

SOSLD

SOS Longue Durée, Association loi 1901

Pourquoi ?

Document servant de base à nos actions prochaines. Version du 22 juillet 2006.

Introduction

Après la mise en place de la coupe PATHOS, il existe désormais un risque évident de voir disparaître 70 à 75 % des capacités des services de Soins de Longue Durée (SLD) en France. Les services ou capacités d'hébergement et de soins qui disparaîtraient se fondraient dans l'ensemble des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

Pourtant, les services de Soins de Longue Durée sont une tentative de réponse à une situation multifactorielle :

- l'expansion démographique des personnes âgées de plus de 75 ans,
- la polypathologie fréquente au grand âge, en particulier lorsque les personnes âgées présentent un risque permanent de décompensation aiguë (David JP et coll. 2002).
- les possibilités thérapeutiques limitées dans le domaine des maladies chroniques invalidantes telles que les maladies ostéoarticulaires dégénératives et surtout les démences,
- la dépendance pour les actes de la vie quotidienne,
- surtout les difficultés du maintien à domicile, en foyer-logement ou en maison de retraite médicalisée dans ce contexte.

Définition

Ces services étaient précédemment dénommés "Longs Séjours". Selon la loi hospitalière du 2 août 1991 (Art. L. 711-2, alinéa 2), ils sont des "soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien". Ils sont considérés comme hospitaliers, donc relevant du secteur sanitaire.

Leur définition est restée floue par rapport au dispositif d'hébergement dans la mesure où la définition des maisons de retraite avec cure médicale était fort proche de celle que nous venons de citer. En pratique, les patients hospitalisés en soins de longue durée sont, comme l'écrit Pasquier-Naga (Pasquier-Naga et al. 2002), "non seulement très dépendants, mais également très malades et très lourds en terme de prise en charge médicale".

Les soins français de Longue Durée en pratique

Il existe environ 76 700 lits de SLD et 415 500 lits dans les maisons de retraite en France. Le reste, à concurrence d'environ 670 000 lits, concerne les foyers-logements et l'hébergement temporaire.

Qui sont les résidents ?

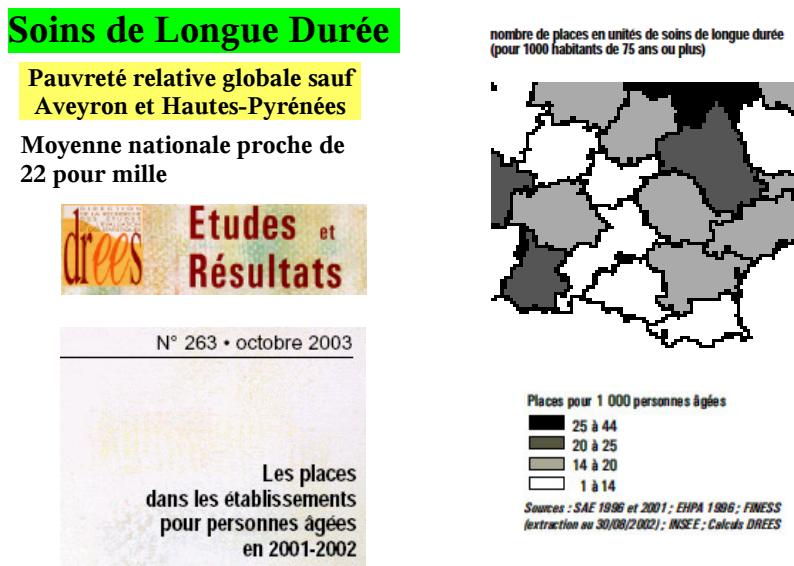
En pratique, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent l'essentiel de leur clientèle. Elles sont hébergées et soignées en Soins de Longue Durée car elles ne peuvent plus demeurer chez elles et ne trouvent plus de place dans une maison de retraite, même médicalisée. Cette situation est engendrée le plus souvent par la lourdeur des soins de base qui leur sont nécessaires et/ou du fait d'une pathologie chronique instable, d'une polypathologie ou encore d'une dépendance psychique importante. Ces patients restent à l'hôpital longtemps, plus d'un an en général, et souvent jusqu'à leur mort.

