, de la nécessaire association de plusieurs disciplines de recherche, de l'addition essentielle de plusieurs compétences soignantes, du mariage à réussir quotidiennement entre le geste qui soigne et la présence qui prend soin... ».

Dans la liste des centaines de personnes auditionnées, ne figure aucun psychologue...

L'issue de ce travail constitue le rapport qui établit la base du plan d'action « Alzheimer » prenant effet en janvier 2008 pour cinq ans (2008-2013).

Les orientations du plan Ménard, se déclinent en 28 recommandations (R) et 48 mesures afin d'améliorer la prise en charge des patients Alzheimer.

### *La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est le coeur de l'action*

R1. Respecter au plus près les capacités de décision dont dispose la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. R2. Développer des lieux où mener et capitaliser la réflexion éthique et mieux articuler la réflexion éthique et la pratique de terrain

### *Fournir un effort sans précédent sur la recherche*

R3. Impulser une approche coordonnée de la recherche scientifique française sur la Maladie d'Alzheimer d'amplitude et de qualité similaires à ce qui est fait avec succès dans la lutte contre le Sida, mais sans création d'Agence. R4. Attirer rapidement de jeunes scientifiques médecins, pharmaciens et vétérinaires vers des techniques de recherche et des thèmes nouveaux autour de la Maladie d'Alzheimer, avec l'appui des meilleures équipes de recherche sur la maladie. R5. Elargir l'approche multidisciplinaire indispensable à la recherche française sur la Maladie d'Alzheimer. R6. Favoriser le développement des techniques de traitement des données de l'imagerie médicale. R7. Remettre immédiatement la recherche française dans la course internationale contre la Maladie d'Alzheimer en finançant correctement certains de ses acquis les plus originaux. R8. Elargir le nombre de médecins investigateurs et les familiariser aux méthodes de l'épidémiologie clinique. R9. Elargir la coopération pour lutter contre la maladie d'Alzheimer au niveau européen

### *Assurer une continuité du parcours de soin et garantir des soins de qualité*

R 10. Optimiser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. R 11. Mettre en place un dispositif d'annonce de la maladie et d'accompagnement au patient et à sa famille. R 12. Assurer le suivi des malades en faisant du médecin traitant un acteur essentiel du parcours de soin. R 13. Améliorer le bon usage des médicaments, en particulier des psychotropes, chez les malades atteints de la maladie d'Alzheimer. R 14. Assurer la continuité des soins et répondre aux situations de crise en facilitant l'accès à la filière hospitalière dans tous les cas où une hospitalisation est nécessaire

### *Renforcer la coordination entre intervenants médicaux et médico-sociaux et offrir une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leur famille*

R 15. Créer, sur la base des structures existantes, un lieu de coordination associant secteur sanitaire et médico-social. R 16. Offrir une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leur famille

### *Permettre aux malades et à leurs proches de choisir le*

### ***maintien à domicile***

R 17. Améliorer l'offre à domicile de services de soins et d'aide.  
R 18. Faciliter et encourager l'aménagement et l'adaptation des logements

### ***Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des patients***

R 19. Améliorer et diversifier l'offre d'accueil

### ***Apporter un soutien accru aux aidants***

R 20. Offrir une palette diversifiée de structures de répit. R21. Consolider les droits et la formation des aidants. R22. Prendre en compte la santé des aidants

### ***Prendre en charge spécifiquement les patients jeunes***

R 23. Améliorer l'accès au diagnostic, la qualité et la coordination de la prise en charge des malades atteints de maladie d'Alzheimer à début précoce. R 24. Prendre en compte l'hébergement et la prise en charge des malades jeunes

### ***Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels de santé***

R 25. Adapter les compétences des professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social à la spécificité de cette maladie et organiser la mobilité entre le sanitaire et le social. R 26. Augmenter l'attractivité des métiers de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

### ***Réussir ce plan par une nouvelle gouvernance***

R 27. Instaurer une nouvelle gouvernance pour articuler les trois champs de la recherche, de la santé et du social. R28. Organiser une communication mieux ciblée

*Globalement, ce rapport ambitieux présente l'inconvénient majeur de ne pas se prononcer sur le financement des mesures proposées.*

*Plus spécifiquement, il s'inscrit pleinement dans le courant de pensée actuel : la dimension psychique du sujet s'aborde et se traite sans référence à la psychologie, les psychologues et les psychiatres demeurent absents du dispositif. La réflexion pluridisciplinaire se borne à la prise en compte du Médico et du Social occultant le psychologique... Fi des psychologues, « ... l'exact reflet de l'épreuve vécue tant par le malade que par ses proches, de la nécessaire association de plusieurs disciplines de recherche, de l'addition essentielle de plusieurs compétences soignantes, du mariage à réussir quotidiennement entre le*

