

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2011

N° 052

**THESE
Pour le
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

par

Hugues-Olivier Le Roux

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2011

**Vieillesse de la population française :
enjeux et réflexions autour de
la filière gérontologique**

Président : Mme Françoise BALLEREAU, PU-PH, Professeur de Pharmacie Clinique et de Santé Publique, Université de Nantes.

Membres du jury : M. Fabrice CLERFEUILLE, Maître de Conférences en Sciences de Gestion, IEMN-IAE, Université de Nantes.

M. Thomas TAVERNIER, Pharmacien.

Sommaire

Remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Table des Figures	3
Liste des Abréviations	5
Introduction	6
I- Les chiffres clés du sujet âgé	7
1- Définition	7
2- Démographie du vieillissement	9
3- Épidémiologie du vieillissement	15
4- Évolution sociologique du vieillissement	21
5- Le Japon, laboratoire mondial du vieillissement	24
II- Les enjeux médicaux, sociaux et économiques du vieillissement	26
1- Les acteurs de la coordination médico-sociale	27
2- Les enjeux médicaux et sociaux	30
3- Les enjeux économiques	34
III- La filière gérontologique	47
1- Préoccupations, attentes et besoins	48
1.1- Les insuffisances de la filière	48
1.2- Des informations et échanges limités	51
1.3- Les différents parcours de soins	52
2- Les solutions médicales, politiques, technologiques et sociales face aux défis du vieillissement	57
2.1- Les solutions technologiques	57
2.2- Les solutions médicales et sociales	59
2.3- Les solutions de politique publique	61
2.4- Prévenir la dépendance	66
Conclusion	69
Bibliographie	71
Annexes	76

Table des Figures

Schémas :

Schéma 1 – page 10

Profils de patients âgés, selon la gravité de leur état de santé, avec le suivi médico social correspondant.

Schéma 2 – page 12

Pyramide des âges en France métropolitaine 2007-2060.

Schéma 3 – page 19

Comparaisons des incapacités de fin de vie chez les hommes et les femmes.

Schéma 4 – page 31

Les acteurs de la coordination médico-sociale.

Schéma 5 – page 34

Interactions avec le médecin généraliste au sein du réseau informel.

Schéma 6 – page 55

Parcours médico-social des seniors autonomes.

Schéma 7 – page 56

Parcours médico-social des seniors aigus.

Schéma 8 – page 57

Parcours médico-social des seniors fragiles.

Graphiques :

Graphique 1 – page 13

Evolution en pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus de 2000 à 2050 en France métropolitaine.

Graphique 2 – page 14

Projection de la population à l’horizon 2060 et structure par tranche d’âges, en pourcentage de la population totale, en France métropolitaine.

Graphique 3 – page 15

Part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale des Etats membres de l’Union Européenne.

Graphique 4 – page 16

Part des personnes âgées 80 ans et plus dans la population totale des Etats membres de l’Union Européenne.

Graphique 5 – page 21

Principales maladies chroniques déclarées par les personnes âgées de 60-75 ans.

Graphique 6 – page 22

Importance des pathologies à prendre en charge par le médecin généraliste chez les patients âgés de 75 ans et plus.

Graphique 7 – page 36

Indices des dépenses de soins par sexe et par âge.

Graphique 8 – page 37

Evolution du ratio de dépendance des Etats membres de l’Union Européenne entre 2008 et 2060.

Graphique 9 – page 39

Evolution du nombre de bénéficiaires de l’APA en milliers de 2002 à 2010.

Graphique 10 – page 40

Projection du nombre de bénéficiaires de l’APA à l’horizon 2060 selon trois hypothèses.

Graphique 11 – page 41

Evolution du coût de l’APA de 2002 à 2011.

Graphique 12 – page 44

Ressources mensuelles et part du montant du plan d’aide restant à la charge des bénéficiaires de l’APA à domicile au 31 décembre 2007.

Graphique 13 – page 46

Ressources mensuelles et part du montant du plan d’aide restant à la charge des bénéficiaires de l’APA en établissement au 31 décembre 2007.

Liste des Abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

CRONOSS 06 : Coordination en Réseau d'Organisation Niçois pour l'Optimisation des Soins aux Seniors.

CSG : Contribution Sociale Généralisée.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EPSP : Espace Partagé de Santé Publique.

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

GIR : Groupe Iso Ressources.

HAD : Hospitalisation A Domicile.

HID : Handicaps Incapacités Dépendances.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

PPS : Plan Personnalisé de Santé.

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile.

USLD : Unités de Soins de Longue Durée.

Introduction

En 2050, on estime que 1 personne sur 3 aura plus de 60 ans contre 1 personne sur 5 en 2020 (Blanpain et Chardon, 2010)¹. L'impact de ce phénomène sur notre système de soins et son financement sera considérable. Il se doit d'être anticipé. Ainsi, la prise en charge du sujet âgé représente l'un des défis majeurs du XXI^{ème} siècle. La France s'y prépare activement.

La filière de soins évolue, le réseau médico-social s'organise, les stratégies préventives se développent, et ce, en vue d'un système de soins français en parfaite adéquation avec les attentes des plus âgés : le maintien à domicile.

La prise en charge de ces derniers est au centre des préoccupations des politiques de santé publique, tant au niveau national que départemental et implique de nombreux acteurs : institutionnels, professionnels de santé, élus, entreprises de santé ...

Les initiatives sociales, scientifiques, politiques, économiques et médicales ne manquent pas pour préserver l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible. Cependant, la réponse aux enjeux du vieillissement dépend de notre contribution à développer une approche globale, transversale et économiquement viable.

Notre étude abordera les modifications engendrées par le vieillissement à venir de la population française, pour ensuite identifier et saisir les enjeux sous-jacents. Enfin, nous analyserons les réponses apportées par l'ensemble des acteurs de la filière.

I- Les chiffres clés du sujet âgé

Les premières générations d'après la seconde guerre mondiale ont atteint et dépassé depuis 2007 les 60 ans. Le vieillissement de la population française au cours des prochaines années est d'ores et déjà inscrit dans la pyramide des âges. Aujourd'hui, il est nécessaire d'envisager les scénarii les plus probables. C'est pour cette raison que les centres de statistiques et épidémiologiques français s'attachent à fournir aux acteurs de la filière les prévisions des 40 prochaines années.

1- Définition

La vieillesse est une définition qui évolue. Ambigu et peu représentatif de la notion qu'il véhicule, l'âge seul, choisi pour représenter la personne avançant en âge, n'est plus suffisant. L'approche classique qui définit la personne âgée à partir d'une limite d'âge unique ne permet pas de représenter la variabilité extrême des individus. La définition du vieillissement, considérée sous l'angle de parcours de vie, n'est pas encore très répandue. La représentation sociale du vieillissement comme évolution vers l'incapacité mérite d'être nuancée. En effet, les trajectoires des personnes sont influencées dès leur plus jeune âge et chaque individu a la capacité de modifier sa propre trajectoire. L'apparition et l'évolution des incapacités peut ainsi être conditionnée par l'hygiène de vie, les habitus, les mesures préventives et curatives ou encore la pratique d'une activité physique régulière de chacun tout au long de sa vie. Le vocable associé est également très varié puisque l'on parle de « patient âgé », de « patient âgé fragile », de « patient gériatrique » auquel on associe parfois d'autres adjectifs comme le patient « polypathologique » ou « dépendant » et pour lequel un maintien à domicile est plus ou moins possible ou acceptable.

Les sujets âgés représentent une population très étendue en termes d'âge. Le terme « personne âgée » ou « sujet âgé » est majoritairement utilisé par les médecins généralistes pour parler des 65 ans et plus. Cependant il existe de grandes différences physiologiques et comportementales entre les individus :

- Celui de 75 ans fortement dépendant et polypathologique ;
- Ou celui de 96 ans qui conduit encore sa voiture.

C'est pourquoi il est inclus dans la segmentation des patients leur niveau d'autonomie des patients. C'est la dépendance qui fait la différence au sein de cette population. On distingue :

- La dépendance physique ;
- Et la dépendance psychique (par exemple ceux confrontés à la maladie d'Alzheimer).

Il est également proposé plusieurs profils de patients âgés, selon la gravité de leur état de santé, avec le suivi médico social correspondant.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Schéma 1 : Profils de patients âgés, selon la gravité de leur état de santé, avec le suivi médico social correspondant.

(Sanofi Aventis France, 2010)².

Dans cette étude, les seniors ont été regroupés en 3 catégories : les seniors « autonomes », « en situation aiguë » et avec « un syndrome de fragilité ».

Les seniors autonomes ont peu ou pas de pathologies chroniques et ces dernières sont stables. Les seniors « aigus » ont une pathologie aiguë (non prévisible) qui détériore leurs pathologies chroniques stabilisées sous traitement. Enfin, les seniors « fragiles » ne peuvent répondre de façon adaptée à un stress, qu'il soit médical, psychologique ou social. Ils sont à haut risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation ou de décès et sont fréquemment adressés aux Urgences en situation de crise médico-psycho-sociale. Parmi les seniors de plus de 80 ans, nombreux sont dits « fragiles ».

Pour ces 3 groupes il a été défini des parcours que nous aborderons plus tard.

En un siècle, le profil de la pyramide des âges française a fortement évolué (INSEE, 2007)³. Cette tendance n'est pas achevée et de nombreuses évolutions de cette pyramide sont à attendre d'ici 2060.

2- Démographie du vieillissement

La population française vieillit. Ce vieillissement est inéluctable, compte tenu de la pyramide des âges actuelle.

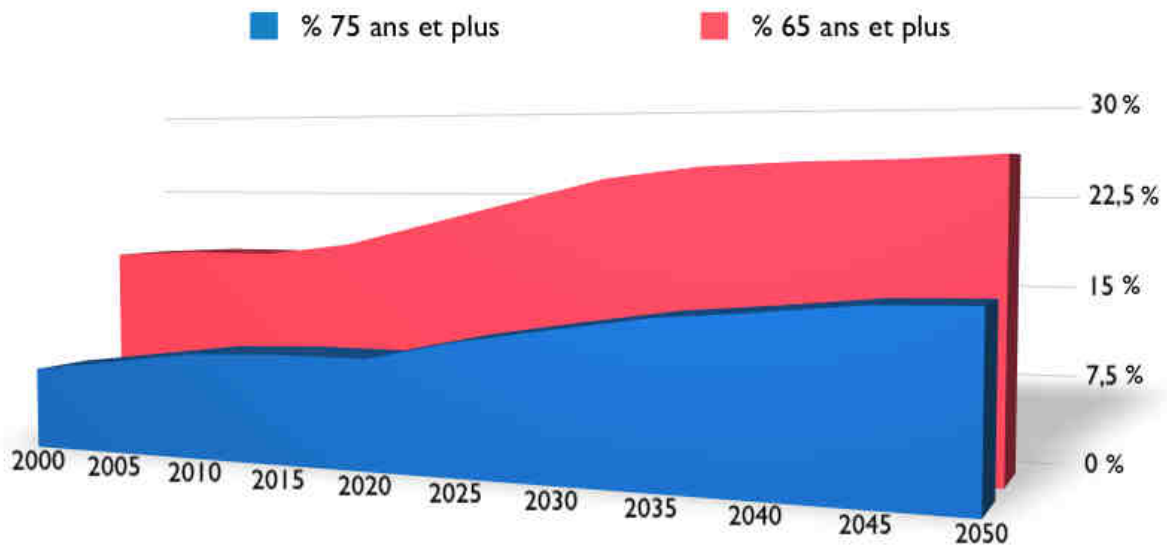
QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

*Schéma 2 : Pyramide des âges en France métropolitaine 2007-2060.
(Blanpain & Chardon, 2010)¹.*

Selon les projections de l'INSEE, on estime qu'à l'horizon 2020, un français sur cinq aura plus de 60 ans.

En 2040, c'est 1 français sur 4 qui fera partie des plus de 60 ans. La part des personnes âgées de 75 ans et plus représentera quant à elle 14 % de la population générale (Blanpain & Chardon, 2010)¹.

En 2050, 1 personne sur 3 aura 60 ans avec 22,3 millions de personnes contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. On estime la part des personnes âgées de 75 ans et plus à plus de 15 % de la population totale et la part des 65 ans et plus à plus de 26 % de la population totale.

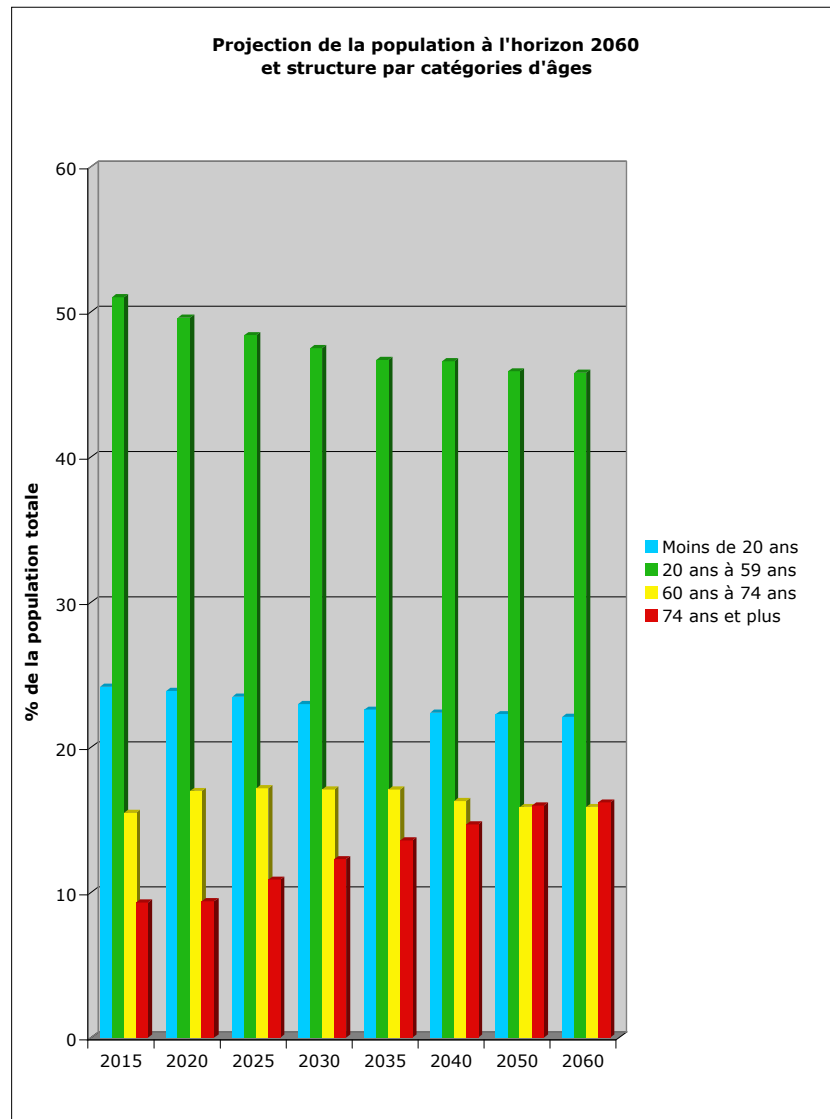


*Graphique 1 : Évolution en pourcentage des personnes âgées 65 ans et plus et de 75 ans et plus de 2000 à 2050 en France métropolitaine.
(INSEE, 2007)³.*

Cette progression non linéaire, semble évoluer en trois phases :

- Une phase de croissance faible qui se termine vers 2020;
- Une phase de progression rapide jusqu'en 2035, durant laquelle les personnes de plus de 65 ans passent de 9,9 millions à 16,7 millions ;
- Une hausse plus modérée de 2035 à 2050, naturellement accompagnée d'une forte mortalité des plus de 90 ans.

Toujours selon l'INSEE, la France comptait 5,5 millions de personnes de plus de 75 ans en 2008 contre 4,3 millions en 2000 et 10,4 millions de personnes de plus de 60 ans (INSEE, 2009)⁴. Ce vieillissement modifie profondément les équilibres entre générations : depuis 2000, la part des jeunes de moins de 20 ans n'a cessé de baisser, passant de 25,8 % à 24,7 %, tandis que la part des plus de 60 ans s'est élevée de 20,4 % à 22,6%. Cette proportion sera de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050.

