



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**ANALYSE D'UNE INITIATIVE DE COURT SÉJOUR
GÉRIATRIQUE
AU CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC UN RÉSEAU
GÉRONTOLOGIQUE DANS LE CADRE DE LA PRISE
EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES AU SEIN DE
L'HÔPITAL**

Frédéric DELMAS

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Monsieur Vincent ROUVET, Directeur du Centre Hospitalier de RODEZ, ainsi que Monsieur Vincent THOMAS, Directeur adjoint chargé du système d'information et de la gestion des patients, coordonnateur de la filière gériatrique, ainsi que toute l'équipe de direction pour leur accompagnement et soutien pendant la réalisation du mémoire.

Je remercie Monsieur CLEMENT, Enseignant chercheur à l'ENSP pour son aide quant à la définition du sujet et à l'élaboration du plan.

Je remercie le Docteur CALMELS, Chef de service de l'Unité de Gériatrie Aiguë, Madame BASTIDE, cadre de santé du service, ainsi que son équipe pour leur collaboration ; également les patients et familles qui ont accepté de répondre sur le fonctionnement du service.

Je remercie les médecins et personnels de l'établissement qui ont répondu aux entretiens concernant l'évaluation du service, ainsi que le médecin responsable du DIM.

Je remercie les directeurs et les équipes des tutelles, ARH, DDASS, DSD, pour leur écoute attentive.

Je remercie les partenaires extérieurs, directeurs d'hôpital local, de maisons de retraite, services d'aide à domicile pour avoir donné leurs sentiments de manière objective, ainsi que tous les professionnels médecins généralistes, spécialistes, acteurs de l'action sanitaire, sociale, gérontologique, qu'il serait trop long de citer.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES PERSONNES AGÉES AU NIVEAU NATIONAL :	1
1.1 Une population vieillissante :	1
1.2 Les concepts de gérontologie et de gériatrie :	2
1.2.1 La gérontologie :	2
1.2.2 La gériatrie :	3
1.2.3 La personnalisation de la vieillesse :	4
1.3 Impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé :	7
1.3.1 Dépenses médicales en général :	7
1.3.2 Dépenses liées à l'hôpital :	8
1.4 Mise en place d'une politique nationale :	11
1.4.1 Une réflexion depuis une trentaine d'années :	11
1.4.2 La réglementation récente :	12
1.4.3 Des projets à venir :	17
1.5 Un été de canicule qui a mis en lumière l'insuffisance des dispositifs :	20
1.5.1 Constats :	21
1.5.2 Propositions :	23
2 LES PERSONNES AGÉES EN REGION MIDI-PYRÉNÉES ET DANS LE DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON :	24
2.1 La région Midi-Pyrénées :	24
2.1.1 Analyse démographique :	24
2.1.2 Contexte sanitaire :	27
2.2 Le département de l'Aveyron :	29
2.2.1 Analyse démographique :	29
2.2.2 Contexte sanitaire :	31
3 LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE DE COURT SEJOUR GERIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ :	38
3.1 Une volonté et une nécessité de l'institution :	38
3.2 Analyse après six mois de fonctionnement :	41
3.2.1 Provenance à l'entrée et profil des patients :	42

3.2.2	Principales pathologies et lieux de sortie :	43
3.2.3	Incidences sur les autres services :	48
3.2.4	Moyens en personnel et financiers :	51
3.2.5	Enquête auprès du personnel et des familles :	52
3.2.6	Bilan général :	53
4	MISE EN PERSPECTIVE AVEC UN RESEAU EXTERIEUR :	54
4.1	Enquête auprès des EHPAD :	54
4.2	Enquête auprès des médecins libéraux :	56
4.3	Perspectives :	56
4.3.1	Dimensionnement du service :	56
4.3.2	La coordination gériatrique :	58
4.4	L'exemple de réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie au Canada :	67
	CONCLUSION	69
	BIBLIOGRAPHIE	71
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural.
AFFIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-ressources.
ALD : Affection de Longue Durée
APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie.
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées.
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
DSD : Direction de la Solidarité départementale.
DMS : Durée Moyenne de Séjour.
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.
FINNESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux.
GIR : Groupe Iso-Ressource.
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MSA : Mutualité Sociale Agricole
ODHLM : Office Départemental des Habitations à Loyers Modérés
ORMIP : Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées
ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Services de Soins de Suite et de Réadaptation
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
USLD : Unité de Soins Longue Durée
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population, retombée plutôt positive de la transformation de nos conditions de vie, est dépeint dans notre société comme un problème individuel, familial et social. Ainsi la vision portée sur ce dernier se manifeste par deux attitudes extrêmes : « le jeunisme » ou « l'âgisme ». Sur le plan sanitaire, il est considéré comme générateur d'une demande d'aide et de soins sans limite. Sur le plan économique seul leur statut de consommateur est reconnu, mais toute utilité sociale leur est déniée. Pourtant les personnes âgées, dans un contexte familial marqué par la diversité, les ruptures et les recompositions, représentent un pôle de stabilité. Elles ont une fonction de transmission des repères et valeurs de notre société. Elles assurent de plus en plus la charge de jeunes adultes aux ressources insuffisantes, elle s'impliquent dans la vie de la cité. Au sein même de la population désignée « personnes âgées » de plus de 60 ans, il faut différencier plusieurs « générations » marquées par des contextes historiques et socio-économiques différents. Les « vieux ne cessent de rajeunir », l'âge moyen d'entrée en institution des personnes âgées ne cesse de reculer, il se situe aux alentours de 83 ans, c'est peut-être ce seuil des 80 ans qui permet de parler de « vieux » de nos jours.

La prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital devient un enjeu important, en effet, près du tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes de plus de 65 ans et près d'un hospitalisé sur quatre a 80 ans et plus. Ces patients présentent souvent des polyopathologies et le séjour hospitalier peut augmenter le risque de dépendance par une prise en charge médicale et sociale inadaptée. L'institution est souvent en difficulté face à des patients aux séjours prolongés et fréquents, par défaut d'une évaluation médicale et sociale spécifique et par manque de place dans des unités adaptées à la spécificité gériatrique.

Depuis quelques années se met en place une politique gérontologique, par une prise en charge globale de la personne âgée en amont et en aval de l'épisode d'hospitalisation au sein d'une filière de coordination pluridisciplinaire. Le nombre de décès dus à la canicule de l'été 2003, évalué à 11435 morts selon le ministère de la santé, dans un contexte de solitude au domicile, associé à des problèmes de prise en charge institutionnelle, n'a fait que confirmer la nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées.

Le court séjour gériatrique est un élément pour répondre à la fois aux besoins de la personne âgée et aux exigences de l'hôpital dans ses missions d'accueil et d'orientation. A l'heure actuelle, il existe 68 services de ce type dans les 207 établissements sièges de services d'accueil et de traitement des urgences (SAU). Phénomènes novateurs, au sein d'une problématique de changement, ces services tout en se développant doivent être évalués afin d'assurer leur pérennité dans une pratique de savoir-faire gériatrique de qualité au sein de l'hôpital général.

Le Centre Hospitalier de RODEZ, situé au sein d'un département vieillissant, est le premier établissement de la région Midi-Pyrénées à mettre en place une unité de court séjour gériatrique. En cohérence avec une politique nationale de prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital, cette démarche doit prouver son efficacité sur le plan local, à la fois à l'intérieur de l'institution, mais aussi à l'extérieur avec d'autres partenaires. Elle augure ce que pourrait être à l'avenir la prise en charge des personnes âgées au sein du système sanitaire, une démarche spécifique et adaptée aux besoins de cette population.

1 LES PERSONNES AGÉES AU NIVEAU NATIONAL :

1.1 Une population vieillissante :

Les démographes parlent de « vieillissement de la population » à propos de l'évolution du rapport entre la part de personnes âgées de 60 ans ou plus et celle des moins de 20 ans. Cette représentation, née dans le contexte nataliste et nationaliste des années 20, comporte des sous-entendus négatifs, dans le sens où un pays qui vieillit perd de sa vitalité, s'affaiblit et s'appauvrit. Cette vision alarmiste pose parfois les rapports entre générations en terme de concurrence. Les démographes et les historiens poursuivent leur analyse, avec comme limite l'âge de 60 ans, mais comme nous le constaterons plus loin, les évolutions récentes ont beaucoup rajeuni les vieux.

La population française est estimée à 61,4 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2003. Comme dans la plupart des pays développés, la proportion de personnes âgées dans la population croît. Les 65 ans et plus représentent 16 % de la population en 2000, ils représenteront 20,9 % en 2020 et 28 % en 2040¹. Ces prévisions tiennent compte de trois phénomènes :

- Les conséquences du « baby-boom » des années 1946-73, à partir de 2020 ses effets se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de plus 85 un peu plus de 3 %.
- L'allongement de l'espérance de vie qui augmente d'un trimestre tous les ans. Elle s'établit en 2002 à 75,6 ans pour les hommes et 82,8 pour les femmes. En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans.
- La baisse des naissances, qui devrait passer de 2,1 enfant par femme aujourd'hui à 1,8 pour la génération des femmes nées en 1985.

¹ CREDES, bulletin d'information en économie de la santé, mars 2003

Selon les hypothèses démographiques de l'INSEE, les plus de 60 ans deviendront plus nombreux que les moins de 20 ans, dans les 50 prochaines années. (Annexe 1). En 2060, quand les personnes de 65 à 90 ans seront nées entre 1970 et 1995, il y aura un net ralentissement de la progression du poids des personnes âgées dans la population, et on peut donc tabler sur une stabilisation de ce poids autour de 30 %.

Toutefois, le vieillissement ne concerne pas de manière équivalente toutes les régions de l'hexagone. Ainsi, la France du sud et du centre, plus âgée, s'oppose traditionnellement à la France du nord, plus jeune : au recensement de 1999, selon l'INSEE, les régions ayant la proportion de personnes de plus de 60 ans la plus élevée étaient le Limousin (29,4 %), le Poitou Charente, l'Auvergne, le Languedoc Roussillon et Midi-Pyrénées (25 %). A l'inverse, l'Île de France était devant le Nord Pas de Calais, l'Alsace, la Picardie et la Haute Normandie (19,5 %), la région où cette proportion était la plus faible. Ces différences s'expliquent notamment par des disparités de fécondité et des mouvements migratoires.

1.2 Les concepts de gérontologie et de gériatrie :

1.2.1 La gérontologie :

La gérontologie désigne l'étude de la vieillesse et des phénomènes du vieillissement sous leurs divers aspects morphologiques, physiologiques, psychologiques, sociaux. Ce n'est pas une discipline autonome, toutes les avancées des sciences biologiques et des sciences humaines contribuent aux progrès de la matière.

En dehors du contexte soignant, la gérontologie est liée à des disciplines comme la philosophie (conception de la vieillesse), la psychologie (développement continu de la personne âgée), la sociologie (influence de la société sur les personnes âgées et leur impact sur les systèmes sociaux), l'histoire (comprendre l'origine et l'évolution). Vers 1600, on reconnaît aux vieux le droit de mendier, officialisant ainsi la vieillesse. Ce n'est que vers 1950 que la gérontologie telle qu'on la connaît aujourd'hui a commencé à prendre forme.

L'âge de la vieillesse est une notion relative qui a beaucoup évolué dans le temps et selon les pays. Ainsi on était considéré comme vieux à partir de 60 ans il y a un siècle au lieu de 80 ans aujourd'hui. « Au cours du dernier demi-siècle, les vieux n'ont pas cessé de

rajeunir »². Une étude menée en 2000 par l'institut Harris pour ILC (International Longevity Center) étudie la perception du vieillissement dans cinq pays : Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, République Dominicaine et Japon. L'âge auquel on se voit vieux est variable, allant de 61 ans pour les Dominicains à 71 ans pour les Français. Pour toutes les personnes interrogées, sauf les Dominicains, être vieux signifie voir diminuer ses capacités physiques.

La population des personnes âgées de 60 ans et plus recouvre aujourd'hui différentes générations, marquées par des contextes historiques et socio-économiques différents. Le rapport publié par l'observatoire régional de la santé en Midi-Pyrénées ³, définit trois classes d'âges :

- Les personnes de plus de 85 ans représentent la part survivante des générations nées avant la première guerre mondiale.
- les personnes âgées de 75 à 84 ans dont une majorité est née après la première guerre mondiale, et a vécu l'essentiel de leur trajectoire d'actifs autour de la période des trente glorieuses. Époque marquée par de fortes mutations au plan technologique et social associées aux valeurs du progrès et de l'autonomie individuelle, en même temps qu'apparaissent de nouvelles institutions sociales (sécurité sociale).
- Les personnes âgées de 60 à 74 ans, sont plus encore que leurs aînées concernées par les mutations historiques évoquées. Ils sont les jeunes adultes du baby-boom, nés peu avant la deuxième guerre mondiale et ont des rapports encore plus importants avec les institutions sociales. Ils ont participé plus encore que leurs aînés aux mutations évoquées.

1.2.2 La gériatrie :

La gériatrie (gérontologie clinique) est la médecine pour les personnes âgées. C'est Isaac NASHER qui, aux Etats-Unis, emploie le premier le terme de gériatrie en 1909.

² MANTOVANI Jean, Sociologue ORSMIP

³ Vieillir en Midi-Pyrénées, réalisé par l'observatoire régional de la santé sur commande de la Cram Midi-Pyrénées, 2002.

Ces deux termes prennent de l'ampleur, au vu de l'importance de la technologie et des connaissances en médecine qui font triompher le curatif. La restitution de l'état antérieur est totale, mais « *l'ad integrum* », est rare chez la personne âgée, des séquelles subsistent et vont entraîner un handicap, voire la mort. Cette dernière est un échec pour le corps soignant et l'institution qui ont une mission de guérison. La maladie d'Alzheimer, les démences des personnes âgées sont un rappel des limites du savoir et des possibilités actuelles de la médecine. La question se pose alors de la voie gériatrique ou gérontologique. Si on choisit la voie gériatrique, « l'ingéniering en machinerie humaine » (MATTEI J.F.), il faut accepter que la techno biologie soit le critère discriminant et que « la sonde » soit reine. L'angoisse professionnelle est évacuée. Par contre l'angoisse humaine sur le sens et les valeurs de la vie devient déstructurante. Si on choisit la voie gérontologique, il faut accepter que l'autonomie soit le critère discriminant de la qualité des soins. Ce qui oblige à réfléchir selon le mode de la « pensée complexe » (Edgar MORIN).

Un médecin résume ces approches : « l'hôpital est une institution qui répond admirablement au défi de la maladie. Il a permis la division du travail, le contrôle des urgences, mais il a payé ses victoires et a sacrifié au nom de l'efficacité les conditions de dignité et d'individualité qui font partie des exigences humaines des bien portants, des malades et des mourants. Or, dans le grand âge, le protocole souvent figé des conduites à tenir de la médecine curative fait place à d'autres exigences, où, parallèlement, devient nécessaire un savoir-être, aussi important dans l'espace de fin de vie que l'ont été auparavant le savoir et le savoir-faire ». Si le soignant s'intéresse à la complexité du vivant, il fonctionne dans une optique gérontologique. Cette démarche, tout en analysant les signes de l'organisme, les englobe dans un contexte, les relie au passé et au futur, gère le « chaos » qu'est susceptible de créer tout système vivant : générer des événements imprévisibles.

1.2.3 La personnalisation de la vieillesse :

L'âge de la vieillesse varie selon les données historiques, comme nous l'avons vu plus haut, mais aussi les données personnelles. Il est courant d'entendre : « on vieillit comme on a vécu », ce qui justifie que le vieillissement est davantage un processus qu'un état. Cette modification des compétences personnelles est influencée par des déterminants comme : la trajectoire de vie, les situations interpersonnelles d'aujourd'hui et le contexte social. Le Professeur de gériatrie Jean-Louis ALBAREDE parle de « processus de développement personnel, de parcours de vie, dont l'avant dernière partie avant la mort est le plus souvent une vieillesse d'une durée de plus en plus prolongée ». Albert JACQUARD parle de

« structure d'humanité » qui s'acquiert au fil des saisons de la vie. L'humanité va s'auto-construire jusqu'à la mort, en intégrant des données hétérogènes et en les transformant en « MOI ». Le rapport « Vieillir en Midi-Pyrénées » cité plus haut évoque une gérontologie sociale qui doit se préoccuper de la prévention du vieillissement, en prenant en compte autant que possible la dimension sociale du processus (conditions de vie des personnes et leurs différents aspects : statut social, habitat, culture, normes du vieillir, solidarités...). une telle approche nécessite d'être attentif aux contextes loco-régionaux (histoire locale, économie, nature et accessibilité des services...).

Ce processus n'est ni homogène, ni aléatoire, car il est marqué de phénomènes biologiques, pathologiques, psychologiques et sociologiques subis par l'individu. Mais une politique de prévention adaptée contribue à réduire les risques de perte d'autonomie. C'est l'intérêt du « Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005 », présenté par Bernard KOUCHNER, ministre délégué à la santé et Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Le premier objectif est de « développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge : risque de chute, dénutrition, incontinence, risques liés à la poly-médication.

Le docteur Boris CYRULNIK défend la théorie de la résilience, où des situations considérées comme définitives et dramatiques peuvent s'améliorer, « le pire n'est jamais sûr ». Selon lui, même chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, il existe une marge de surprise que réservent certains malades, qui tranche avec le « prédicat scientifique qui tend à mathématiser l'homme. Il y a en chacun une part de liberté intérieure non mathématisable, des braises de résilience sur lesquelles on peut souffler pour les ranimer et rendre la maladie plus supportable... ou laisser s'éteindre. »⁴

La personne âgée se fragilise, au fil du temps on assiste au développement des pathologies liées à l'âge et à des poly-pathologies. Les critères de fragilité ont été décrits par Winograd⁵ et comprennent : le grand âge, des pathologies invalidantes, la malnutrition, la poly-médication, les problèmes médico-sociaux et familiaux, l'incontinence. (Annexe 2). La fréquence et l'intensité de l'invalidité augmentent avec l'âge et le nombre de maladies chroniques. Ces dernières peuvent se rencontrer à tout âge : maladies cardiovasculaires, pulmonaires, diabète, insuffisance rénale. D'autres voient plus spécifiquement leur incidence augmenter avec l'âge : ostéoporose, syndromes démentiels, troubles de l'équilibre.

⁴ Le Quotidien du médecin, mardi 8 avril 2003

⁵ Winograd caregiving strategies :an overview of criteria and outcomes, JAM geriatric soc 1991

L'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas, dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. La moitié des personnes les plus dépendantes a plus de 85 ans. La moitié des suicides enregistrés chaque année concerne les personnes de plus de 55 ans et le quart les plus de 75 ans.

La DRESS a tenté en février 2002 d'estimer le nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040. Une première accélération aurait lieu vers 2010 et une seconde à partir de 2030. Trois hypothèses sont étudiées, sur la période 2000-2020, la hausse serait de l'ordre de 16 % dans le scénario optimiste, 25 % dans le scénario central, mais 32 % dans le scénario pessimiste.

En ce qui concerne l'état de santé par âge, deux conceptions opposées s'affrontent :

- La première, pessimiste, selon laquelle la longévité supérieure s'accompagne d'une dégradation de la qualité de vie. L'état de santé se dégradant d'années en années, ce sont des techniques de survie qui allongent l'espérance de vie, mais pas l'amélioration de l'état de santé.
- La deuxième, optimiste, selon laquelle l'allongement de l'espérance de vie tient à l'amélioration de l'état de santé, lié aux meilleures conditions de vie. D'où une amélioration de la qualité de vie.

La vérité est certainement entre ces deux affirmations, elles tendent à démontrer que la prise en charge de la personne âgée ne peut se faire comme pour un adulte classique. Selon la circulaire de la DHOS du 18 mars 2002, « conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de vie ». Le vieillissement se mesure en terme de handicap ou de dépendance, mais aussi aux conditions de vie des personnes, à leur parcours de vie, aux relations qu'elles entretiennent, au contexte social et économique.

1.3 Impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé :

1.3.1 Dépenses médicales en général :

Les Français dépensent en moyenne chaque année 1793 euros pour se soigner, c'est moins de 900 euros avant 25 ans et 5300 euros après 75 ans. Un cancer sur deux survient après 65 ans. Après 75 ans, un assuré sur deux est atteint d'une affection de longue durée et pris en charge à 100 %⁶. Le vieillissement occasionne donc un surcoût considérable, en matière de dépenses de santé. 61 % des plus de 60 ans consomment chaque jour plusieurs médicaments.

Les dépenses médicales prises dans leur ensemble augmentent de manière importante avec l'âge. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 19,9 % de la population et entraînent 42,2 % des dépenses médicales. Au sein même de cette population, il y a des hétérogénéités : les différences de consommation médicale entre les personnes de 60 à 69 ans et celles de 80 ans et plus sont souvent plus importantes qu'entre les jeunes et les adultes de moins de 60 ans. Les dépenses des personnes de 80 ans et plus, sont donc trois fois plus importantes que les dépenses moyennes de l'ensemble de la population et sept fois plus que celles du groupe le moins consommateur (enfants de 2 à 9 ans). La dernière année de vie coûte environ 5 fois plus cher que les autres. Les consommations médicales augmentent avant tout avec le nombre de maladies dont sont atteintes les personnes. C'est donc au total parce que les personnes âgées souffrent d'un nombre plus élevé de maladies que leurs consommations médicales sont plus importantes. A 85 ans, les personnes âgées présentent en moyenne 4 pathologies simultanées⁷.

Les dépenses de santé représentent 10 % de part du PIB en 2000. L'impact du vieillissement entraînera une hausse des dépenses de santé de 1,5 % à 3,2 % de part du PIB en 2050. L'impact sur l'ensemble des dépenses de protection sociale (28 % du PIB aujourd'hui, retraites comprises) sera de 3 à 6 points.

⁶ MATTEI Jean-François, Le Monde du 17 mai 2003

⁷ ARH Besançon, juillet 1999

1.3.2 Dépenses liées à l'hôpital :

Les constats sur la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital sont décrits au sein du Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005, ainsi que dans la circulaire de la DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Près du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus avec une incidence très élevée au delà de 80 ans. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polypathologiques.

On constate une progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés : patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe. Ces patients doivent être pris en charge par le secteur sanitaire pour un premier bilan et une orientation vers le secteur médico-social, si nécessaire. Le séjour hospitalier peut être l'occasion de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Plus l'âge avance et plus les durées moyennes de séjour s'allongent.

Le Docteur Dominique CHAVANNE du CHRU de Tours différencie les patients âgés de plus de 80 ans dans une population hétérogène en terme de sévérité des atteintes, de polypathologie, d'autonomie fonctionnelle et sociale :

- les sujets âgés « vigoureux », à l'état de santé conservé, hospitalisés le plus souvent pour une pathologie aiguë unique dans des conditions assez voisines de celles des malades adultes plus jeunes. Ces personnes relèvent des services courts-séjours spécialisés,
- Les malades âgés à l'état de santé très détérioré et au pronostic vital engagé, à l'autonomie fonctionnelle très altérée, dénutris, gros consommateurs de soins de santé. Le court-séjour gériatrique peut venir en aide aux structures gérontologiques insuffisamment médicalisées, le temps des soins aigus et de la réflexion éthique,
- Les malades intermédiaires, que l'on peut qualifier de sujets fragiles, à risque de basculer dans la catégorie précédente, donc à risque d'aggravation de la morbidité, de perte d'autonomie et d'institutionnalisation, et de très lourde consommation de soins.