*geste qui soigne et la présence qui prend soin... » est donc analysé sans eux !*

*Voilà pourquoi, La FFPP a décidé d'interpeller au nom des psychologues : le chef de l'état, le premier ministre, le ministre de la santé, le Sénat et les Parlementaires. La marge de manœuvre est mince, tant on assiste actuellement à la course effrénée de revendications émanant des divers champs professionnels, pour une participation et une implication plus importantes. La raison en est simple : la maladie d'Alzheimer constitue, malheureusement, une véritable manne financière, pour la recherche de fond, l'octroi de subventions, la création d'emplois et autres avantages socio-économiques... Chacun souhaite pouvoir en faire bénéficier et avoir sa part du gâteau : loin de la mise en exergue de l'humain et de l'éthique ce rapport est devenu l'enjeu de lobbying. Pour autant, le groupe de travail de la FFPP « Place et rôle du psychologue dans le champ de la santé », et sa commission « psycho gérontologie » souhaitent réagir. En effet, ce rapport obère le sujet au profit de sa maladie, l'approche de la singularité psychique, du malaise et de la souffrance, ne trouvent que bien peu de développements appropriés dans les recommandations. Ce rapport transcende la simple promotion de notre profession car selon notre acception éthique et humaniste du sujet, l'apport spécifique des professionnels du psychisme (psychologues et psychiatres) ne peut y demeurer autant occulté. Dans un premier article sous forme de commentaire de texte, V. Mattio (psychologue praticienne) en livre le constat accablant. Dans un second article, qui paraîtra dans le prochain **Fédérer**, C. Mure, V. Roccard (psychologues cliniciennes), A.M. Ergis, M.C. Gély-Nargeot (psychologues universitaires), en donnent quant à elles, une lecture critique car ce rapport constitue pour nous l'une des multiples occasions de réfléchir quant à notre absence, à notre manque de représentativité. Cette association de praticiens et d'universitaires, chère à la FFPP, tentera d'en cerner les causes et les raisons qui l'animent et de les interpréter en lançant des pistes de réflexions.*

*Pour la commission rôle et place du psychologue dans le champ de la santé*

**Marie-Christine Gély-Nargeot, responsable de la commission psycho-gérontologie**

## **Le Rapport MENARD :**

### **Propositions pour le Plan Alzheimer 2008-2012**

#### **Un commentaire de texte (subjectif ?)**

La demande de Nicolas SARKOZY à la commission chargée de l'élaboration du plan contient d'emblée des termes concernant les troubles psychologiques liés à la maladie. Il évoque : la « **souffrance** » et la « **détresse tant pour la personne qui est atteinte par la maladie que pour son entourage** ». « **Mieux connaître, mieux diagnostiquer et mieux prendre en charge la maladie** » sont les objectifs qu'il fixe.

Le Professeur Joël MENARD (Président de la commission), en réponse, lui confirme la particularité psychologique de cette maladie « **puisque'elle touche à la perte du soi et de l'autonomie** ». Il évoque notamment le « **besoin de formations spécifiques, pour savoir s'adapter aux troubles des comportements** » ainsi que l'importance de réévaluer « **la rémunération des professionnels** ».

Quels points pouvons nous approuver ? Lesquels pouvons-nous commenter ?

Quelle place occupe le psychologue au sein d'un tel plan ?

C'est de ma place de psychologue spécialisée dans le diagnostic

et la prise en charge des troubles cognitifs, travaillant dans le domaine des maladies neuro-dégénératives (en Centre Mémoire puis en Accueil de Jour) et connaissant la longueur des files d'attentes pour obtenir un bilan cognitif en hôpital ou pour obtenir une place d'accueil de jour pour ces malades et voyant la détresse des familles tous les jours, que je propose ce commentaire de texte qui s'avèrera finalement assez critique bien que pavé de bonnes intentions à l'origine.

J'espère vivement qu'il permettra de changer la prise en compte actuelle de la place du psychologue auprès de ces malades et de leurs aidants.

Nous verrons que la personne malade semble être placé « **au cœur de l'action** » et que la prise en compte de son « **aidant** » est revalorisée. La question des « **patients jeunes** » fait également l'objet de propositions à part entière. Ces premiers points vont bien dans le sens du *respect de la personne dans sa dimension psychique*, or le terme de psychologue n'est pas retrouvé dans tout cela.