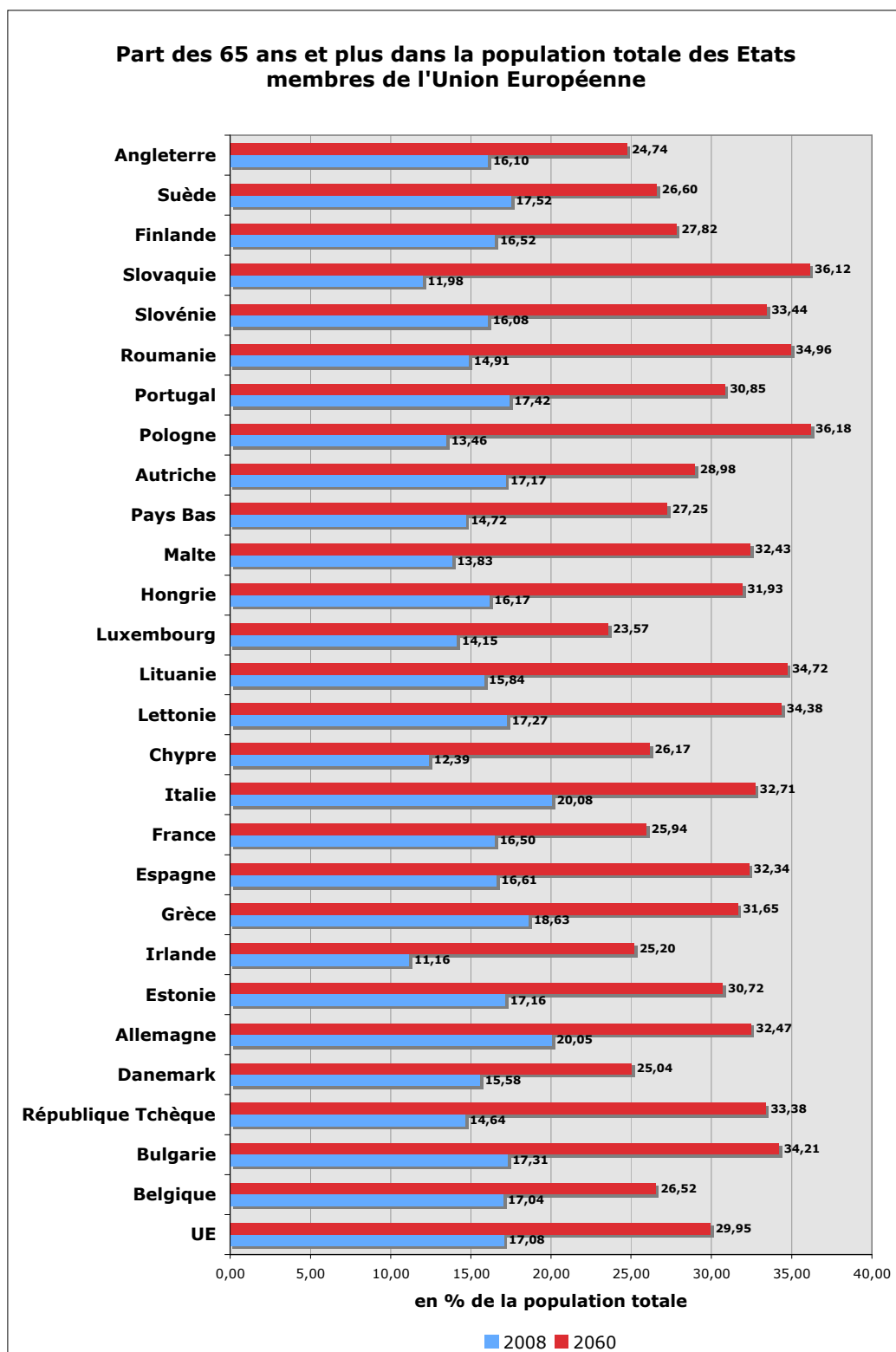


Graphique 2 : Projection de la population à l'horizon 2060 et structure par tranche d'âges, en pourcentage de la population totale, en France métropolitaine. (INSEE, 2007)³.

Actuellement, 15 000 centenaires vivent en France métropolitaine, soit 1 centenaire pour 2 ou 3 communes en moyenne sur les 37 000 communes françaises. Dans cinquante ans, la France pourra compter 200 000 centenaires, soit 13 fois plus qu'aujourd'hui (Blanpain, 2010)⁵.

Le vieillissement de la population française, tendance sociologique que connaît notre pays, concerne également l'ensemble des pays européens. En effet, dans son rapport du 26 août 2008, l'office statistique des communautés européennes, Eurostat, estime que le vieillissement de la population des Etats membres de l'Union Européenne devrait s'accélérer entre 2008 et 2060 (Giannakouris, 2008)⁶.

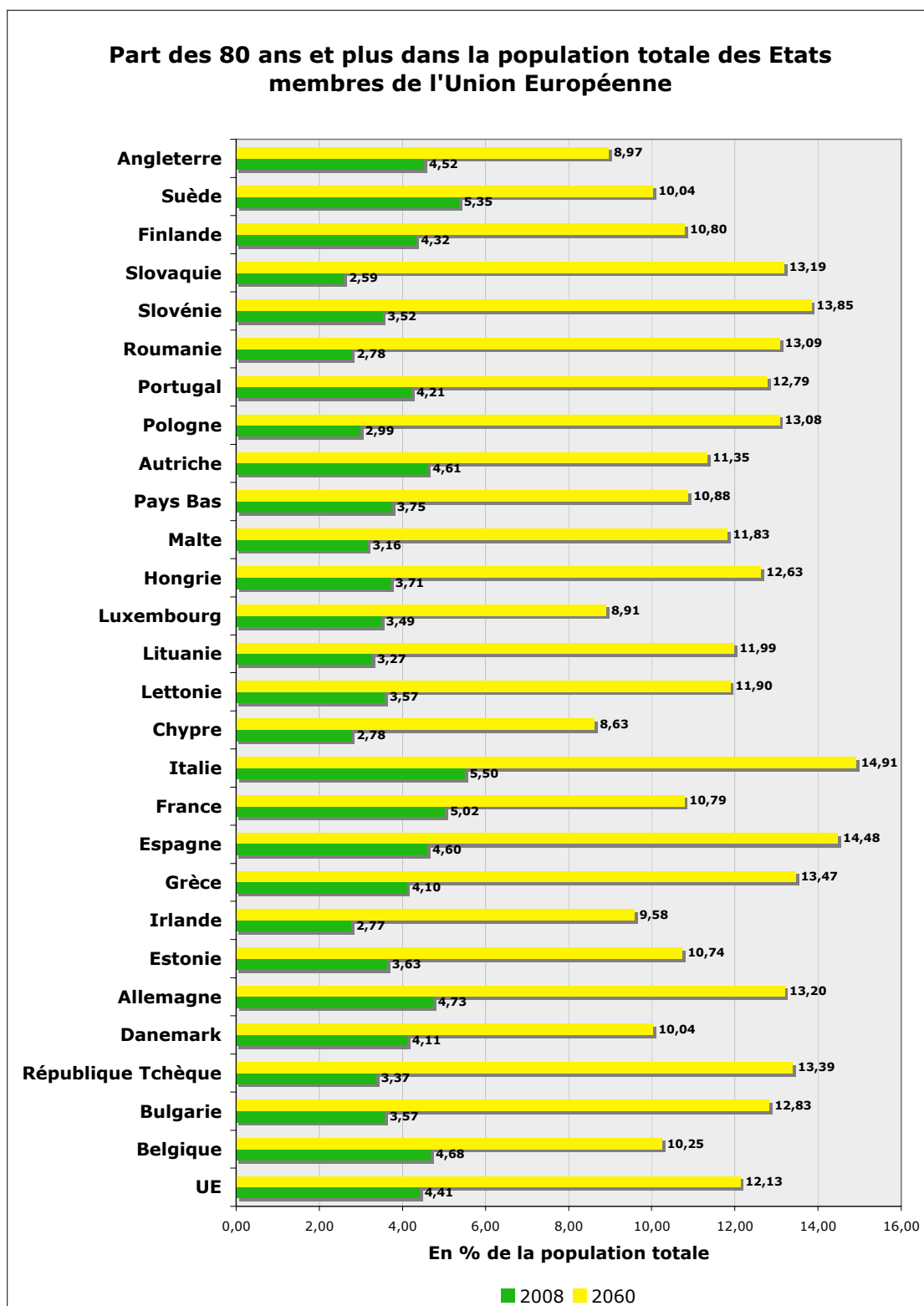
Les personnes âgées de plus de 65 ans des Etats membres de l'Union Européenne devraient passer de 17,1 % de la population totale en 2008 à 30 % à l'horizon 2060.



Graphique 3 : Part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale des Etats membres de l'Union Européenne.

(Giannakouris, 2008)⁶.

Les personnes âgées de plus de 80 ans quant à elles passeront de 4,4 % à 12,1 % sur la même période.



Graphique 4 : Part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population totale des Etats membres de l'Union Européenne.

(Giannakouris, 2008)⁶.

L'origine du vieillissement de la population européenne est attribuable notamment à l'allongement de l'espérance de vie, un taux de fécondité faible et au vieillissement des générations massives du baby boom. Il en résulte une modification de la structure par âge de la population et une évolution de l'équilibre entre les générations actives et retraitées. L'impact de ce phénomène sur notre système de soins va devenir de plus en plus problématique.

Les données épidémiologiques nous permettent dès à présent d'identifier les pathologies les plus représentées chez les seniors. L'objectif est à présent d'établir des projections concernant ces pathologies, le plus souvent à l'origine de dépendances psychiques et physiques. Cela permet d'anticiper le nombre réel de seniors qui seront concernés par la dépendance par catégories d'âges.

3- Épidémiologie du vieillissement

L'allongement de la vie est corrélé à une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elle entraîne. Cependant, le vieillissement n'a évidemment pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou si l'allongement de la vie s'accompagne de maladies et d'incapacités. Les années de vie avec incapacité sont majoritairement concentrées en fin de vie et concernent davantage les femmes du fait de leur plus longue longévité.

Ainsi, à 65 ans, en 2000, les femmes pouvaient espérer vivre 7 ans sans limitations fonctionnelles, 13 ans sans limitations d'activités et 17 sans restrictions pour les soins personnels quotidiens tandis que pour les hommes, ces périodes étaient respectivement de 7, 12 et 15 ans. Cependant, dans la mesure où l'espérance de vie moyenne des femmes est plus longue (84,8 ans) que celle des hommes (78,1 ans) (INSEE, 2010)⁷, les femmes passent plus de temps avec des incapacités (Jougla et al, 2000)⁸.

Selon Bernard Ennuyer, directeur d'un service d'aide et de soins à domicile en Ile-de-France et Docteur en sociologie, la première apparition du mot dépendance pour qualifier certaines personnes âgées date de 1973 (Ennuyer, 2003)⁹. Cette définition a été donnée par le Docteur Delomier, médecin hospitalier auprès de personnes âgées : « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive et prolongée, les gestes nécessaires à la vie ». En 1984, cette vision de la dépendance a été confortée par le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement : « La dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne, à un groupe, famille, collectivité ». La loi du 24 janvier 1997, a officialisé une vision incapacitaire de la dépendance : « la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière » (Journal Officiel, 1997)¹⁰. La loi du 20 juillet 2001 relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne changea pas la définition du 24 janvier 1997.

En 1979, Albert Memmi, écrivain franco-tunisien, proposa une définition plus relationnelle de la dépendance, s'écartant ainsi d'une vision incapacitaire : « la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution et qui relève de la satisfaction d'un besoin ». Cette vision de la dépendance est empreinte du lien social.

Aujourd'hui, c'est la vision médicale (incapacitaire) qui s'impose aux dépens de la vision sociale. Et ce choix s'impose, en raison de la divergence des visions, du manque de consensus et surtout du caractère simplifié de la mesure d'un état d'incapacité plutôt que la mesure d'une dynamique sociale.

En outre, il existe une confusion entre la dépendance et la perte d'autonomie. En effet, la dépendance, renvoie à l'impossibilité pour la personne d'effectuer seule ses activités quotidiennes. En revanche, la perte d'autonomie renvoie à l'incapacité de la personne à se fixer elle-même ses propres lois.

Les seniors entrent actuellement majoritairement dans la dépendance autour de 79 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes (Duée & Rebillard, 2004)¹¹. En 2040 les projections évaluent une entrée dans la dépendance autour de 85 ans pour les hommes et de 88 pour les femmes. Selon l'institut national d'études démographiques, l'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. L'entrée dans la

dépendance n'est donc pas inéluctable car 96 % des personnes âgées de 60 à 69 ans n'en sont pas frappées. Et 92 % des personnes âgées de 70 à 79 ans ne sont pas dépendantes. Les années de vie gagnées s'accompagnent davantage de troubles fonctionnels, pendant 11 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes, que de dépendance, pendant 2 ans pour les hommes et 4 ans pour les femmes. La dépendance s'accroît à partir de 75 ans et s'élève fortement entre 80 et 90 ans, pour atteindre un taux de dépendance évalué à 42 % chez les plus de 90 ans (Trillard, 2011)¹², et ce, principalement à cause des seniors atteints de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson et maladies apparentées) (Debout, 2010)¹³. Chaque année, 225 000 nouveaux cas de démence sont diagnostiqués (Bas, 2006)¹⁴. Aujourd'hui la durée moyenne de dépendance est de 3,7 ans pour les hommes et de 4,4 ans pour les femmes (Trillard, 2011)¹².

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

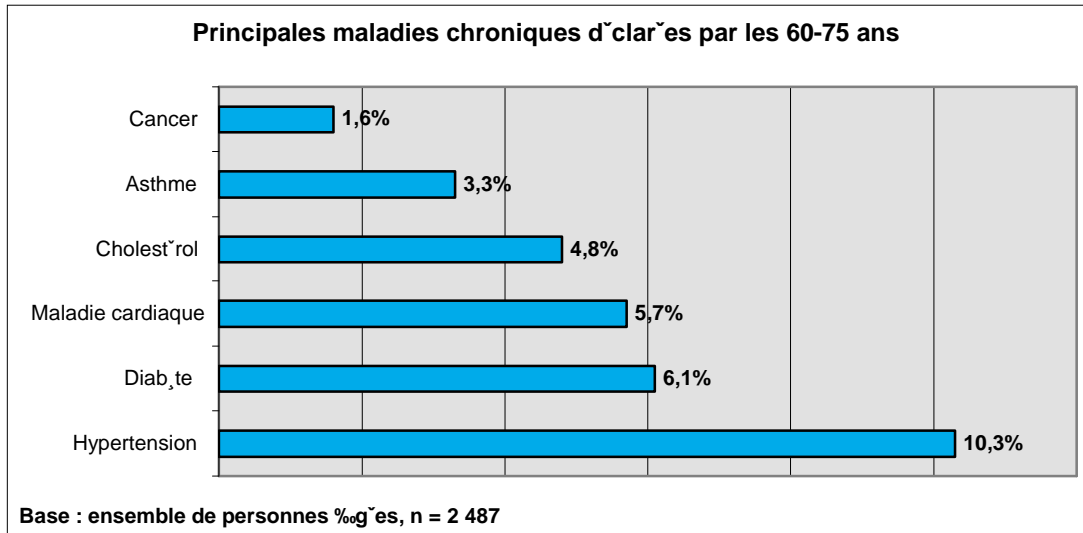
Schéma 3 : Comparaison des incapacités de fin de vie chez les hommes et les femmes.

En 2006, L'INSEE a estimé que 41 % des personnes nées entre 1940 et 1954 qui atteignent l'âge de 60 ans, seront confrontées à la dépendance pendant au moins une année (Duée & Rebillard, 2006)¹⁵ ; plus d'une personne sur deux ne sera donc pas confrontée à la dépendance (71 % pour les hommes et 48 % pour les femmes).

La France compte, à ce jour, près de 1,2 million de personnes dépendantes (Trillard, 2011)¹². Nul doute que d'ici 2040 ce nombre augmentera. Cependant, aucune projection établie avec précision n'est disponible. L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France estime une croissance annuelle de la dépendance au cours des dix prochaines années de 1 à 2 %, soit une augmentation de 10 à 20 % en dix ans. Les projections de plusieurs autres régions corroborent avec le rythme d'évolution de la dépendance d'Ile-de-France.