Le Professeur de gériatrie, Françoise FORETTE, présidente de la Société française de gériatrie et de gérontologie, met en avant le paradoxe du système de soins⁸ : « il n'y a aucune limitation d'accès aux soins pour les personnes âgées, à l'inverse de ce que l'on observe en Angleterre ou au Danemark. Elles ont un libre accès à tous les services de spécialité médicale et à la médecine de ville. Le système de santé français n'est pas totalement efficace et, surtout, il est très inégalitaire à l'égard des personnes âgées, les plus vulnérables, les plus fragiles. Ces inégalités résident dans les conséquences des choix politico-administratifs, notamment dans l'insuffisance de moyens dans les services spécifiques destinés aux personnes âgées ».

La majorité des personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. Les décisions d'hospitalisation sont prises souvent à la suite d'un épisode aigu, d'un état de crise. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. Les orientations se font souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. L'hôpital propose le plus souvent des hospitalisations classiques, dans des services de spécialités traditionnelles et avec des modes de prises en charge identiques pour tous. De plus il manque souvent des solutions en aval au sein de l'hôpital pour une prise en charge des patients gériatriques, de ce fait les hébergements se prolongent en attente de place. Les difficultés sont parfois majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les équipes hospitalières et les professionnels de ville assurant le suivi en ambulatoire.

Dans un article récent⁹, Denis DEBROSSE et Georges ARBUZ écrivent que pour la personne âgée « l'admission par les urgences, c'est souvent l'enfer : solitude, attente, hébergement précaire dans l'attente d'un lit, l'attente d'un réel diagnostic médical ; sans parler des problèmes d'hôtellerie, de lit, de repas et de toilettes. Le patient âgé perturbe les tentatives de rationalisation de l'activité de ces services. Il demande plus de temps que les autres patients, mobilise davantage de personnel. »

Une étude sur la prise en charge des seniors à l'hôpital à été menée par le magazine Sciences et Avenir, dans son numéro d'avril 2003. Si comme dans toute enquête journalistique on peut juger discutables les indicateurs choisis pour établir un classement

⁸ JACQUART Denis : Comment assurer les soins des personnes âgées au XXIème siècles, deuxièmes rencontres sur la longévité.

⁹ Gestions hospitalières, mars 2003

national, elle a le mérite de détailler les pertes de chance, lors de l'admission à l'hôpital, pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Il est noté, « sans vigilance et sans conduite rééquilibrante, quelques heures d'attente dans un milieu inconnu, voire hostile, favorisent la perte de repères, aggravent un état de confusion et entraînent un risque de décompensation. Sans maintien de l'autonomie, l'émergence d'escarres, la grabatisation et l'apparition de troubles organiques sont autant de catastrophes qui se révèlent parfois irrémédiables ».

Selon cette étude :

- 87 % des établissements n'assurent pas une prise en charge correcte des seniors,
- le temps d'attente aux urgences est en moyenne de 7 heures 42, pour obtenir un lit,
- 78 % des services d'accueil des urgences (SAU) sont en difficulté,
- 70 % des services d'urgences avouent avoir été dans l'obligation, au cours des deux jours test de l'enquête, d'effectuer une mauvaise orientation des patients âgés. L'orientation pose problème, car il y a 28 % de retours à domicile.

Le pourcentage de personnes âgées passant aux urgences est de 14 % en moyenne nationale. Ces malades multipathologiques nécessitent un temps médical par patient plus important que la moyenne. La prise en charge par un gériatre n'est pas répandue partout. La culture gériatrique se met en place progressivement, 43 % des hôpitaux possèdent une filière complète.

La dernière étude de ce type date de début septembre 2003, du Nouvel Observateur, qui s'est basé sur l'enquête de Science et Avenir, réactualisée la dernière semaine d'août. Selon eux : la situation s'est dégradée au cours des six derniers mois au niveau de la prise en charge des patients.

Du côté des usagers comme des professionnels hospitaliers, il existe un consensus pour estimer que ce mode de prise en charge ne convient pas aux sujets âgés, les conséquences de la canicule du mois d'août 2003 n'ont fait que confirmer un manque de coordination et d'indicateurs précis.

Au tout début de la réalisation du mémoire, j'ai cherché à connaître le nombre exact de services de court séjour gériatrique sur le plan national. Aucune administration n'a pu répondre à cette demande, de la DHOS au secrétariat d'Etat aux personnes âgées. La Fédération Hospitalière de France m'a renvoyé vers le président du syndicat national de

gérontologie. Ce dernier confirme que ces lits ne sont pas identifiés et qu'il n'existe pas de nomenclature pour les différencier. Il évoque les problèmes de place en aval et notamment après les soins de suite et de réadaptation et parle de « patients médicalement sortants et physiquement présents », ce qui entraîne une durée moyenne de séjour en SSR de 40 jours en moyenne. Selon lui, les chiffres donnés par les enquêtes journalistiques sont fiables.

1.4 Mise en place d'une politique nationale :

1.4.1 Une réflexion depuis une trentaine d'années :

Il faut attendre 1960 pour que soit créée une commission d'étude des problèmes de la vieillesse, nommée dans le cadre du haut-comité consultatif de la population et de la famille, et présidée par Pierre LAROQUE. Son rapport publié en 1962 définit une véritable politique de la vieillesse prenant parti pour la vieillesse active, autonome, intégrée dans le milieu de vie, et condamne la ségrégation des personnes âgées. Il propose une stratégie globale et préventive. La frontière entre le secteur sanitaire et médico-social est très proche, mais les stratégies de prise en charge sont encore trop différentes.

Les personnes retraitées ont vu leur pouvoir d'achat augmenter ces dernières années, par des valorisations de leur pension de retraite. En vingt ans, le niveau de vie des ménages a progressé en moyenne de 60 %. La plus forte progression concerne celui des plus de 60 ans. Le pouvoir d'achat d'un plus de 50 ans est désormais supérieur de 30 % à celui d'un moins de 50 ans. Celui d'un retraité est en moyenne similaire à celui d'un actif¹⁰ Pendant 15 à 20 ans en moyenne ils peuvent profiter de leur retraite au travers des loisirs, d'activités et d'achats divers, ou aider leur entourage.

Mais dès que se greffent la maladie et son corollaire le handicap avec perte d'autonomie, ni la société, ni la personne elle même n'est en mesure de couvrir la totalité des dépenses. Au vu de l'accélération du vieillissement de la population accompagné de l'augmentation de la dépendance et de l'inadaptation des structures de prise en charge, certains auteurs ont

¹⁰ LE MONDE, Dimanche 14-Lundi 15 septembre 2003

évoqué l'idée de créer une cinquième branche de la sécurité sociale, consacrée à la dépendance des personnes âgées, qui s'ajouterait aux risques famille, santé, accidents du travail, et vieillesse. Idée généreuse, mais coûteuse, reprise depuis l'épisode de la canicule, notamment par l'ancien Premier ministre Alain JUPPE, « afin de renforcer le système de solidarité » et de rajouter en conclusion : « on n'y échappera pas »¹¹.

Jean MATOUK, professeur d'économie honoraire, pousse la réflexion plus loin ; dans un article du journal Le Monde du 9 septembre 2003, il propose de substituer le régime dépendance à celui des allocations familiales, afin de prendre en considération cette « bombe à retardement » qu'est le financement de la dépendance. Selon lui « les enfants sont souvent loin par nécessité de travail, et de plus en plus oublieux du devoir alimentaire vis-à-vis des vieux ». Le niveau relatif des allocations familiales et le taux de natalité n'ont aucune corrélation et cette politique nataliste de l'après guerre n'a plus lieu d'être, d'autant plus que l'immigration est devenue une composante permanente de la régulation démographique. Il conclut : « puisque les enfants d'aujourd'hui seront réticents à subvenir, au-delà des retraites, à la dépendance des personnes très âgées, il faudrait progressivement substituer le régime dépendance à celui des allocations familiales ».

1.4.2 La réglementation récente :

Des politiques se mettent progressivement en place pour tenter de répondre aux besoins des personnes âgées, sur le plan sanitaire, social et économique. Les lois de décentralisation ont donné compétence en partie au département en matière d'aide et d'action sociale auprès des personnes âgées, des personnes adultes handicapées, de l'enfance protégée, tandis que l'Etat assure la cohésion et la coordination du système. Nous ne détaillerons pas toutes les politiques mises en place, mais nous nous attacherons plutôt sur les mesures les plus récentes qui définissent les contours de la politique gérontologique des années à venir.

En 1997, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) était réservée aux revenus très modestes, avec des disparités départementales, elle n'a touché que 120 000 personnes, alors que 1,3 millions étaient potentiellement concernées. Elle a été remplacée en 2002 par l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), qui repose sur l'appréciation d'une dépendance jugée par des experts médico-sociaux. Au 31 décembre 2002, cette dernière concernait

¹¹ Le Monde, mardi 26 août 2003

605 000 personnes et les prévisions 2003 laissent présager 150 000 à 200 000 bénéficiaires de plus¹².

La circulaire du 18 mai 2001 met en place les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (300 en France). Instance départementale, le CLIC a vocation à connaître tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement. Il permet d'apporter des réponses préventives et opérationnelles sur différents sujets concernant les retraités.

Le CLIC est agréé par l'Etat et le Conseil général. Il des missions plus ou moins étendues, selon sa labellisation :

- Les Clic de label 1 sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien à la personne âgée et aux aidants,
- le label 2 a aussi pour rôle d'évaluer les besoins et d'élaborer les plans d'aide personnalisés pour l'autonomie,
- les Clics de labels 3, prolongent le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. Il aide à la construction de dossiers de prise en charge et permet d'actionner divers services (soins infirmiers à domicile, aide ménagère, portage des repas, aides techniques....). ils suivent le dossier et l'évolution de l'autonomie des personnes âgées.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réforme la loi de 1975. Elle repose « sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes âgées, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature ». Elle organise le fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées et notamment incite à la signature de conventions tripartites. Cette réforme de la tarification des EHPAD mise en place en 1999 a pour finalité de médicaliser les établissements en nommant un médecin coordonnateur et en augmentant les effectifs soignants, tout en inscrivant les établissements dans une démarche qualité, grâce à une auto-évaluation basée sur un référentiel « Angélique ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé décrit le travail en réseau et ses missions :

¹² Le Monde, mardi 19 août 2003

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires,
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins,
- participer à des actions de santé publique
- procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter. Il doit également assurer la continuité des soins sans rupture pendant la trajectoire du patient, de l'amont à l'aval. Il permet une prise en charge sanitaire et sociale pluridisciplinaire qui se rajoute au réseau familial de solidarité.

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, vise à établir un état des lieux et à décrire les voies d'amélioration de la filière de soins gériatriques. Elle constate : «avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de vie ».

Elle préconise une prise en charge globale autour de trois axes :

- le renforcement de l'accès à des soins de proximité (médecin généraliste, consultations et pôles d'évaluation gériatrique, hôpital local),
- le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admissions courtes,
- l'organisation de l'aval de l'hospitalisation (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile).

L'ensemble s'inscrit dans une logique de travail en réseau avec pour base de départ le médecin généraliste. Le médecin coordonnateur est également un maillon important de toute la coopération.

La circulaire met en lumière les risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, à l'occasion d'un séjour hospitalier risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Elle évoque les pertes de chances liées à l'absence d'avis gériatrique, à des erreurs d'orientation, ou à une mauvaise évaluation globale de l'état de santé du patient et de son

environnement social. Les risques à terme sont des hospitalisations à répétition et des séjours inutilement longs.

Elle incite à développer :

- les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique,
- le court séjour gériatrique, par une admission directe,
- les équipes mobiles,
- la collaboration étroite psychiatrie-gériatrie,
- le retour à domicile le plus précocement possible en utilisant l'ensemble du dispositif de soins et d'aide à domicile,
- des soins de suite et de réadaptation adaptés aux besoins du patient,

La mise en œuvre doit se faire au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaire qui devront intégrer un volet consacré à la politique en faveur des personnes âgées, en concertation avec les conseils généraux chargés d'élaborer et d'arrêter, conjointement avec les services de l'Etat, les schémas gérontologiques départementaux. Une articulation doit se faire entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement. Au sein de chaque établissement de santé, un projet gériatrique doit être formalisé et intégré au sein du projet d'établissement.

Il est précisé dans la circulaire du 18 mars 2002, que les ouvertures de services ou d'unités de court séjour gériatrique : « résulteront de la transformation de lits d'autres disciplines, avec le redéploiement de personnels induit par de telles opérations.

Le programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées est présenté le 20 mars 2002. Il poursuit trois objectifs :

- développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge : risque de chute, dénutrition, incontinence, risques liés à la polymédication,
- adapter la filière de soins gériatrique aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles, notamment pour prévenir les risques de perte d'autonomie,
- renforcer l'exercice de la médecine gériatrique en favorisant la formation.

La circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, préconise de mettre en place l'accueil et les filières de soins adaptés à certaines populations, dont les personnes

âgées. L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage systématique par le service des urgences. Dans le cas du passage dans un SAU, l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique est « un point essentiel », l'évaluation globale - médico-psycho-sociale - favorise ainsi l'orientation du patient.

La circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local fixe les orientations concernant la place de ces structures dans l'organisation régionale des soins. Elle les situe comme le premier niveau de prise en charge de proximité dans le cadre d'une filière de soins et plus particulièrement pour les sujets âgés. L'existence d'un service de médecine de proximité favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. L'hôpital local constitue un espace de coordination qui favorise son engagement et sa participation à une dynamique de réseaux, c'est un maillon important des réseaux de coordination gérontologique.

La circulaire du 30 mai 2003 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2003 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées annonce que de nouvelles mesures afin de développer l'accès à la gériatrie seront financées en 2003, pour un montant de 9,41 millions d'euros. Elle précise que les établissements sièges de SAU ont vocation à comporter des unités individualisées de court séjour gériatrique. A cette fin, les équipes hospitalières seront renforcées en personnels spécialisés, qui pourront intervenir également aux urgences ou dans les autres services : gériatres, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens, infirmières de prévention, psychologues et assistants de service social. Cette circulaire renforce également le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile ; l'accueil de jour ainsi que l'hébergement temporaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, plus particulièrement.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, supprime la carte sanitaire et redéfinit le schéma d'organisation sanitaire qui a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs tout en tenant compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social. Le schéma est basé sur des indicateurs démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales. L'annexe précise les objectifs quantifiés en introduisant la notion de territoires de santé définis par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. La coordination entre les établissements et d'autres partenaires doit être favorisée au travers de groupements de coopération sanitaire. Les réseaux de santé peuvent

se constituer en groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêts économique, groupement d'intérêt public, ou association.

1.4.3 Des projets à venir :

A) La réforme de la décentralisation et le projet de loi relatif à la santé publique :

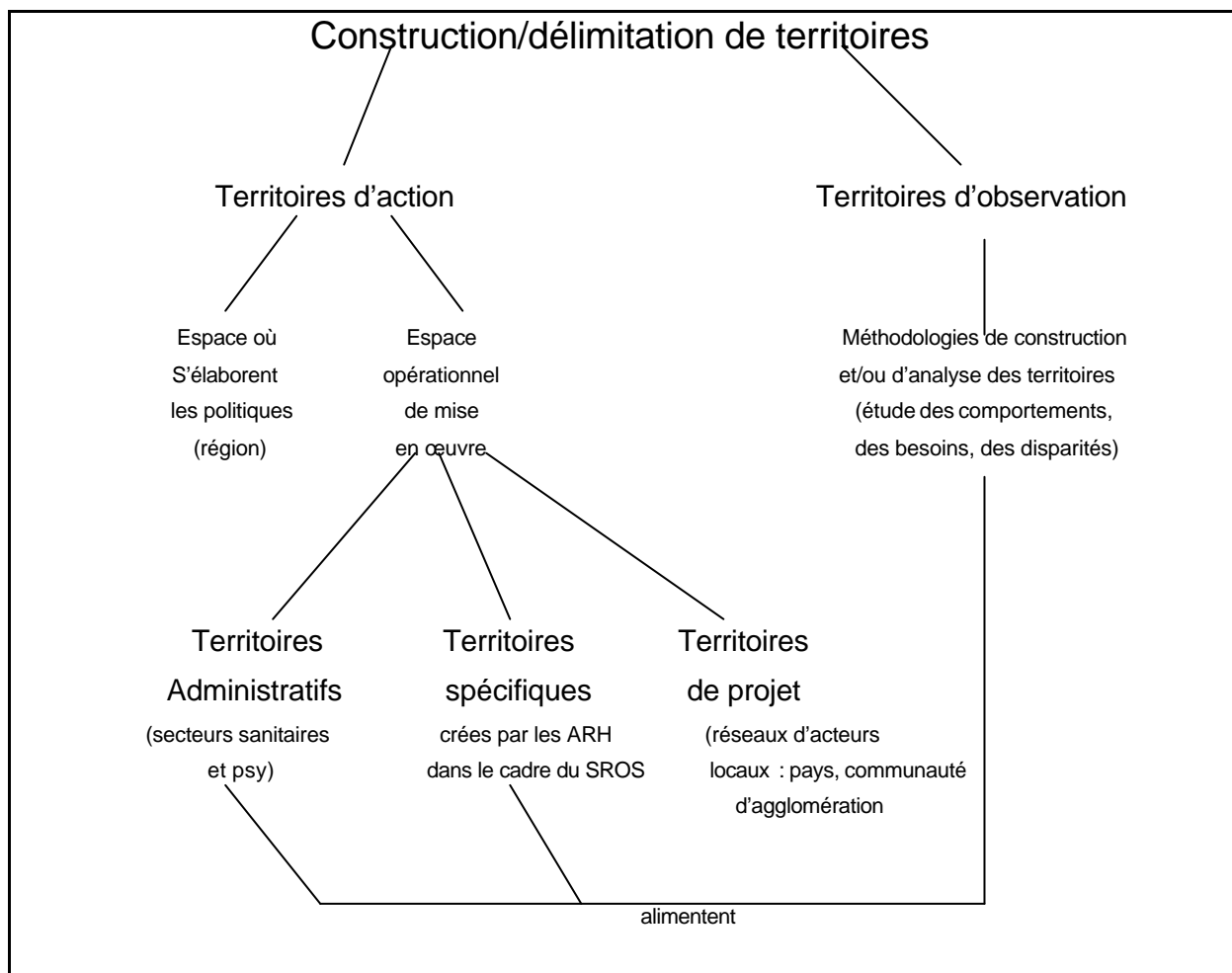
Des projets de loi sont en cours de discussion notamment sur la décentralisation ou la santé publique. Le premier vise à donner plus de compétences en matière sanitaire et sociale aux collectivités territoriales. Dans son discours de présentation du Projet de loi relatif à la politique de santé publique présenté le 10 septembre 2003, le ministre de la santé, Jean-François MATTEI écrit que « la région apparaît comme le meilleur niveau pour mettre en œuvre la politique de santé publique. C'est à cette échelle, d'une part, que les objectifs nationaux doivent être déclinés en tenant compte des spécificités locales et, d'autre part, que tous les acteurs de santé publique peuvent et doivent travailler ensemble ».

Dans son discours du 15 septembre 2003, devant la mission d'information parlementaire sur la gestion des conséquences de la canicule et sur la prise en charge des personnes âgées, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité François FILLON, évoque la multiplicité des acteurs et définit les contours de la politique à venir : « Cette balkanisation des responsabilités et cet enchevêtrement des compétences sont contraires aux besoins d'un pilotage de proximité. C'est pourquoi le projet de loi portant décentralisation proposera de confier aux conseils généraux l'élaboration du schéma départemental gérontologique et, à terme, de simplifier les procédures d'autorisation et de tarification ». Concernant le financement, il « ne préjuge d'aucune de ces modalités : cinquième branche, suppression d'un jour férié ou toute autre alternative ». Ces hypothèses seront analysées dans le chantier relatif aux personnes âgées qui va faire l'objet du plan pluriannuel « vieillissement et solidarités ».

A l'occasion de son intervention du 12 septembre 2003, devant la mission d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule, le ministre de la santé a évoqué l'élaboration du plan « vieillissement et solidarités », il rappelle qu'il est « nécessaire de créer systématiquement des lits de gériatrie aiguë dans tous les établissements possédant un SAU et généraliser les équipes mobiles de gériatrie. Il faut aussi instituer des réseaux ville-hôpital avec des services spécifiquement dédiés aux personnes âgées. »

B) Redéfinir le territoire d'accès aux soins et le bassin de population :

Comme nous l'avons noté plus haut, l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé introduit la notion de territoires de santé définis par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ils constituent un espace infra-régional, régional, inter-régional ou national. Des décrets à venir définiront la mise en œuvre de ces territoires, mais il est intéressant de revenir sur une analyse du CREDES, de janvier 2003, intitulée « Territoires et accès aux soins ». En effet, il est important pour une institution de pouvoir définir son bassin d'attractivité et son territoire de recrutement. Nous l'avons constaté, la multiplicité des interlocuteurs nuit à l'organisation et à la coordination de la prise en charge gériatrique, d'où l'intérêt de clarifier les différents territoires possibles, nécessaires à toute planification.



L'objectif de ce découpage est l'accès effectif et efficace de la population à un ensemble de services sanitaires, et dans certains cas médico-sociaux et sociaux. Le rapport précise bien

qu'il ne s'agit en aucun cas de laisser entendre que toute la population française est fondée à avoir les services d'un CHU à sa porte. Au contraire, l'accentuation de la spécialisation, le développement des normes de qualité et de sécurité et la diminution des effectifs médicaux conduiront en toute logique à une plus grande concentration des plateaux techniques. Mais, en contrepartie, il est essentiel que les filières de soins des malades, depuis la prévention ou les soins de proximité jusqu'au retour à domicile en passant par l'hospitalisation en soins aigus, soient organisées de manière à ce que l'accès à tous les éléments de la chaîne soit garanti, quelle que soit la proximité de la personne aux structures de recours.

La notion de bassin de santé n'est pas définie à l'heure actuelle et aucun instrument de régulation ne s'y attache. Cette notion renvoie à une zone d'attraction hospitalière, dessinée par les flux domicile-hôpital. L'appellation de bassins d'attraction hospitalière ou de bassins d'hospitalisation, utilisée par certains, serait d'ailleurs plus judicieuse. La construction de ces nouveaux zonages s'est affinée avec l'exploitation de la base PMSI. Le secteur sanitaire est quant à lui défini par un arrêté ministériel du 5 mai 1992, et doit comprendre au minimum 200 000 habitants.

Les nouveaux territoires à redéfinir, selon le CREDES, n'ont pas pour but de « créer de nouveaux territoires administratifs, mais de dessiner une vision globale des territoires, d'en faire un outil partagé par les différents acteurs, facilitant la coopération et la coordination ». S'interroger sur le « contenu en services » permettra d'anticiper les évolutions inévitables et de promouvoir les évolutions souhaitables pour améliorer l'organisation de l'offre de soins, afin d'offrir le meilleur service à la population.