Nous verrons ensuite qu'un travail semble prévoir la mise en place d'un « **dispositif d'annonce de la maladie** ». Point important que nous ne pouvons, bien-sûr, qu'approuver.

Viennent ensuite les propositions concernant l'importance de la « **formation** » et de la « **rémunération** » des professionnels de santé autour de la maladie. Nous ne pouvons également qu'approuver cela.

Mais nous verrons que le psychologue semble avoir été oublié dans les différents métiers à prendre en compte tandis que

plusieurs mesures de « nouvelles tarifications », de « formations », de « prestations intégrées dans le champ de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) », sont prévues respectivement pour les « médecins spécialistes », les « médecins traitants » puis les « ergothérapeutes et psychomotriciens ».

#### « Le malade au cœur de l'action » :

Nous ne pouvons qu'adhérer aux points selon lesquels les objectifs sont de « Combattre l'isolement de la personne malade (..) s'attaquer à sa honte comme à celle de ses proches, en revisitant la représentation sociale de la maladie (..) Considérer à titre premier la place de sujet de la personne malade ».

Nous pouvons être fiers de retrouver différents termes de psychologie : « Si le malade a son mot à dire, cela signifie que ses mots pèsent mais que compte plus encore l'écoute de son dire », « s'il s'agit de soigner la maladie il importe tout autant de savoir prendre soin du malade » mais également d'humanisme : « Cela revient à refuser de réduire la vérité humaine d'un malade à la vérité scientifique de la maladie d'Alzheimer » dans un projet très ambitieux : « L'évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle devra se faire de manière privilégiée au domicile de la personne (..), dans le mois de l'annonce du diagnostic et sans doute 6 mois après le diagnostic, voire à échéances régulières ensuite ».

#### « Apporter un soutien accru aux aidants » :

Nous pouvons noter que les termes « suivi psychologique » ou « soutien psychologique » sont plusieurs fois retrouvés concernant la prise en charge des aidants mais, bizarrement, le mot psychologue n'est toujours pas présent :

« L'évaluation des besoins des aidants familiaux doit faire partie des différents plans d'aides personnalisées, (..) pour favoriser la mise en place d'un suivi médical et psychologique approprié ».

« Des politiques spécifiques doivent être bâties, en lien avec l'assurance maladie, pour améliorer le suivi de santé et le soutien psychologique des aidants familiaux ».

« La possibilité d'entretiens avec un tiers, capable du discernement nécessaire et du soutien psychologique approprié, s'impose comme tout autant la nécessité de développer des groupes de parole et des centres d'écoute spécialisés à proximité ».

Nous verrons plus bas que ce « tiers » n'est pas obligatoirement psychologue.

« Une des conséquences majeures de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est souvent, pour les aidants, une perturbation forte de leur vie quotidienne et une dégradation de leur état psychologique et de santé. Les dispositifs vont de l'information, individuelle ou collective, à du soutien par téléphone, des groupes de parole, des activités diverses. Des activités de formation sont également proposées, même s'il ne faut pas perdre de vue que les aidants ne sont pas des professionnels du soin ou de l'aide »

Soutien par téléphone, groupes de paroles, activités de formation...mais toujours pas de psychologue évoqué...

#### « Prendre en charge spécifiquement les patients jeunes » :

Dans cette partie, beaucoup de termes prenant en compte la spécificité de la maladie et ses conséquences psychologiques « le sentiment de désespoir et d'isolement social des personnes atteintes et des proches (..) nécessite un accompagnement particulier prenant en compte les perturbations de la dynamique familiale ». Mais toujours pas

de psychologue en vue...

#### « Mettre en place un dispositif d'annonce de la maladie » :

Un paragraphe de cette partie semble s'attarder sur la psychologie du malade : « Il y a des personnes qui ne posent pas de question, mais qui pourtant attendent des réponses et en feront le meilleur usage. A l'inverse d'autres posent des questions, veulent savoir, alors qu'elles ne veulent pas au fond d'elles-mêmes entendre les réponses et ne les entendent pas ».

Un autre paragraphe évoque l'importance accordée au temps de l'annonce : « Cela renvoie à l'exigence de qualité de la rencontre et du discernement, exigence première. L'intelligence, la délicatesse et l'empathie – l'épaisseur du temps surtout – semblent tout autant requises que peuvent l'être les rigueurs scientifique et clinique qui président au diagnostic ou à l'engagement thérapeutique ».