L'état de santé des seniors est très lié aux affections déclarées dès 45 ans. Parmi ces affections, les pathologies ostéo-articulaires atteignent plus d'une personne sur quatre. L'hypertension artérielle concerne 11 % des hommes et des femmes. Les troubles du sommeil et les états dépressifs sont également souvent constatés. Enfin, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées voient leur augmentation fortement corrélée à l'âge puisqu'à partir de 85 ans, 1 femme sur 4 et 1 homme sur 5 sont touchés.

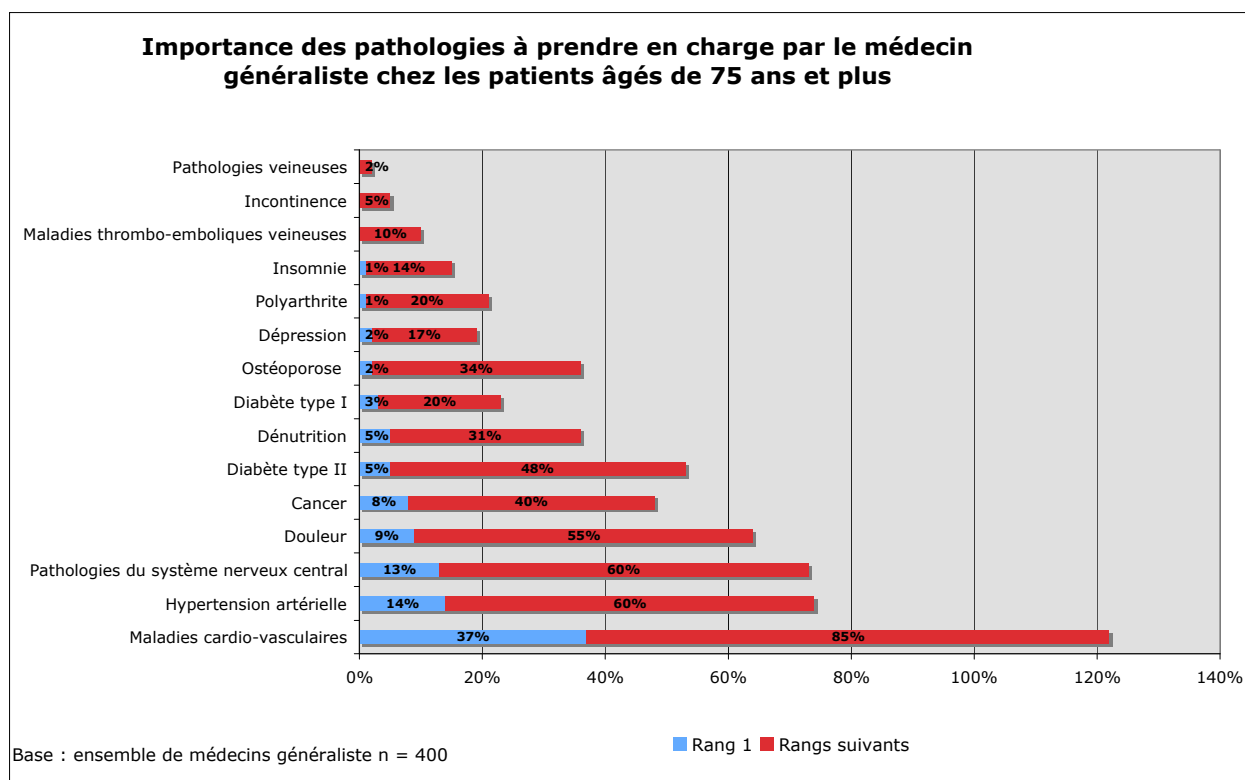
Chez les 65-74 ans, l'hypertension artérielle est le premier diagnostic, suivi du diabète de type II, des anomalies du métabolisme, des symptômes et signes généraux et des arthroses (IMS-DOREMA, 2009)¹⁶.



Graphique 5 : Principales maladies chroniques déclarées par les personnes âgées de 60-75 ans. (Baromètre santé, 2000)¹⁷.

Chez les 75 ans et plus, les premiers diagnostics sont : l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les pathologies du système nerveux central, les symptômes et signes généraux, les anomalies du métabolisme, le diabète de type II, les cardiopathies, les problèmes ophtalmologiques et les cancers (Kantar Health, 2009)¹⁸.

Les résultats de l'étude effectuée par la société Kantar Health corroborent ces données. 400 médecins généralistes ont été amenés à citer les pathologies le plus importantes à prendre en charge par le médecin généraliste chez les patients âgés de 75 ans et plus. Les pathologies qui occupent les premières places sont les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et enfin les affections du système nerveux central.



Graphique 6 : Importance des pathologies à prendre en charge par le médecin généraliste chez les patients âgés de 75 ans et plus. (Kantar Health, 2009)¹⁸.

La tendance, en France, est plutôt à une diminution de la morbidité^A, mesurée par l'incapacité : depuis 20 ans, on constate le recul des limitations fonctionnelles physiques, mesurées par les restrictions d'activité de la vie quotidienne. On constate également un recul des incapacités légères ainsi qu'une diminution de l'incapacité sévère, mesurée par l'alitement ou le confinement à domicile. A contrario, la prévalence des maladies chroniques a augmenté, mais elle est moins souvent associée à des incapacités. Il faut être cependant vigilant car il est possible que l'évolution de certains facteurs de risque tels que l'obésité ou certaines pathologies chroniques n'aggravent les incapacités (Jouglu et al, 2000)⁸.

^A Morbidité : terme utilisé en épidémiologie, renvoie au nombre de personnes souffrant d'une pathologie sur une période donnée dans une population donnée. La morbidité d'une affection peut être exprimée selon deux moyens : l'incidence, représentant le nombre de nouveau cas, et la prévalence, représentant le nombre de cas total.

Nous allons donc faire face à un double phénomène. D'une part, un accroissement du nombre de personnes âgées. D'autre part, sur un plan plus qualitatif, de nouvelles questions soulevées par la santé des personnes âgées, parmi lesquelles nous pouvons mentionner :

- Gestion du développement exponentiel de pathologies telles que : Alzheimer, diabète, ostéoporose...
- Gestion des problèmes médico-sociaux : dépendance, prise en charge en institution, les « aidants familiaux », l'hospitalisation à domicile ...

Les personnes âgées sont sujettes à de nombreuses pathologies chroniques. Cependant quelques-unes connaissent et vont connaître une incidence^B et une prévalence^C croissantes.

Qu'ils soient autonomes, semi dépendants ou dépendants, tous les seniors aspirent au maintien à domicile. Cependant, selon le profil et le contexte de certaines personnes âgées, une institutionnalisation est envisagée. Quelles sont les principales raisons précédant l'entrée en institution, et combien de seniors sont concernés par le départ du domicile ?

4- Évolution sociologique du vieillissement

Selon l'enquête INSEE Handicap-Incapacités-Dépendances (INSEE, 2002)¹⁹, réalisée entre 1998 et 2002, sur 1 million de personnes âgées dépendantes, les ¾ vivent à domicile, 66 % sont des femmes et ¼ a plus de 85 ans. Une étude plus récente estime à 61 % le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile, avec une partition de 25 % des personnes vivant seules et 38 % vivant en famille (Trillard, 2011)¹². Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (Perben, 2005)²⁰, au 30 septembre 2005, 56 % des 911 000 bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)^D vivaient à domicile. Cela représente 540 000 bénéficiaires, dont 37 % ont plus de 85 ans et sont confrontés à des problématiques aussi diverses que l'état de santé, l'absence de la

^B Incidence : nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée et une population donnée. Elle évalue la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie.

^C Prévalence : comptage de tous les cas d'une pathologie, nouveaux ou pas, à un moment donné. La prévalence s'exprime le plus souvent en pourcentage.

^D APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie – Annexe 2.

famille, ou encore le coût prohibitif des aides à domicile que bon nombres de bénéficiaires souhaitent.

Les personnes âgées sont de plus en plus maintenues à domicile (Morvan, 2008)²¹, et ce, pour de multiples raisons :

- Volonté politique (raison de coût) ;
- Volonté des familles (coût élevé des institutions, confort du patient) ;
- Volonté des patients (raison financière et de confort de vie) ;
- Mauvaise perception des maisons de retraite.

En outre, face à la dislocation du tissu familial (éloignement géographique, travail prenant, conflits familiaux), les professionnels de santé sont ceux qui côtoient le plus les personnes âgées. Ce sont souvent eux qui assurent la prise en charge complète de ces personnes, sur le plan médical, social et affectif.

La situation est toutefois à nuancer selon l'état général des seniors.

Les seniors autonomes, ayant un état de santé stable malgré leurs maladies chroniques, vivent le plus souvent chez eux, grâce au développement, depuis les années 90, des services d'aides à domicile. Ils déménagent dans 21% des cas vers de petites unités urbaines ou rurales et changent dans 20 % des cas de région, principalement vers le sud, le sud-ouest et le bassin parisien. A partir de 70 ans, la transmission de leur patrimoine leur fait préférer un retour au statut de locataire.

Les seniors dépendants, eux, en revanche, ont un mauvais état de santé ce qui déclenche dans un cas sur dix l'institutionnalisation, l'hébergement par la famille n'étant adopté qu'une fois sur cinq (Christel, 2006)²². Les seniors préfèrent alors les centre villes pour leur meilleur accès aux équipements et aux services.

Dans les années à venir, le poids démographique des seniors devrait continuer à s'accroître, sous l'effet de l'allongement de la durée de vie, pour atteindre un tiers de la population vers 2050. Le nombre de seniors autonomes restera quasi constant. Par contre, le nombre des seniors dépendants augmentera considérablement.

La prise en charge des personnes âgées est basée sur un réseau informel où le médecin généraliste occupe une place centrale. L'ensemble des intervenants, selon le statut du patient âgé, est amené à interagir avec ce dernier.

Tous les membres de ce réseau s'accordent à dire que le plus délicat n'est pas la prise en charge médicale. Effectivement, les difficultés sont plus de natures sociales, psychiques ou financières.

Dans un pareil contexte, rester et résider à domicile implique une coordination médico-sociale. On trouve actuellement, face à face, pléthore d'acteurs qu'il est nécessaire de coordonner et de solliciter. Généralement encadrés ou mobilisés par le médecin généraliste qui a fort à faire, ces partenaires peuvent être pris en charge soit par l'aide sociale soit par le régime de l'Assurance Maladie de l'assuré.

La coordination d'un parcours de santé peut s'avérer complexe. En effet, lorsque la demande de vouloir rester à domicile est formulée par un patient ou sa famille, et ce, en dépit d'une rupture sociale ou d'un problème de santé, de perte d'autonomie ou de dépendance, de nombreux éléments sont évalués pour définir un projet de vie satisfaisant répondant aux besoins et aux désirs de la personne âgée. Ce projet de vie ne peut s'élaborer qu'avec une approche sanitaire et médico-sociale. Optimiser la prise en charge, c'est coordonner un parcours de soins et l'ensemble des aides au domicile. La famille et le médecin référent sont au cœur de cette prise en charge, laquelle est chronophage car variable dans le temps et complexe en raison d'une offre de soins dans les champs sanitaires et d'une offre de services médico-sociale parfois opaque pour les usagers.

L'archipel nippon a été l'un des premiers pays industrialisés à être confronté au vieillissement de la population. Très tôt, le Japon a œuvré pour faire du vieillissement un moteur de sa croissance. Nul doute que les pays de l'Europe de l'Ouest pourront s'appuyer et s'inspirer de certaines des mesures déployées, pour, à leur tour, gérer au mieux le vieillissement de leur population.

5- Le Japon, laboratoire mondial du vieillissement

Selon les Nations Unies (ONU, 2009)²³, l'âge médian de la population mondiale s'établissait, en 2009, à 28 ans, ce qui signifie que 50 % d'entre-elle avait de moins de 28 ans. L'Europe était le continent où l'âge médian était le plus élevé, 40 ans. En revanche, l'Afrique était le continent où l'âge médian était le plus faible, 19 ans. Selon les pays, une variation a été constatée de 15 à 44 ans. C'est au Japon que la population était et reste la plus âgée au monde avec un âge médian de 44 ans, suivi de près par l'Allemagne (43 ans) et précédant la France de 20 places avec un âge médian de près de 40 ans.

Le Japon, pays où le vieillissement de la population est le plus crucial, a pris très tôt en considération ce phénomène. En effet, une diminution de la population active s'accompagne d'une croissance réduite et d'une réduction des fonds disponibles, alors que les dépenses nécessaires au financement de la dépendance explosent. Cela s'accompagne également d'une dette publique aggravée et de prélèvements accrus auprès des jeunes actifs.

Le Japon s'est très tôt engagé sur la voie des réformes. Ainsi, il est en passe de faire du vieillissement une dynamique d'innovations et de consommation.

Le pays s'est attaché à développer une culture du vieillissement actif, en vue de maximiser le taux d'emplois. Pour cela de nouvelles approches des rythmes et des schémas de travail ont été définis. Plébiscité par les seniors et appliqué par la société nipponne, l'âge médian du départ à la retraite est à présent de 68 ans (Geiss, 2008)²⁴.

Le Japon a aussi revu le financement de son système de retraite. L'effort a été solidaire, car partagé par les seniors dont le départ à la retraite a été repoussé, par les actifs qui ont vu leurs taux de prélèvements augmentés et par l'Etat pour qui la contribution financière a été majorée.

Dans le même temps, une réforme de l'Assurance Maladie a été entreprise. Nous pouvons citer notamment l'instauration d'une assurance dépendance souscrite dès 40 ans. Dans ce dispositif public, tous les résidents âgés de plus de 40 ans payent une cotisation de l'ordre de 30 euros par mois. Dans le même temps, une somme équivalente est versée par l'état. Les fonds générés permettent la prise en charge des soins de longue durée des plus de 65 ans quelle que soit la cause de la dépendance. Les assurés de moins de 65 ans sont, quant à eux, couverts qu'en cas de dépendance dont l'origine est une pathologie d'ordre gériatrique (Assous & Mahieu, 2001)²⁵.

Par ailleurs, une attention toute particulière a été portée au meilleur équilibre de la répartition des infrastructures de santé et au renfort de la mobilité des professionnels de santé.

Ainsi, avec une croissance revitalisée et couplée à une meilleure gestion des dépenses publiques, les capitaux provisionnés rendent possible le financement de la dépendance, l'investissement et le développement de la filière.

Le cas nippon pourrait servir d'exemple à la France, confrontée aujourd'hui au départ à la retraite de ses baby-boomers ayant atteint les 60 ans depuis 2007. Cependant, contrairement à de nombreux pays industrialisés, la France peut capitaliser sur son taux de fécondité élevé : à savoir 2,01 enfants par femme en 2010 (INSEE, 2010)²⁶.

La France est aujourd'hui loin du modèle japonais et de sa vision des seniors. Lorsque l'on aborde la prise en charge des sujets âgés, seuls les aspects négatifs sont abordés : coût prohibitif du financement des retraites, aggravation de la dette publique, frein à la croissance... Le vieillissement est ainsi perçu comme une menace.

Ces dernières années, la France a réalisé de nombreux progrès pour la prise en charge des personnes âgées, notamment avec l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002 de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), de la mise en place de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)^E en juin 2004, ou encore le Plan « Solidarité Grand Age » de 2006. Cependant, la tendance des années à venir recèle encore de nombreux défis auxquels la France devra faire face.

Les pathologies démentielles et tout ce qui concoure à la dépendance des patients restent un domaine très lourd à gérer, aussi bien pour les professionnels de santé, les acteurs sociaux, les représentants politiques et les familles.

Aujourd'hui, les acteurs de la filière aspirent à une coordination entre le social et le sanitaire optimisée, notamment en termes de communication, d'orientation et de réductions des redondances des prestations. Ils souhaitent également une meilleure répartition des infrastructures et de l'offre de soins sur le territoire français. De leur côté, les départements et les français attendent des alternatives au financement de la dépendance.