Des propositions de construction de territoires sont formulées :

- définir le territoire par le service rendu à la population et non pas en référence à la présence d'institutions ou de professionnels sanitaires, de nouvelles approches spatiales doivent être définies,
- tous les acteurs doivent s'appropriier le territoire et le partager, il n'est rien sans la volonté de ceux-ci. Ils doivent être associés, de la phase d'analyse technique à la phase de construction,
- les découpages doivent être examinés régulièrement et éventuellement revus pour ne pas s'avérer périmés.

Cette démarche territoriale correspond tout à fait à l'idée que l'on peut se faire d'une coordination gérontologique et que nous étudierons plus loin. La personne âgée est très

vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel, il convient donc de privilégier le maintien à domicile ou la prise en charge de proximité dès que cela est possible.

1.5 Un été de canicule qui a mis en lumière l'insuffisance des dispositifs :

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a parlé de «drame humain d'une grande ampleur ». Les médias ont parlé de catastrophe sanitaire majeure, le rapport de la mission d'expertise demandé par le ministre de la santé parle de « catastrophe sanitaire dont l'ampleur est exceptionnelle ». Toutes les conséquences ne sont pas encore connues à l'heure de la rédaction de ce travail. Mais les démographes restent prudents, car si le nombre de décès diminue, dans les mois à venir, cela signifierait que la canicule a touché des personnes fragiles qui seraient décédées dans un avenir proche. Si, au contraire, la mortalité reste la même, l'hypothèse que la canicule a entraîné aussi la mort de nombreuses personnes appelées à vivre plus longtemps ne serait plus à exclure¹³. Le nombre de personnes âgées décédées sur la première quinzaine d'août varie selon les estimations entre 11500 et 15000 morts. Les disparités sont importantes entre les régions et au sein même des régions entre les établissements ; 50 % des personnes sont décédées dans des maisons de retraite, 30 % à l'hôpital et 20 % chez elles.

L'objectif du rapport demandé par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées était :

- d'évaluer le fonctionnement et la fiabilité des systèmes de veille, d'alerte et d'information,
- d'analyser les mesures d'anticipation, de prévention et de gestion de la crise,
- d'examiner le fonctionnement du système hospitalier et la prise en charge des personnes âgées,
- d'identifier les dysfonctionnements et d'en tirer les enseignements pour proposer les actions nécessaires.

¹³ LE MONDE, mercredi 10 septembre 2002

1.5.1 Constats :

Nous nous attarderons sur les éléments concernant la prise en charge des personnes âgées, qui méritent d'être décrits :

Au delà du système d'alerte insuffisant et d'un manque d'anticipation, il est noté dans ce rapport des facteurs de risques aggravant chez des personnes âgées fragilisées, comme des facteurs sociaux (isolement, conditions d'habitat) des facteurs médicaux (maladies ou prises médicamenteuses). Cependant, les décès semblent pourtant avoir concerné non seulement les sujets ayant une espérance de vie limitée à court terme, mais aussi des sujets très âgés en bonne santé.

Les tiers comme les professionnels des aides et soins à domicile, se sont mobilisés et ont alerté les pompiers, devant l'absence des médecins généralistes. Une enquête de la DRESS est citée, pour mettre en avant l'insuffisance de l'aide familiale : 50 % des sujets de plus de 75 ans sont aidés dans leur vie quotidienne, 37 % le sont exclusivement par leur entourage, 38 % ont une aide mixte impliquant aussi des professionnels. Le rapport souligne « l'absence de coordination gérontologique regroupant acteurs sociaux et sanitaires sur un territoire donné qui permettrait une plus grande anticipation et une meilleure gestion des situations de crise ».

Le rapport constate que les « hôpitaux ont réagi avec courage », dans un contexte difficile lié à une pénurie de personnel, à de fortes contraintes de fonctionnement, les services de gériatries sont décrits comme « chroniquement mal dotés en personnel et peu attractifs pour le personnel ». La fermeture de lits en aval, pendant la période estivale a pu entraîner un engorgement des services d'urgences. « L'accueil des personnes âgées aux urgences ne respecte souvent pas la dignité des personnes et les exigences de la qualité des soins. L'attente, souvent longue, se fait dans de mauvaises conditions et les transferts vers un autre établissement sont nombreux ». Il faut rajouter les mauvaises orientations de services, par défaut de place, qui selon l'enquête du Nouvel Observateur, peuvent aller jusqu'à 57 % des cas. Les médecins notent que cette surmortalité ne touchait pas que des vieillards en fin de vie, car nombre d'entre eux étaient autonomes, vivant dans leur domicile et menant vie sociale.

Pour le mode d'hébergement, il est noté une insuffisante coopération des acteurs concernant les personnes âgées au domicile et trop peu de personnel, un déficit d'informations pour les personnes âgées en institutions. Il est rappelé que deux personnes âgées dépendantes sur

trois vivent à leur domicile. Le repérage de cette population vulnérable est difficile et il est noté que les « 350 CLIC présents sur l'ensemble du territoire sont inégalement répartis et de création récente ». Il leur est reproché de centrer davantage leur action sur l'information et le conseil que sur la coordination des acteurs sur le terrain, et qu'ils disposent de moyens réduits et ont très rarement une composante sanitaire.

Le manque de personnel en institutions est évoqué notamment, « avec le développement des structures de maintien à domicile, les personnes âgées hébergées sont devenues de plus en plus dépendantes. De l'avis des professionnels, mais aussi des familles, les effectifs soignants dans les EHPAD sont le plus souvent insuffisants ». La dernière étude à ce sujet date de 1996 et n'a pas été comparée aux autres pays européens, mais les chiffres semblent inférieurs à ceux observés dans les établissements pour adultes handicapés.

Les services de gériatrie font l'objet d'un chapitre à part entière et sont décrits comme « parents pauvres ». La filière hospitalière actuelle « n'est pas adaptée pour les patients polypathologiques très âgés et présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale. Ils nécessitent une équipe compétente en gériatrie, or les services de gériatrie sont en nombre insuffisant. » La circulaire de mars 2002 est évoquée, mais la mission « n'est pas en mesure de préciser l'avancement de ce dossier ».

Malgré tous ces dysfonctionnement, il n'y a pas eu de « réel infléchissement de l'offre de soins hospitalière en faveur des services de gériatrie. Les difficultés rencontrées lors de la canicule, mais qui se reproduiront lors de tout autre événement touchant la population gériatrique, telle une épidémie de grippe, doivent inciter à accélérer les changements préconisés. »

Le rapport conclut que « la vague de chaleur a touché essentiellement les personnes âgées, et pas les petits enfants, alors que ces deux populations fragiles sont traditionnellement connues comme sujettes aux coups de chaleur, ce qui montre a contrario que les mesures de prévention et de prise en charge par un entourage informé, sont efficaces ».

1.5.2 Propositions :

Parmi les propositions concernant les personnes âgées, il est préconisé :

- la création d'un réseau ville-hôpital gériatrique sur un territoire délimité, articulant l'aide et les soins à domicile sous la responsabilité d'un élu, avec un maillage du territoire français. Les têtes de pont de ces réseaux pourraient être des CLIC de niveau 3, avec implication du sanitaire : SSIAD, IDE libéraux, généralistes, pôle gériatrique de référence, hôpital général de référence et SAU, EHPAD. Ces réseaux auraient plusieurs finalités :

- le repérage des personnes âgées vulnérables,
- la formation à la gériatrie des professionnels,
- la coordination des services, pour anticiper les situations de crise et mieux les gérer.

- la création, dans les hôpitaux de court séjour, de services de gériatrie associant un pôle ambulatoire d'évaluation (consultations et hôpital de jour) et des lits de gériatrie aiguë, avec possibilité d'admission directe.

-le renforcement du plan de médicalisation des EHPAD, en augmentant leur dotation en personnel et en permettant une meilleure prise en charge médicale.

- la reconnaissance et la valorisation du travail des personnels travaillant auprès des personnes âgées, pour améliorer les recrutements tant au niveau des services hospitaliers que des SSIAD. La validation des acquis pour répondre en urgence aux besoins de prise en charge de la dépendance.

- l'identification de méthodes de recensement des personnes âgées vivant seules ou vulnérables, par exemple en s'appuyant sur les CLIC.

- le rééquilibrage des attributions de postes d'infirmières en faveur des lits de soins de suite.

Ce rapport est critique sur la situation des personnes âgées en France, mais il a le mérite de mettre en lumière des dysfonctionnements constatés depuis longtemps sur le terrain par les professionnels, mais rarement pris en compte par les pouvoirs publics, faute de moyens suffisants.

Suite aux effets de la canicule, le gouvernement annonce un « plan vieillissement et solidarité » qui visera à :

- améliorer les dispositifs d'alerte et de prévention,
- revoir l'offre et la qualité d'hébergement,
- revoir les conditions de vie à domicile,
- favoriser les filières gériatriques, aussi bien dans la dimension hospitalière, sociale et médico-sociale,
- favoriser la formation, l'attractivité, la validation des acquis du personnel travaillant dans ce secteur,
- revoir les modes de financement,

2 LES PERSONNES AGÉES EN REGION MIDI-PYRÉNÉES ET DANS LE DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON :

2.1 La région Midi-Pyrénées :

2.1.1 Analyse démographique :

Les données sur le vieillissement en région Midi-Pyrénées, sont largement inspirées du rapport « Vieillir en Midi-Pyrénées » réalisé par l'observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées sur commande de la CRAM. Ce rapport récent a le mérite de faire une bonne analyse du contexte d'une région vieillissante, confrontée à la prise en charge des personnes âgées, et d'introduire des éléments concernant le département de l'Aveyron, où se situe l'unité de court séjour gériatrique, thème principal de ce travail.

La région Midi-Pyrénées (2 552 000 hab) comporte plusieurs spécificités, comme celle d'être l'une des plus vieilles régions de France et dont la structure démographique augure ce que sera notre pays dans une vingtaine d'années. Le fort familialisme au sein d'une région à forte dominante rurale, où la norme de la cohabitation entre les générations resta longtemps vivace, s'accompagne d'une certaine réticence à faire appel à des intervenants extérieurs, services ou institutions spécialisées.

Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes âgées de 75 ou plus dans la région a augmenté de 9 %. Ce groupe d'âge représente 9,6 % de la population totale de la région, proportion supérieure à celle de la moyenne nationale de 7,7 %. La progression des 85 ans ou plus a été la plus importante, soit une augmentation de 38 %.

En 1998, l'espérance de vie à 60 ans en Midi-Pyrénées était de 20,9 ans pour les hommes et 25,4 pour les femmes. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne nationale chez les deux sexes. Cette situation est encore plus marquée chez les hommes de la région et l'écart classique hommes-femmes est légèrement inférieur à celui observé en France.

Si les tendances démographiques observées entre 1990 et 1999 se poursuivent, le vieillissement s'accroîtra avec, en plus, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby-boom. Ainsi, les personnes âgées vivraient plus longtemps et seraient plus nombreuses. Selon les prévisions, dans ce cadre d'évolution, entre 2000 et 2030, la plus forte augmentation concernerait les 75-84 ans (+ 88%), alors qu'en 2000, les 75-84 ans correspondent en partie aux générations « creuses » de 14-18, les 75-84 ans de 2030 sont les classes fortes du « baby-boom ».

Des mutations sont en cours, liées au contexte social et politique national. L'agriculture familiale est en très net déclin, au profit du secteur tertiaire. Les recherches récentes auprès des plus âgés ont montré que la norme familialiste tend à reculer nettement face aux modèles du « vieillir indépendant », où la personne âgée s'attache d'abord à préserver son autonomie, son statut de sujet indépendant.

Le rapport « Vieillir en Midi-Pyrénées » met en évidence les dernières mutations :

- l'hétérogénéité de la population de plus de 60 ans,
- l'évolution favorable des conditions de ressources des retraités,
- leur mobilité accrue,

- l'urbanisation croissante,
- l'amélioration des conditions de l'habitat,
- l'accès facilité aux services.
- Il note également l'augmentation des niveaux de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle et l'activité des femmes, qui sont trois indicateurs influents sur les modes de recours à l'aide gérontologique. Le recours aux services spécialisés est généralement plus fréquent chez les personnes diplômées, et inversement les personnes sans diplômes se montrent plus souvent dépendantes de leur environnement familial.

Les populations se fixent de plus en plus dans les zones périurbaines, l'accession à la propriété s'est développée et les logements inconfortables ont nettement diminué, même s'il est plus fréquent en milieu rural et chez les personnes âgées, 6 % des personnes de 75 ans et plus vivent en HLM. La cohabitation intergénérationnelle apparaît fortement liée à l'économie agricole familiale (21 % des ménages d'agriculteurs cohabitent, contre 4,5 % des cadres). Cette norme d'interdépendance entre les générations perd cependant du terrain, au profit de formes de solidarité familiale qui font plus de place à l'autonomie de chacun, mais elle perdure encore dans le département de l'Aveyron, notamment. Les situations de cohabitations sont aujourd'hui au sein de ménages de petite taille, de type couple avec un enfant, ménages composés de personnes isolées. Selon le rapport « le souci de concilier solidarités familiales et statut d'indépendance de chacun semble devoir se traduire : par une plus grande tendance à externaliser les tâches du quotidien (ménage, nursing, alimentation...) et par un certain recentrage de l'aide familiale dans un rôle de gestion et d'organisation de l'aide professionnelle ».

La période de 1990 à 1999 a été marquée par une augmentation de 18 % du nombre de personnes de plus de 75 ans qui vivent seules à leur domicile (de 32 à 35,5% sur l'ensemble des personnes âgées à domicile), et de 22% du nombre de personnes vivant dans un ménage de deux personnes, le plus souvent en couple. Il faut noter qu'au sein de la population des personnes âgées qui vivent seules à leur domicile, il y a près de 80 % de femmes, dont une grande partie de veuves. Dans le même temps, les personnes âgées sont plus nombreuses à disposer d'un véhicule personnel (63,4 %).

Au sein de la région, le département le moins vieux est la Haute-Garonne, (7,1 % de personnes âgées de 75 ou plus). C'est dans l'Aveyron, le Gers, l'Ariège et le Lot que les parts des personnes âgées de 75 ans ou plus sont les plus élevées (environ 12 %).
(ANNEXE 3)

Les mouvements d'entrées et de sortie de Midi-Pyrénées qui impliquent des personnes aujourd'hui âgées de 75 ans ou plus se traduisent par un solde positif limité en moyenne à environ 400 personnes par an, essentiellement sur l'aire urbaine toulousaine. L'attraction toulousaine se confirme dans les mouvements intra-régionaux, elle semble imputable pour partie aux rapprochements familiaux suscités par les enfants de personnes âgées qui résident dans le Grand Toulouse.

2.1.2 Contexte sanitaire :

L'état de santé de la population régionale confirme qu'en trente ans l'espérance de vie globale et l'espérance de vie sans incapacité lourde ont sensiblement progressé, infirmant certains scénarios pessimistes qui faisaient accompagner le vieillissement de la population d'une pandémie d'incapacités contribuant à l'explosion des dépenses de santé, selon le rapport. Il est constaté une augmentation de la plupart des maladies ainsi que le poids croissant des maladies dégénératives comme les cancers et les maladies vasculaires. Dans la région l'espérance de vie à 60 ans et à 75 ans est légèrement supérieure à la moyenne nationale.

Le taux de recours aux soins reste élevé, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital. En 2001, l'URCAM évalue qu'une personne voit en moyenne 8 fois par an un médecin généraliste entre 60 et 74 ans, 11 fois entre 75 et 84 ans et 14 fois pour les plus de 85 ans (5 consultations en moyenne pour les moins de 60 ans). Le premier motif de recours après 60 ans est l'hypertension artérielle.

Les hospitalisations représentent en court séjour, près de 20% de l'ensemble des séjours annuels concernant les habitants de la région, tous âges confondus ; les maladies de l'appareil circulatoire sont les pathologies le plus souvent à l'origine de l'hospitalisation. Selon une évaluation de l'Observatoire régionale des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) 12,3 % de la totalité des passages aux urgences sont le fait de personnes de plus de 75 ans. Le diagnostic le plus fréquent reste la fracture du fémur. Deux malades sur trois de 75 ans ou plus sont hospitalisés après leur passage aux urgences (une sur cinq seulement pour les moins de 75 ans).

L'admission en affection de longue durée (ALD), indicateur pour les maladies chroniques et donc du recours aux soins démontre que les maladies cardiovasculaires sont le motif le plus fréquent d'entrée en ALD, suivies par les cancers. En 1999, 27 % des personnes de plus de

75 ans du régime général ont été admises en ALD, alors que cette classe d'âge ne représente que 9,6 % de la population régionale. Au sein de la région, les deux principales causes de décès des personnes de plus de 75 ans, sont les maladies de l'appareil circulatoire (40 %) et les tumeurs (20 %). On observe une surmortalité par accident vasculaire cérébral, entraînant des besoins médico-sociaux importants. La démence sénile et en particulier la maladie d'Alzheimer sont, comme sur le plan national, un problème majeur de santé publique.

L'entrée en institution dans la région montre que le rythme des placements augmente vers 80 ans et de façon plus nette encore vers 85 ans. La plupart des placements en institution s'effectuent dans une structure de proximité, le plus souvent à l'intérieur des limites départementales ou à peu de distance de l'ancien domicile.

Malgré un maintien à domicile, le nombre des personnes hébergées en institution a augmenté. La part des personnes âgées de 60 ans ou plus en collectivité est passée de 4,5 % à 4,7 %, celle des 75 et plus est passée de 9 à 10 %, part identique à celle observée au niveau national. Sur l'ensemble, le contingent des moins de 85 ans en collectivité a baissé depuis 1990 (-15,8 %), alors que les personnes de 85 ans ou plus en collectivité sont en très nette augmentation de 1990 à 1999, soit + 60,6 %.

L'âge moyen d'entrée en institution sur la région se situe aux alentours de 85 ans. Cette donnée s'explique par les éléments suivants :

- l'augmentation du nombre de cette classe d'âge,
- la norme du «vivre à domicile » tend à s'imposer à des âges de plus en plus avancés,
- la problématique de l'entrée en institution s'est recentrée sur les déficiences intellectuelles et mentales, maladie d'Alzheimer et autres troubles de la cognition.

L'offre régionale semble continuer à s'inscrire dans une dynamique d'induction de la demande par l'offre : les départements de la région qui présentent les taux d'équipements historiquement les plus élevés (Aveyron, Tarn) voient leur nombre de place continuer à augmenter. A l'opposé, l'Ariège, de longue date département faiblement équipé, voit sa part des personnes en collectivité s'établir à la baisse en 1999. Avec des taux d'équipements inférieurs à ceux de la France, Midi-Pyrénées reste une région de faible inflation de l'offre, dans laquelle la réticence à l'égard du placement apparaît relativement forte. Mais nous

constaterons plus loin les disparités entre les départements ou à l'intérieur même de ceux-ci en fonction des bassins de vie.

Au 31 décembre 2002, 115 conventions sont signées dans la région soit un taux de réalisation de 26 % en moyenne régionale, variant de 12 % en Aveyron à 46 % dans le Tarn.

L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) est versée en Midi-Pyrénées à environ 43 500 personnes âgées de 60 ans ou plus, en perte d'autonomie. Avec un taux de 180 bénéficiaires pour 1000 habitants de 75 ans et plus, la région se situe actuellement au dessus de la moyenne nationale (132). Elle se caractérise également par une proportion plus importante de bénéficiaires à domicile, 62 % contre 51 %¹⁴ Plus de la moitié relèvent du GIR 4, mais à l'opposé près du quart ont une dépendance lourde (4 % en GIR 1 et 18 % en GIR 2). Très majoritairement des femmes (72 %), les bénéficiaires de l'APA à domicile sont surtout âgés de 75 à 84 ans (44 %) avec 39 % de plus de 85 ans et 17 % de moins de 75 ans.

Dans la région, au 31 décembre 2002, 33 CLIC de niveau 1 étaient financés dont seulement 5 de niveau 2 et 2 de niveau 3. Les 11 CLIC de niveau 1 ne participent pas encore au dispositif de l'APA et 15 CLIC sont en cours de labellisation. La couverture territoriale s'étend progressivement, seulement trois départements ont à cette date la quasi totalité de leur territoire couvert par les CLIC (Ariège, Lot et Hautes-Pyrénées)¹⁵.

2.2 Le département de l'Aveyron :

2.2.1 Analyse démographique :

L'Aveyron est le cinquième plus grand département de France en superficie et comprend 263 808 habitants au sein de la région Midi-Pyrénées (2.552.000 habitants), c'est le plus grand département en superficie de la région. Il se compose de trois arrondissements, 46 cantons et 304 communes.

¹⁴ Source DRASS Midi-Pyrénées, juin 2003

¹⁵ Flash info Midi-Pyrénées, DRASS, DDASS, juin 2003

L'agriculture demeure une composante majeure de l'économie aveyronnaise. Dans plus de la moitié des communes du département, au moins un actif occupé sur quatre travaille en 1999 dans le secteur agricole. La filière agroalimentaire reste l'une des principales industries du département, devant le secteur industriel. Le secteur tertiaire se développe au profit des deux précédents.

Il a l'une des densité de population parmi les moins élevées de la région (30 habitants/km²). La répartition de la population sur l'ensemble du département est très hétérogène. La moitié des cantons de l'Aveyron ont moins de 20 habitants par km².(ANNEXE 4). Le canton de Rodez représente à lui 18,5 % de la population de l'Aveyron, en 1999, plus du tiers de la population est concentrée dans les cantons de Rodez, Millau et Villefranche-de-Rouergue. L'ouest du département est davantage peuplé. Malgré un faible taux d'urbanisation, entre 1990 et 1999, on observe une urbanisation croissante.(ANNEXE 5 et 6). La population la plus âgée est surtout répartie aux frontières du département.

La taille moyenne des ménages continue de se réduire, elle est de 2,33 personnes en 1999 pour 2,58 en 1990. Les personnes seules sont plus de 33 300 et parmi elles, 57 % sont des femmes dont deux sur trois ont plus de 60 ans.

Le dépeuplement du département s'est ralenti sur les années 90, pour passer de 270 141 habitants en 1990 à 263 808 en 1999. Cette tendance devrait s'accroître selon l'INSEE, au cours des dix prochaines années. Le non-renouvellement des générations est une des origines de la baisse de population observée. Le taux de natalité de l'Aveyron est de 9,6 alors que le taux de mortalité atteint 12,5, à l'opposé de la tendance nationale (taux de natalité 12,6 pour 1000 habitants et 9,2 décès pour 1000 habitants).

La baisse de population est liée au vieillissement de cette dernière. Celui-ci, se poursuit mais est légèrement atténué par l'arrivée de nouveaux arrivants souvent jeunes. Au cours de la dernière décennie, l'Aveyron a gagné environ 900 personnes dans ses échanges migratoires. Les deux tiers des arrivants ont moins de 40 ans. Ces changements ne modifient pas l'évolution de la population totale du département mais, en revanche, ils participent à la restructuration de l'espace départemental.