Discernement, intelligence, délicatesse, empathie : cette fois c'est sûr, on parle bien du psychologue, là ?...

Vient ensuite le moment de dire comment va se dérouler cette annonce, toujours avec cette importance accordée au versant psychologique : « écouter d'abord les souhaits de la personne concernée et de son aidant principal » tenir compte « du contexte social et psychologique », « Reconnaître le droit de la personne malade à être, ressentir, préférer, refuser »

Et enfin, concrètement que va-t-il se passer :

« L'annonce, au cours d'un ou plusieurs entretiens, est faite par le médecin et est suivie par un temps de soutien « soignant » avec un souci d'écoute, de reformulation et d'information sur les types de prises en charge, qu'elles soient médicales ou sociales. Le recours éventuel à un travailleur social et à une psychologue et, éventuellement, à des bénévoles associatifs d'associations agréées, spécialement formés, doit être pris en compte ».

Enfin, le terme de psychologue est employé (Page 40, à retenir) (une psychologue : au féminin : Désolée messieurs..). Nous allons « éventuellement » servir à quelque chose...A moins que le soutien « soignant » ne soit assuré par un travailleur social ou des bénévoles associatifs. Cela dépendra de qui est présent ce jour là peut-être...

ERRATUM : Dans cette partie, « Discernement, intelligence, délicatesse, empathie » étaient des qualificatifs pour le médecin, bien sûr.

#### « Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels de santé » :

Attardons nous sur le chapitre concernant la « Promotion des métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale ». Dans un tel chapitre, il semble légitime d'attendre que l'on évoque les psychologues.

*En tant que psychologue à orientation cognitive exerçant auprès de malades d'Alzheimer et donc consciente des réalités de terrain, je m'attendais, en lisant un tel titre, à ce que la commission propose de créer des centaines de postes de psychologues en établissement et à ce qu'ils favorisent notre intervention au domicile.*

*Et bien non...:*

« Il est proposé de créer un tronc commun en Sciences et Technique de Réadaptation (STR) pour les psychomotriciens et les ergothérapeutes, en ménageant un accès possible aux orthophonistes. Un module optionnel de réadaptation, dispensé en troisième année d'étude dans le cadre d'une option en sciences et technique de réadaptation et constitué d'apports théoriques sur les neurosciences et de

## stages pratiques »

« Permettre de recruter du personnel formé à la réhabilitation cognitive (ergothérapeutes et psychomotriciens) ».

« Ainsi, sur prescription médicale, les ergothérapeutes et les psychomotriciens pourraient intervenir à domicile, via les structures précitées et assurer, dès le diagnostic, l'éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement, la réhabilitation et la stimulation cognitive et, le cas échéant, en cas de crise, la prise en charge des troubles du comportement ».

« A ce titre, la commission préconise la possibilité pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens d'intervenir à domicile, en précisant qu'une telle orientation, pesant sur l'Assurance maladie, renvoie aux choix de priorités dans le financement des politiques publiques ».

Où sont passés les psychologues à orientation cognitive ou ceux spécialisés en neuropsychologie ? Ils sont pourtant, à l'heure actuelle, les mieux formés à la réhabilitation et la stimulation cognitive.

Où sont passés les psychologues cliniciens pour toutes les mesures d'accompagnement psychologique que ce soit auprès des équipes, des familles ou du patient lui-même ?

Pourquoi ne pas proposer ces mesures de remboursement de nos prises en charges aussi ?

Les psychologues s'ils ne sont pas professions de santé sont à part entière des professionnels de la santé. Il serait peut-être temps d'imaginer des dispositifs de prise en charge par les caisses maladie ou autres organismes.

Mais ce n'est pas terminé, nous pouvons lire également: « Si l'adaptation au handicap physique est un domaine qui commence à être bien connu des professionnels, l'adaptation des logements aux handicaps cognitifs reste un domaine à inventer et à développer fortement ».

Notons encore que « le diagnostic sur le logement par un psychomotricien ou un ergothérapeute » pourrait être « intégré dans le champ de l'allocation personnalisée à l'autonomie ».

Je crois que sur cette question, les ergothérapeutes et les psychomotriciens seront d'accord avec moi pour dire que le domaine de l'adaptation des logements aux handicaps cognitifs existe déjà et là encore, les psychologues spécialistes des troubles cognitifs semblent avoir été oubliés.