II- Les enjeux médicaux, sociaux et économiques du vieillissement

En matière de vieillissement, le poids démographique amène à refonder notre représentation du vieillissement et de la personne âgée telle que nous la concevons depuis plus de 50 ans. Il n'y a pas un type de vieillissement, ni un profil type de personne âgée, mais une multiplicité de représentations ou de modalités et, lorsque cela se présente, la prise en charge nécessaire pour répondre aux besoins ne peut plus être unique et standardisée à l'ensemble de la population vieillissante. Outre le décloisonnement des spécialités pour répondre aux profils de plus en plus complexes des patients, la gestion du coût de la dépendance, de la pénurie de certains acteurs et des autres secteurs, dont le social, vont devoir être étudiés.

^E CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – Annexe 3.

1- Les acteurs de la coordination médico-sociale

Dans le cadre d'une prise en charge sous forme de réseau de santé, structure qui se veut être un modèle en matière de prise en charge médico-sociale complexe, une démarche participative des acteurs concernés et une formalisation des engagements de chacune des parties sont nécessaires. Le résultat attendu de ce mode de fonctionnement est d'une part de créer de la valeur ajoutée en termes d'efficience, de qualité et de sécurité de la prise en charge ; d'autre part, il s'agit d'intégrer l'utilisateur dans la prise de décision tout en respectant la place du médecin traitant comme pilier du dispositif. Il est ainsi possible d'aboutir à la réalisation d'un plan personnalisé de santé, adapté aux besoins du patient et concerté avec l'ensemble des acteurs prenant en charge ce même patient.

Pour mieux identifier les acteurs de cette coordination médico-sociale, prenons un exemple de réseau. Le Réseau CRONOSS 06, implanté sur le territoire de Nice, a pour objectif de favoriser un maintien à domicile pertinent et de qualité avec les professionnels de santé libéraux et de coordonner l'orientation des personnes âgées afin d'optimiser leurs parcours de santé. La population cible de ce réseau est formée des personnes âgées de plus de 75 ans, vivant dans la commune de recrutement et souffrant d'une (ou plusieurs) pathologie(s) et/ou de démence. Il regroupe au sein d'une cellule de coordination des médecins, infirmières et personnel administratif et travaille étroitement avec les services sociaux de la ville. Concrètement, avant toute inclusion d'une personne âgée dans le réseau, l'accord du patient et/ou de son représentant légal ainsi que celui de son médecin traitant est obligatoire.

Le médecin généraliste référent est aujourd'hui le spécialiste du premier recours, il coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse de la communication entre acteurs en permettant la continuité des soins.

Le médecin traitant dispose donc de critères d'alerte, pouvant justifier la prise en charge du patient par le réseau. Il assure la synthèse de la communication entre les acteurs et permet ainsi la continuité des soins.

En cas de dépendance physique et/ou psychique, de fragilité médicale (notion de chute, d'hospitalisation(s) à répétition, perte de poids), ou de fragilité sociale (isolement inadapté, précarité financière, situation de rupture), le médecin sait qu'il peut bénéficier du soutien de l'équipe du réseau dans la gestion du cas. L'équipe du réseau organise une évaluation médico-psycho-sociale du patient à son domicile, et élabore un Plan Personnalisé de Santé (PPS), qui

se subdivise en un plan de soins et un plan d'aides. Ce PPS, une fois mis en place, en accord avec le patient et le médecin traitant, est suivi et réévalué selon les modalités propres aux besoins du patient.

Adossé au Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)^F de la ville de Nice, le réseau bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de personnels administratifs. Ce CLIC, qui accueille les personnes de plus de 60 ans domiciliées sur la commune, leurs familles ainsi que les professionnels de la gérontologie et de santé, assure ainsi de nombreuses missions, que l'on peut résumer en quelques lignes :

- Une mission d'accueil, d'écoute et de conseils où il évalue et oriente le public ;
- Une mission de promotion de l'offre de services par la mise à jour d'une banque de données ;
- Une action d'accompagnement médico-psycho-social en mobilisant les partenaires des secteurs médico-sociaux et sociaux ;
- Une mission de coordinations des dispositifs institutionnels et des professionnels du secteur gérontologique.

De l'expérience de vie de ce réseau, plusieurs réflexions et questionnements sont nés. Ainsi, le réseau est le liant entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'entre la médecine de ville et les établissements ou institutions des secteurs privés et publics.

^F CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique – Annexe 1.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Schéma 4 : les acteurs de la coordination médico-sociale

La démarche de décroisement est un travail de proximité, nécessitant des adaptations quotidiennes aboutissant à une analyse fine des besoins et des démarches d'innovations pouvant faciliter la vie du patient dans le système de santé.

Ainsi structuré, le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un (ou des) problème(s) de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté de santé. Il formalise les protocoles de coopération entre la ville et l'hôpital, entre le public et le privé, répondant aux besoins et attentes spécifiques de chacun et participe ainsi à une meilleure lisibilité des dispositifs offerts au public. Dans le cadre d'un Espace Partagé de Santé Publique (EPSP) unique en France, cette réflexion est d'ailleurs étendue à l'ensemble des réseaux de santé des Alpes-Maritimes, des associations d'usagers et de professionnels de santé.

La prise en charge du nombre croissant de sujets âgés en situation de dépendance partielle ou totale concoure à la mise en exergue de dysfonctionnements de notre système de soins. Répondre aux enjeux médicaux et sociaux du vieillissement de la population, nécessite, en amont, une identification des points faibles de notre système de soins. A terme, l'objectif est de définir un cadre et un champ d'action précis à la coordination médico-sociale, pour que cette dernière devienne la clé de voûte de la filière gérontologique.

2- Les enjeux médicaux et sociaux

La performance de notre système de soins dans le traitement isolé d'une pathologie est rapidement limitée par le caractère poly pathologique, complexe et fragile d'un patient âgé (HCAAM, 2010)²⁷.

En effet, un patient âgé nécessite une approche gériatrique lors de l'arbitrage des stratégies thérapeutiques. Cela implique, pour le personnel soignant, une parfaite connaissance des maladies dans le contexte du grand âge ainsi que la maîtrise du retentissement des soins et thérapies sur des organismes vulnérables.

Les gestes d'accompagnement et d'entretien ne sont également pas les mêmes. Ils relèvent du savoir faire du soin infirmier.

La qualité de l'accompagnement social se révèle tout aussi déterminante que la qualité des soins lorsque l'on parle d'approche gériatrique. La disponibilité des acteurs sociaux, la mise à disposition de l'information, la mise en place d'un trajet de soins optimisé, favorisent le maintien à domicile et limitent les redondances d'actes.

Dans le cadre du maintien à domicile, l'enjeu est d'assurer une présence effective « hors les murs » d'équipes mobiles aux compétences gériatriques, sanitaires et sociales. Le caractère interconnecté et réactif de ces équipes est indispensable.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans son constat du 22 avril 2010, considère que la surreprésentation des personnes âgées aux urgences hospitalières ainsi que le taux d'admission en hospitalisation, après transit par un service d'urgence, des plus de 85 ans, de l'ordre de 40 % contre 15 % pour les personnes âgées entre 30 et 70 ans (HCAAM, 2010)²⁷, est révélateur du dysfonctionnement de l'organisation de notre système de soins vis à vis des personnes âgées.

En effet, une prise en charge optimisée est également le moyen de prévenir un passage aux urgences lors d'états critiques correspondant souvent au résultat de demandes de soins n'ayant pas su ou pas pu trouver une réponse préventive adaptée ou un cheminement plus direct vers une intervention en services aigus de médecine ou de chirurgie.

Le grand âge est un amplificateur du manque de transversalité de notre système de soins. L'inadaptation structurelle et les limites de notre système de santé s'expliquent par notre approche trop souvent médicale, la sous-estimation des soins d'accompagnement, d'entretien, préventif et la gestion séparée des questions sanitaires et sociales.

La prise en charge d'un patient âgé nécessite un système de soins permettant de réagir précocément aux signaux d'alerte, de manière proportionnée. Les acteurs de la prise en charge de ces patients doivent disposer de l'ensemble des informations, leur permettant d'appréhender le contexte dans sa totalité. Ce système de soins a pour vocation de prévenir toute action tardive, inadaptée ou par manque d'informations. Les actions sont, le plus souvent, à l'origine de parcours de soins heurtés, sur-consommateurs, onéreux, moins efficaces et nécessitant de nombreuses ressources humaines.

Au quotidien, l'approche gériatrique d'un patient âgé est à la charge de plusieurs intervenants intégrés au sein d'un réseau informel où le médecin traitant occupe une place centrale. L'ensemble des intervenants, selon le statut du patient, est amené à interagir avec ce dernier.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Schéma 5 : Interactions avec le médecin généraliste au sein du réseau informel.

Dans ce réseau, le médecin généraliste, élément central du parcours de soins coordonnés, cumule officiellement de nombreuses missions :

- Assurer le premier niveau de soins ;
- Orienter le patient vers le bon interlocuteur ;
- Eviter les actes redondants ;
- Assurer les soins de prévention ;
- Favoriser la coordination par l'intégration d'une synthèse des informations dans le dossier personnel.

Il est également le seul détenteur de l'ensemble des données concernant son patient, auxquelles s'ajoutent de nombreuses autres tâches complémentaires toutes aussi chronophages. C'est à lui que revient donc la fonction de synthèse médicale, d'orientation et de changement de la prise en charge.

Une aide pour la réalisation de l'ensemble de ces missions pourrait être envisageable par des structures d'appui logistique pour peu que ces contraintes soient listées et catégorisées.

La fonction de coordination à proximité immédiate des sujets âgés et de leurs proches comme l'aide à la réalisation des démarches administratives ou la circulation des informations revient aux assistantes sociales, aux auxiliaires médicales, aux infirmières ou aux structures d'appui pluri professionnelles.

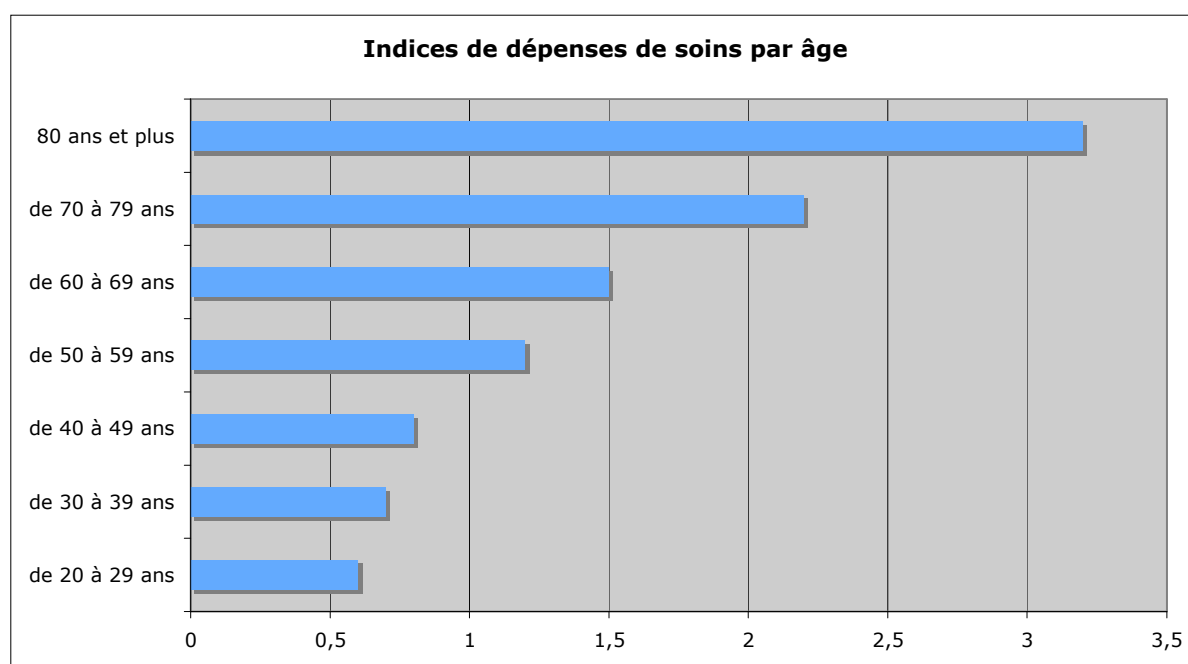
L'enjeu consiste à mettre en place une coordination à la fois soignante et sociétale. Les objectifs de cette coordination nécessitent d'apporter une aide aux démarches administratives et médicales, à la prise de décision et d'orientation et de garantir la circulation de l'information. Ainsi, une prise en charge pluridisciplinaire et optimisée peut alors être envisagée.

A terme, la coordination médico-sociale aura un rôle pivot au sein de la filière gérontologique dans laquelle la prise en charge médicale, sociale et sanitaire sera adaptée à chaque individu.

Les dépenses de santé liées au vieillissement de la population pèsent sur le budget de l'Etat, des départements, des personnes âgées dépendantes et de leur entourage. Avant d'aborder les réponses politiques en faveur d'une réduction du déficit et d'une meilleure gestion des dépenses de santé, il est primordial de connaître les conditions d'accès aux aides publiques, l'ordre de grandeur de dépenses de chacune des parties ou encore l'évolution du nombre de bénéficiaires de ces aides dans les années à venir.

3- Les enjeux économiques

Alors que la hausse des dépenses de santé individuelles en fonction de l'âge est linéaire à partir de l'âge adulte, on constate une augmentation exponentielle de cette hausse à partir du seuil compris entre 70 et 79 ans. En effet, la hausse des dépenses individuelles moyennes de santé aux grands âges s'accélère fortement, avec notamment un écart moyen des dépenses individuelles de santé doublé entre 70 et plus par rapport à l'écart existant entre 50 et 70 ans (HCAAM, 2010)²⁷.

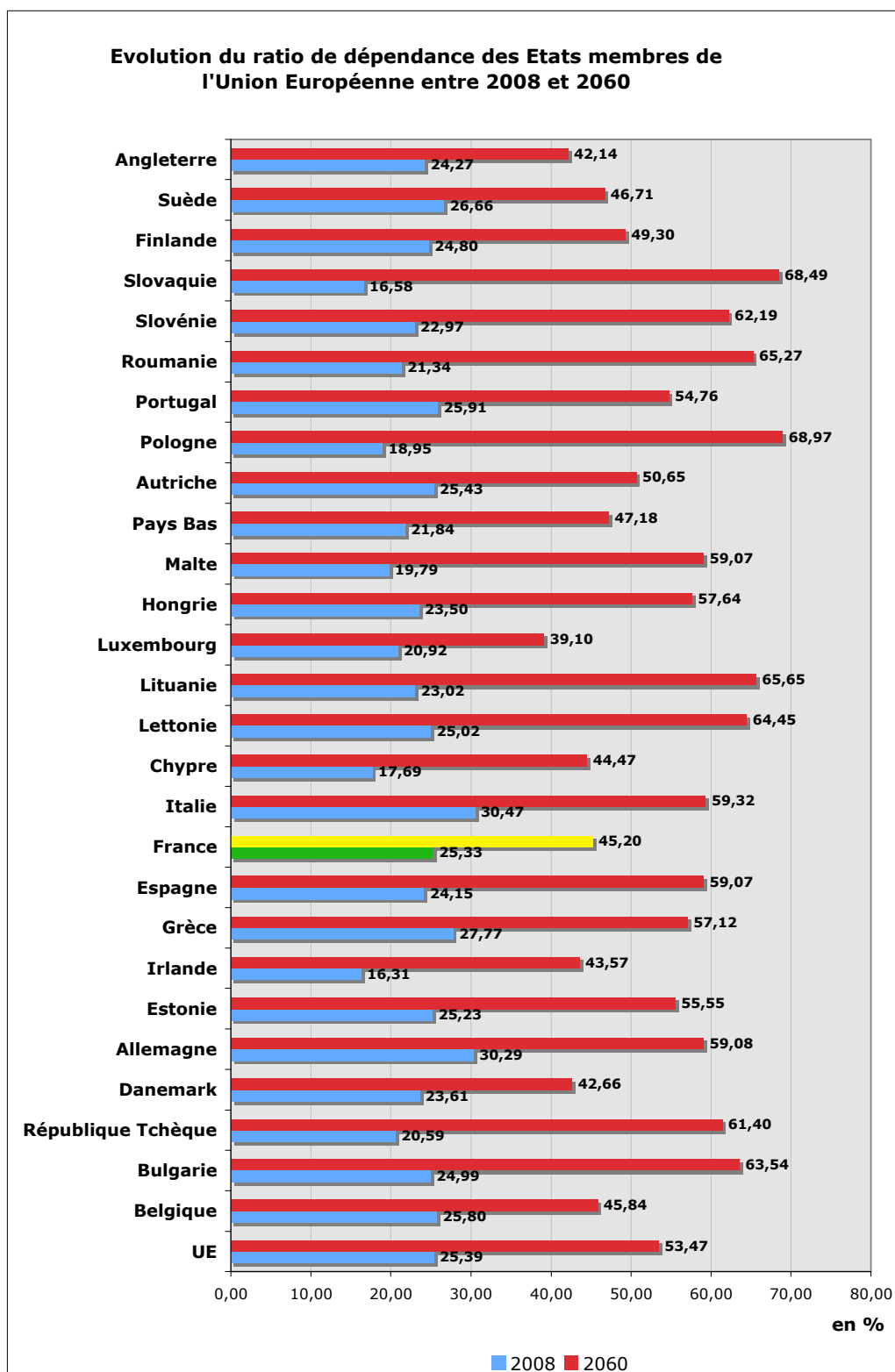


Graphique 7 : Indices des dépenses de soins par âge.