Disparités :

Il existe une grande disparité de l'offre de SLD en France.

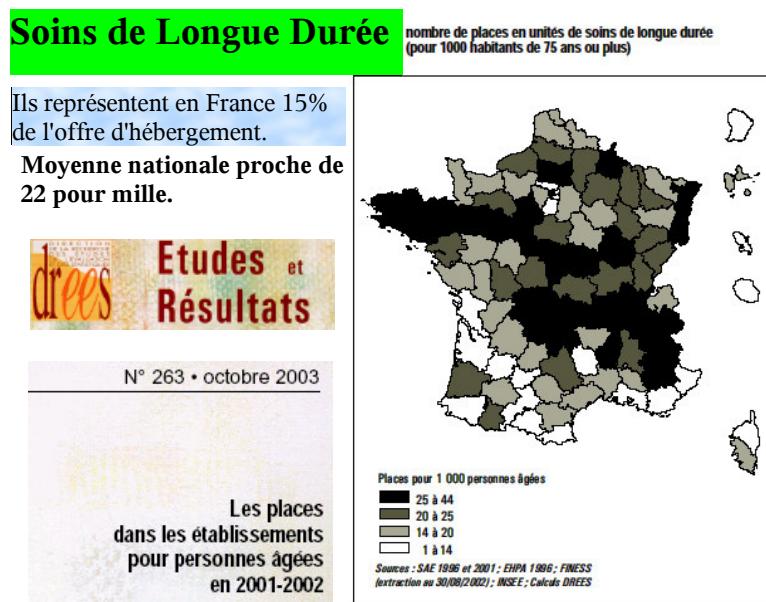
Sous l'aspect géographique, on peut observer un ratio variant de 1 à 4 en Midi-Pyrénées entre la Haute-Garonne peu lotie et l'Aveyron qui l'est moins mal.

Figure 1. Densité de lits de SLD en Midi-Pyrénées pour 1000 habitants de 75 et plus en 2001-2002.



Il en est ainsi au niveau national.

Figure 2. Densité de lits de SLD en France pour 1000 habitants de 75 et plus en 2001-2002.



Disparités quant à leurs missions réelles :

Lors d'une enquête nationale limitée réalisée en 1998 (Prévost et al. 1999), les services de Soins de Longue Durée apparaissent comme les structures les plus hétérogènes parmi les services de soins médicalisés aux personnes âgées. Trois groupes d'établissements pourraient être distingués d'après le modèle PATHOS :

- des services semblables aux cures médicales des maisons de retraite,
- des services se rapprochant des soins de suite,
- des services spécialisés dans la prise en charge des "déments perturbateurs", véritables unités Alzheimer avant l'heure ou services de Psychogériatrie.

Ainsi, cette hétérogénéité semble trouver sa source dans la variété de la demande en fonction des autres structures existantes à proximité du service.

Ce constat confirme aussi la notion de service de placement "en dernier lieu", souvent faute de mieux.

Disparités quant aux moyens mis en œuvre :

Selon un enquête nationale très partielle portant sur 19 établissements (Delplanque, 1999), les dotations en médecins et en personnels varient considérablement, dans une proportion de 1 à 5 selon les catégories professionnelles. Cette disparité, mal expliquée, pourrait être partiellement due aux différences des prix de journée d'hébergement laissés pour leur plus grande part aux résidents et à leurs familles.

Disparités dans les capacités d'accueil par service :

Parmi les des 47 structures de Soins de Longue Durée en Midi-Pyrénées répertoriés par l'ARH en 1998, les capacités extrêmes allaient de 10 lits (Nègrepelisse, 82) à 192 lits (Toulouse, 31), avec des services quantitativement importants comme ceux de Castres et de Villefranche-de-Rouergue qui hébergent chacun 160 résidents. La capacité moyenne des services de la région est voisine de 60 lits.