Avec 30 % de la population qui a plus de 60 ans, l'Aveyron reste un des départements les plus vieillis de Midi-Pyrénées¹⁶. L'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65

¹⁶ Source INSEE, recensement de 1999

ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est de 119,9 sur le département et le national de 60,6, soit la moitié de l'Aveyron. La population âgée de 75 ans et plus dans l'Aveyron représente 12 %, tandis que la proportion régionale est de 9,57 % et de 7,66 % au niveau national. Les estimations de l'INSEE indiquent que la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans atteindra 33,5 % en 2010. En revanche, l'évolution de la population de cette tranche d'âge devrait être marquée par une stabilisation du nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans (autour de 18,7 % de la population totale du département). Au contraire, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est estimé pour une augmentation relative de près de 4 points (de 11 % à 14,9 %), soit 4320 personnes. Entre le recensement de 1990 et 1999, l'évolution des personnes âgées de plus de 65 ans démontre qu'elles se concentrent essentiellement sur les cantons de Rodez (30 % et plus).

Le vieillissement est particulièrement prononcé dans le nord du département et dans plusieurs cantons du Ségala. A l'opposé, les jeunes sont en proportion plus importante dans les cantons urbains de Rodez ou avoisinants, ainsi que dans les communes situées à la périphérie de Millau, Saint-Affrique ou encore Villefranche-de-Rouergue.

Dans les années à venir, le département devra faire face à une population très âgée, avec un fort risque de dépendance, la famille sera essentiellement regroupée au sein de zones urbaines.

2.2.2 Contexte sanitaire :

On vit plus vieux en Aveyron qu'ailleurs. Les causes de mortalité sont comparables, avec toutefois moins de tumeurs et plus de causes cardiologiques.

A) Equipements :

Le Centre Hospitalier de RODEZ est le principal centre hospitalier de l'Aveyron Nord, où existe également une offre hospitalière à Villefranche de Rouergue à l'Ouest, et à Decazeville au Nord Ouest. Rodez est l'hôpital référent du secteur sanitaire Aveyron Nord qui compte 198 000 habitants. Hors le CHU de Toulouse, le Centre Hospitalier de Rodez est le troisième établissement régional en volume de soins mesuré par la production des points ISA. La valeur du point ISA (12,08 Francs en 2001) est parmi les moins chers de la région.

La population s'est trouvée longtemps isolée du fait de voies de communications difficiles et donc un réseau médical et médico-social dispersé s'est développé sur l'ensemble du

département. Le positionnement géographique de Rodez (deux heures de Toulouse et de Montpellier) a permis de développer un plateau technique important : scanner, radiothérapie, médecine nucléaire. Le budget 2002 approuvé s'élève à 74 022 538 euros. L'établissement possède 720 lits dont 275 en EHPAD

Activité du service MAISON DE RETRAITE, Statistiques année 2002

Service	Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne De séjour	Taux D'occupation
MR ST JACQUES		36	26 441		
CURE ST JACQUES		8	6 642		
MR PEYRIERES		12	6 413		
CURE PEYRIERES		6	7 096		
Total MR	138	62	46 592	241	92 %

Activité du service de MOYEN SEJOUR des Peyrières

Service	Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne De séjour	Taux D'occupation
MOYEN SEJOUR		360	12 843		
Total	40	360	12 843	33	90 %

Activité du service de LONG SEJOUR des Peyrières

Service	Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne De séjour	Taux D'occupation
LONG SEJOUR		50	47 739		
Total	136	50	47 739	261	96 %

Pour la médecine libérale, l'Aveyron est un département sous médicalisé au sein d'une région sur médicalisée. Ce déficit porte essentiellement sur la médecine spécialisée. Le département est confronté à une pénurie, comme toute les régions rurales et isolées qui restent peu attractives.

Pour l'équipement hospitalier, l'Aveyron est un département sous équipé en lits de court séjour, si on le compare aux taux régionaux ou nationaux. Ce déficit porte principalement sur la médecine, dont le recrutement augmente parallèlement à l'âge de la population. L'organisation hospitalière est à 78 % publique. Le taux d'équipement en place d'ambulatoire est la moitié des valeurs françaises.

A l'inverse, concernant les lits destinés aux personnes âgées, le département a un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale et nationale. Il est relativement bien doté en maisons de retraites, en services de soins à domicile et en unités de soins de longue durée. Les structures (sauf maisons de retraites) sont en nombre supérieur en Aveyron par rapport au Tarn, ce dernier présentant pourtant une population de plus de 60 ans plus importante. En revanche, les capacités installées en foyer logement sont un peu en-dessous de la moyenne des autres départements.

Taux d'équipement privés et publics installés au 1.01.2002, court séjour, psychiatrie, soins de suite :

Source DRASS-SAE

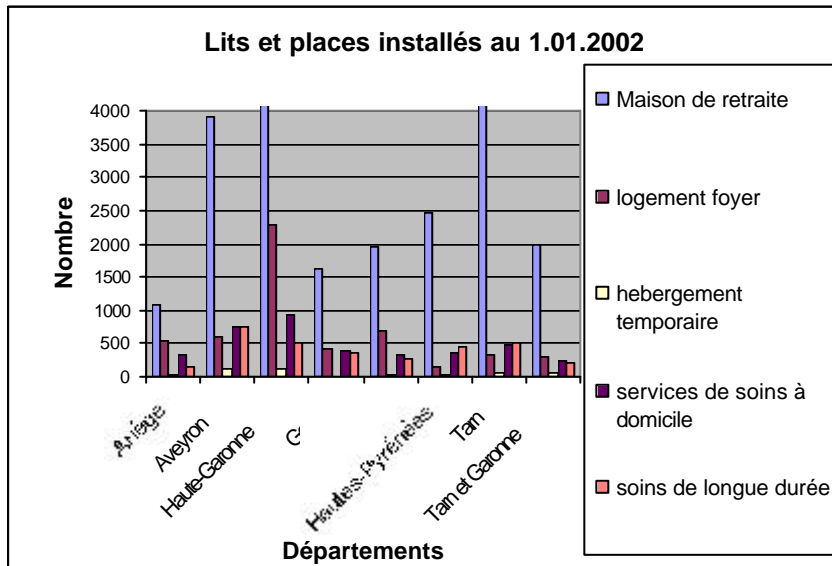
	Aveyron	Midi-Pyrénées	France
Médecine (HAD compris)	1,88	2,10	2,08
Chirurgie	1,73	1,83	1,77
Gynécologie-obstétrique	0,40	0,36	0,41
Psychiatrie générale (lits et place)	1,88	1,69	1,39
Soins de suite et de réadaptation	1,77	1,79	1,59

Accueil des personnes âgées, taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus

Source : DRASS, Enquête EHPA, FINSS

	Aveyron	Midi-Pyrénées	France
Hébergements : maison de retraite, Foyer-logements, Lits d'hébergement temporaire	151,10	122,99	137,10
Services de soins à domicile	24,68	16,20	15,53
Lits médicalisés	62,51	43,69	57,31

L'Aveyron est en position élevée par rapport aux autres départements en ce qui concerne le taux d'équipement en structure d'hébergement. Il possède par ailleurs un fort taux d'équipement en places de services de soins à domicile, ainsi qu'en lits médicalisés, tous ces chiffres sont supérieurs à la moyenne régionale et nationale ; cependant comme le démontrent les cartes en annexe 7,8,9 , ils ne sont pas répartis équitablement sur le plan géographique. En effet, comme nous l'avons souligné plus haut, la population s'urbanise, les personnes âgées se rapprochent de leurs enfants pour les hébergements. Nous constaterons plus loin les difficultés de placement et l'éloignement conséquent du lieu d'habitation ou des aidants.



Evolution des lits et places autorisés, entre 1995-2001 :

source DSD, 2002

	% d'évolution
Maison de retraite	+ 4,2 %
Foyers logement	0 %
Hébergement temporaire	+ 5,1 %

Services de soins à domicile	+ 3,8 %
Soins de longue durée	0 %
Unités de vie	0 %

Au total, en 2001, les capacités autorisées sont de 5610 lits en hébergement et de 811 places en services de soins à domicile. Les maisons de retraite ainsi que l'hébergement temporaire ont connu une augmentation de leur nombre de lits.

Le département a un taux de bénéficiaires de l'APA élevé sur la région (200 pour 1000 habitants de 75 ans et plus), alors que le chiffre est de 180 pour la région et 132 sur le plan national. Depuis 2002, 12000 dossiers ont été instruits sur le département.

Bénéficiaires de l'APA au 30 septembre 2002 : Source DDASS

	APA à domicile	APA en établissement	Ensemble
GIR 1	95	643	738
GIR 2	466	1042	1508
GIR 3	324	456	780
GIR 4	1189	747	2636
TOTAL	2774 (49%)	2888 (51%)	5662

Pour mémoire, répartition régionale : 66 % à domicile et 34 % en établissement (65% et 35% pour le national)

B) Politique gérontologique :

L'élaboration d'un schéma départemental des équipements et des services à caractère social et médico-social est prévue dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et

médico-sociale. Le schéma départemental, pour une durée de cinq ans, est arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et par le président du Conseil Général, après avis du CROSS et d'une commission départementale consultative comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales, des professions sanitaires et sociales, des institutions sociales et médico-sociales et des personnes accueillies par ces institutions ou susceptibles de l'être.

L'article 18 définit le rôle des schémas d'organisation sociale et médico-sociale :

- ils apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- ils dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- ils déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux ;
- ils précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services, ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme public ou privé ;
- ils définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Le schéma doit intégrer aussi bien les établissements et services à la charge du Conseil Général que ceux financés conjointement par ce dernier et les organismes d'assurance maladie. Un schéma gérontologique départemental a été élaboré entre la Préfecture de l'Aveyron au travers de la DDASS et le Conseil Général avec la DSD pour la période 2003-2007, il est actuellement en attente de l'avis consultatif du CROSS.

Les objectifs sont :

- anticiper les évolutions qualitatives et quantitatives de l'offre d'accueil en établissement,
- faciliter le maintien à domicile et promouvoir les réseaux gérontologiques,
- renforcer la qualification des intervenants à domicile et en établissement.

Dans le cadre de l'élaboration du schéma gérontologique départemental, une enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des établissements et des services du département. Les principaux résultats sont les suivants :

- les résidents ont en moyenne 82 ans et restent un peu plus de 3 ans dans la structure en moyenne,
- les établissements ont un taux d'occupation de l'ordre de 94 % sur les deux années consécutives 2000 et 2001,
- 17 % des résidents bénéficient de l'aide sociale,
- 23 % sont en GIR 2 et 19 % en GIR 1,
- près de 7 personnes sur 10 proviennent de leur domicile, un sur quatre d'un autre établissement,
- 7 % viennent d'un centre hospitalier,
- 8 % ne sont pas aveyronnais.

La communauté d'agglomération du Grand Rodez a tenté de mettre en place un réseau gérontologique de l'agglomération ruthénoise, le territoire semblant pertinent en regard des secteurs d'intervention des différents acteurs ; seules deux réunions se sont tenues en 2002.

Deux priorités étaient fixées :

- permettre à tous les intervenants du secteur personnes âgées de mieux se connaître, de mieux travailler ensemble, dans l'intérêt des personnes vieillissantes et de leurs familles et, de mieux répondre aux attentes,
- asseoir la signature des conventions tripartites, sur un réseau.

Cette nouvelle organisation est envisagée sous la forme d'un CLIC. Mais l'élaboration du schéma gérontologique départemental restant un préalable, le dossier reste en suspens. Des discordances semblent apparaître entre le département, la communauté d'agglomération, les institutions et les acteurs de la prise en charge à domicile. Il n'apparaît pas d'élément moteur susceptible de coordonner l'ensemble.

La mise en œuvre de politiques gérontologiques constitue un ensemble complexe de par la multiplicité des acteurs, « en forte interdépendance, mais avec des logiques d'action parfois différentes », la diversité des réponses possibles, « le caractère fragmentaire des

informations disponibles détenues par chaque secteur », selon les propos inscrits dans le schéma départemental des personnes âgées.

En effet, au cours des recherches il est apparu que plusieurs acteurs travaillent sur ce sujet : DDASS, MSA, CRAM, DSD, mais pas toujours en simultané. L'élaboration du schéma gérontologique s'est faite avec l'aide d'un cabinet de consultants ainsi que différents acteurs (DDASS, DRASS, MSA, CODERPA, UDAF, DDE, ODHLM, CRAM...), mais le secteur sanitaire a été très peu associé. Le schéma défend une politique d'aménagement du territoire, favorisant le maintien à domicile et quand ce dernier n'est plus possible, l'hébergement dans une structure de proximité du lieu de vie. Certaines structures sont localisées dans des zones plus désertiques, et cela peut poser problème pour les familles qui doivent se déplacer. En effet, comme le démontrent les chiffres du dernier recensement, la population a tendance à s'urbaniser et si les personnes âgées préfèrent vivre près de leurs lieux de vie, quand la dépendance s'installe et que l'institutionnalisation devient nécessaire, les enfants préfèrent le rapprochement vers une zone urbaine, où ils sont établis.

3 LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE DE COURT SEJOUR GERIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ :

3.1 Une volonté et une nécessité de l'institution :

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique définit le service de court séjour gériatrique « comme celui qui admet des malades âgés, polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe ».

Ses missions sont :

- procéder à une évaluation globale et individualisée du patient âgé, à la fois médicale, psychologique et sociale,
- établir les diagnostics utiles à la santé du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie,
- proposer des traitements adaptés à l'état des personnes,

- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.

L'unité de court séjour gériatrique s'intègre dans la logique du projet médical (2001-2005) approuvé le 21 mai 2002. Dans ce dernier, il est écrit : «qu'il n'y a pas de réflexion transversale sur la prise en charge de la personne âgée, il y a une segmentation entre le moyen séjour et le long séjour. Le moyen séjour fonctionne comme substitut du long séjour. Il est préconisé de développer une véritable procédure d'admission, d'organiser une filière de sortie et de mettre en place une fédération de gériatrie inter-hospitalière. Une meilleure coordination permettrait de diminuer le recours aux urgences avec le passage obligé par le court séjour et tous ses inconvénients, pour le patient, mais aussi pour la structure hospitalière».

En effet, il a été constaté plusieurs difficultés concernant la prise en charge des personnes âgées qui se présentent aux urgences. Les services de spécialités « redoutent » l'hospitalisation d'une personne âgée polypathologique, qui nécessite une prise en charge médicale et sociale spécifique et dont la sortie risque d'être retardée. Une fois le traitement médical assuré, le séjour se prolonge par manque de places en aval, au niveau du moyen séjour notamment. Les services les plus concernés étaient la neurologie, gastro-néphrologie, onco-pneumologie, rhumatologie et la cardiologie ; les associations sont liées à la présence sur un même niveau de deux services conjoints. Certains arrivaient à refuser des personnes âgées, avec comme argument qu'il est préférable de conserver la place disponible pour une personne plus jeune ou connue du service, qui doit se présenter prochainement. La réservation de lits est une pratique courante, ou le changement rapide de service, dès qu'une place se libère ailleurs.

Au final, cette situation crée des tensions entre les services et il devient commun de minimiser l'état de santé d'une personne âgée pour la faire hospitaliser dans un service, soit par les urgences soit par le médecin de garde. L'administrateur de garde était souvent sollicité pour trancher un problème de placement au sein de l'institution. Le nombre d'hébergements dans des services ne relevant pas de la spécialité devenait important ; les médecins sont obligés d'assurer un suivi dans un autre service, avec du personnel pas toujours habitué à certaines pathologies. Les transferts de services au cours du séjour sont fréquents et multiplient les interlocuteurs.

Un projet d'organisation à titre expérimental d'une unité de court séjour gériatrique est réalisé au printemps 2002 avec pour finalité :

- améliorer la prise en charge et l'accueil des malades âgés polypathologiques de plus de 70 ou 75 ans,
- éviter un nombre important de séjours réguliers ou une attente prolongée aux urgences,
- optimiser les capacités d'accueil dans les services de court séjour,
- travailler en symbiose avec l'unité d'évaluation gérontologique qui devra ouvrir prochainement,
- éviter la transformation du service en une nouvelle unité de moyen séjour sur le site de Combarel, la moyenne de séjour devra être voisine de 10 à 12 jours,
- créer un réseau avec les autres établissements de moyen séjour, long séjour ou de maison de retraite et de dispositif de maintien à domicile,
- Favoriser le retour sur le lieu de vie et améliorer le suivi de ces malades grâce à une meilleure collaboration entre les professionnels de ville prenant en charge ces personnes et l'équipe gériatrique du Centre hospitalier.

L'organisation prévue dans le projet est la suivante :

- L'UGA (Unité de Gériatrie Aiguë) est géographiquement située dans une position centrale, proche des urgences, du plateau technique et des autres services de spécialités, ce qui facilite et améliore la qualité de la prise en charge globale de la personne et diminue le temps de déplacement des personnes âgées, leur assurant un meilleur confort,
- La capacité est de 15 lits (5 chambres à un lit et 5 à 2 lits),
- Le service fonctionne grâce au détachement sur l'hôpital Combarel (court séjour, plateau technique), d'un des trois médecins gériatres de l'établissement, avec des périodes de rotation,
- La continuité des soins est assurée par une ouverture 7 jours sur 7 et une astreinte médicale en dehors des horaires ouvrables,
- Une fermeture de 4 semaines l'été est prévue,
- La durée moyenne de séjour doit être voisine de 10 à 12 jours. Le service a également fermé au mois d'août,

- Le personnel paramédical est volontaire pour travailler au sein de ce service et n'aura pas de remplacements à effectuer sur les autres sites, en raison de la nécessité d'une prise en charge gériatrique coordonnée, les modalités de travail doivent être dissociées des autres services.

La structure doit accueillir les personnes âgées de plus de 70 ans atteintes de polyopathologies. Les patients arrivent soit directement dans le service adressés par leur médecin traitant, soit ils arrivent aux urgences. Dans ce dernier cas, ils sont pré-examinés directement par le médecin responsable de l'unité, dès leur arrivée et ceci à la demande des urgentistes. Ils devront bénéficier, à la demande du médecin du court séjour gériatrique, d'avis spécialisés ou d'examen complémentaires de leurs confrères dans des délais courts et raisonnables « adaptés à chaque cas d'espèce ». Les patients âgés seront acceptés si leur état le nécessite dans les services de spécialité médicale de l'établissement. Une évaluation gériatrique standardisée sera accessible au médecin traitant et au médecin coordonnateur de l'établissement d'accueil.

Les modalités de sortie doivent tenir compte de l'état de santé du patient et de sa situation personnelle afin de favoriser le retour à domicile ou dans un établissement d'accueil proche du lieu de vie des personnes ou des aidants.

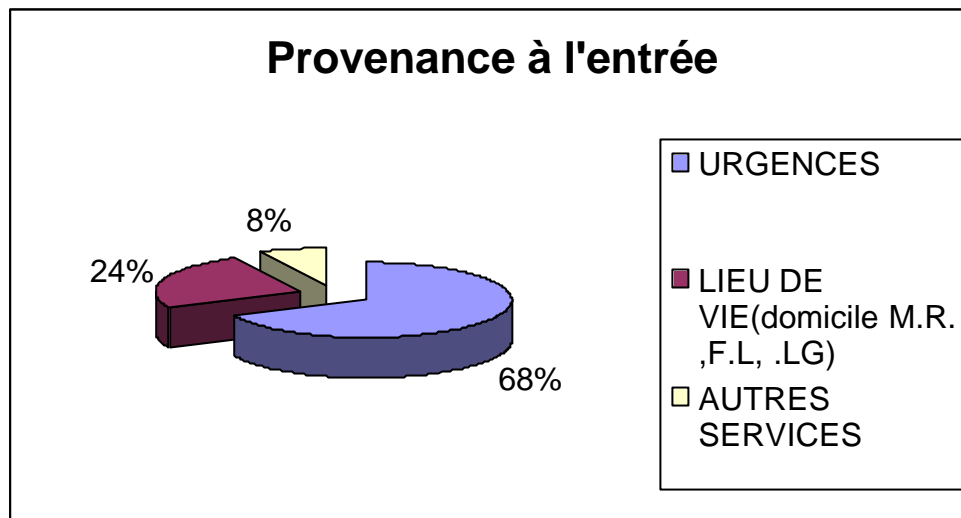
Un avenant au Contrat d'Objectifs et de moyens a été envoyé à l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le 20 août 2002.

3.2 Analyse après six mois de fonctionnement :

Le bilan de l'UGA (Unité de Gériatrie Aiguë) est réalisé sur six mois de fonctionnement, d'octobre 2002 à mars 2003, car c'est la période retenue pour l'évaluation en vue de la présentation à l'ARH.

Depuis l'ouverture, le 1^{er} octobre 2002, 251 personnes ont été hospitalisées, jusqu'au 31 mars 2003, et environ 15 personnes ont été hébergées dans un autre service, non comptabilisées dans les données qui suivent.

3.2.1 Provenance à l'entrée et profil des patients :



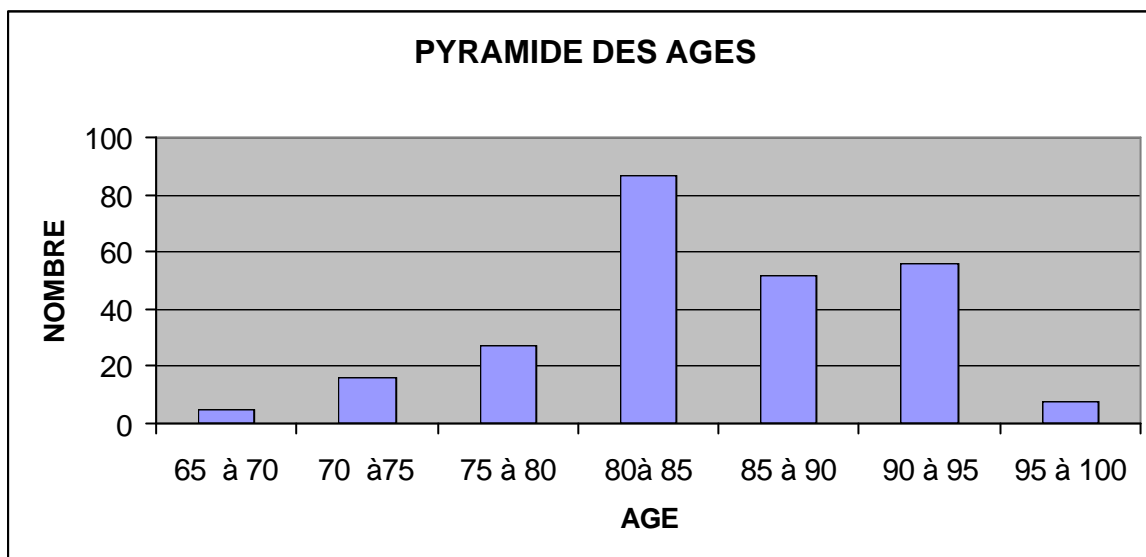
- 68% des personnes hospitalisées passent par les urgences,
- 24,30% viennent directement du lieu de vie (domicile, Maison de Retraite, Foyer Logement, Long Séjour, en nombre infime des Services de Suite et de Réadaptation), sur appel direct des médecins traitants,
- 7,57% d'autres Unités de soins du Centre Hospitalier

Il n'y a pas de phénomène de saisonnalité sur l'incidence des entrées. Les trois quarts des personnes entrent au niveau des urgences. Mais la tendance tend à se réduire (moins 10% sur 6 mois), grâce à la mise en place d'un réseau informel, entre le médecin chef du service et les médecins libéraux ainsi que le « bouche à oreille ». Il n'y a pas eu de communication externe, volontairement, afin de limiter la montée en charge.