(Raynaud, 2005)²⁸.

L'office statistique des communautés européennes, Eurostat, estime qu'au sein de l'Union Européenne, à l'horizon 2060, la population en âge de travailler devrait être inférieure de 50 millions de personnes par rapport à 2008. Durant cette même période le nombre de plus de 65 ans augmentera de 67 millions. Ainsi, le ratio entre les personnes actives, généralement âgées entre 15 et 64 ans, et ceux ne l'étant pas ou plus, les moins de 14 ans et les plus de 65 ans, appelé ratio de dépendance, augmentera considérablement. Ce ratio, indicateur du niveau de soutien des moins de 14 ans et des plus de 65 ans, devrait passer de 25,4 % en 2008 à 53,5 % en 2060 (Giannakouris, 2008)⁶.

La France ne sera pas épargnée par ce phénomène. Les projections d'Eurostat placent le ratio de dépendance français à 45,2 % en 2060 contre 25,3 % en 2008, soit 20 % d'augmentation.



Graphique 8 : Evolution du ratio de dépendance des Etats membres de l'Union Européenne entre 2008 et 2060.

(Giannakouris, 2008)⁶.

Concrètement, l'évolution de l'équilibre entre les générations actives et retraitées impactera le financement de notre système de protection sociale. Effectivement, ce dernier repose principalement sur la taxation directe ou indirecte du travail de la population active qui ne cesse de diminuer.

Face à un tel contexte, les questionnements licites du coût de la dépendance se posent. Pour l'Etat, le coût de la prise en charge de la dépendance des seniors (à domicile et en institution), estimé par la mission d'information du Sénat, représentait, en 2008, environ 21 milliards d'euros. Actuellement, il atteint 22 milliards d'euros soit 1,1 % du Produit Intérieur Brut (PIB) (Rosso-Debord, 2010)²⁹. Le montant global de l'aide financière publique pour les seniors est considérable et se divise en politique de soutien public aux services à la personne et en politique d'aide à l'autonomie.

A ces 22 milliards d'euros de dépenses publiques, il faut ajouter les dépenses privées supportées par les patients et leur entourage. Ces dépenses sont estimées à 10 milliards d'euros (Heyries, 2011)³⁰.

La politique de soutien public aux services à la personne comprend les crédits, les réductions d'impôts sur le revenu pour les particuliers et employeurs et l'exemption du paiement des cotisations patronales de Sécurité Sociale (pour les seniors de plus de 70 ans). Elle représente environ 3 milliards d'euros.

La politique de l'aide à l'autonomie prend en charge la « dépendance » via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie pour des seniors de plus de 60 ans. Elle est financée à 70 % par les départements et à 30 % par l'Etat, pour un coût global d'environ 5 milliards d'euros. Il est d'ailleurs à noter que la proportion du budget « dépendance » dans les finances du département est devenue considérable, avec des demandes d'APA de plus en plus nombreuses. 72 % des ces demandes d'APA proviennent de seniors atteints de maladies d'Alzheimer et apparentées, qui sont en nette progression. Les 28 % des demandes restantes émanent de seniors atteints de dépendances physiques et / ou d'autres syndromes démentiels.

La durée moyenne de perception est d'environ 4 ans (Rosso-Debord, 2010)²⁹. Au 31 décembre 2007, 1 078 000 personnes bénéficiaient de l'APA, soit une augmentation de + 5,1 % sur un an, après une hausse de + 8,1 % entre décembre 2005 et décembre 2006. Cette hausse s'est confirmée entre 2007 et 2010, puisqu'au 31 décembre 2009, 1 136 000 personnes bénéficiaient de l'APA (Debout, 2010)³¹ (confère graphique 9).

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

*Graphique 9 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en milliers de 2002 à 2010.
(DREES, 2011)³².*

A la fin du premier trimestre 2011, le nombre de seniors dépendants bénéficiant de l'APA était de 1 203 000, soit une augmentation de 2,6 % par rapport à mars 2010 (Trillard, 2011)¹².

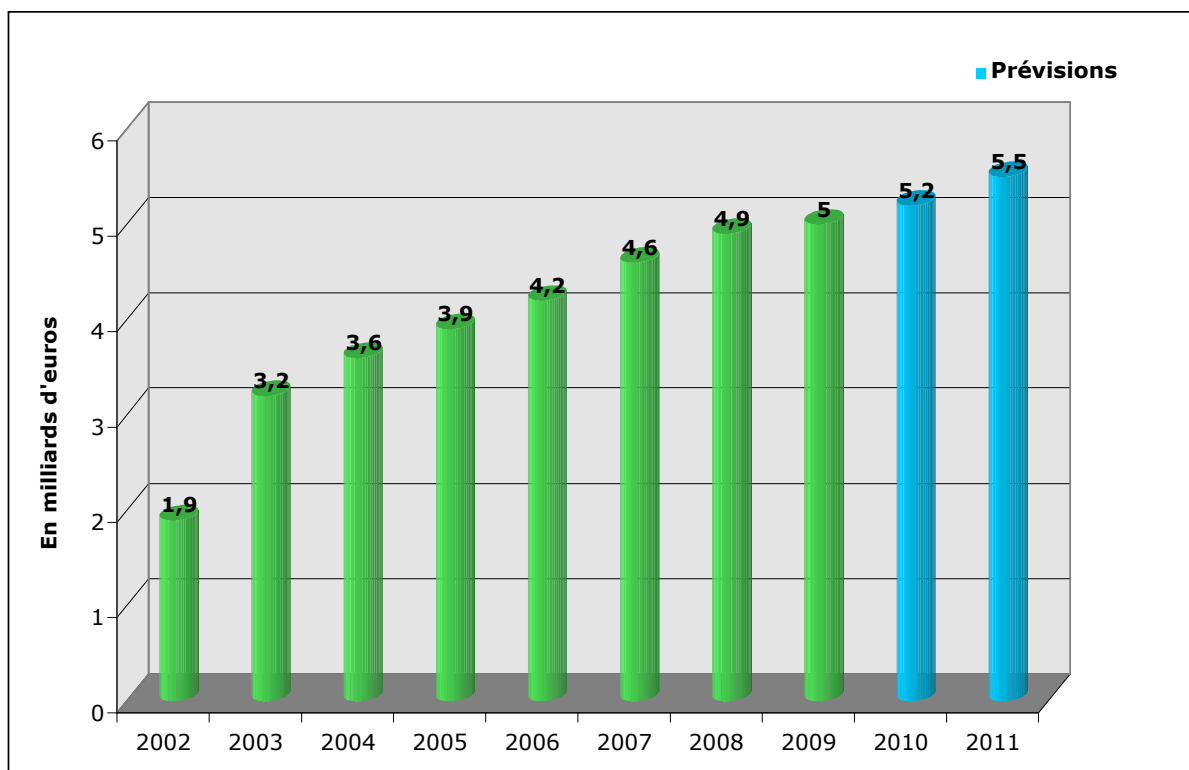
Selon les projections de la DREES, cette augmentation est loin d'être achevée : le nombre de bénéficiaires de l'APA est estimé 1 208 000 à l'horizon 2012 et devrait atteindre 2 304 000 à l'horizon 2060 (Lécroart, 2011)³³.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

*Graphique 10 : Projection du nombre de bénéficiaires de l'APA à l'horizon 2060
selon trois hypothèses.
(Lécroart, 2011)³³.*

Passant de 1,9 milliard d'euros en 2002 à 5 milliards d'euros en 2009, les dépenses nettes relatives à l'APA se sont beaucoup alourdies en moins de dix ans. Cette hausse pèse sur les capacités des départements à financer cette aide et de nombreux départements se retrouvent étranglés financièrement. Cette tendance est cependant à pondérer d'un département à l'autre, et ce, aux dépens des zones les plus rurales, les plus âgées, les plus pauvres en activité économique et peu attractives pour les jeunes actifs. Ainsi, la Région Centre et une partie du Midi de la France se trouvent vulnérables face aux défis du vieillissement (Cossardeaux, 2011)³⁴.



Graphique 11 : Evolution du coût de l'APA de 2002 à 2011.

(les echos.fr, 2011)³⁵.

Le budget de la dépendance concentré sur les plus de 85 ans est à la charge de l'Assurance Maladie, des départements (APA), de l'Etat et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Actuellement, les seniors sont principalement pris en charge financièrement, qu'ils vivent à domicile ou en institution. Le montant de l'allocation qui leur est accordé est calculé selon leurs ressources, leurs besoins et l'importance de leur dépendance.

Le niveau de dépendance est évalué par des équipes médico-sociales à l'aide de grilles AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources). Cet outil permet d'évaluer le niveau de dépendance ou de perte d'autonomie des demandeurs de l'APA.

L'évaluation est basée sur 17 variables discriminantes (déplacement, cohérence, orientation...) et illustratives (cuisine, ménage, activités...). Par la suite les personnes demandant l'APA sont classées en 6 Groupes Iso-Ressources^G. Les personnes relevant du GIR VI étant les plus autonomes et les personnes relevant du GIR I étant les plus dépendantes.

^G GIR : Groupe Iso Ressources – Annexe 4.

Le groupe GIR I comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale. Elles nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe GIR II est composé de deux sous-groupes :

- D'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil aux fonctions mentales non totalement altérées. Elles nécessitent une prise en charge pour les activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
- D'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices. La conservation des activités locomotrices requiert une surveillance permanente.

Le groupe GIR III regroupe des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles. Cependant, elles nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination (fécale et urinaire).

Le groupe GIR IV comprend deux sous-groupes :

- D'une part, des personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Les personnes relevant du GIR IV doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ;
- D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assumant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

Le groupe GIR V est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement. Elles s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

Le groupe GIR VI regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

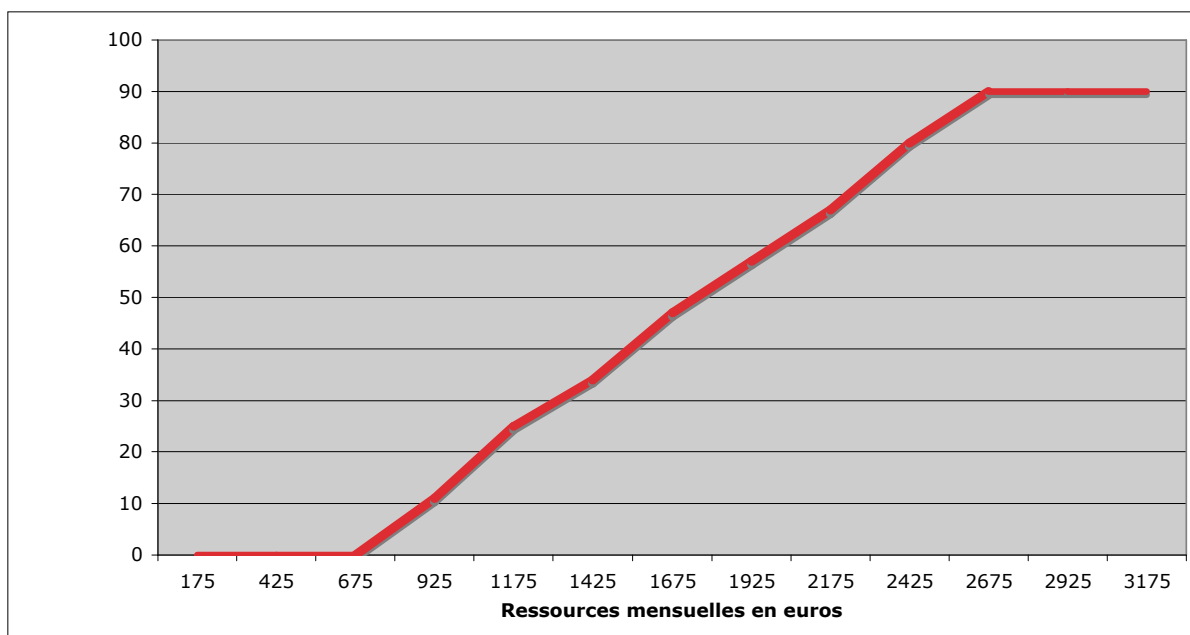
Seules personnes relevant du GIR I à IV peuvent percevoir l'APA.

Les seniors vivant à leur domicile, et pour qu'ils puissent y rester, sont aidés par l'APA qui propose, selon les cas, un service d'aide à domicile, le portage des repas, la téléalarme, les fournitures d'hygiène, l'adaptation du logement au handicap ou un accueil de jour.

Les seniors perçoivent alors une Allocation Personnalisée d'Autonomie mensuelle allant au maximum à 540,69 euros pour un senior GIR IV, 811,03 euros pour un senior GIR III, 1081,37 euros pour un senior GIR II et 1261,60 euros pour un senior GIR I (Service-Public.fr, 2011)³⁶. Les seniors GIR V ou VI, autonomes ne perçoivent pas l'APA (Rosso-Debord, 2010)²⁹.

Cette aide financière, bien que substantielle, apparaît néanmoins insuffisante dans le cas où le senior est très dépendant. Elle ne peut, en effet, financer qu'environ 3 heures par jour d'une auxiliaire de vie, sur la base du SMIC.

Le reste à charge appelé « ticket modérateur » est supporté par le bénéficiaire sauf si ses revenus sont inférieurs à 710,31 euros par mois. L'importance des restes à charge pèse sur un budget. Effectivement, la prise en charge de la dépendance, bien que remboursée par l'Assurance Maladie, reste pour une part importante à la charge du senior, lui faisant parfois prendre la décision d'entrer en institution par impossibilité d'assumer financièrement l'organisation quotidienne de ses pathologies multiples. En 2009, selon la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes, ces coûts s'évaluaient à 1 800 € par mois, alors que plus de la moitié des seniors touchent une pension mensuelle inférieure à 1 200€ et que le montant mensuel des aides de l'Etat est de 450 €. Les frais de soins sont quant à eux pris en charge par la Sécurité Sociale.



Graphique 12 : Ressources mensuelles et part du montant du plan d'aide restant à la charge des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2007.

(Debout, 2010)³⁷.

Au 31 décembre 2007, 77 % de bénéficiaires de l'APA à domicile s'acquittaient du ticket modérateur. Les personnes âgées ayant des ressources mensuelles comprises (en décembre 2007) entre 669,89 euros et 2 669,55 euros participaient financièrement au plan d'aide proportionnellement à leur niveau de ressources. Ceux ayant des ressources mensuelles supérieures à 2 669,55 euros participaient à hauteur de 90 % du plan d'aide. Seuls les seniors ayant des ressources mensuelles inférieures à 669,89 euros soit 23 % des bénéficiaires de l'APA à domicile, ne s'acquittaient pas du ticket modérateur (Debout, 2010)³⁷.