Ils ne doivent pas disparaître

Ils hébergent des patients polypathologiques qui trouveraient difficilement leur place en dehors d'une structure fortement médicalisée (David JP et al. 2002). En effet, environ 90 % des services de Soins de Longue Durée font partie d'un Centre Hospitalier, ce qui leur garantit le plus souvent un plateau technique de proximité et une organisation adaptée à la pathologie grave : entre autres, les infirmières et les médecins sont habituellement présents à temps plein. La présence infirmière y est presque toujours effective pendant la nuit.

Les patients y cumulent dépendance physique et psychique ainsi que polypathologie dans une proportion encore inédite en maison de retraite.

Ainsi, il est difficile de partager l'opinion de Brunetière (Brunetière, 2001), qui affirme : "les maisons de retraite communes ... hébergent des résidents atteints de dépendances et de pathologies aussi lourdes que celles qu'on traite dans les services

de soins de longue durée". Cet auteur a toutefois la prudence d'ajouter : "seul leur nombre, ou leur proportion parmi l'ensemble des résidents de l'établissement diffère, parfois beaucoup, parfois peu." Mais il ajoute imprudemment : "Il suffit de quelques visites pour s'en convaincre."

Les services de Soins de Longue Durée sont régulièrement sollicités par les maisons de retraite elles-mêmes car l'organisation des maisons de retraite, au-delà des moyens qui leur sont attribués, connaît des limites face à ces situations difficiles. Les SLD ont constitué, au fil du temps, des solides équipes qui savent assurer à ces malades une qualité de soins malgré l'absence quasi constante d'objectif de guérison dans le sens commun du terme (Moulias, 2002).

L'action de SOSLD

Analyse critique de la réforme actuelle

Comment faire encore des économies de santé ?

Commencez par nier la nécessité des Soins de Longue Durée (SLD) comme vous l'avez fait en Psychiatrie. Insinuez que les SLD ne devraient plus exister car ils ne sont qu'une simple survivance des hospices. Caressez ainsi dans le sens du poil. Participez de la sorte au déni collectif et individuel envers une situation de plus en plus fréquente dans les dernières années de la vie.

Dites, contre toute évidence et en dépit des études qui vous contredisent, que les résidents des maisons de retraite sont les mêmes que ceux des Longs Séjours. Appuyez-vous alors sur les difficultés des maisons de retraite qui s'étonnent pour certaines de voir 30 % des dépenses attribuées aux SLD alors que ces derniers ne représentent environ que 17 % des lits d'hébergement.

Proposez ensuite des conventions tripartites pour éliminer le maximum de SLD. Ne dites surtout plus « Services de Soins de Longue Durée » mais « Unités » pour en diminuer un peu l'importance. Allez jusqu'à en oublier le nom en haut lieu car cela vous indispose. Voyant que cela est loin de marcher, passez à la procédure suivante.

Prenez un outil fort intéressant et fort bien présenté en France et en Navarre par un collègue éminent : PATHOS. Ne l'appliquez surtout pas aux EHPAD, il pourrait y avoir des surprises. Peu importe qu'il soit assez onéreux à l'ordinaire : distribuez gratuitement le logiciel aux directeurs d'hôpitaux, pas aux médecins. Ces derniers seront de simples commissionnaires. Demandez aux médecins des SLD de faire une coupe dont on peut dire qu'elle sera sombre. Prévenez-les qu'il y aura un partage de leurs services. Qu'il devrait être drastique. Voulant faire passer la pilule,

ne laissez pas trop entendre qu'il pourrait y avoir augmentation des capacités, même sur ces critères restrictifs, s'ils étaient appliqués à toutes les institutions françaises d'hébergement.