La moyenne d'âge pour le semestre est à 83,04 ans :

- 34,66 % des personnes accueillies ont entre 80 et 85 ans soit 1/3 des personnes
- 77,7 % des personnes ont entre 80 et 95 ans soit plus des $\frac{3}{4}$

Cinq personnes hospitalisées sont en dessous de 70 ans et 7 au dessus de 95 ans.



Il est difficile de définir un critère précis de l'âge d'entrée, car ce n'est pas l'âge qui définit le critère d'entrée, mais plutôt l'état de santé et la dépendance constatés.

Sur les 251 personnes hospitalisées, 62,33 % ont une dépendance élevée, niveau 3 et 4, pour les soins d'hygiène et de confort

- 70% ont besoin d'aide pour les soins d'hygiène et l'habillement,
- 54 % ont besoin d'aide pour répondre continence,
- 63% ont besoin d'aide pour les déplacements et les transferts.

3.2.2 Principales pathologies et lieux de sortie :

Le taux d'occupation est de 95 %.

La DMS du semestre est à 9,32.

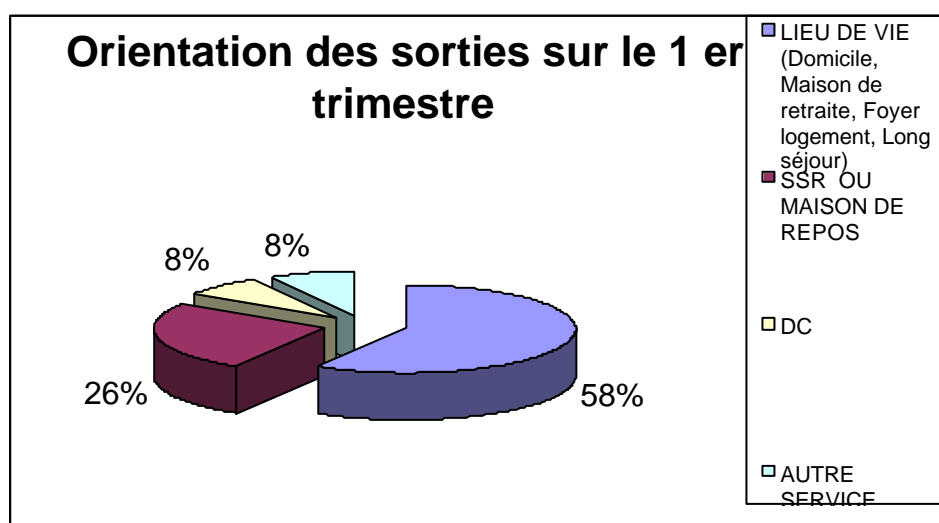
Les principales pathologies :

- accidents vasculaires cérébraux,
- pathologie respiratoire aiguë,
- malaises, chutes,
- problèmes métaboliques,

- à un degré moindre : problèmes digestifs, pathologie ostéo-articulaire, facteurs influençant l'état de santé (consommation médicamenteuse).

La prise en charge médicale n'est pas identique à un service de court séjour classique, la notion du temps est différente. L'urgence est plus relative, la personne âgée a plus de temps qu'une personne en activité et la nécessité d'une prise en charge sociale, temporaire ou à plus long terme, nécessite de faire une analyse complète. L'autonomie est toute relative, car elle peut se détériorer rapidement. La guérison n'est pas envisagée dans les mêmes termes que pour un jeune adulte. Le plateau technique est utilisé, mais les gestes les plus invasifs avec des risques de iatrogénie sont limités.

Il est constaté aussi dans le service que les enfants sont de plus en plus éloignés géographiquement de leurs parents ou occupés par leur travail, ce qui induit des problèmes pour la prise en charge sociale. Le personnel constate également que des problèmes médicaux mis en avant pour l'admission cachent souvent une nécessité de prise en charge sociale.



Les personnes hospitalisées dans le service de l'U G A sortent vers :

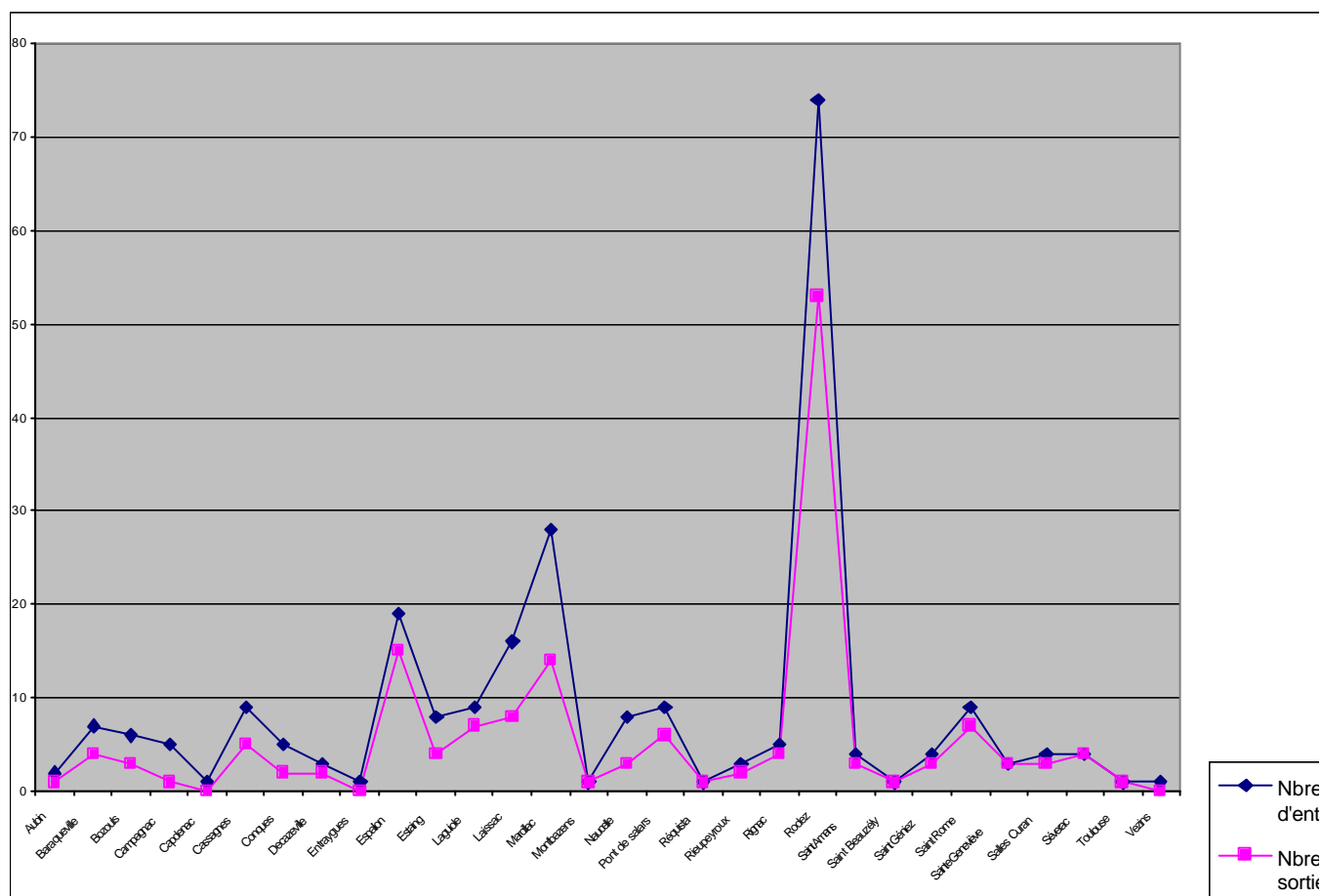
- 58,57 % Lieu de vie (domicile, Maison de Retraite, Foyer Logement, Long Séjour),
- 25,90 % Service de suivi de réadaptation (Moyen Séjour ou Maison de Repos),
- 7,97% Autres services
- 7,57 % des patients décèdent vu la gravité de leur affection aiguë qui survient sur un état polyopathologique médicalement instable.

Le retour dans le canton d'origine est privilégié, en favorisant les liens avec les structures sanitaires, sociales ou ambulatoires de proximité. Le service draine géographiquement l'ensemble du bassin de population du nord Aveyron.

Les partenaires extérieurs sont :

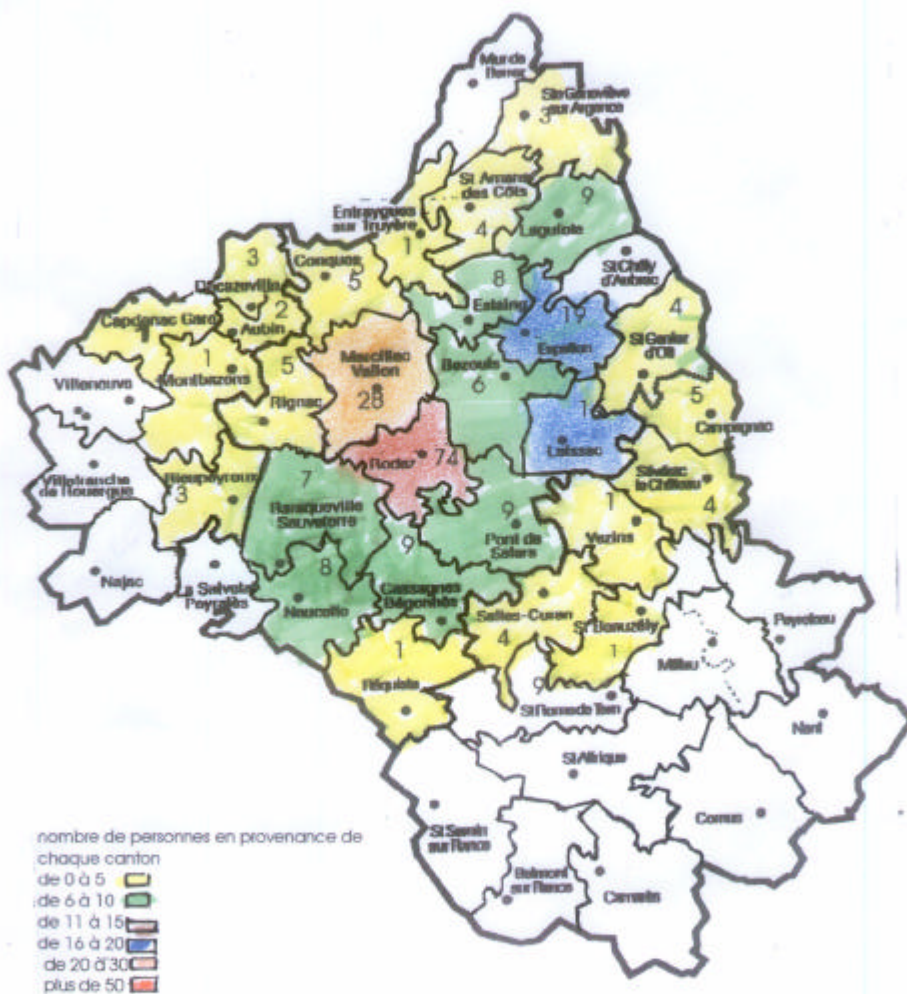
- les établissements publics et privés accueillant des personnes âgées sur le département, plus particulièrement sur la région de Rodez et le nord du département,
- les structures de maintien à domicile des personnes âgées (AASAD,UDSMA),
- l'hospitalisation à domicile,
- les médecins et les professionnels de santé travaillant en libéral.

PROVENANCE DES PERSONNES PAR CANTON ET RETOUR DANS LEUR CANTON D'ORIGINE



L'un des objectifs de ce service est de trouver une solution de retour vers le canton d'origine. Le graphique suivant confirme cette tendance. Il est également important de maintenir une activité dans des bassins de vie en voie de désertification. C'est aussi le désir des personnes âgées, de pouvoir conserver le tissu de relation antérieur. Il existe une logique non formalisée de fonctionnement en réseau, selon le médecin chef du service.

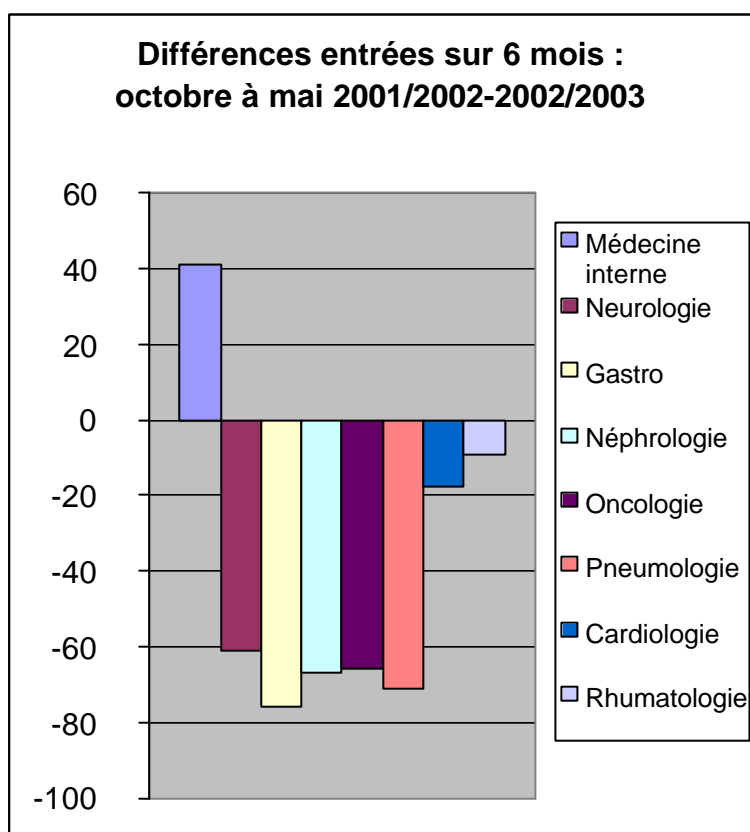
CARTE DES CANTONS



3.2.3 Incidences sur les autres services :

A) Conséquences sur les services de court séjour :

Cette analyse est basée sur des données chiffrées, ainsi que sur des entretiens avec les chefs de services et les cadres de soins concernés.



Il apparaît clairement que le nombre d'entrées sur la même période, pour les services de court séjour antérieurement concernés par la prise en charge des personnes âgées, a diminué.

Le service des urgences n'apparaît pas sur ce graphique, mais le chef de service constate «une nouvelle logique de prise en charge», avec un temps d'attente réduit et une plus grande souplesse dans la gestion des lits. La coordination avec les gériatres est efficace et optimale. Il manque selon lui une unité mobile, afin de pratiquer une évaluation de la dépendance au sein des urgences. Cette approche est discutable selon le concept individuel de l'évaluation. Pour le service social, cette dernière doit se faire sur plusieurs jours, car il est difficile d'évaluer la personne sur une durée très courte dans le contexte particulier du

service des urgences. Cependant, il est plus facile d'anticiper l'avenir en faisant intervenir les services sociaux le plus tôt possible dans la prise en charge. Dans le fonctionnement actuel, une assistante sociale intervient dans le service des urgences sur appel du personnel médical ou paramédical. Selon certains auteurs, l'équipe mobile se révèle utile uniquement s'il existe un court séjour conséquent, car sinon se pose le problème de la responsabilité médicale du patient (gériatre ou spécialiste ?) et également des lits disponibles en aval.

Le nombre d'interventions du service social a très nettement diminué au niveau des urgences, ainsi que dans les services de court séjour. Par contre, il est intervenu dans 41 % des cas, pour les patients hospitalisés à l'UGA. Les interventions ont pour finalité essentielle un retour dans le canton d'origine en privilégiant la mise en place et l'aménagement d'un maintien à domicile, ce qui a permis d'exploiter au maximum les liens de proximité concernant les structures sanitaires, sociales ou ambulatoires dans le canton du domicile.

Interventions du service social sur les six premiers mois, nombre et pourcentage de personnes aidées concernant la sortie :

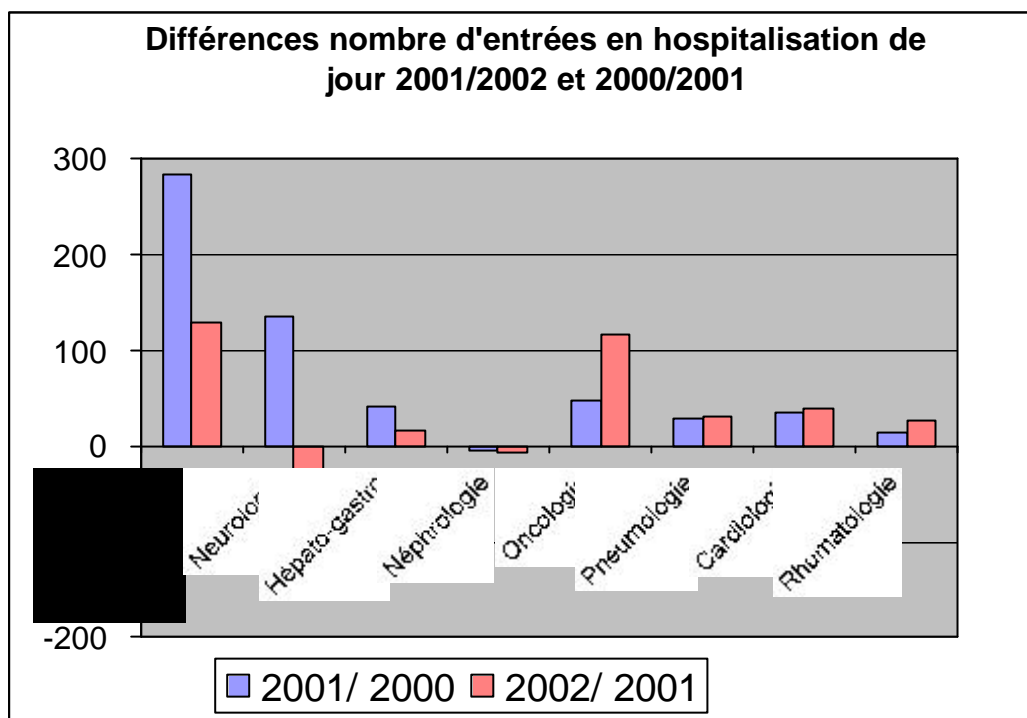
	nombre	pourcentage
Domicile	39	16 %
Maison de retraite	11	4 %
Soins de suite et de réadaptation	47	19 %
Autres	6	2 %
Total	103	41 %

Les médecins hospitaliers confirment les bénéfices :

- Qualitatifs : meilleure prise en charge de la personne âgée et de leurs propres patients atteints de pathologies en lien avec leur spécialité,
- Quantitatifs : meilleur flux des patients et moins d'hébergements dans les autres services.

Les médecins responsables de ces services de court séjour mettent en avant que si le nombre d'entrées a diminué, les taux d'hospitalisations de jour et de consultations a

augmenté. Ces données sont justes, mais pas suffisantes pour justifier cette baisse d'activité. Leur principale crainte étant la réduction de moyens qui pourrait en découler.



B) Conséquences sur le moyen séjour :

Un premier bilan au mois de mai 2003 permet de constater que 15 % des entrées proviennent de l'UGA, en plus du recrutement habituel au sein de l'hôpital (traumatologie : 13%, neurologie : 12%, pneumologie : 9%). Par contre, il n'y a plus d'entrées directes dans le service, alors qu'il y en avait 2 à 3 par mois auparavant.

La durée moyenne de séjour est de 36 jours et à la sortie 27% vont vers une structure et 48% retournent à domicile. Les problèmes de placement après le moyen séjour proviennent d'un manque de place à proximité d'une agglomération où vivent souvent les aidants et d'une réticence des familles vers le placement en long séjour. En effet, au vu de la géographie du département, il est parfois demandé aux familles d'héberger leurs parents dans le nord du département, avec des routes d'accès plus difficiles et lointaines. De plus, les aidants sont parfois réticents au vu des frais d'hébergement demandés à des personnes âgées, dont la majorité est issue d'un milieu rural où le barème des retraite ne couvre pas les mensualités. Il faut rajouter la culpabilité des familles à placer un parent en collectivité, un processus de deuil doit se mettre en place, afin de favoriser cette adaptation.

Mais le point de vue des acteurs diverge, en effet si pour les établissements de soins, il est préférable d'avoir la possibilité d'héberger à proximité dans une zone urbaine, pour le département, il est au contraire plus logique d'avoir une politique d'aménagement du territoire, avec des lits répartis sur l'ensemble de celui-ci. Cette dernière répartition permet aux personnes âgées de vivre au sein de leur tissu social antérieur et de maintenir l'emploi local, au sein de bassins de vie peu attractifs.

3.2.4 Moyens en personnel et financiers :

A) Moyens en personnel :

Effectifs théoriques et réels			
	Besoins estimés	Moyens COM	Effectifs réels
IDE	6,50	6	6
Aide soignante	10	8	9,5
Assistante sociale	0,5	0,5	0,5
Kiné	1	0,5	0,5
Ergo	0,5	0,5	0,5
Secrétaire médicale	1	0,5	0,5
Cadre soignant	0,5	0	0,5
Médecins	1 UGA	0	3 ETP pour UGA, MS, LS

Comme toute nouvelle création de service ex-nihilo, des réajustements ont été nécessaires. A l'issue du bilan des trois premiers mois, suite aux difficultés de fonctionnement rencontrées, la dotation en personnel a dû être revue. La direction a choisi d'affecter 1,5 ETP d'aide soignant, financés sur l'enveloppe 2003 des 35 heures. Il convient également de signaler que le brancardage de l'UGA a pu être pris en charge par l'équipe centrale dont

l'effectif a été renforcé de deux postes financés sur l'enveloppe 2003 des 35 heures. A noter que le poste du cadre soignant n'est pas budgété sur ce service.

B) Moyens financiers :

Les crédits de fonctionnement ont été attribués en 2002 afin d'assurer six mois de fonctionnement. Mais comme nous l'avons noté plus haut, du temps aide-soignant a été rajouté, pris sur les crédits 35 heures.

Les crédits 2003 attribués par l'ARH sont de 272 000 euros. Selon les calculs des services financiers, l'évaluation des coûts de fonctionnement en année pleine se monte à 343 000 euros, dont la décomposition est la suivante :

- 300 000 € au titre des dépenses de personnel non médical,
- 20 000 € au titre des dépenses à caractère médical,
- 23 000 € au titre des dépenses à caractère hôtelier et général.

En 2003, les crédits attribués permettent de couvrir onze mois de fonctionnement. Le service a fermé au mois d'août 2003, il n'a pas été constaté de difficultés particulières, car les autres services ont bien collaboré pour l'accueil des personnes âgées. Les programmes de la chirurgie étant considérablement réduits, des lits supplémentaires étaient disponibles. Enfin, la période de canicule n'a pas eu d'incidence sur le département, le nombre de décès comparé aux années précédentes n'est pas significatif.