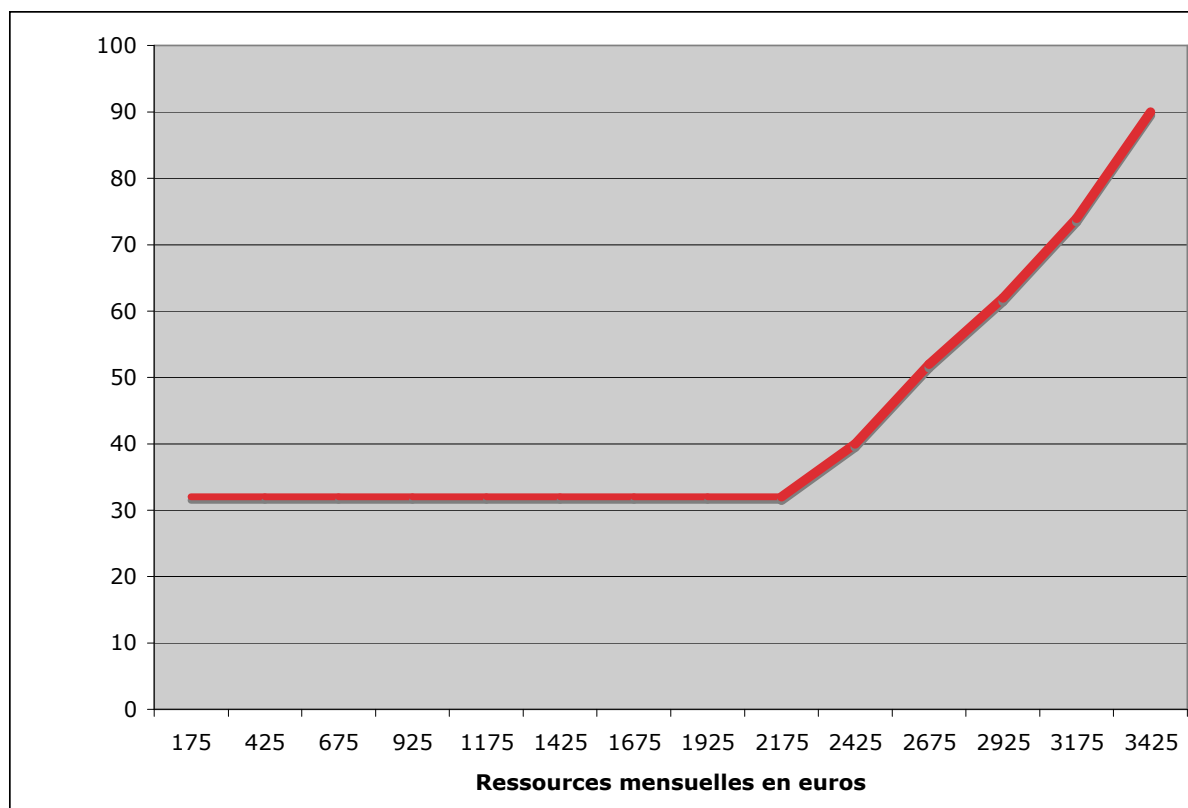
Quant aux seniors vivant en institution, ils sont soumis à la convention tripartite de l'établissement qui répartit le coût du séjour en trois forfaits : hébergement, dépendance et soins.

Le Conseil Général, via l'APA, prend en charge les deux tiers du coût de la dépendance et permet aux seniors en institution, de percevoir une somme mensuelle allant de 212 € pour un senior GIR IV à 421 € pour un senior GIR I (Rosso-Debord, 2010)²⁹.

Le senior paie personnellement le forfait hébergement et le tiers restant du forfait dépendance, soit, au total, environ 2 000 € par mois pour une prise en charge 24H/24 avec un ratio de 0,57 personnel par résident.

Comme pour les seniors à domicile, la Sécurité Sociale prend en charge les frais de soins.

L'importance des restes financiers à charge pèse aussi sur le budget des seniors en institution. Ces dépenses annexes comprennent le ticket modérateur lors de consultations, l'achat de biens de première nécessité, de l'alimentation, le journal ... Selon L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) les restes à charge mensuels moyens d'un hébergement institutionnel se situent entre 2 200 € en milieu rural et 2 900 € en milieu urbain. On peut supposer que la majorité des résidents, principalement des femmes de plus de 80 ans ayant peu ou pas travaillé, n'ont qu'une pension d'un montant bien inférieur aux 1 200 € d'une pension moyenne et que le reste à charge constitue une dette imputée sur les revenus de leurs descendants au titre de l'obligation alimentaire.



Graphique 13 : Ressources mensuelles et part du montant du plan d'aide restant à la charge des bénéficiaires de l'APA en établissement au 31 décembre 2007.

(Debout, 2010)³⁷.

A la fin 2007, 92,9 % des bénéficiaires de l'APA en établissement s'acquittaient d'un ticket modérateur de l'ordre de 32 % des dépenses au titre de la dépendance.

Les coûts à domicile, pour le senior et pour l'Etat, sont moins importants qu'en institution. De plus, comme le montre une étude de 2009 de la DRESS, le souhait des seniors est, majoritairement, de rester chez eux et celui de l'entourage familial de s'occuper de leurs aînés à domicile, quitte à consacrer une partie du revenu familial à leur payer des aides (DRESS/BVA, 2009)³⁸. Cependant, le maintien à domicile est sérieusement compromis, pour les seniors, avec les restes à charge financiers pesant sur eux, mais aussi par le manque de médecine préventive, l'insuffisance de notre système de soins et la diminution programmée du nombre d'aidants naturels par senior.

La problématique de la dépendance doit donc prendre en charge tous les seniors, ce qui résoudra en partie par l'amont, celle des seniors dépendants.

La disparité d'équipements et de structures sanitaires et médico-sociales est également une réalité préoccupante à prendre en compte sur le territoire. Ainsi, sur chaque territoire, on constate l'absence d'un service ou d'une institution essentielle à la filière gériatrique. Or, comme nous l'avons précédemment vu, la disponibilité de tous ces maillons est indispensable à une prise en charge optimisée. Outre l'inégalité de traitement observé, l'absence de réponse adaptée à une problématique donnée n'est pas en faveur d'une gestion optimale des dépenses. Par exemple, l'insuffisance de lits gériatriques de court séjour, de lits de soins de suite, de place en EHPAD requièrent l'occupation inadéquate et coûteuse de lits de spécialité ou de services de soins aigus.

Alors que l'allongement continu de l'espérance de vie accroît le nombre de personnes en perte d'autonomie, la dépendance coûte chaque année plus de 20 milliards d'euros à l'Etat. Les projections nous permettent d'estimer une hausse modérée de ces dépenses jusqu'en 2025, de l'ordre de 2 milliards d'euros supplémentaires. En revanche, à compter de 2025, période à laquelle la génération des papy-boomers atteindra 80 ans, la hausse s'accélèrera fortement et atteindra en 2040 près de 10 milliards d'euros supplémentaires (Lefebvre, 2011)³⁹.

L'objectif consiste, pour les français comme pour le gouvernement, à diminuer les dépenses.

L'optimisation des dépenses dépend de la capacité de notre système de santé à déployer conjointement une prise en charge adéquate des soins, de la dépendance et de l'hébergement, et ce, de façon homogène sur l'ensemble de notre territoire.

Des réponses politiques à la dépendance ont déjà été apportées avec le rapport de Madame Valérie Rosso-debord députée UMP de Meurthe et Moselle (Rosso-Debord, 2010)²⁹. Elle a proposé aux départements de recentrer l'APA sur les GIR I à III (éliminant les aides aux GIR IV) et d'instaurer un système obligatoire d'assurances privées complémentaires.

Actuellement, aucune autre réponse, qu'elle soit dans la pratique professionnelle soignante ou dans l'industrie n'a été amorcée.

Ces réponses devront à l'avenir être aussi organisationnelles pour passer à une structure gérontologique opérationnelle sur un territoire de santé.

La gestion des dépenses de santé est souvent abordée de façon comptable, avec comme objectif pour le gouvernement, de réduire les coûts et résorber le déficit de la Sécurité Sociale. Cette approche peut s'avérer parfois contre-productive et ne permet d'obtenir que des économies mineures face à un déficit constamment en hausse. En parallèle, elle risque de porter atteinte à la qualité des actes, services et soins dispensés aux patients les plus démunis. Cela remet également en cause les fondamentaux de notre système de soins.

La gestion de dépenses de santé doit aboutir à une meilleure prise en charge de chacun, mais elle doit aussi veiller à être vecteur de croissance économique et source d'emplois.

La prise en charge des seniors doit faire l'objet d'une approche gérontologique globale et transverse. Cette approche est soutenue par *la charte d'Ottawa* de 1986 (Barthélémy, 2009)⁴⁰. Cette charte définit la santé, comme un service de professionnels d'horizons multiples (médico-psycho-sociaux) auprès de leur population cible (les seniors dans notre cas). La promotion de la santé (OMS, 1999)⁴¹ ne relève donc plus seulement du secteur de la santé (prévention, soins curatifs ou palliatifs), mais aussi des lois, des règlements, des orientations politiques en environnement et de l'aménagement du territoire. Elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La prise en charge de la santé des seniors est alors une responsabilité collective.

III- La filière gérontologique

La médecine est devenue le maillon d'un système de prise en charge comprenant la mise en application des pratiques professionnelles, la gestion du terrain politique et l'utilisation des nouvelles technologies. Pour le senior, ce nouveau concept implique une prise en charge soignante (préventive, curative ou bien palliative), composée de parcours de soins (médico-sociaux et sanitaires), regroup e au sein d'un territoire de santé (filière), et cela, tout au long de la vie du senior quelque soit son état de santé (filière gérontologique). Seul un changement radical dans la prise en charge locale des seniors permettrait une approche médico-sociale et sanitaire, adaptée à chacun d'eux.

Le réseau transversal le plus adapté à une filière gérontologique semble être actuellement le Centre Local d'Information et de Coordination « CLIC » de niveau 3 avec une expertise de la situation du senior et une mise en place des aides adaptées. Effectivement, un CLIC de niveau 3, en plus de la mise à disposition d'informations, de l'orientation, de la facilitation des démarches et de l'élaboration d'un plan d'accompagnement, assure la coordination. Ce CLIC a un territoire d'action intercommunal et dispose de multiples professionnels médico-sociaux et sanitaires.

Faire de la filière gérontologique une réponse en adéquation aux attentes des acteurs, requiert au préalable une analyse de fond des préoccupations, des attentes et des besoins de ces derniers.

1- Préoccupations, attentes et besoins

L'inégale répartition des services d'aides à la personne, le manque de transversalité de la filière ou encore la faible disponibilité d'acteurs aux compétences gériatriques sont autant d'exemples en faveur des insuffisances de notre système de soins. Les recenser constitue le pré requis aux réponses qui seront apportées demain.

1.1- Les insuffisances de la filière

Actuellement, la filière gérontologique est difficilement matérialisée, sur le territoire, par l'insuffisance de compétences gériatriques, l'insuffisance de prise en charge de toutes les pathologies du senior, l'insuffisance de travail médico-psycho-social et l'insuffisance de communication du CLIC.

L'insuffisance de compétences gériatriques peut s'expliquer par les CLIC qui peinent à effectuer le travail transversal entre le secteur médico-social et sanitaire sur le territoire de santé. En effet, malgré la rapidité de mise en place d'une organisation d'aide au quotidien, la prise en charge des seniors, par les CLIC, reste insuffisante. Cela résulte d'un triple déficit :

- Un manque d'auxiliaires de vie bien formés (moins de 10 % des intervenants ont le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale) ;
- Un manque d'infirmiers et d'aides-soignants ;
- Les horaires d'interventions des infirmiers ne sont pas toujours adaptés au rythme de vie du senior.

Enfin, les CLIC n'ont pas encore un maillage couvrant l'ensemble du territoire national. Selon les dernières données à disposition, 552 CLIC étaient recensés avec un maillage achevé dans près d'une vingtaine de départements français^H.

L'insuffisance de prise en charge des pathologies du senior, principalement en cas de démence, provient d'une insuffisance de sensibilisation des médecins de ville à la gériatrie. Lorsqu'il n'y a pas de gériatre au sein d'un CLIC, le diagnostic de démence est souvent posé

^H Répartition des CLIC sur le territoire Français - Annexe 5.

tardivement car la démence, à son stade précoce, est particulièrement difficile à appréhender. Les troubles du comportement sont tolérés, banalisés, mis simplement sur le compte de l'âge, aussi bien par les assistantes sociales qui viennent au domicile faire des visites d'évaluation, que par la famille. Dès que le généraliste suspecte la pathologie, il adresse rapidement le senior à un spécialiste, à un neurologue, le plus souvent d'ailleurs qu'à un gériatre.

Mais, souvent, le diagnostic tardif a déjà fait perdre au senior dément presque toutes ses chances d'un maintien à domicile l'obligeant alors à être hébergé dans des Unités de Soins de longue Durée ou des Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes. En plus de l'inconfort de ne pas vivre chez soi, il en résulte un surcoût pour le senior, sa famille, la Sécurité Sociale et le Département (APA).

C'est pourquoi quelques CLIC emploient une équipe coordonnatrice comprenant un gériatre, un ergothérapeute, une psychologue et une assistante sociale. Le gériatre est principalement sollicité pour apprécier l'état de seniors souffrant de démence.

L'insuffisance des relations de l'équipe médico-psycho-sociale entraîne une carence de coordination des soins.

La carence de coordination se situe en ville et à l'hôpital.

En effet, en ville, peu d'intervenants soignants (médicaux, paramédicaux ou d'aide à la personne) travaillent en se référant :

- A des parcours de soins (médico-sociaux ou sanitaires) ;
- Des réseaux transversaux (CLIC ou réseaux gériatriques) ;
- Et des filières gérontologiques.

C'est pourquoi le CLIC devrait s'organiser autour des trios de ville « généraliste-pharmacien-paramédicaux ». Le généraliste resterait le médecin référent du senior. Le pharmacien serait toujours en communication avec le généraliste et les paramédicaux pour rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses et délivrer au plus vite les traitements. Les paramédicaux travailleraient au sein des trios et en collaboration avec le CLIC (FASSAD 92, 2011)⁴².

L'hôpital, quant à lui, a du mal à anticiper les passages des seniors aux urgences et par conséquent les suites à donner aux parcours de ces derniers. En amont de l'hospitalisation, la consultation gériatrique à domicile est exceptionnelle et est le plus souvent tardive. Il en résulte un surcoût de prise en charge pour la Sécurité Sociale. L'orientation des seniors, dans le cadre d'un diagnostic gériatrique précoce à domicile, pourrait éviter un transfert injustifié vers les urgences ou les services de soins, voire un placement hâtif en Unité de Soins de Longue Durée. Pendant l'hospitalisation, cette orientation des seniors est importante pour le fonctionnement des hôpitaux publics puisque le quart des patients qui y sont soignés a plus de 75 ans et que les personnes âgées représentent une forte partie des usagers des urgences.

L'insuffisance de communication du CLIC entraîne une sous activité du réseau transversal. Le CLIC est peu connu du grand public et peu utilisé par les professionnels de santé eux-mêmes. Ainsi, 59 % des français ont le sentiment d'être mal informés sur les dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes âgées en ville (TNS-SOFRES, 2005)⁴³. La plupart du temps (parfois par hasard) le senior bénéficie des services du CLIC par l'intermédiaire d'une assistante sociale (et plus rarement d'un soignant) qui aura contacté le CLIC.

L'accessibilité aux informations relatives aux services disponibles et leurs conditions d'accès est primordiale pour le senior et son entourage au moment du choix d'orientation du parcours de santé. Ces informations sont également essentielles aux acteurs de la filière pour les aider dans leurs tâches d'information et de prise de décision. Enfin, un partage de données efficient, entre acteurs de la filière, et ce, tout au long du parcours est le gage d'une prise en charge optimisée.

1.2- Des informations et échanges limités

La majorité des acteurs, patients et aidants se déclarent livrés à eux mêmes en termes d'informations. En effet, encore trop peu de communications spécifiques à la prise en charge du patient âgé sont disponibles. Les principales sources d'informations sont internet et la presse.

Ce manque d'informations alimente le sentiment de déficit de politique publique de l'accompagnement des personnes âgées. Seul un peu plus d'un tiers (35 %) de la population se dit bien informé sur le sujet, pour 63 % de mal informés. Et si l'on compare les plus convaincus, 8 % se disent très bien informés pour 22 % très mal informés (TNS-SOFRES, 2011)⁴⁴.

L'ensemble des acteurs exprime des besoins d'ordre pratique, comme les droits du patient, la gestion administrative qu'implique cette prise en charge ou encore l'aide au référencement des différents acteurs, des associations de patients, des structures d'accueil, des services sociaux ... L'idéal consiste à proposer une aide au référencement à l'échelle de la région, de la ville, voire du quartier.