Faites vite avant que chacun ait réalisé ce qui se passe. Peu importe que l'on ait attendu depuis dix ou douze ans une réforme éventuelle. Ne dites jamais que des postes pourraient être supprimés. Par ces temps de CPE (Coupe PATHOS Expéditive ?) où la vitesse a été confondue avec la précipitation, la suppression d'emplois occupés par des jeunes gens serait du plus mauvais effet.

Pour reprendre littéralement les termes de la pétition « Vieillir Digne » :

« Loin d'être une formalité administrative, cette réforme modifie radicalement, et sans aucun débat national, l'accès aux soins des personnes âgées. Aujourd'hui, les EHPAD ne disposent pas d'un encadrement médical suffisant pour se substituer à l'hôpital. Le gouvernement ne peut ignorer que la densité de soignants au lit du patient y est, en moyenne, deux fois moindre que dans les unités de long séjour hospitalier (USLD). Dans ces conditions, la qualité des soins ne pourra être maintenue.

Alors que les besoins en hébergement médicalisé vont croître au cours des prochaines années du fait de la progression de l'espérance de vie, le gouvernement contribue, paradoxalement, par cette réforme à diminuer l'offre de lits nécessaires. Les personnes âgées risquent de perdre en qualité de prise en charge sans même gagner en quantité d'offre de places.

Les personnes âgées ont droit, comme toute la population, à des soins adaptés, à une bonne qualité de vie et au respect de leur dignité. La fermeture massive d'unités de soins de longue durée ne les garantit en rien. Des évolutions, notamment l'humanisation de l'hébergement sont nécessaires. L'objectif ne peut être la réduction des personnels mais bien de mieux adapter le type de prise en charge aux besoins réels des personnes âgées.»

Par ailleurs, il sera procédé à la suppression pure et simple des services de SLD si le nombre de places est inférieur à 30.

Quand bien même l'outil PATHOS permettrait de déterminer des capacités collectives, il ne me rassurerait pas car il faut tenir compte d'autres facteurs bien plus pertinents tels que :

- le "maillage territorial" qui devrait autoriser une proximité décente des SLD pour les familles et les amis. On sait d'après la DREES que les résidents de SLD ont, en

2003, plus souvent une famille que ceux d'EHPAD. Ceci est normal du fait que le facteur "pathologies" joue plus souvent son rôle dans la nécessité d'une surveillance médicalisée renforcée.

- la nécessité de mettre de côté le sacro-saint "remplissage" maximum qui interdit de prendre en charge en SLD des personnes qui auraient rapidement besoin d'une telle structure. Mais alors, quid de notre chère rentabilité, même habillée du joli terme d'optimisation ?
- si les modalités d'organisation des SLD déjà devenus EHPAD n'ont pas encore été bouleversées, rien ne s'opposera à ce qu'il en soit ainsi à l'avenir, ne serait-ce que par souci légitime de cohérence du système. Alors, il faudra que ces structures incluant de nombreux intervenants extérieurs fassent leurs preuves en faveur de résidents de plus en plus "lourds" tels que les "déments perturbateurs".

Les médecins extérieurs y seront plus ou moins "coordonnés" par un praticien qui fait ce qu'il peut sous l'autorité d'un directeur. Un médecin coordonnateur dont le statut et surtout la place concrète sont bien loin d'être parvenus à maturité.

- les perspectives démographiques sont grossièrement les suivantes : doublement des 85 ans et plus d'ici à 2020 (dixit Monsieur De Villepin à Bergerac le 26 mai 2006). Par ailleurs, si l'EVSI (Espérance de Vie Sans Incapacité) s'allonge bien, la morbidité de fin de vie, elle, n'arrive pas à être comprimée (l'hypothèse optimiste de Fries ne se vérifie pas). Or, cette population est dans l'avenir proche la plus à même de nécessiter des SLD.
- l'augmentation des exigences de soins va croissant depuis toujours. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi à l'avenir ? Les enfants gâtés des "30 Glorieuses" seront-ils moins exigeants quant aux soins vers la fin de leur vie ?