3.2.5 Enquête auprès du personnel et des familles :

Les personnels infirmiers et aide-soignants recrutés sont des volontaires qui ont déjà exercé dans des services divers, tels que les urgences, la chirurgie, la médecine ou la gériatrie. Ils avaient conscience dans leur ancien service que la prise en charge hospitalière des personnes âgées pouvait être améliorée. De ce fait, ils ont tous une grande motivation et mettent tout en œuvre pour la réussite de cette expérience. Après une période de démarrage liée à la création d'un nouveau service nécessitant des réajustements en moyens matériels et humains, ils sont satisfaits de pouvoir travailler au sein d'une petite équipe, soudée. Ils remarquent qu'ils ont plus de temps pour une prise en charge adaptée à la personne qu'au sein d'un service de court séjour classique ou d'un long séjour.

Ils notent cependant le désengagement des familles et l'augmentation d'hospitalisations qui sous couvert d'une prise en charge médicale, laissent apparaître un besoin de prise en charge sociale. Une infirmière souhaite une plus grande sélection des patients, en rapport avec leurs pathologies à l'entrée. Ils soulèvent également la problématique des places de soins de suite ou de lits de maisons de retraites, éloignées du lieu d'habitation des familles. Tous sont unanimes sur le fait qu'une augmentation en capacité du service serait vite pourvue. Ils notent également la présence d'un réseau informel de connaissance, entre les médecins libéraux et le praticien du service.

Les familles interrogées, ainsi que les courriers reçus, utilisent les mêmes mots récurrents pour décrire le service : « disponibilité, gentillesse, respect, compétence, sérieux, attention, dévouement, prévenance, accompagnement ». Ils évoquent l'accueil et la grande disponibilité du médecin responsable du service et de son équipe. Paradoxalement, ils n'ont pas tous conscience d'être dans un service de gériatrie, en effet, le service est situé au sein de l'hôpital à proximité du plateau technique. Les unités de maison de retraite, moyen séjour et long séjour sont en périphérie de la ville. De plus le terme d'UGA n'est pas très évocateur pour eux et ils ne retiennent souvent que le mot « aiguë » dans l'appellation. Les points à améliorer seraient au niveau de l'attente aux urgences et de l'attente de rendez-vous pour des examens complémentaires.

3.2.6 Bilan général :

Au sein d'un département vieillissant, le court séjour gériatrique a toute sa place. L'UGA a atteint ses objectifs :

- améliorer la prise en charge des personnes âgées polypathologiques, en soulageant les autres services de court séjour,
- une durée moyenne de séjour respectée,
- un retour au domicile pour les trois-quarts des patients,
- l'amorce d'une filière interne gériatrique, ainsi qu'un réseau externe.

Il n'y a pas eu de publicité et de communication externe, mais si cette démarche se faisait, le service serait vite saturé et le risque serait de retourner à la situation antérieure, de blocage d'autres services. En effet, comme nous l'avons noté, 15 personnes ont été hébergées dans un autre service sur les six premiers mois ; le réseau fonctionne de façon informelle grâce à

l'expérience et à la pratique du chef de service. Il est probable qu'une communication extérieure par l'intermédiaire de la presse et auprès des médecins libéraux augmenterait le recrutement, et la capacité du service serait alors insuffisante. L'ARH a sollicité une étude sur le re-dimensionnement envisageable du service, que nous évoquerons plus loin.

Un des bémols importants reste le temps médical (3 ETP), partagé entre ce service et le moyen et long séjour, sur un site géographique différent. Alors que pour un service de médecine classique de 30 lits, il y a quatre médecins présents. Cette insuffisance pourrait nuire à l'activité du service à l'avenir. De plus, un complément faciliterait la mise en place d'une consultation d'évaluation gériatrique. Il faudrait également pérenniser le poste d'aide-soignant rajouté à l'issue des trois mois de fonctionnement.

Le service a fermé au mois d'août 2003, ce qui aurait pu entraîner des conséquences néfastes suite à la période de canicule. En fait, les services de médecine classiques, dont l'activité était déjà réduite, ont pris en charge les patients âgés. Il n'a pas été constaté de décès supplémentaires par comparaison aux années précédentes. Au sein des services de moyen et long séjour, la différence n'est pas non plus notable. Ces données confirment que le sud de la France a été moins touché par la canicule, et qu'au sein du département le réseau familial ou de voisinage reste fort et l'on trouve peu de personnes isolées.

L'UGA n'est qu'un élément au sein de la filière gériatrique qui s'amorce. Le Centre Hospitalier de RODEZ sera en mesure de répondre aux objectifs de la circulaire du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Lors de la présentation à l'ARH, l'utilité de ce service a été démontrée, il reste à tenter d'évaluer son dimensionnement et revoir le temps médical. Il a été évoqué, également, la nécessité de la mise en place de l'unité mobile de gériatrie, mais à l'heure actuelle, il n'y a pas de financements prévus. Une consultation d'évaluation gériatrique est également envisagée pour l'avenir.

4 MISE EN PERSPECTIVE AVEC UN RESEAU EXTERIEUR :

4.1 Enquête auprès des EHPAD :

Des entretiens téléphoniques ont été réalisés avec les directeurs des établissements des EHPAD du bassin de population de Rodez (Espalion, Saint Géniez-d'Olt, Salles la Source, Sévérac le Château).

Des coopérations de type syndicat inter-hospitalier existent concernant la logistique ou les ressources humaines. Les interlocuteurs ne notent pas de différences majeures depuis l'ouverture du service de l'UGA, mais il est vrai qu'il n'y a pas eu de communication et de publicité extérieure, comme noté plus haut. Ils estiment que ce service est utile pour le bassin de population de l'agglomération routhénoise et les établissements qui ne possèdent pas de lits de médecine, car dans ce cas, le déplacement sur Rodez pour des problèmes de santé mineurs n'est pas utile. Ils insistent sur la fragilité de la personne âgée et la vitesse avec laquelle peut s'instaurer une perte d'autonomie, ainsi que sur le besoin de proximité pour la prise en charge des personnes âgées. La problématique du passage par les urgences est évoquée comme problème, dans la mesure où les patients envoyés, soit reviennent trop rapidement, soit reviennent médicalisés et il n'y a pas suffisamment de personnel sur place. De ce fait les ré-hospitalisations sont fréquentes.

Le délai d'attente de cinq mois pour un placement, délai annoncé par l'étude concernant le schéma gérontologique départemental, paraît cohérent. Il ressort des entretiens l'inadaptation des lits de maisons de retraite au vu d'une population de plus en plus dépendante ; il faudrait transformer une partie de ces lits en places médicalisées ou en unité de long séjour. Il est également évoqué la nécessité de développer des unités de gérontopsychiatrie pour les personnes démentes.

Au cours des entretiens, la problématique de la séparation entre le sanitaire et le social est apparue. Plusieurs discours sont tenus au sein des corps de direction :

- faut-il qu'un établissement sanitaire gère des lits de maison de retraite ?
- est-ce au département de gérer la politique médico-sociale, qui pourrait être renforcée par les futures lois de décentralisation ?
- ou au contraire, s'il est créé un cinquième risque, faut-il donner compétence aux ARH pour la gestion des maisons de retraite ?

Il ressort de ces réflexions que la multiplicité des acteurs nuit à la coordination de la prise en charge gérontologique et qu'il faudrait un interlocuteur unique à l'avenir.

4.2 Enquête auprès des médecins libéraux :

Les médecins de ville sont demandeurs de ces structures, car ils préfèrent avoir un interlocuteur unique, et une entrée directe dans le service, sans passer par le service des urgences. Des solutions d'attente sont parfois trouvées sur une courte période avec les médecins intervenant au sein des hôpitaux locaux ou des autres EHPAD.

Les médecins font appel au service soit par connaissance du chef de service, soit après information par le bouche à oreille, ou lorsque l'un de leur patient entré par les urgences a été hospitalisé au sein de l'UGA. Ce service constate qu'il devient de plus en plus fréquent que les médecins précisent l'entrée directe dans le service, afin d'éviter un passage par les urgences suivi par un retour rapide au domicile.

4.3 Perspectives :

4.3.1 Dimensionnement du service :

Denis DEBROSSE et Georges ARBUZ¹⁷ estiment que l'analyse des besoins dans une structure hospitalière de 300 à 500 lits met en évidence qu'il faut créer a minima une unité de 30 lits de médecine gériatrique, 2 à 3 lits-portes aux urgences et un service de consultations. Mais ils rajoutent « que les chefs de services refuseront de s'engager spontanément dans la reconfiguration du dispositif de soins dès lors que celle-ci implique la réduction de leur service au profit de l'extension de celui d'un confrère, car c'est encore un signe de pouvoir dans nombre d'hôpitaux ».

L'UGA au Centre Hospitalier de RODEZ apparaît insuffisante en nombre de lits, nous l'avons constaté, sur six mois, il y en moyenne 15 hébergements dans d'autres services hospitaliers. Le service n'est pas encore connu de tous, il n'y a pas eu de publicité et de communication à l'extérieur, volontairement, car d'une part le service était en expérimentation, et d'autre part il serait vite saturé et l'on retournerait à la situation antérieure.

¹⁷ Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? Gestions hospitalières, mars 2003

Nombres d'hébergés dans d'autres services sur six mois :

Octobre 2002 à mars 2003	15
Janvier 2003 à juin 2003	18

En terme de journées, sur les six premiers mois de 2003, cela fait 65 au total, soit environ 11 journées par mois.

Il est également intéressant de comparer le nombre de malades hospitalisés en 2002, selon les âges, uniquement les malades de médecine, hors chirurgie, réanimation, et programmés en hospitalisation de jour. En effet, l'on peut considérer que ces derniers relèvent plus d'une spécialité que de l'UGA.

Année 2002, source DIM, CH Rodez

Age	75 ans et plus				80 ans et plus				85 ans et plus			
	Effectifs	Jours	DMS	Lits*	Effectifs	Jours	DMS	Lits	Effectifs	Jours	DMS	Lits
Hommes	1 042	7 454	7,2	26	569	4 197	7,4	14	258	1 967	7,6	7
Femmes	1 116	9 166	8,2	31	763	6 575	8,6	23	380	3 216	8,5	11
Ensemble	2 158	16 620	7,7	57	1 332	10 772	8,1	37	638	5 183	8,1	18

* Lits estimés pour un taux d'occupation de 80 %

Il faut noter que la durée moyenne de séjour est semblable à celle du service étudié (9,2). Ces chiffres sont à considérer avec prudence, car aucun indicateur ne permet de déceler les malades relevant d'un service de spécialité plutôt que de la gériatrie aiguë. Il faut tenir compte également du fait que l'UGA a ouvert en octobre 2002, donc durant le dernier trimestre l'UGA a « absorbé » une partie de ces patients âgés. Cependant, si l'on considère les plus de 80 ans (moyenne d'âge UGA de 83 ans), l'on s'aperçoit que 18 lits sont insuffisants.

L'on peut imaginer qu'une communication extérieure avec les acteurs de santé, associée à la mise en place d'une consultation d'évaluation gériatrique élargiront le recrutement du service. Le projet d'installation de l'unité de gériatrie aiguë dans le nouvel hôpital, dont l'ouverture est envisagée fin 2005, prévoit un secteur de 22 lits, ce qui semble répondre à la demande.

Après réflexion conjointe du directeur de l'ARH, du directeur de l'établissement, du médecin chef de service, il semble qu'un nombre de vingt lits serait plus adapté.

4.3.2 La coordination gérontologique :

La sociologie des organisations (CROZIER) s'est intéressée à l'analyse du pouvoir, concept fondamental pour la coordination. Cette dernière peut être organisationnelle (structures politiques, administratives) ou fonctionnelle (usagers, familles, institutions locales, bénévoles). Concernant les personnes âgées, l'organisation fonctionnelle se fait autour de la personne âgée : soins à domicile, structures d'hébergement... et l'organisationnelle implique les concepteurs, décideurs, financeurs¹⁸.

La coordination suppose de la part des institutions et acteurs professionnels ou bénévoles une volonté de se reconnaître ou de travailler ensemble, afin de promouvoir des actions complémentaires et non concurrentes. Les freins sont connus : intérêts particuliers, langages différents, absence de dialogue, enjeux financiers, mais nous connaissons aussi les éléments nécessaires à la réussite d'un réseau. Avant toute démarche de projet, afin d'engager un processus dynamique, il est nécessaire d'établir un diagnostic et une analyse des projets existants. Dans le département de l'Aveyron, nous sommes à l'heure actuelle dans cette phase : schéma gérontologique départemental en attente de validation, étude régionale sur les personnes âgées, réflexions sur des réseaux à venir. Rapidement, il faudra faire se rencontrer les différents acteurs concernés par la gérontologie, qui travaillent peu ensemble. Il faudra mettre en place un réseau de connexions et d'information pour valider la coordination.

Définir un territoire ou un bassin de vie permet de lier les différentes logiques qui se combinent entre elles pour constituer une offre plurielle en matière de gérontologie et constituer le nœud gordien¹⁹ du bon fonctionnement du dispositif, dans une coordination efficace. La coordination doit exister à trois niveaux : autour de la personne, entre les professionnels et au niveau politique.

¹⁸ La coordination gérontologique, guide de réflexion et d'action, Martine TANGUY-MAUFFRET

¹⁹ Vecteur santé en Midi-Pyrénées, décembre 2002

Différentes pistes ont déjà été étudiées, il paraît intéressant d'en faire part :

A) Le réseau gérontologique :

Le réseau gérontologique a déjà été expérimenté dans d'autres régions²⁰. Son objectif est de maintenir à domicile les personnes âgées dépendantes dans des conditions sanitaires et sociales optimales. C'est le souci d'une meilleure organisation des soins pour en améliorer la qualité au meilleur coût. Dans le cadre du réseau mis en place par la MSA, il est géré par une association loi 1901 et financé par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Le projet repose sur quatre principes :

- la coordination, par le médecin généraliste, de l'ensemble des acteurs intéressés autour de la personne âgée,
- la recherche d'une utilisation optimale des structures existantes,
- le respect du libre choix, pour la personne âgée, de son médecin généraliste traitant et d'adhérer au réseau,
- le volontariat de l'ensemble des acteurs locaux.

L'originalité du dispositif repose sur :

- une démarche médicale améliorant la qualité des soins : bilan initial, plan d'intervention, suivi,
- un nouveau mode d'organisation assurant une véritable liaison ville-hôpital et la coordination des secteurs sanitaire et social,
- la proposition d'un nouveau mode de financement.

Les partenaires sont :

- l'hôpital de proximité (hôpital local ou Centre Hospitalier),
- les professionnels de santé libéraux,
- les collectivités locales,
- les caisses d'assurance maladie,

²⁰ Expérimentation de la MSA, au sein d'une vingtaine de départements, dans le cadre de l'ordonnance relative aux filières et aux réseaux de soins.

- les associations et les institutions publiques ou privées qui proposent des services pour le maintien à domicile,
- les SSIAD.

La structure hospitalière est un maillon essentiel du réseau, car c'est l'endroit où est effectué le bilan gériatrique nécessaire à l'entrée de la personne âgée dans le dispositif. L'hôpital regroupe un ensemble d'intervenants médicaux et paramédicaux et de moyens techniques, évitant ainsi les déplacements dans divers lieux d'examen. Le bilan permet de dresser l'état le plus exact possible des déficiences fonctionnelles et de la dépendance.

L'intérêt du malade réside dans la limitation des hospitalisations dans des structures lourdes, en évitant les actes et les examens inutiles. La personne âgée entrant dans le réseau s'engage à contacter le médecin généraliste qu'elle a choisi pour toute demande de soins, et à ne pas faire appel à d'autres professionnels que ceux intervenant dans le cadre du réseau. En contrepartie, elle bénéficie d'une prise en charge à 100 %, dans le respect du tarif conventionnel et la dispense d'avance des frais.

Le médecin généraliste est le pivot du dispositif. Coordinateur du réseau pour les patients, il réunit l'ensemble des acteurs : l'assistant social, les paramédicaux ayant contribué au bilan gériatrique, et l'ensemble des professionnels de santé appelés à intervenir auprès de la personne dépendante. Il rédige un plan d'intervention pour l'année et en assure la mise en œuvre avec les autres participants au réseau. Il tient le dossier médical et participe à l'évaluation de l'expérimentation.

L'intérêt de cette démarche organisée par la MSA est qu'elle est appliquée au sein de départements ruraux semblables à l'Aveyron, et est également ouverte aux ressortissants des trois principaux régimes d'assurance maladie ; l'évaluation après deux ans de fonctionnement est satisfaisante. La prise en charge répond aux besoins des personnes âgées et aux attentes des professionnels. Les personnes âgées constatent une amélioration de leur qualité de vie, les professionnels constatent une meilleure coordination et prise en charge pluridisciplinaire.

Les conditions de réussite sont :

- un bassin de population suffisamment étendu,
- du personnel familiarisé avec le secteur médico-social au sein de l'association,
- un investissement fort dans la communication auprès des professionnels de santé,

- une motivation et une implication constantes des différents acteurs du réseau,
- la présence de la famille,
- un environnement intérieur adapté.

Il n'y a pas à ce jour d'études pour vérifier si les économies susceptibles d'être générées par la diminution attendue du nombre de journées d'hospitalisation couvrent les investissements consentis par le réseau.

B) La filière gériatrique :

L'ARH de Midi-Pyrénées, dans un document de juin 2003, a réfléchi sur la filière gériatrique « capable de pallier les inconvénients d'une organisation sanitaire et médico-sociale morcelée ». La filière a pour objectif : « d'organiser les relations entre différents niveaux de soins et de prise en charge sociale, dont la technicité et la complexité croissantes permettent de répondre à un besoin sanitaire et social donné ». Il est noté que l'aspect social de la prise en charge des personnes âgées contribue à mettre en avant les CLIC, de niveau 3 essentiellement, qui dans leur fonction d'élaboration et de suivi du plan d'aide personnalisé ont une place primordiale dans la filière gériatrique.

La filière gériatrique est présentée dans son organisation médicale comme suit :

- consultations avancées ou consultations gériatriques de proximité, y compris les consultations « mémoire »,
- un pôle d'évaluation, formé d'une équipe pluridisciplinaire (gériatre, neuropsychologue, infirmier, assistant social),
- le court séjour gériatrique, situé dans chaque Centre Hospitalier pivot, siège de SAU, avec un partenariat avec la médecine de ville pour favoriser les accès directs,
- L'unité mobile gériatrique, qui a accès au SAU de l'établissement, aux services d'hospitalisation médicaux et chirurgicaux, et passe des conventions avec les EHPAD et autres établissements sanitaires.

Il est recommandé d'utiliser le modèle PATHOS, outil analytique, afin de déterminer des indicateurs de niveaux de soins requis, médicaux, paramédicaux et techniques. Ce système permet d'identifier sur une liste préétablie de 50 « états pathologiques », celui ou ceux qui

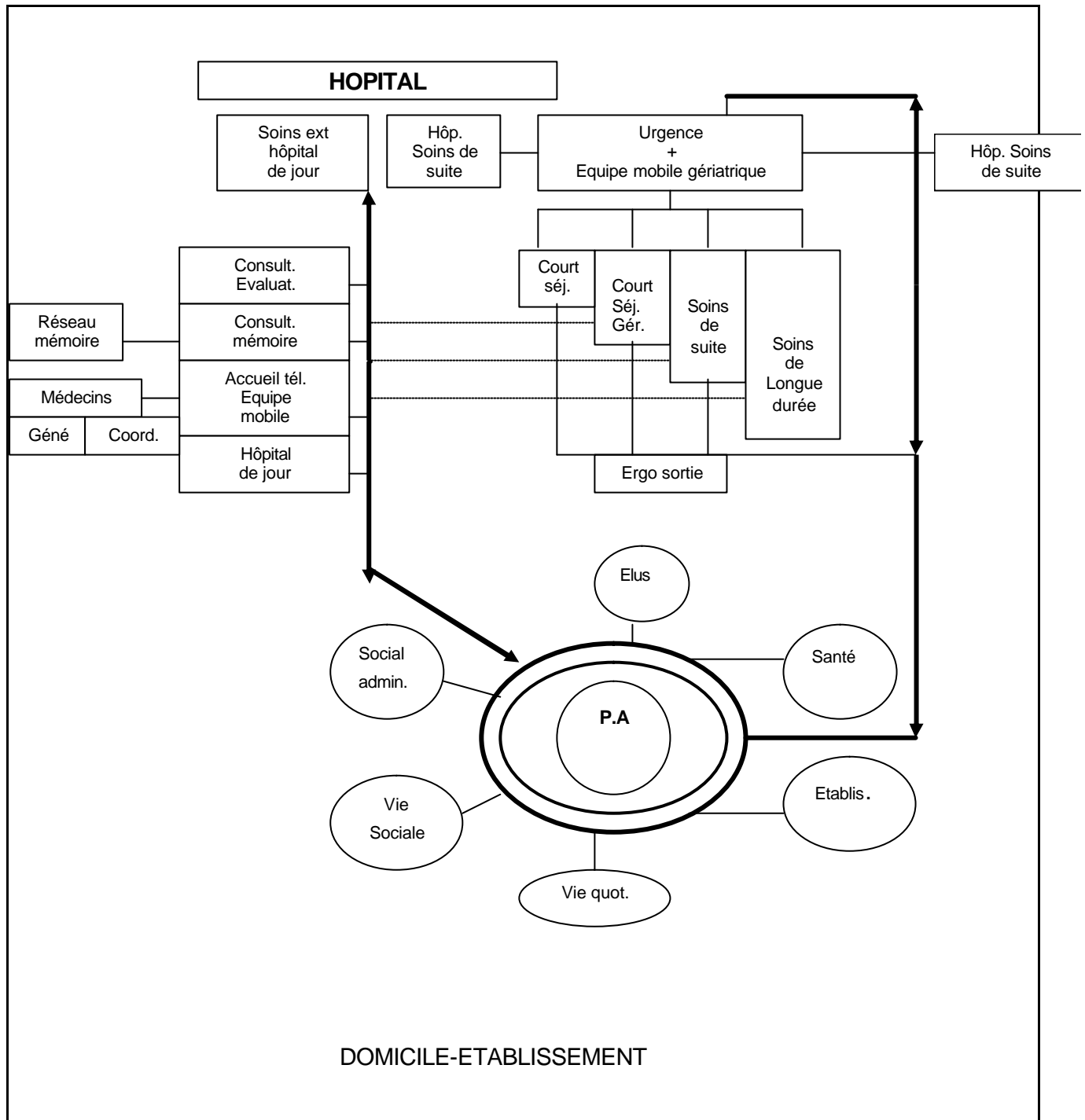
résumant le mieux l'ensemble des pathologies actuellement présentées par le patient. Il permet également de compléter la description de cet état clinique par un « profil de soins nécessaires », choisi parmi 12 profils possibles. Chaque profil est l'expression d'une démarche thérapeutique combinant les soins médicaux, paramédicaux, pharmacologiques et les examens complémentaires dictés par la gravité et l'évolution de la situation clinique. Chaque état pathologique est associé à un profil de soins.