Pour être acteur de leur orientation ou celle de leurs proches, les patients âgés et leur entourage souhaitent avoir davantage d'informations concernant les dispositifs, leurs disponibilités, et leurs accessibilités financières. Ils souhaitent bénéficier de conseils d'hygiène, de nutrition, d'amélioration de la mobilité, d'informations sur les services à domicile ou encore connaître les solutions permettant de lutter contre l'isolement.

En termes d'échanges, les différents acteurs de santé plébiscitent le dossier médical partagé mais souhaitent davantage de contacts, notamment avec l'hôpital.

Il faut travailler à une coopération plus efficace des institutions sanitaires, sociales, médicales en mettant l'accent sur l'ouverture à l'hôpital. L'objectif étant d'aboutir à la mise en place d'une interaction optimisée et permanente entre les équipes hospitalières et les professionnels du secteur ambulatoire ou médico-social.

Face à la multiplicité des profils de seniors, la segmentation déjà effectuée doit servir de base de travail à la construction de différents parcours de soins. Chacun de ces parcours devra apporter une réponse mesurée et efficace au profil de senior qui lui correspond.

1.3- Les différents parcours de soins

Les parcours de soins doivent s'organiser. La solution de réduction du coût de l'APA pour chaque département passe par l'organisation des différents parcours de soins (médico-sociaux et sanitaires), préventifs, curatifs et palliatifs, optimisée grâce à l'outil numérique, sur un territoire de santé. Le panel de ces différentes compétences gériatriques, quels que soient l'âge et l'état de santé du senior définit la filière gérontologique, qui, pour sa création, peut être pensée par rapport aux différents profils de seniors : les seniors « autonomes », « en situation aiguë » et avec « syndrome de fragilité ».

L'entrée du parcours des seniors autonomes, qui ont peu ou pas de pathologies chroniques, se fait par contact entre le senior (ou son entourage) et le trio de ville que constitue le Médecin Généraliste, le Pharmacien et l'Infirmier. La prise en charge de ces seniors s'effectue par le parcours médico-social (trio de ville) en mode préventif ou curatif, grâce à la plateforme d'orientation que constitue la filière gérontologique. La sortie du parcours s'effectue par ce même trio de ville.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Schéma 6 : Parcours médico-social des seniors autonomes.

L'entrée du parcours des seniors aigus, ayant une pathologie aiguë qui détériore leurs pathologies chroniques, s'instaure par les urgences hospitalières. La prise en charge de ces seniors relève cette fois du parcours sanitaire, en mode curatif ou palliatif, au sein de la filière gériatrique. Le senior est alors hospitalisé en service de court séjour gériatrique (ou en hospitalisation conventionnelle) puis les Soins de Suite et de Réadaptation et, éventuellement, l'Hospitalisation A Domicile. La sortie de ce parcours se fait, grâce aux compétences du « réseau transversal », en relais avec le trio de ville.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Schéma 7 : Parcours médico-social des seniors aigus.

Les seniors « fragiles » à haut risque d'hospitalisation et d'institutionnalisation sont fréquemment adressés aux urgences en situation de crise médico-psycho-sociale. Différents facteurs favorisants, comme l'âge, l'absence d'exercice, l'alimentation inadaptée, les modifications hormonales, les pathologies associées, les médicaments ou l'environnement, peuvent entraîner la survenue du syndrome de fragilité qui associe de façon variable la fatigabilité, l'asthénie, l'anorexie, la déshydratation, l'amaigrissement et les troubles de la marche. Ces facteurs favorisants peuvent être recherchés par les professionnels de santé (prévention tertiaire) ou par l'entourage du senior.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Schéma 8 : Parcours médico-social des seniors fragiles.

Les professionnels de santé s'orientent avec l'interrogatoire et l'examen clinique du patient.

Les aidants familiaux s'orientent avec un questionnaire simplifié sur le quotidien des personnes âgées. Ainsi, le dépistage du syndrome « de fragilité » peut être effectué par le grand public.

Le parcours de soins des seniors « fragiles » est actuellement à créer. Tout d'abord, l'identification de seniors fragiles pourrait se faire par une consultation gériatrique, proposée par la Sécurité Sociale, entre 65 et 75 ans selon les constats du médecin généraliste et des aidants. Par la suite, l'entrée de ce parcours relèverait directement d'un réseau assimilable à un « CLIC renforcé ». Son équipe coordonnatrice spécialisée comprendrait un gériatre, une assistante sociale, un psychologue et un ergothérapeute. Cette équipe coordonnatrice travaillerait avec les technologies numériques (dossier informatique, télémédecine, téléphone portable). Elle résoudrait, les problématiques des différents seniors, avec le dossier partagé et la traçabilité de l'information qu'elle permet. Ainsi les seniors « fragiles » seraient pris en charge par cette équipe de façon préventive, curative voire palliative. La sortie se ferait en relais avec le trio de ville, à domicile, en EHPAD ou en USLD.

Cette approche des seniors nécessite une remise à plat des mentalités au niveau des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux), des politiques (communaux, intercommunaux, départementaux) et des industriels (informaticiens, concepteurs d'outils). Cet objectif ne pourra s'engager que dans un souci constant de formation des différents acteurs, de dialogue, de coopération, de coordination et de simplification.

Les projections démographiques et épidémiologiques sont établies, les enjeux économiques, médicaux et sociaux sont identifiés, les points d'amélioration de notre système de soins ont été définis. Il est à présent nécessaire que l'Etat français et les acteurs de la filière s'engagent sur la nature des réponses à apporter aux constats effectués.

2- Les solutions médicales, politiques, technologiques et sociales face aux défis du vieillissement

Les technologies et services de l'autonomie constituent un atout essentiel pour répondre aux besoins et aux attentes des seniors en matière d'autonomie, de mobilité, d'accès à l'information et aux services de sécurité, de liens familiaux : elles représentent là aussi, à elles seules, une nouvelle économie qui va profiter à l'ensemble de notre société.

2.1- Les solutions technologiques

Il est urgent d'identifier les besoins et les services nécessaires à une vie à domicile, élargis à l'ensemble des seniors dans leurs parcours de vie (autonome, fragile et dépendant) et en lien avec leur entourage familial, et ce, pour définir les technologies et les services associés susceptibles d'être développés rapidement et les conditions techniques et économiques de ce développement.

Il est remarquable de constater que les technologies de l'information et de la communication appliquées au maintien à domicile apportent une aide considérable, en complément de l'aide humaine.

Un senior atteint d'une pathologie chronique, reconnue dans le cadre d'une affection de longue durée, a besoin d'une assistance sociale, sanitaire, médicale voire spécialisée sur leur état et leur maladie. Ces avis spécialisés nécessitent le déplacement vers des spécialistes, situés parfois loin de leur lieu de résidence. La télémédecine ou l'e-santé représenteront là, très prochainement, une précieuse ressource.

Le 4 octobre 2010, le Docteur Pierre Espinoza, lors des 31èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, présenta le projet « Télégéria » d'ores et déjà

déployé sur Paris (telegeria.fr, 2011)⁴⁵. Ce concept permet aux praticiens, aux côtés des personnes âgées, de s'adresser à distance à un spécialiste sur une problématique donnée en présence du patient. Le seul impératif est d'équiper les établissements hospitaliers et les EHPAD de salles de visio conférence. Ainsi, lorsque le patient requiert la consultation à distance d'un spécialiste, une simple téléconsultation est alors réalisée.

De plus, des éléments disposés dans l'habitat, qu'il s'agisse de capteurs portés par le sujet ou placés dans son environnement intérieur, peuvent donner aux professionnels de santé des informations précieuses, permettant d'anticiper et donc d'éviter des décompensations de fragilités gérontologiques et diminuer ainsi les situations de crise et le recours aux structures de soins d'urgence.

La télémédecine favorise ainsi l'interactivité entre patients et médecins, tout en améliorant la qualité de la prise en charge du patient, notamment dans les zones rurales de « désertification médicale ». Cependant une évolution des mentalités doit avoir lieu. En effet, selon le sondage réalisé par le Groupe Pasteur Mutualité en novembre 2010, 81 % des français ne sont pas prêts à consulter un médecin via internet (Groupe Pasteur Mutualité, 2010)⁴⁶. Cette approche nécessite une prudence éthique et technique par l'expérimentation et l'évaluation.

Enfin, s'agissant des personnes dépendantes, soit à leur domicile, soit en institution, les technologies et services pourront compenser les déficiences, alléger la dépendance et permettre aux personnes qui sont à domicile de rester plus longtemps chez elles. Elles aideront très efficacement les aidants naturels ou professionnels à mieux coordonner leurs actions et améliorer leur qualité. C'est par exemple un signal lumineux pour se déplacer plus facilement dans l'appartement, la suppléance de l'incontinence, la stimulation cognitive (informatique) pour la maladie d'Alzheimer, l'accession à l'information pour les non-voyants ou les systèmes d'aide à la mobilité.

Le recours aux nouvelles technologies apparaît comme une des solutions pour permettre de vivre plus longtemps chez soi et reculer le placement en établissement médicalisé. L'usage de ces technologies se doit aussi d'être au service des problématiques de la filière gérontologique. A savoir : les démarches de mise en relations, la diversité des acteurs, l'orientation précoce de qualité en adéquation avec le niveau de dépendance et des moyens financiers, le maintien à domicile ...

Les attentes des acteurs de la filières ne manquent pas lorsqu'il s'agit d'optimiser l'approche médicale et sociale de la prise en charge des personnes âgées. Le point d'honneur de cette prise en charge est la définition d'une plateforme optimisée de coordination entre le médical, le social et le sanitaire.

2.2- Les solutions médicales et sociales

La sortie d'une logique purement médicale est d'ores et déjà effective. L'ensemble des acteurs œuvrent pour :

- Inclure la globalité des enjeux ;
- La nécessité d'un accompagnement complet et diversifié.

Comme le préconise le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, il faut concrétiser l'idée que « coordonner les soins, c'est encore soigner » et ainsi recommander maintenant le franchissement d'une étape par la mise en place d'un véritable dispositif de coordination personnalisé, visant prioritairement les personnes très âgées les plus fragiles en partageant et organisant la fonction de coordination de proximité immédiate de la personne et des aidants familiaux.

Cette coordination, à la fois soignante et sociale, doit apporter une aide aux démarches administratives, garantir la circulation de l'information et permettre une synthèse médico-sociale favorisant la prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, en concertation avec le médecin traitant référent.

Après analyse des problèmes soulevés par les réseaux, plusieurs axes de travail peuvent permettre de structurer une offre de services coordonnés à la personne.

Un premier axe concerne la refonte des chartes et procédures d'adhésion communes des professionnels libéraux pour les trois cibles de réseaux : professionnels libéraux, institutions et établissements de santé. L'enjeu est ici de simplifier encore le système pour les acteurs eux-mêmes et non plus seulement pour les usagers.

Un deuxième axe concerne les conventionnements entre réseaux de santé et établissements de santé afin d'établir clairement le degré de pertinence d'une prise en charge en fonction des compétences propres à chaque acteur sur le territoire.

Le troisième axe de travail doit permettre d'aboutir à des plans personnalisés de santé cohérents et rendus homogènes par le décloisonnement, sur le territoire, des différentes offres de santé dans les champs médicaux et médico-sociaux.

Enfin, en ce qui concerne le dernier axe, le partage d'informations nécessaire entre les différents acteurs doit être organisé afin d'améliorer l'efficacité du parcours de santé et prévenir la redondance des soins et la perte d'informations.

Ces axes participent à l'idée d'une plateforme d'aide à la coordination, à guichet unique, dont les missions seront d'informer les médecins traitants (responsable de l'orientation et des parcours patients) sur l'offre de soins sur le territoire, ainsi que les modalités d'accès. Cette plateforme pourra faciliter l'orientation choisie par le médecin traitant dans les réseaux polyvalents de territoires et ainsi appuyer le médecin traitant dans la gestion des cas complexes (qu'ils relèvent ou non des réseaux de santé).

Depuis quelques années, les pouvoirs publics œuvrent à la mise en place d'une politique de santé spécifique au vieillissement et à la dépendance. De nombreuses solutions ont d'ores et déjà été déployées. Cependant, la très attendue réforme de la dépendance, initialement prévue avant l'été 2011, ne sera pas rendue publique avant 2012. L'ensemble des acteurs de la filière, les institutionnels, les seniors ainsi que bon nombre de français sont dans l'expectative et ne savent plus sur quelles hypothèses se baser.

2.3- Les solutions de politique publique

Dans ce contexte, la prise en charge des seniors est devenu un enjeu crucial.

Les pouvoirs publics ont pris conscience de l'ampleur du problème lié au vieillissement de la population. Ils ont, en effet, notamment mis en place en juin 2006, le plan « Solidarité Grand Age » (Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2006)⁴⁷. Ce plan de cinq ans avait pour ambition de prendre en compte les transformations démographiques et de s'adapter aux besoins des personnes âgées.

Il comprend :

- L'augmentation de l'encadrement des soignants ;
- La création de véritables plateformes gérontologiques permettant de décroiser le domicile et l'établissement ;
- La création de lits supplémentaires en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

L'ensemble des mesures étaient déclinées dans cinq grands axes :

- Le libre choix du domicile ;
- L'invention de la maison de retraite de demain ;
- L'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées ;
- Assurer l'avenir du financement solidaire de la dépendance ;
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Début janvier 2011, le Président de la République, Monsieur Nicolas Sarkozy, et Madame Roselyne Bachelot, Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, ont initié le débat sur la dépendance avec l'instauration de quatre groupes de travail, supervisés par un « Comité Interministériel ». Les thèmes étudiés sont « la société et vieillissement », « les enjeux démographiques et financiers de la dépendance », « l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées » et enfin « la stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Selon Madame la Ministre, ce débat débouchera sur des mesures de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) avec probablement la création d'une cinquième branche de la Sécurité Sociale de financement mixte ou privé. Dans son discours d'ouverture, Monsieur Nicolas Sarkozy a notamment réaffirmé son attachement pour le concept d'un cinquième risque de la protection sociale, aux côtés de la maladie, de la famille, des retraites et des accidents du travail.

D'abord programmée avant l'été 2011, l'annonce des mesures retenues n'aura finalement pas lieu avant la fin 2011 ou début 2012. Le report de l'une des réformes sociales les plus ambitieuses de l'année 2011 suscite le scepticisme des professionnels du secteur qui redoutent une réforme de faible ampleur.

De nombreuses pistes sont envisagées, des débats ont été organisés en province et un site dédié au débat national (www.dependance.gouv.fr) a été créé. Seules deux pistes de financement ont officiellement été écartées par le Chef de l'Etat : la taxation du travail et celle de l'assurance-vie.

Le financement de la dépendance suscite de nombreuses tensions. L'augmentation du nombre de sujets âgés risque d'exacerber ces tensions. Pour de nombreux français, la part dite « reste à charge » est subie et constitue un poste conséquent de dépenses. Les financeurs publics sont également concernés par le coût de la dépendance. Dans un contexte déficitaire ces tensions sont sources de conflits entre les départements et les régions. Les pouvoirs publics œuvrent pour établir un financement équilibré de la dépendance et pérenne. Quelles mesures peuvent-ils mettre en place pour limiter ces tensions ? Où trouver l'argent nécessaire sans creuser le déficit ?

Lors des 31èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie à Paris en octobre 2011, Fabrice Heyries, Secrétaire Général de Groupama, a fait part de sa vision sur l'avenir du financement de la dépendance.

Tout d'abord, ne pas aggraver le déficit nécessite de faire des économies sur certains postes. Il propose de diminuer le niveau du plan d'aide aux personnes relevant du GIR IV, c'est-à-dire les personnes les moins dépendantes, tout en ayant conscience des dérives d'une telle mesure. Il est en effet redouté l'encouragement à la détérioration des patients relevant du GIR IV vers des niveaux plus faibles. Il propose également d'identifier les personnes bénéficiant de l'APA alors qu'elles ne devraient pas, ou encore de limiter les pratiques de complaisance lors de l'évaluation et l'attribution du niveau de dépendance.

Faire des économies sur certains postes n'est pas suffisant, des mesures doivent être prises pour répondre aux dépenses croissantes de demain.