Ce que nous demandons

En 2006, nous sommes convaincus qu'une disparition massive de lits de Soins de Longue Durée en France serait préjudiciable à l'accompagnement et à la prise en charge de nombreuses personnes âgées dépendantes, malades et fragiles, en particulier les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer.

Nous ne contestons pas le principe d'une réforme qui serait bien menée.

Dans l'immédiat, nous avons refusé de communiquer la coupe PATHOS, c'est-à-dire de nous faire hara-kiri en livrant les résultats de cette étude.

Nous demandons la généralisation de la coupe PATHOS à toutes les institutions françaises d'hébergement. Pourquoi refuser une étude qui permettrait d'y voir plus clair ? Il faut alors la pratiquer partout.

Nous refusons toute décision hâtive des conseils d'administration avant qu'une telle étude ait été achevée et ses résultats discutés.

Avant toute réforme, nous voulons que soient communiqués les moyens qui seront alloués aux différentes catégories de malades.

Nous demandons qu'une concertation voie le jour avec les associations professionnelles et de familles avant toute décision.

Nous approuvons la démarche de la pétition « Vieillir Digne » :

« Parce que nous ne voulons pas que cette réforme se traduise par une nouvelle dégradation de la situation des personnes âgées, nous demandons au gouvernement un moratoire sur la réforme des lits d'USLD.

Ce moratoire doit être mis à profit :

1) pour faire une étude, bâtie sur des critères acceptés par tous, afin d'établir le profil des patients accueillis dans les EHPAD, concernant leur niveau de dépendance et leur besoin de soins. En ayant pour impératif une qualité de soins effective, cette étude donnera à connaître les besoins réels en médicalisation des EHPAD et permettra seule de déterminer sur quelles bases les capacités respectives des USLD et des EHPAD doivent être modifiées.

2) pour ouvrir une véritable concertation avec les collectivités départementales, particulièrement engagées dans les politiques d'accompagnement du grand âge, les professionnels et leurs représentants, les associations de personnes âgées, accompagnée d'un examen des moyens financiers nécessaires à ces politiques.

Seule une telle démarche permettra d'avoir la visibilité nécessaire pour prendre des décisions aux conséquences humaines si importantes pour nos aînés et leurs familles. »

Actions récentes

Nous nous sommes opposés à la transmission de la coupe PATHOS dès le 28 avril 2006. Pour cela, nous avons diffusé une lettre à nos confrères des SLD français le plus largement possible. Nous y appelions au boycott de la communication de la coupe PATHOS et à l'écrire aux ministres responsables.

Nous avons appelé et appelons à signer la pétition de « Vivre Digne » sur Internet initiée par un collectif initié par la mairie de Paris :

<http://www.vieillirdigne.net/petition/?petition=2>

Nous avons ouvert une page web évolutive exclusivement réservée à notre action :

<http://www.geocities.com/bpradines/SOSLD.html>

Nous avons déposé les statuts de notre association à la préfecture du Tarn le 18 mai 2006.

Nous avons participé à la réunion du 7 juin 2006 avec le ministre.

Nous avons rédigé un communiqué de presse commun avec « Vieillir Digne » le 23 juin 2006.

Nous avons participé à une conférence de presse commune avec « Vieillir Digne » le 19 juillet 2006 à Paris.

Actions actuelles

Nous essayons de nous adresser le plus largement possible à tous les gériatres et aux médecins-conseils pour leur demander de ne pas coopérer à la réforme actuelle dans les conditions présentes. Pour cela, nous tentons de collecter le maximum d'adresses de type Internet (courriels) afin de faciliter une action qui devrait être massive pour être significative. Nous contactons aussi diverses associations dont l'ADEHPA (Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées) ou des associations de familles comme le GRAF.