Le médecin généraliste reste le premier interlocuteur, aidé par les structures locales : SSIAD, auxiliaires médicaux libéraux et les consultations gériatriques hospitalières.

Le temps de guérison des patients âgés est plus long ; en fixant des missions claires permettant de résister à la « pression de remplissage » des courts séjours soucieux de leur DMS, les services de soins de suite et de réadaptation « pourraient devenir à terme le pivot de la médecine hospitalière gériatrique ». Les soins de longue durée « doivent être redéfinis réglementairement avec des adaptations nécessaires. Il semble opportun d'y encourager la création de places d'hébergement temporaire qui dégageraient les courts séjours et les SSR.

Le rapport conclut : « la filière gériatrique, rassemblant des acteurs aussi variés professionnellement et culturellement que sont le corps médical, les soignants, les travailleurs sociaux, l'assurance maladie, voire les élus, est en soi un pari : celui de l'intelligence et de la solidarité au service des générations les plus avancées dans la vie, à qui nous devons des outils performants réclamant un pilotage coordonné ».

Le schéma suivant²¹ permet de faire se concerter filière de soins hospitalière et réseau gérontologique entre les différents acteurs, pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes et polypathologiques :



²¹ Gérontologie et Société, mars 2002, N°100

C) Une situation locale qui doit évoluer :

Tous les acteurs rencontrés s'accordent pour regretter le manque de coordination et de centralisation de la politique gérontologique sur le département de l'Aveyron. Cependant, les avis divergent sur les solutions à envisager, certains sont même indifférents ou lassés. Chacun travaille dans son domaine, avec ses compétences, pour le mieux, mais aussi avec ses propres intérêts.

Selon certains interlocuteurs rencontrés, la mise en place d'un CLIC n'est pas nécessaire, car il dédoublerait l'offre de service existante. C'est certainement vrai pour un CLIC de niveau 1, cependant, il aurait le mérite de centraliser les informations. D'autres au contraire n'attendent que la validation du schéma gérontologique pour mettre en œuvre un CLIC. L'idée avancée par l'ARH de la nécessité de création d'un CLIC label niveau 3, assurant des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé, paraît la plus adaptée. Ce dernier aide à la constitution des dossiers de prise en charge, mais permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, d'aide ménagère, autres aides techniques... Il permettra aussi un partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, formalisé par convention.

La liste centralisée des places est une solution préconisée par certains acteurs afin d'éviter les inscriptions en double et de tenter de réduire le délai d'attente pour une place en institution. Cependant, cette solution est « redoutée » par certains établissements qui peuvent actuellement accepter ou refuser une entrée, en fonction du degré de dépendance. L'on se trouve confronté à un problème de « sélection des GIR », qui en pratique ne devrait pas avoir lieu, mais existe cependant, face à l'insuffisance des moyens de certains établissements.

Un réseau gérontologique fonctionne depuis six ans sur la région de Millau, dans le sud du département. Il fonctionne avec peu de moyens, sur la base juridique associative, loi 1901. L'équipe est composée d'une secrétaire et d'une conseillère en économie sociale et familiale. Chaque acteur fournit des efforts (financiers, humains, logistiques) de son côté pour contribuer à la réussite du projet : CCAS, CRAM, hôpital (locaux), médecins généralistes bénévoles, les directeurs d'institutions fournissent des informations sur le nombre de places disponibles. Les délais d'attentes sont très variables selon les mois, mais 1100 personnes font appel à ce réseau qui a les particularités d'un CLIC numéro 2, mais qui n'est pas labellisé. Selon sa responsable, ce service peu coûteux, évite des hospitalisations et rend beaucoup de services à la population locale. En l'absence de la signature du schéma gérontologique et de la validation de CLIC, les financements risquent de disparaître en 2004.

Au cours de la dernière réunion du CODERPA du 11 septembre 2003, le Préfet de l'Aveyron a insisté sur la nécessité de mettre en place des CLIC, car c'est le seul département de la région qui n'en est pas encore doté. Il a mis en avant les divergences avec le Conseil Général qu'il a jugées « tout à fait regrettables »²². Il a rajouté que les crédits nationaux alloués à cette structure allaient « remonter à Paris », faute d'avoir été consommés.

La répartition géographique des lits ne semble pas adaptée. En effet, il semble qu'il manque des offres institutionnelles autour des agglomérations. Car comme nous l'avons constaté, la population aveyronnaise s'urbanise et les proches souhaitent avoir leurs parents à proximité. C'est un élément de discordance entre les acteurs institutionnels et politiques, mais qui devra être étudié plus précisément dans le schéma gérontologique final. De même, l'on constate un nombre important de places de lits de maisons de retraite, et un manque de places de long séjour et de places plus ciblées pour les déments. Des lits de maisons de retraite sont occupés par des patients de long séjour, à l'heure actuelle.

La signature de conventions tripartites sera un moyen de redimensionner l'offre de soins et de mieux répartir la charge soins et dépendance, pour les usagers comme pour les établissements. En effet, l'objectif essentiel de cette réforme est « d'unifier le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes du point de vue de la tarification et de la planification ». Elle vise à assurer l'équité dans l'allocation des ressources au sein de la structure, en particulier en terme de personnel médical et paramédical. Il est prévu par ailleurs d'apporter aux personnes âgées « la plus grande qualité de vie possible » et d'asseoir les moyens d'assurance maladie alloués à l'établissement sur l'état objectif des personnes âgées hébergées. Les principes de convergence tarifaire devront progressivement être appliqués, sans distinction liée au statut sanitaire ou médico-social initial. A l'heure actuelle, le CH de Rodez se prépare à la signature de la convention et se trouve dans la phase de sincérité des comptes.

Faciliter le maintien au domicile passe par l'aménagement de ce dernier, des organismes interviennent pour l'adaptation des locaux. L'intervention de personnes formées à la gérontologie implique de renforcer la formation initiale et continue des intervenants auprès des personnes âgées. Des formules de répit pour les aidants sont à envisager pour l'avenir, notamment la mise en place de structures d'accueil temporaires. Les associations de maintien à domicile se considèrent comme « les parents pauvres » du système, trop peu

consultés. Ils estiment que les effets d'annonces ne suffisent plus et qu'il faut arrêter de raisonner en terme de pouvoir. Ils sont volontaires pour une coordination visible et organisée, facilitant les échanges entre professionnels du secteur.

Les personnes âgées démentes doivent être prises en compte au vu de l'augmentation de ces pathologies. Privilégier l'intégration au sein d'un service évite la ségrégation, mais peut mettre en danger, la personne atteinte comme son entourage. Des unités spécialisées sont à privilégier, où la personne peut déambuler à sa guise, au sein d'un espace protégé.

Les personnes handicapées vieillissantes n'apparaissent dans aucun programme régional de santé spécifique, comme il est noté dans le compte-rendu de l'assemblée plénière de la Conférence de santé de février 2002. C'est une problématique qui se posera dans les années à venir et qui devra être intégrée au sein d'une politique gérontologique.

La prise en charge ne peut se concevoir que dans la triangulation associant la personne âgée en situation de dépendance, l'entourage familial et social (l'aide informelle) et le dispositif de soutien à domicile et institutionnel (l'aide professionnalisée)²³. Il ne faut pas oublier de faire participer les aidants dans la prise en charge, mais aussi de les soulager temporairement, afin d'éviter l'épuisement qui conduit au placement en institution.

La situation locale reste paradoxale, car l'on se trouve au sein d'un département à forte solidarité familiale avec un taux d'équipement en lits de maison de retraite, SSR et de longue durée supérieur à la moyenne nationale et régionale, mais où il n'y a pas de réseau formalisé ni de coordination identifiée. Les études quant à l'offre de soin, sont incomplètes ou pas concomitantes, la concertation entre les acteurs achoppe à cause d'intérêts différents, dont certains sont compréhensibles (financement, maintien d'une activité), mais d'autres sont liés à des positions électoralistes, voire de mésentente entre des individus. De ce fait, la prise en charge se fait essentiellement au travers d'un réseau informel, de connaissance et de proximité, et la visibilité reste floue. Mais les acteurs ont conscience de ces difficultés et semblent d'accord pour trouver des éléments de négociation pour avancer sur ce dossier, sous l'autorité du Préfet du département. L'avenir législatif permettra certainement de clarifier les choses.

²² Centre Presse, Vendredi 12 septembre 2003, N° 59

²³ Conférence Régionale de santé, février 2002

L'objectif cité dans le projet d'organisation de l'unité de court séjour gériatrique de créer un réseau avec les autres établissements de moyen séjour, long séjour ou de maison de retraite et de dispositif de maintien à domicile, n'a pas encore été atteint. L'hôpital en tant qu'institution a toute sa place au sein d'une politique gérontologique. Il peut faciliter, voire impulser une démarche de coopération entre les acteurs.

4.4 L'exemple de réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie au Canada :

Comme nous l'avons constaté, les contours de la politique gérontologique française sont définis, mais se mettent en place progressivement sur le plan local et notamment dans le département de l'Aveyron. Afin d'ouvrir le débat, il semble intéressant de décrire de manière succincte le travail mis en place par le gouvernement Canadien. Le vieillissement de la population québécoise sera parmi les plus élevés du monde, au cours du siècle. La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans passera de 13 % à 24 % d'ici vingt-cinq ans.

Des recommandations sont préconisées par le ministère d'Etat à la Santé et aux Services Sociaux pour la mise en place de réseaux intégrés de services aux personnes âgées sur les territoires de Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC). L'objectif principal est d'adapter l'offre de service aux besoins de la population sur un territoire donné. Ce qui est intéressant, c'est que le maintien à domicile dans la communauté et les soins de proximité sont plus valorisés qu'en France. L'organisation repose sur le niveau local, plus significatif pour les personnes et mieux adapté aux besoins.

Les principales caractéristiques du réseau intégré sont :

- un guichet unique, avec une fonction de triage, afin d'orienter la personne vers une ressource appropriée à sa situation. Un système de communication interactif permet de relier efficacement les intervenants du réseau.
- un système coordonné d'évaluation et de placement, l'utilisateur doit se trouver à l'endroit le mieux adapté du système ; une coordination de la

gestion des cas, qui doit s'assurer que des soins appropriés sont offerts à mesure que les besoins évoluent. Pour cela, il est mis en place un plan de services individualisé.

- une administration unique, une seule autorité, le responsable local, qui gère le fonctionnement territorial des soins et des services offerts. Des mécanismes de concertation assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs. La gestion budgétaire se fait localement avec un budget « personnes âgées en perte d'autonomie ».

Le domicile reste le lieu privilégié de la prestation des services :

- information, prévention et dépistage,
- aide à la personne,
- aide aux proches,
- services professionnels de base,
- services spécialisés de géro-psycho-geriatrie, de psychogériatrie et de réadaptation,
- soins palliatifs.

De ce fait, la gamme de services servant à combler les besoins liés aux incapacités et à la perte d'autonomie des personnes âgées forme « le noyau central » des réseaux. Ils doivent être accessibles, autant à domicile qu'en milieu d'hébergement.

Le processus met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que l'adaptation des individus aux services existants. De ce fait, les modalités organisationnelles doivent susciter la collaboration de tous les intervenants et prévoir l'utilisation complémentaire de ressources, de manière à favoriser une prestation de soins et de services continue.

Les premières évaluations démontrent que le réseau intégré améliore l'accessibilité aux services, permet une réponse mieux adaptée aux besoins des personnes et facilite leur cheminement au sein de la gamme des ressources qui offrent des services. Les souhaits après évaluation, sont une adaptation des moyens humains et financiers dans certains territoires, des protocoles d'entente inter-établissements, un service joignable et disponible 24 heures sur 24, des lits de convalescence et de dépannage, notamment pour les troubles cognitifs ou les problèmes sociaux, un accès direct dans certains services.

CONCLUSION

La longévité accrue constitue un nouveau défi pour notre société. Nul n'est capable d'affirmer aujourd'hui qu'il existe une limite « naturelle » à la vie humaine. De ce fait, nous constatons deux, voire trois périodes ou étapes de vie à partir de la retraite professionnelle. L'âge moyen d'entrée en institution est de 85 ans, mais chaque individu réagit différemment aux aléas de la vie. La personne âgée est vulnérable et la perte d'autonomie peut s'installer très rapidement, elle nécessite la prise en charge par des acteurs extérieurs à la famille, mais formés à la gérontologie. La coexistence de plusieurs générations nécessite des adaptations dans le cadre familial, le monde du travail et au niveau des systèmes de redistribution sociale. Le ministre de la santé a récemment écrit : « le vieillissement apparaît comme un défi, comme une confrontation inéluctable avec notre humanité. Les personnes âgées souffrent plus que d'autres de ce monde auquel elles sont souvent étrangères, avant même de l'avoir quitté ».

Certains auteurs affirment que ne pas réfléchir au dossier complexe du vieillissement de la population pour les années à venir, peut se comparer à de la maltraitance. Le ministre des affaires sociales s'est exprimé en ces termes, après la canicule du mois d'août : « notre société ne se préoccupe pas autant de ses aînés que des autres âges de la vie. A titre d'exemple, la lutte contre la malveillance institutionnelle ou familiale des personnes âgées ne rencontre pas le même écho, même si la situation évolue, qu'en matière d'enfance en danger. » Il conclut : « notre société n'est pas encore une société pour tous les âges, pour reprendre l'expression utilisée antérieurement par l'Organisation des Nations Unies, dans le cadre de l'année internationale des personnes âgées ».

La solidarité familiale plus importante en Aveyron, associée à un taux d'équipements supérieur à la moyenne nationale ne suffisent pas pour assurer une prise en charge globale et correcte. Les causes des dysfonctionnements sont multiples, nous l'avons vu : multiplicité des financeurs et des intervenants pour la prise en charge, manque de coordination, individualisme, désengagement des familles... Cependant se met progressivement en place une politique gérontologique nationale, déclinée par des actions locales.

Le court séjour gériatrique a toute sa place au sein d'une filière de soins. Il s'agit d'une pratique de savoir-faire gériatrique de qualité au sein de l'hôpital général. Un projet bien défini dès le départ, avec des indicateurs de mise en place et d'évaluation, ne peut qu'être soutenu par les tutelles. Premier service de ce type en région Midi-Pyrénées, il doit s'adapter

aux besoins et s'intégrer au sein d'une filière. La coordination suppose de la part des institutions et acteurs professionnels ou bénévoles une volonté de se reconnaître ou de travailler ensemble afin de promouvoir des actions complémentaires et non concurrentes.

Les décisions politiques à venir devront déterminer les contours de la prise en charge des personnes âgées, quels efforts veut consentir la société pour nos anciens et comment maintenir le lien social entre les générations.

Bibliographie

Textes réglementaires :

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/24 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire DHOS/01/2003/n°195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire DHOS/DHAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n° 2003/269 du 30 mai 2003 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2003 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Instruction DHOS/F2/2003 N° 332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraites hospitalières gérées par les établissements de santé sous forme de budget annexe.

Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005, présenté le 20 mars 2002 par Bernard KOUCHNER, ministre délégué à la santé et Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, secrétaire d'État aux personnes âgées.

Rapports :

Rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule, sous la coordination du Docteur Françoise LALANDE et de Maryse FOURCADE et composée des personnes suivantes : Professeur Alain Jacques VALLERON, Professeur Sylvie LEGRAIN, Docteur Dominique MEYNIEL, Septembre 2003.

Rapport sur la filière gériatrique en Midi-Pyrénées, ARH Midi-Pyrénées, juin 2003.

Rapport du groupe de travail : Territoire et accès aux soins CREDES, janvier 2003.

Rapport Vieillir en Midi-Pyrénées, CRAM Midi-Pyrénées, Observatoire régional de la santé, Réseau régional de recherche en gérontologie, INSEE, Décembre 2002.

SCHEMA DEPARTEMENTAL DES PERSONNES AGEES 2003-2007, Préfecture de l'Aveyron, DDASS ; Conseil Général de l'Aveyron, DSD

Conférence Régionale de santé, Assemblée plénière du 5 février 2002

Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, QUEBEC.

Le réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la région de Québec. Cadre de référence. La régie régionale de la santé des services sociaux et les CLSC de la région de QUEBEC, juin 2003.

Ouvrages :

HENRY-CREMON Nicole. Vieillir dans la dignité. Ed Syros alternatives.

JACQUART Denis. Comment assurer les soins des personnes âgées au XXIème siècle ? Deuxièmes rencontres parlementaires sur la longévité. Ed MEM Conseil.

LEROUX Robert. L'évaluation gérontologique, de la théorie à la pratique. Ed ENSP

MATTEI J.F, ces absurdités qui nous entourent. Santé sociale, collection conviction, Edition Anne Carrière, Paris 2001. chapitre 6.

TANGUY-MAUFFRET Martine. La coordination gérontologique, Guide de réflexion et d'action. Ed Chronique sociale

Revue :

COMITE REGIONAL DES POLITIQUES DE SANTE. Vecteur Santé en Midi-Pyrénées, n  7, décembre 2002.

SCIENCES ET AVENIR. Spécial seniors. Des urgences aux maisons de retraite, les meilleurs hôpitaux. Avril 2003, n  02667.

LE NOUVEL OBSERVATEUR. Le palmarès des Hôpitaux, du 4 au 10 septembre 2003, n  2026.

DECISION SANTE. Actualités G ront'Expo. Urgences gériatriques : bien choisir son hôpital. Avril 2003, n 194.

BULLETIN D'INFORMATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. GRIGNON Michel. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé., Mars 2003, n  66.

BULLETIN JURIDIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE. Editions Tissot, Mars 2003, N  60

GESTIONS HOSPITALIERES. Dossier personnes âgées, handicap. Mars 2003, N  424.

TECHNIQUES HOSPITALIERES. Spécial personnes âgées. Mars 2003, N  674

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN. Des années de plus à vivre. Jeudi 22 mai 2003, N  7339

FLASH INFO DRASS, DDASS Midi-Pyrénées, L'allocation personnalisée d'autonomie en Midi-Pyrénées... un an après, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, N  24 juin 2003.

DECISION SANTE. Les réseaux de santé. Septembre 2002, N 187

INSEE Midi-Pyrénées, publications. Résultats recensement 1999, le département de l'Aveyron Octobre 2000, N°43

INSEE Midi-Pyrénées, publications. Regards sur l'Aveyron, janvier 2003, N°10-12

Gérontologie et Société, la collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique, N°100. mars 2002

Vecteur Santé en Midi-Pyrénées. Un atout pour « bien vieillir » préserver l'autonomie, décembre 2002, N°7

ORMSIP, Le bulletin. Janvier 2001, N° 50

LE MONDE QUOTIDIEN, dates de parution précisée, pour les articles cités.

Sites internet :

www.agevillage.com

www.ainés-ruraux.com

www.assemblée-nationale.fr

www.aveyron-expansion.asso.fr

www.cg12.fr

www.fhf.fr

www.geronto.com

www.insee.fr

www.inserm.fr

www.msa.fr

www.mipy.sante.gouv.fr

www.ormsip.free

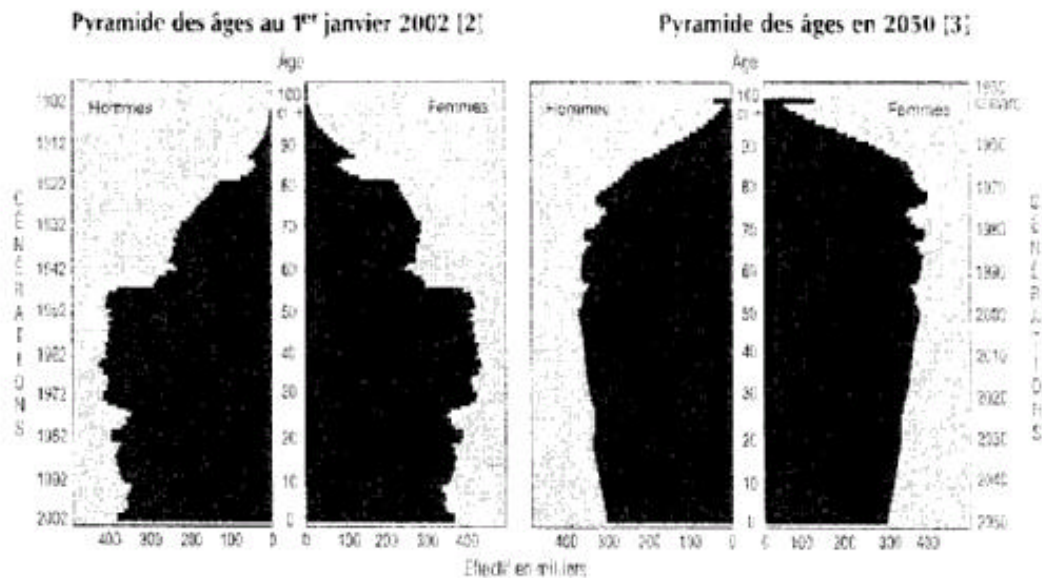
www.sante.gouv.fr

www.social.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1

POPULATION PAR ÂGE 3.6



Population par groupe d'âge [2]

	Moins de 20 ans %	20 ans à 59 ans %	60 ans et plus %	Âge moyen* années
1901	34,3	53,0	12,7	32,4
1910	33,6	53,7	12,7	32,6
1920	31,3	54,9	13,8	34,4
1930	30,1	55,7	14,2	34,1
1940	29,5	54,5	15,8	35,6
1950	30,1	53,6	16,2	35,3
1960	32,3	51,0	16,7	34,9
1970	33,1	48,8	18,0	34,8
1980	30,6	50,4	17,0	35,7
1990	27,8	53,2	19,0	36,9
1995	26,1	53,8	20,1	37,8
2000	25,6	53,8	20,6	36,7
2001 p	25,4	54,0	20,6	36,9
2002 p	25,3	54,1	20,6	36,0

* Au 1^{er} janvier.

Projection* de population par groupe d'âge à l'horizon 2050 [4]

	Population au 1 ^{er} janvier millions	Moins de 20 ans %	20 ans à 59 ans %	60 ans et plus %	Écart annuel de l'année milliers
2005	59 985	24,7	54,3	21,0	-179,3
2010	61 961	23,8	53,1	23,1	-145,8
2015	61 975	23,2	51,5	25,3	-113,3
2020	62 754	22,5	50,2	27,3	-86,8
2025	63 377	21,8	48,9	29,3	-67,7
2030	63 927	21,3	47,8	31,1	-45,4
2035	64 326	20,9	46,3	32,8	-1,4
2040	64 468	20,6	45,8	33,6	-58,2
2045	64 337	20,3	45,2	34,4	-101,5
2050	64 037	20,1	44,8	35,1	**

* In: pattern de mortalité = 1,5 enfant par femme ; migrations nettes = + 50 000 par an. ** Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2050. A l'horizon 2050, l'excédent naturel sera nul. Écart de l'année 2050 à l'année précédente. Projection basée sur les données de l'échantillon de 1995.