La « **Mesure 18. Adaptation du dispositif spécialisé mémoire par la création ou le renforcement de consultations mémoire supplémentaires** » semble être un point positif si nous considérons qu'une consultation mémoire propose en général au moins un mi-temps de psychologue en neuropsychologie.

**Mesures 19 et 20 : Création d'une nouvelle tarification « bilan Alzheimer » : pour les consultations mémoire et les neurologues libéraux prenant en compte le caractère multiprofessionnel des prestations.**

Son financement serait forfaitisé sur la base d'une nomenclature hospitalière « bilan Alzheimer » dans le cadre de la tarification à l'activité. Le forfait comprendrait les actes de consultations, les tests d'évaluation du déficit cognitif, le nouveau dispositif d'annonce et la participation au système informatisé de données.

Que les tests d'évaluation du déficit cognitif soient réalisés à l'hôpital par des psychologues et cotés comme des actes médicaux entrant à ce titre dans l'activité médicale remboursée ne pose problème à personne. Il s'agit d'une forme de détournement de nos compétences.

Ne parlons pas du libéral où ces tests seront cotés comme des

actes médicaux mais seront-ils réalisés par les médecins ou par les psychologues en libéral ?

Enfin, nous pouvons lire dans un autre chapitre:

« Le déclin cognitif est variable, son évaluation est importante car elle permet d'envisager des stratégies de compensation des déficits cognitifs en renforçant les capacités encore disponibles. Elle permet aussi, par l'analyse de la situation environnementale, d'anticiper d'éventuelles situations de crises en prévenant les troubles comportementaux très liés à un syndrome confusionnel. » Sera réalisée « une fois par an une évaluation de l'état de santé médico-psycho-social du couple aidant-aidé (...). Ces évaluations seront l'occasion d'évaluer les fonctions cognitives, les activités instrumentales de la vie quotidienne, de recevoir l'aidant, de faire le point sur ses besoins médicaux personnels, et sur la qualité de l'aide et de l'accompagnement ».

« Ce suivi au long cours des malades d'Alzheimer et de leurs aidants nécessite une prise en charge forfaitaire. » « Un forfait annuel pourrait être créé qui prendrait en compte des jours de formation continue »

Nous pourrions ici reconnaître le travail du psychologue et donc espérer une prise en charge forfaitaire de ces actes ainsi que des jours de formation continue.

Mais acceptons la réalité des choses lorsque nous découvrons que ce chapitre concernait en fait : le médecin traitant...

Au total, il semblerait que la situation actuelle soit bien décrite : Les malades présentent des troubles cognitifs et comportementaux à diagnostiquer et à prendre en charge par du personnel formé. Les aidants auraient besoin d'un soutien psychologique.

L'annonce de la maladie est bien décrite comme un temps d'écoute et de parole très important.

Mais il semble, par contre, que les mesures prises pour ces différents points n'incluent pas les psychologues, professionnels pourtant déjà formés à ces différents points.

Concernant les mesures concrètes, le terme de psychologue n'apparaît qu'une seule fois tandis que les ergothérapeutes et psychomotriciens sont cités à 9 reprises.

Sans remettre en cause les compétences de ces deux corps de métiers, il est difficile de comprendre pourquoi eux sont cités là où les psychologues devraient l'être aussi.

Le professeur MENARD écrit que « la commission veut écrire pour les malades et ceux qui les entourent, soignants et aidants, et ne cherche pas à faire plaisir à tels ou tels groupes professionnel, politique ou commercial ».

J'espère donc M. MENARD, que la « presque inexistence » du rôle du psychologue est simplement un oubli malencontreux. Votre souhait de neutralité n'a pu être respecté et cela semble effectivement logique d'être obligé de citer certaines professions, mais dans ce cas, n'oubliez pas les psychologues.

**Virginie MATTIO**

**Psychologue clinicienne à orientation cognitive  
(Toulon, Var)**

**Présidente de l'Association de Psychologues à  
Orientation Cognitive (APOC)**

Ndlr: En attendant : « Les associations s'inquiètent du retard du plan Alzheimer »

Les Echos, L'Humanité

Les Echos font savoir que « L'Union nationale des Associations France Alzheimer se disent « inquiètes et déçues » du retard pris dans la présentation du plan 2008-2012 de lutte contre la maladie d'Alzheimer ». Le journal rappelle que Nicolas Sarkozy avait « annoncé une consultation des professionnels et la présentation du financement du plan avant la fin de 2007, pour une mise en œuvre « dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 » ». « Or la concertation n'a pas encore eu lieu », poursuit le quotidien.