Actions dans le futur proche

Nous essayons de nous adresser le plus largement possible à tous les conseils d'administration des hôpitaux pour leur demander de ne pas voter la réduction drastique de leurs capacités de Soins de Longue Durée. Nous ferons de même avec les conseils généraux.

Ne devrons insister sur la possible disparition d'une offre de soins qui devrait pourtant demeurer de proximité du fait de la gravité des situations familiales et de la nécessité des visites, en particulier quand il s'agit de malades adultes, parfois jeunes, pris en charge à très long court.

Il conviendrait d'élargir considérablement le mouvement en impliquant au maximum les syndicats de salariés directement concernés par une éventuelle réduction des emplois dans ce secteur. Il conviendra d'insister sur le lien étroit

entre les Soins de Longue Durée et l'emploi des jeunes, en pratique d'emplois de femmes jeunes. En effet, il nous est souvent opposé que l'on devrait d'abord s'occuper de la jeunesse avant de penser à ceux qui sont au fond de leur lit dans l'attente d'une mort tardive. Certes. Toutefois, les dépenses d'un service de SLD sont constituées pour environ 70 % par des emplois occupés le plus souvent par des jeunes salariés.

Accessoirement, et en évitant soigneusement la polémique entre gériatres, nous devrons mettre en avant les hésitations récentes de notre syndicat le plus représentatif.

Voici ce que l'on pouvait lire, implicitement sous la dictée de JM Vetel le 23 mai 2002, dans le compte-rendu de la réunion du bureau du SNGC :

<http://www.geocities.com/bpradines/SNGC23mai2002.html>

"La diversité des situations individuelles ne permet pas de conceptualiser un outil national, la seule attitude cohérente consiste donc à laisser la décision au médecin responsable du patient qui est le seul à même de décider pour son patient du meilleur lieu de prise en charge compte tenu de l'environnement médical et social requis.

Attention aux outils soi-disant d'aide à la décision qui un jour ou l'autre deviendront opposables et technocratiques. Nous avons déjà dit et redit notre opposition à l'outil des 52 maladies graves tous âges concoctés par la Direction des Hôpitaux qui autoriserait ou non de rester au long cours en milieu hospitalier."

A ce propos, nous devrons appeler à l'unité des gériatres comme le font ceux qui veulent guider le troupeau derrière les bergers du ministère.

Bibliographie

(ordre alphabétique)

David JP, Pasquier-Naga F, Di Menza C. Les patients actuellement hospitalisés en soins de longue durée relèvent-ils du secteur sanitaire ? La Revue de Gériatrie, Tome 27, n°5, mai 2002.

Delplanque Régine. Enquête sur les effectifs dans les secteurs d'hébergement. Toulouse, 5-6-7 octobre 1999.
XXVI èmes journées nationales d'études des infirmiers généraux.

Moulias R. Quel avenir pour les ex longs séjours ? Revue de Gériatrie, tome 27, n°5 mai 2002, p 311-12.

Pasquier-Naga F., David JP, Di Menza C. Description comparative des patients adressés en maison de retraite ou en soins de longue durée à l'issue d'une hospitalisation en soins de suite. La Revue de Gériatrie, Tome 27, N°1 janvier 2002, pp 53-56.

Prévost P. Vuillemin C. Comparaison des structures hospitalières et médico-sociales au moyen de "PATHOS". La Revue de Gériatrie, tome 24, n°6, juin 1999, pp 457-68.

Annexe 1

lettre du 28 avril 2006 à nos confrères des SLD français

Cher(e)s collègues,

Comment faire encore des économies de santé ?

Commencez par nier la nécessité des Soins de Longue Durée (SLD) comme vous l'avez fait en Psychiatrie. Insinuez que les SLD ne devraient plus exister car ils ne sont qu'une simple survie des hospices. Caressez ainsi dans le sens du poil. Participez de la sorte au déni collectif et individuel envers une situation de plus en plus fréquente dans les dernières années de la vie.