Population par groupe d'âge dans le monde (mi-2001) [1] %

	moins de 15 ans	15 ans et plus		moins de 15 ans	15 ans et plus
Europe	16	15	Afrique	43	3
Allemagne	16	16	Égypte	36	4
Autriche	17	15	Ethiopie	44	3
Belgique	18	17	Nigeria	44	3
Danemark	18	15	Ouganda	51	2
Espagne	15	17	Rep. Dém. Du Congo (ex Zaïre)	46	2
Finlande	18	15	Amérique du Nord	21	13
France	19	16	Canada	15	12
Grèce	15	17	États-Unis	21	13
Irlande	22	11	Amérique centrale	36	5
Italie	14	12	Mexique	34	5
Luxembourg	19	14	Amérique du Sud	31	6
Pays-Bas	19	14	Brazil	30	5
Portugal	17	15	Colombie	32	5
Nouvelle-Zélande	19	16	Asie	39	6
Suède	19	17	Chine	23	7
Norvège	20	15	Inde	35	4
Pologne	20	12	Japon	15	17
Roumanie	18	13	Pakistan	42	4
Russie	18	13	Océanie	25	10
Ukraine	18	14	Monde	30	7

ANNEXE :

Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005

Annexe 1 - Critères de fragilité selon Winograd C.H,

Critères de fragilité prédictifs d'hospitalisation prolongée, de mortalité, d'institutionnalisation, de perte de fonction suite à une hospitalisation, de perte de fonction suite à une hospitalisation
Winograd CH, GERTY MB et coll " Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation J Am Geriatric Soc 1983 ; 36 ; 1113-1119

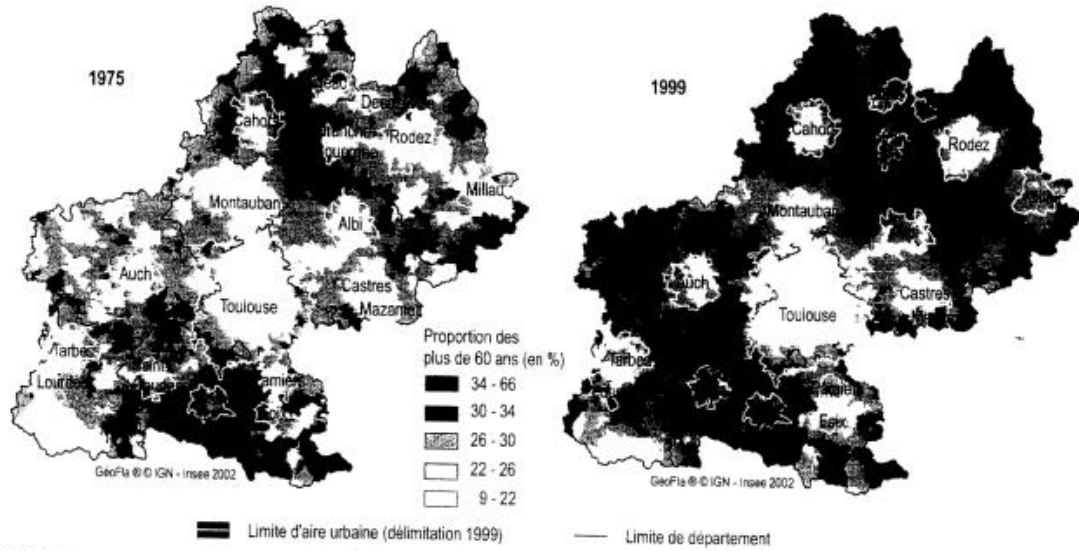
1. 65 ans et plus
2. Accident cérébro-vasculaire, maladie chronique et invalidante
3. Confusion, dépression
4. Démence
5. Trouble de la mobilité, dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne
6. Chute dans les trois mois
7. Alitement prolongé
8. Escarres
9. Malnutrition, perte de poids ou d'appétit
10. Poly-médication
11. Déficits sensoriels (vision, audition)
12. Problème socioéconomiques et familiaux
13. Utilisation de contentions
14. Incontinence
15. Pas d'hospitalisation programmée dans les trois mois



ANNEXE 3

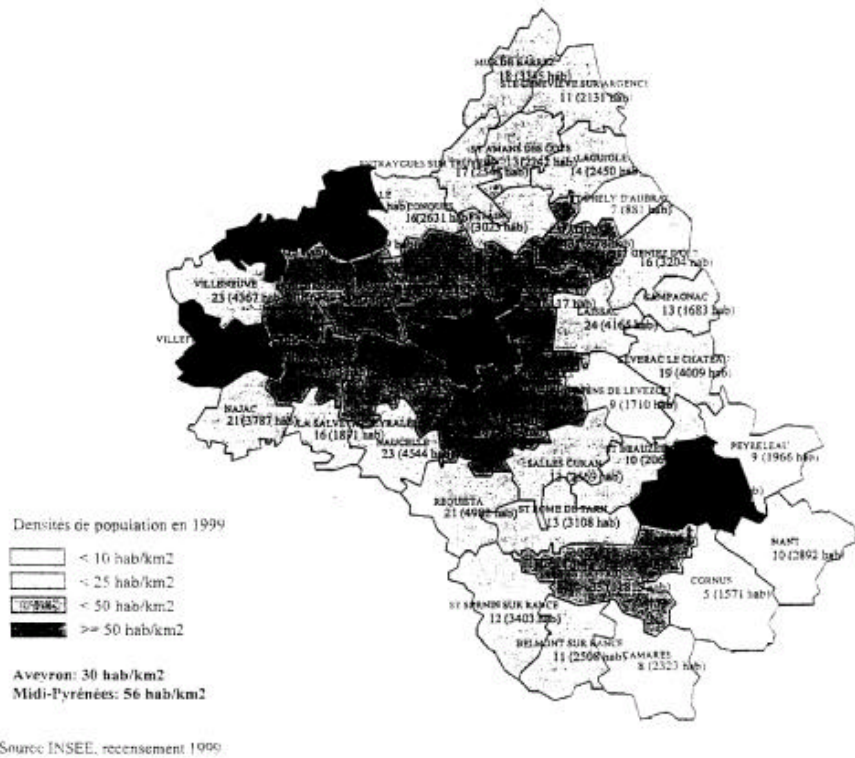
Un vieillissement accru dans l'espace rural

Proportion de personnes âgées de plus de 60 ans - cartes lissées

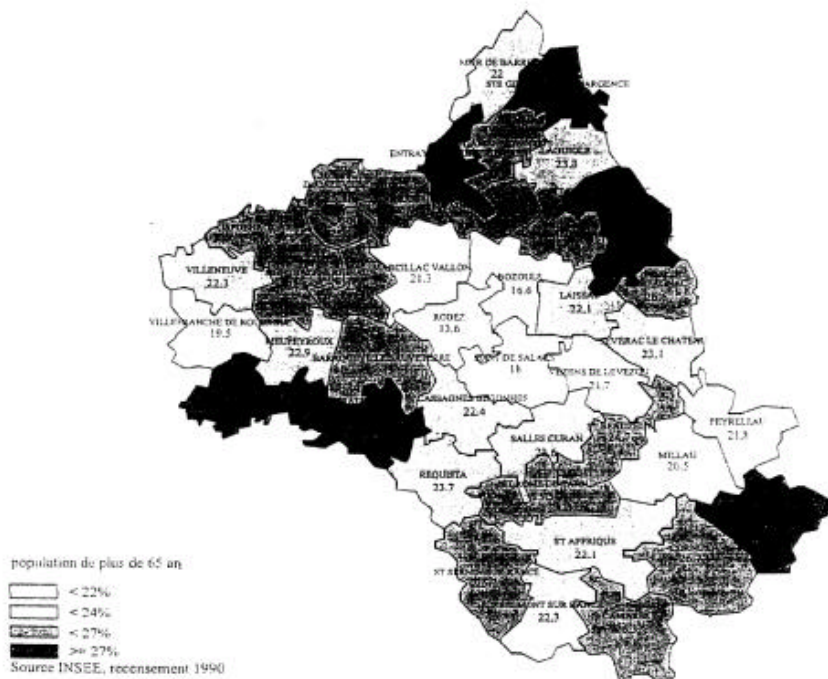


ANNEXE 4

L'OUEST DU DEPARTEMENT PLUS PEUPLE



UNE POPULATION PLUS AGÉE AUX FRONTIÈRES DU DEPARTEMENT



Regards sur l'Aveyron

POPULATION

POPULATION

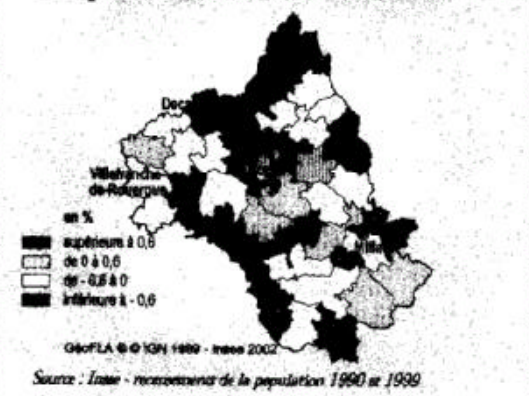
Au 8 mars 1999, l'Aveyron compte 263 800 habitants. Le département a ainsi perdu 6 300 habitants au cours de la dernière décennie soit une évolution annuelle de -0,3%. Mais cette décroissance s'est ralentie par rapport à la décennie précédente où elle atteignait -0,4% l'an.

Entre 1990 et 1999, le solde migratoire est à nouveau légèrement positif (+ 900 personnes) mais il ne compense pas le déficit des naissances sur les décès. Il était déficitaire de 3 300 personnes lors de la décennie précédente. Hormis la période 75-82, il n'y avait pas eu de solde migratoire positif depuis le début du XX^e siècle. Dans environ 60 % des communes, les arrivées sont plus nombreuses que les départs depuis 1990. Le pouvoir attractif du département se concentre dans les zones rurales situées en périphérie des aires urbaines de Rodez et de Millau où les gains de population compensent les pertes observées dans les pôles urbains.

En 2000, le solde naturel est encore déficitaire de plus de 600 personnes, malgré une hausse importante du nombre de naissances. Ce déficit des naissances sur les décès pèse de façon négative et déterminante sur l'évolution démographique du département depuis une trentaine d'années.

Entre 1990 et 1999, l'aire urbaine de Decazeville est celle qui a connu la plus forte diminution de population de la région (-1,2 % l'an). A l'inverse, l'aire urbaine de Rodez et dans une moindre mesure celle de Millau ont connu une croissance annuelle positive, de respectivement 0,3 % et 0,1 % l'an.

Variation annuelle de population par canton entre 1990 et 1999

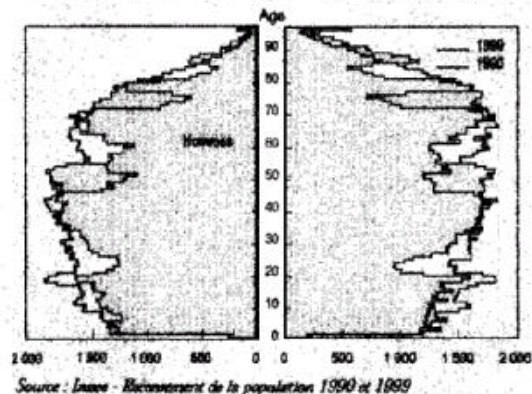


Mouvement naturel de la population

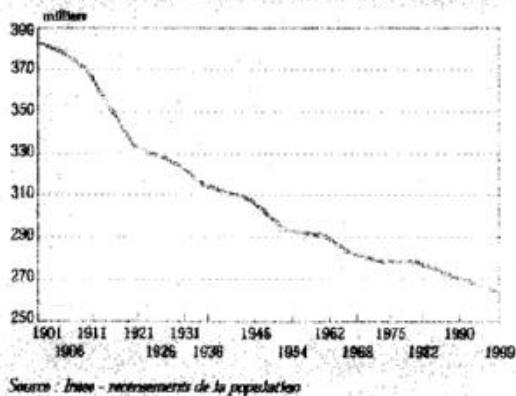
	Taux de natalité (en %)	Nombre de naissances domiciliées	Taux de mortalité (en %)	Nombre de décès domiciliés
	1999	2000	1999	2000
Aveyron	9,6	2 654	12,5	3 211
Midi-Pyrénées	10,8	29 473	10,3	26 417
France	12,7	773 253	9,2	532 952

Source : Insee - État Civil et estimations localisées de population

Pyramides des âges en 1990 et 1999



Evolution de la population de 1901 à 1999



Population selon les espaces

	Population sans doubles comptes 1999	Taux de variation annuel 1990-1999 (en %)		
		Ensemble	dû au solde naturel	dû au solde migratoire
Aires urbaines				
Rodez	65 267	0,3	0,3	0,0
Millau	28 005	0,1	-0,1	0,2
Decazeville	19 567	-1,2	-0,7	-0,5
Villefranche-de-Rouergue	16 553	-0,2	-0,1	-0,1
Villes principales				
Rodez	23 707	-0,4	0,2	-0,6
Millau	21 339	-0,2	-0,1	-0,1
Villefranche-de-Rouergue	11 919	-0,3	-0,1	-0,2
Onet-le-Château	9 922	0,2	0,7	-0,5
Aveyron	263 808	-0,3	-0,3	0,0
Midi-Pyrénées	2 551 687	0,5	0,0	0,5

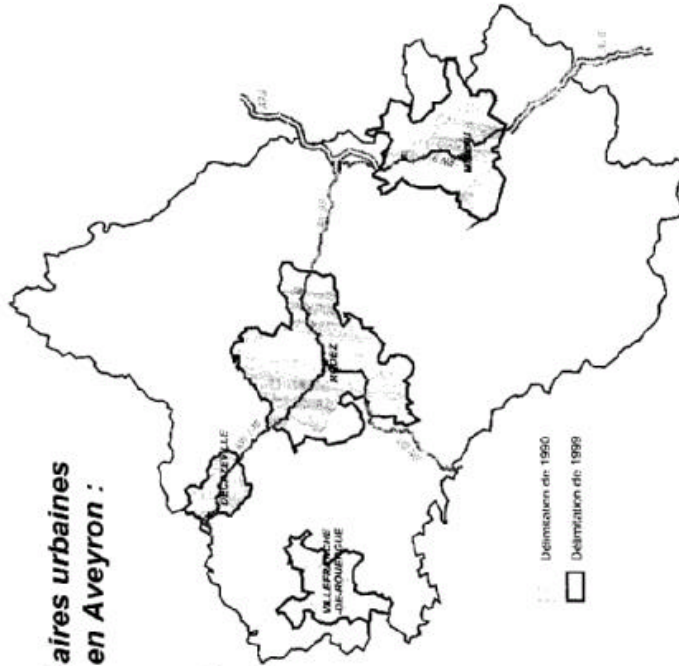
Source : Insee - recensements de la population 1990 et 1999

Sans rompre avec son équilibre rural, l'Aveyron s'urbanise

4 aires urbaines en Aveyron :

- Un aveyronnais sur deux habite en 1999 dans un espace à dominante urbaine.
- L'urbanisation croissante du département se traduit par l'aggrégation de 15 communes supplémentaires au zonage des aires urbaines entre 1990 et 1999.

Aire urbaine :
ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine offrant 5000 emplois ou plus), et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
(source : INSEE)



Aires urbaines	Nombre de communes	Population sans doubles comptes 1999	Rang en Midi-Pyrénées
Rodez	25	65 267	5
Millau	12	28 005	9
Decazeville	8	19 567	14
Villefranche-de-Rouge	9	16 553	16
TOTAL	54	129 392	

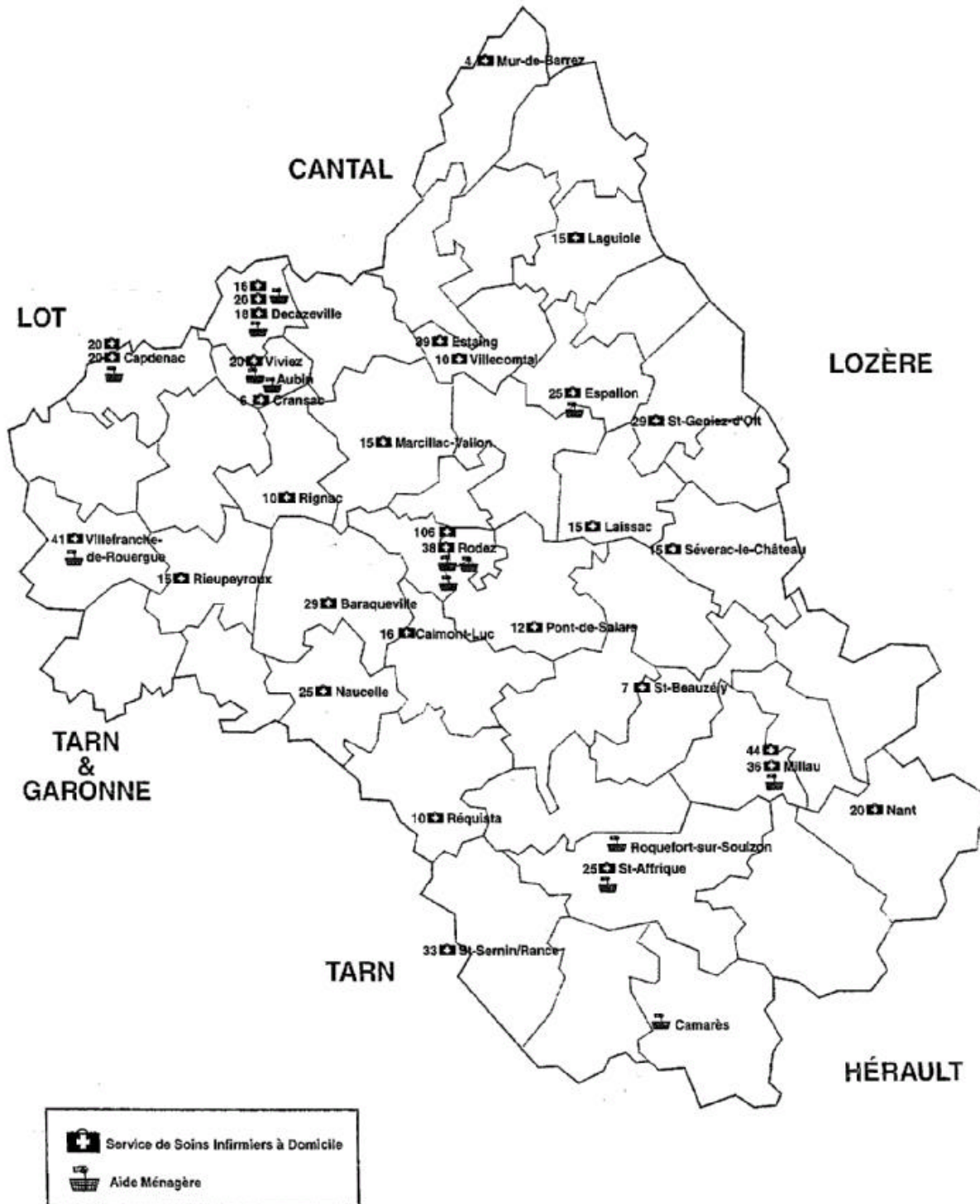
Source : INSEE-Recensements de la population

Source : INSEE-RP 1990 et 1999

Comité d'Expansion Economique de l'Aveyron

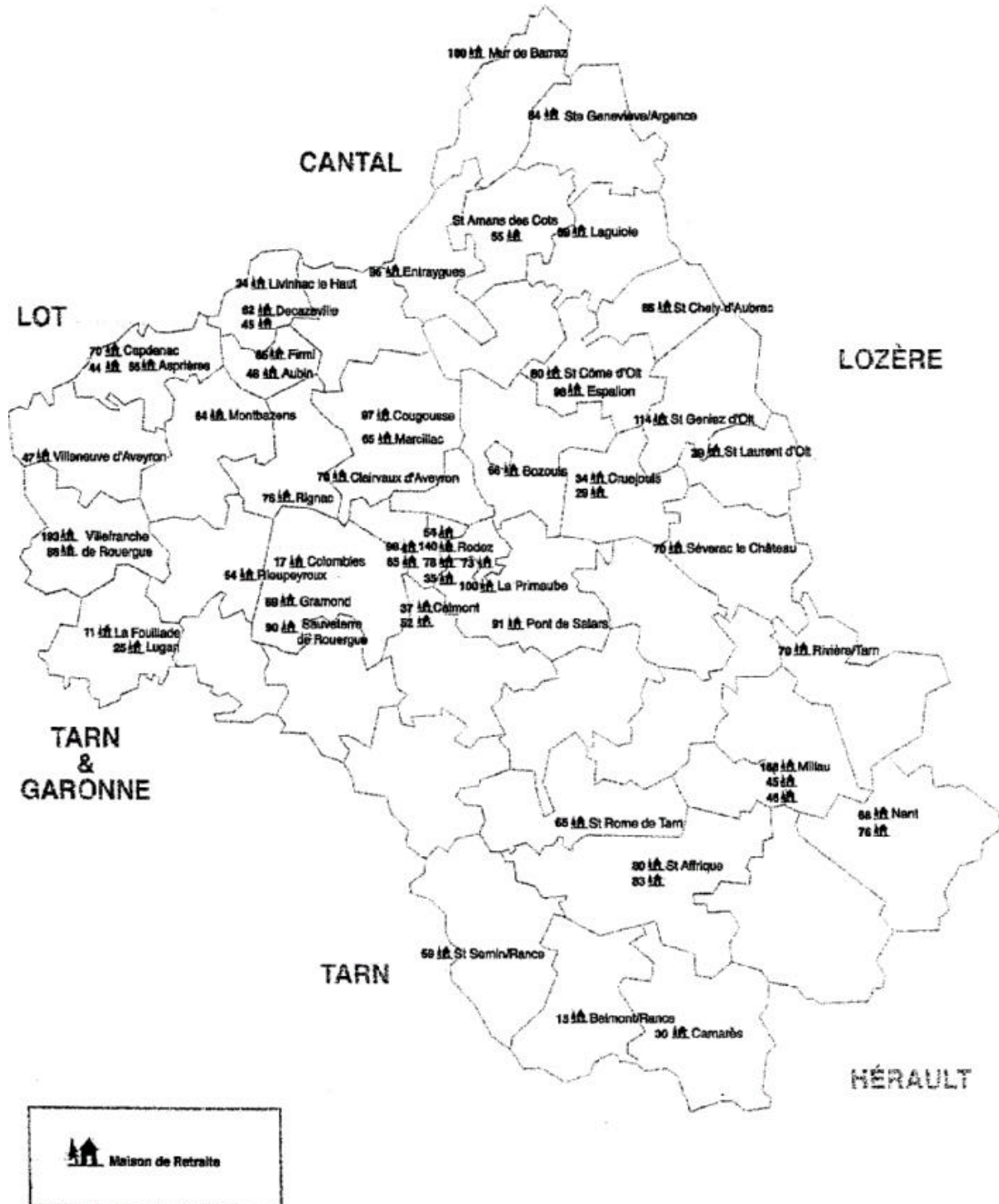
ANNEXE 7

Les services d'aide à domicile pour personnes âgées



ANNEXE 8

Les structures d'hébergement pour personnes âgées : maisons de retraites



• Les chiffres indiqués représentent les capacités autorisées

ANNEXE 7

Les structures d'hébergement pour personnes âgées : le long séjour, les foyers logement, les centres d'hébergement temporaire et les unités de vie