Dites, contre toute évidence et en dépit des études qui vous contredisent, que les résidents des maisons de retraite sont les mêmes que ceux des Longs Séjours. Appuyez-vous alors sur les difficultés des maisons de retraite qui s'étonnent de voir 30% des dépenses attribuées aux SLD alors que ces derniers ne représentent environ que 17% des lits d'hébergement.

Proposez des conventions tripartites pour éliminer le maximum de SLD. Voyant que cela est loin de marcher, passez à la procédure suivante.

Prenez un outil fort intéressant et fort bien présenté en France et en Navarre par un collègue éminent : PATHOS. Ne l'appliquez surtout pas aux EHPAD, il pourrait y avoir des surprises. Peu importe qu'il soit assez onéreux à l'ordinaire : distribuez gratuitement le logiciel aux directeurs d'hôpitaux, pas aux médecins. Ces derniers seront de simples commissionnaires. Demandez aux médecins des SLD de faire une coupe dont on peut dire qu'elle sera sombre. Prévenez-les qu'il y aura un partage de leurs services. Qu'il devrait être drastique. Voulant faire passer la pilule, ne laissez pas trop entendre qu'il pourrait y avoir augmentation des capacités, même sur ces critères restrictifs, s'ils étaient appliqués à toutes les institutions françaises d'hébergement.

Faites vite avant que chacun ait réalisé ce qui se passe. Peu importe que l'on ait attendu depuis dix ou douze ans une réforme éventuelle. Ne dites jamais que des postes pourraient

être supprimés. Par ces temps de CPE où la vitesse a été confondue avec la précipitation, la suppression d'emplois occupés par des jeunes gens serait du plus mauvais effet.

Trêve de plaisanterie : nous sommes désormais un groupe de médecins déterminés à nous exprimer sur la réforme en cours des Soins de Longue Durée (SLD) en France. Nous vous proposons d'adresser la lettre ci-jointe par tous moyens aux ministres concernés, de nous signaler si vous êtes solidaire de nos objectifs et de nous dire si vous acceptez que votre nom soit publié. Communiquez avec nous seulement par mail pour faciliter l'action, la réflexion et la coordination.

Bien confraternellement,

Bernard Pradines

Annexe 2

STATUTS de l'association SOSLD (SOS Longue Durée)

déposés à la préfecture du Tarn le 18 mai 2006, adoptés par les fondateurs le 27 avril 2006.

Article 1- Constitution et dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16août 1901 ayant pour titre : **SOSLD (SOS Longue Durée)**

Article 2 - But ou Objet

Cette association a pour but :

En 2006, nous sommes convaincus qu'une disparition massive de lits de Soins de Longue Durée en France serait préjudiciable à l'accompagnement et à la prise en charge croissante de personnes âgées malades, fragiles et dépendantes.

Dans l'immédiat, nous appelons nos collègues au refus de communiquer la coupe PATHOS, c'est-à-dire de se faire hara-kiri en livrant les résultats de cette étude.

Nous demandons la généralisation de la coupe PATHOS à toutes les institutions françaises d'hébergement. Si on prétend que cette étude permettrait d'y voir plus clair, alors il faut exiger qu'elle soit pratiquée partout.

Nous refusons toute décision hâtive des conseils d'administration avant qu'une telle étude ait été achevée et ses résultats discutés.

Nous voulons qu'avant toute réforme soient annoncés les moyens qui seront alloués aux différentes catégories de malades.

Nous demandons qu'une concertation voie le jour avec les associations professionnelles et de familles avant toute décision.

Nous en appelons à la responsabilité individuelle de chaque médecin par rapport à ses successeurs et aux futurs résidents. Nous sommes conscients que certains collègues en situation difficile peuvent céder à la pression administrative. Nous ne jugeons personne.

Nous ferons connaître notre point de vue par tous les moyens légaux adéquats.

Article 3 - Siège social

Le siège social est fixé à: 54, rue Louis Blériot à Albi chez le Docteur Bernard Pradines.

Il pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration, ou par délibération de l'assemblée générale; la ratification par l'assemblée générale sera nécessaire.

Article 4 - Durée

La durée de cette association sera liée à la réalisation des demandes exprimées ci-dessus.

Article 5 - Composition

L'association se compose de :

- membres d'honneurs
- membres bienfaiteurs,
- membres actifs ou adhérents

Article 6 - Admission

Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le bureau qui statue lors de chacune de ses réunions, sur les demandes présentées.

Article 7 - Les membres

Sont membres fondateurs les membres adhérents qui ont participé à la constitution de l'association (liste jointe)

Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association ; ils sont dispensés de cotisation.

Sont membres bienfaiteurs les personnes qui versent un droit d'entrée de 15 Euros ou une cotisation annuelle fixée chaque année par l'assemblée générale.

Sont membres actifs ceux qui ont pris l'engagement de verser une cotisation annuelle fixée chaque année par le bureau et votée en assemblée générale. Elle est actuellement de € 10.

Article 8 - Radiation

La qualité de membre de l'association se perd par démission, par radiation ou par décès.

La démission est ratifiée par le Conseil d'administration après exposé des motifs par écrit du membre démissionnaire.

La radiation prononcée par le Conseil d'administration pour non-paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications.

Article 9 - Cotisations - Ressources

Cotisations : le montant est fixé chaque année par le conseil.

Ressources : les subventions de l'Etat, des régions, des départements et des communes, et toutes ressources autorisées par la Loi.

Article 10 - Conseil d'administration

L'association est dirigée par un conseil d'au moins 4 membres, élus pour une année par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de :

- un président,
- un ou plusieurs vice-présidents,
- un secrétaire et, s'il y a lieu, un secrétaire adjoint,
- un trésorier et, si besoin est, un trésorier adjoint.

Le conseil étant renouvelé tous les 3 ans par moitié, la première année, les membres sortant sont désignés par le sort.

En cas de vacance, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les fonctions des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres remplacés

Article 11 - Réunion du Conseil d'administration

II se réunit une fois au moins tous les six mois, sur convocation du Président, ou sur la demande du quart de ses membres.

Le Conseil d'Administration peut se réunir valablement sur Internet, selon une procédure décrite au Règlement Intérieur.

Les décisions sont prises à la majorité des voix ; en cas de partage, la voix du Président est prépondérante. Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 12 - Assemblée générale ordinaire (AGO)

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association à quelque titre qu'ils y soient affiliés. Elle se réunit chaque année à une date convenue dans le règlement intérieur.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Le président, assisté des membres du bureau, préside l'assemblée générale et expose la situation morale de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée générale ordinaire.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement des membres sortants du bureau.

Ne devront être traitées, lors de l'assemblée générale, que les questions soumises à l'ordre du jour.

Les décisions sont prises à la majorité des présents.

En cas de partage la voix du Président est prépondérante.

L'Assemblée Générale ordinaire peut se réunir valablement sur Internet, selon une procédure décrite au Règlement Intérieur.

Article 13 - Assemblée générale extraordinaire (AGE)

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié plus un, des membres inscrits, le président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire, suivant les formalités prévues par l'article 12.

L'Assemblée Générale extraordinaire peut se réunir valablement sur Internet, selon une procédure décrite au Règlement Intérieur.

Article 14 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le bureau qui le fait alors approuver par l'assemblée générale.

Ce règlement éventuel est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

Article 15 - Dissolution

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents à l'assemblée générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif s'il y a lieu, est dévolu, conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901, et au décret du 16 août 1901. Le solde ira à des associations reconnues en faveur des malades âgés, telles que France Alzheimer.

Faite le

Signatures des membres du Bureau

Président (e)

Dr Bernard Pradines

Trésorier (e)

Dr Michel Cavey

Secrétaire

Dr Daniel Le Corgne

Vice-président

Dr Georges Lambert