Pour Fabrice Heyries des mesures ciblées doivent être déployées auprès des personnes sujettes aux dépenses de dépendance. L'une de ces principales propositions consiste à faire payer un recours sur succession aux personnes ayant bénéficié d'aides.

Cependant réduire le nombre d'allocataires n'est pas l'unique solution et ne s'inscrit pas dans le caractère solidaire de notre système de soins. Une taxe plus générale doit être instaurée. Le secrétaire général de Groupama propose notamment d'aligner le taux de CSG des retraités sur celui des actifs ou encore de revoir à la hausse les droits de succession.

Enfin, quant à la question des assurances obligatoires, il n'est pas favorable à une telle mesure. En revanche il n'est pas contre l'instauration d'une cotisation obligatoire. Une cotisation obligatoire équivaut pour lui à un nouvel impôt et s'inscrit dans une démarche de création du cinquième risque de l'Assurance Maladie, celui de la dépendance.

Les nouvelles mesures de solidarité devraient prévoir, au minimum, une compensation de la perte d'autonomie, et ce, via une aide personnalisée et progressive. La priorité consiste à concevoir et mettre en place le financement de ce cinquième risque. En particulier il est nécessaire d'identifier qui de la collectivité, de l'individu et/ou de l'assurance privée, le financera. Il faut aussi définir les modalités de ce financement. La solution la plus simple à mettre en place consisterait à instaurer un nouvel impôt prélevé et fixé sur les revenus du capital comme le travail. Cependant, un prélèvement obligatoire supplémentaire dans un pays où les taux d'impositions figurent parmi les plus importants d'Europe et qui sont déjà considérés comme excessifs, risque de rencontrer un accueil mitigé. D'autre part, dans un contexte de déficit des comptes de l'Etat, la marge de manœuvre semble très faible. Par

ailleurs, l'effort de solidarité, en grande partie supporté par les collectivités territoriales, place de nombreux départements dans une situation financière délicate.

Même si le financement de la dépendance semble prioritaire, dans un contexte de crise économique et financière mondialisée, la tendance n'est pas à l'augmentation non contrôlée des prélèvements et des dépenses. Une telle mesure contribuerait cependant à dynamiser la croissance économique et l'emploi : financement d'emplois notamment dans le secteur des services à la personne, soutien au développement d'infrastructures de soins ...

A ce jour, l'éventail des solutions semble réduit. Les assurances recommandent un système donnant la priorité aux démarches individuelles. C'est-à-dire que chaque individu cotiserait pour une assurance dépendance, excepté les plus démunis qui eux bénéficieraient du caractère solidaire de notre système. Toujours selon les assureurs, plus l'individu cotisera jeune, meilleur sera son taux de prélèvement. Dans ce système il n'y aura pas de hausse du taux d'imposition. Cependant ce constat est à relativiser. En effet, toute souscription à une assurance privée aboutit à une augmentation du taux de prélèvement général de l'individu.

Il est primordial que l'Etat encadre et harmonise les pratiques des assureurs, notamment, en réalisant des études comparatives des différentes offres proposées. Peut être sera-t-il envisagé de concevoir un système d'assurance collective et obligatoire, indexé sur le revenu et le capital. Dans un pareil système de mutualisation des ressources et redistributif, les individus cotiseraient selon leurs moyens et recevraient selon leurs besoins. A partir d'un seuil élevé de patrimoine et de revenus, l'individu financerait une partie de sa dépendance. L'avenir nous dévoilera la solution retenue.

Monsieur Nicolas Sarkozy a précisé que les mesures laisseraient une large place à l'assurance privée, mais à condition d'être encadrée et ouverte à tous. Le 11 mai dernier Madame Roselyne Bachelot a, quant à elle, exclu la privatisation de la prise en charge de la dépendance en raison du caractère solidaire majoritaire du financement de la dépendance. Le 15 juin, Monsieur François Fillon a confirmé que l'assurance dépendance restera complémentaire et facultative.

Plusieurs associations de patients se sont mobilisées contre la mise en place d'assurances privées, estimant que la dépendance relève de la solidarité nationale. Les assureurs privés y sont favorables même dans un cadre non obligatoire.

Un rapport rendu public en février dernier, issu d'une mission d'information du Sénat, s'est également déclaré hostile au recours à l'assurance privée obligatoire. Il suggère une aide publique à la souscription d'assurance pour les plus démunis, la réorientation simplifiée de l'assurance-vie et de l'épargne retraite vers la dépendance et l'inclusion d'une garantie dépendance dans les complémentaires santé.

Un rapport d'étape du Sénat sur la construction du cinquième risque envisage comme source de financement de la Sécurité Sociale, l'élévation de la taxe des stocks options et des « parachutes dorés » ou encore une taxation indirecte de l'ensemble des revenus indirects du travail. Ce même rapport met en garde le gouvernement contre les dérives et les dangers, identifiés par la commission, de certaines solutions envisagées. La récupération sur succession pourrait être à l'origine du refus de demandes d'aide des éventuels bénéficiaires en vue de préserver l'héritage, ou au contraire l'organisation de la part du bénéficiaire de son insolvabilité avec des donations précédant sa souscription à l'APA (Vasselle, 2008)⁴⁸.

La hausse de la CSG des retraités, la création d'une deuxième journée de solidarité ou l'extension aux non salariés de l'actuelle journée de solidarité ont également été évoquées.

Le vieillissement représente un coût croissant pour la société. La prise en charge des personnes dépendantes avec la progression constante des maladies neurodégénératives représente une charge financière pour l'Etat. Le défi qui nous est lancé est de transformer en croissance précisément ce qui est aujourd'hui une charge nette pour la société.

La prévention est une affaire de toute une vie et ne doit pas commencer à partir de 65 ans. Face à la problématique de la dépendance, la prévention doit être abordée pour que des mesures soient développées et ainsi préserver au maximum le capital santé des individus.

2.4- Prévenir la dépendance

En 2010, les politiques de prévention en France ne représentaient que 7 % du total des dépenses de santé, soit 10,5 milliard d'euros. L'enjeu financier est majeur dans un pays où le système de soins est encore trop souvent curatif. L'Assemblée des Départements de France estime qu'une bonne prévention de la dépendance en France permettrait à terme d'économiser 10 milliards d'euros (Assemblée des Départements de France, 2011)⁴⁹.

La définition d'une politique de prévention efficace est complexe car déterminée par plusieurs facteurs comme nous l'avons vu précédemment :

- Les facteurs individuels (socio-style, habitus, ressources, logement, relations sociales, capital culturel ...)
- Les facteurs collectifs (environnement, lieu de vie, moyens de locomotion, aménagements, services).

Par ailleurs, la prévention de la dépendance des personnes âgées doit être appréhendée de manière globale pour être mise en œuvre tout au long d'une vie.

La prévention repose en grande partie sur l'éradication des facteurs de risques d'un grand nombre de pathologies. Cela requiert un travail d'éducation centré sur l'hygiène de vie. L'enseignement de la prévention doit être effectué tout au long de la vie, dès l'école primaire, en passant par le secondaire, l'université et le milieu professionnel. En effet c'est dès le plus jeune âge que l'on préserve son capital vasculaire, osseux, cognitif ... A terme, l'objectif est d'améliorer la culture sanitaire des français et de faire évoluer de façon durable les comportements au quotidien. L'urgence est de cibler ces politiques de prévention et de promotion de la santé vers les populations les plus modestes, pour réduire les inégalités de chances d'une vie en bonne santé.

Le temps alloué à l'enseignement de la prévention doit également aborder et sensibiliser les français à l'intérêt du traitement précoce. Ne pas attendre pour traiter un symptôme, un syndrome ou une pathologie est le plus souvent bénéfique pour le capital santé de demain de chaque français. Par exemple, un diabète pris en charge précocement et bien équilibré prévient l'apparition des complications portant atteinte à l'autonomie du patient à plus ou moins long terme.

L'enseignement de la prévention doit insister premièrement sur l'amélioration du style de vie et deuxièmement sur l'amélioration de la prise en charge médicale de chacun.

En effet, la réduction de l'incidence d'un grand nombre de pathologies passe par une nutrition équilibrée, une activité physique régulière, une stimulation mentale et sociale prolongée. Ces éléments jouent un rôle moteur dans la prévention de la dépendance. En outre, prévenir les carences médicales permet de s'affranchir ou de retarder l'apparition de complications invalidantes comme l'insuffisance cardiaque ou l'ostéoporose. Un dépistage systématique de la dépendance pourrait également être effectué auprès des seniors et ainsi prévenir les situations d'urgence par la mise en place d'un suivi personnalisé et adapté aux profils des bénéficiaires.

Enfin, la position du médecin généraliste comme éducateur et acteur majeur de la prévention doit être consolidée. C'est par exemple chez le médecin généraliste que les bonnes habitudes peuvent être enseignées. C'est aussi chez lui que des dépistages peuvent être effectués et une prise en charge précoce optimisée.

La France s'est d'ores et déjà engagée dans une politique publique de prévention avec notamment le plan « bien vieillir » dont les objectifs sont (Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la vie Associative, 2007)⁵⁰ :

- Des stratégies de prévention des maladies chroniques ;
- L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et de leur environnement collectif et individuel ;
- Favoriser la participation des seniors à la vie sociale, culturelle et artistique ;
- Consolider les liens intergénérationnels.

Cependant, pour mener à bien cette politique publique globale de prévention, il faudra revoir le système de santé français, encore trop centré sur le curatif. Ce recentrage des préoccupations sur la prévention au niveau local nécessitera une volonté politique forte.

Conclusion

Pendant les quarante prochaines années, la France va voir sa population vieillir. Vivre plus longtemps, en bonne santé et à domicile n'est pas uniquement une affaire de médecine. En effet, notre étude a cherché à identifier l'ensemble des enjeux sous-jacents à l'augmentation du nombre de seniors. Qu'ils soient sociaux, médicaux, économiques ou encore politiques, l'ensemble de ces enjeux doit être pris en considération lors de l'élaboration des solutions de demain.

Tout au long de cette étude, il a été démontré la nécessité d'aborder le vieillissement dans une dimension plus globale, et, ainsi, permettre à la filière gérontologique de voir réellement le jour. Tendre vers une prise en charge optimisée des seniors, implique la mise en place d'une coordination efficiente entre le médico-social et le sanitaire. Elle implique également la définition de parcours de soins adaptés, quel que soit le statut de la personne âgée.

Développer, adapter et surtout faire connaître l'offre de soins et de services en faveur du maintien à domicile est essentiel à une politique publique d'accompagnement des personnes âgées. Répondre aux attentes des français, c'est aussi leur fournir toutes les informations relatives à la filière gérontologique, notamment en termes de disponibilité et d'accessibilité financière des différentes offres.

Dans un contexte de déficit public majeur et de hausse des dépenses de santé liées au vieillissement, le financement de la dépendance suscite l'intérêt de tous. Les réflexions sur les politiques de santé publique et le financement du vieillissement se doivent d'être achevées et mises en place au plus vite, et ce, pour préserver le budget de l'Etat, des départements et des français. Attendue pour le début d'année 2012, la réforme de la dépendance devrait prévoir la création d'un cinquième risque de la protection sociale.

L'augmentation des générations retraitées, aux dépens des générations actives, impactera notre système de soins et son économie. Cependant, avec un taux de fécondité élevé, la France peut espérer rétablir un ratio actif-retraité favorable au financement de la dépendance.

L'équilibre de notre système de soins, encore trop curatif, doit être rétabli au profit de la prévention. Préserver le capital santé de tous les français requiert la mise en place d'une politique de prévention globale dès le plus jeune âge ou encore la mise en place d'une consultation gériatrique systématique à partir de 65 ans.

Enfin, le vieillissement de la population ne doit plus être considéré comme une atteinte aux finances publiques, mais comme un réel levier de croissance économique, de par le nombre de secteurs d'activités concernés par la prise en charge globale du sujet âgé. La France, comme bon nombre de pays européens concernés par le vieillissement, peut capitaliser sur l'expérience du Japon, pays où la population est la plus âgée au monde.

Répondre aux enjeux du vieillissement nécessite une approche pluridisciplinaire. Ministère de la santé, associations, agences régionales de santé (ARS), élus locaux et bien-sûr, professionnels de la Santé : tous ont un rôle à jouer.

Bibliographie

¹ Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, octobre 2010, INSEE Première, « Projection population à l'horizon 2060 », n°1320.

² Sanofi Aventis France, 2 juin 2010, Travaux et schémas issus d'un board d'experts Sanofi Aventis France.

³ INSEE, 2007, Animation de l'évolution de la pyramide des âges en France de 1901 à 2060, www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/projpop0760/dd/pyramide/pyramide.htm.

⁴ INSEE, janvier 2009, Estimation de population (résultat provisoires arrêtés fin 2008, mis à jour en janvier 2009), Champ France métropolitaine.

⁵ Nathalie Blanpain, octobre 2010, INSEE première, 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ?, n°1319.

⁶ Konstantinos Giannakouris, 2008, Eurostat, Ageing characterises the demographic perspectives.

⁷ INSEE, 2010, Estimation de population et statistiques de l'état civil.

⁸ Jouglu E, Pavillon G, Le Toullec A et al, 2000, Disparités du niveau de la mortalité des personnes de plus de 64 ans dans les pays de l'Union Européenne, BEH 5-6 : 39-42.

⁹ Bernard Ennuyer, 12/11/2003, Les malentendus de la dépendance, site archive du centre ressources en sciences médico-sociales d'Ile-de-France.

¹⁰ Journal Officiel, 25/01/1997, Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées, par l'instauration d'une prestation spécifique dépendance.

¹¹ Michel Duée, Cyril Rebillard, avril 2004, INSEE, Document de travail de la Direction des Etudes et Synthèses Economiques, La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme.

¹² André Trillard, Sénateur de Loire Atlantique, Juin 2011, Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées.

¹³ Clotilde Debout, avril 2010, DREES, Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007, Etudes et résultats, n°724.

¹⁴ Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 27 juin 2006, Plan solidarité - grand âge, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille : 1-39.

¹⁵ Michel Duée, Cyril Rebillard, 2006, Données sociales : la société française, La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040.

¹⁶ Données IMS-DOREMA, 2009.

¹⁷ Baromètre santé, 2000, Résultats, volume 2.

¹⁸ Etude ad hoc Kantar Health, octobre 2009, la prise en charge des 75 ans et plus, opinions et habitudes des médecins généralistes.

¹⁹ INSEE, Enquête HID (Handicaps-incapacités-dépendances), 1998 – 2002.

²⁰ Margot Perben, Décembre 2005, DREES, L'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 30 septembre 2005, n° 452.

²¹ Yves Morvan, Avril 2008, Rapport d'étude TNS healthcare, Prise en charge des 75 ans et plus par les MG en France.

²² Virginie Christel, 2006, Trajectoires résidentielles des personnes âgées, Données sociales, La société Française, 6 : 525-529.

²³ Organisation des Nations Unies (ONU), division des statistiques « World population ageing 2009 », décembre 2009, Economic and social Affairs, Population division, Nations Unies.

²⁴ Romain Geiss, juin 2008, Le Japon fait du vieillissement un moteur de croissance, Constructif, n°20.

²⁵ Laurence Assous, Ronan Mahieu, novembre 2001, DREES, Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale.

²⁶ INSEE, 2010, Bilan démographique, champ : France.

²⁷ Avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie du 22 avril 2010 : Vieillesse, longévité et Assurance Maladie.

²⁸ Denis Raynaud, février 2005, DREES, Les déterminants individuels de dépenses de santé, n° 378.

²⁹ Valérie Rosso-Debord, Députée, Assemblée Nationale le 23 juin 2010, Rapport d'informations sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

³⁰ Fabrice Heyries, 5 octobre 2011, Les 31èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, L'action gouvernementale et le financement de la dépendance.

³¹ Clotilde Debout, juillet 2010, DREES, Durée de perception de l'APA.

³² DREES, 1^{er} juin 2011, Enquête trimestrielle sur l'APA de la DREES auprès des conseils généraux, n°2.

³³ Aude Lécroart, septembre 2011, DREES, Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060.

³⁴ Joel Cossardeaux, Article du 7 février 2011, mis à jour le 25 août 2011, Les départements accusent le choc du vieillissement, Les Echos.fr.

³⁵ Les Echos.fr, article du 22 août 2011, la réforme de la dépendance.

³⁶ Service-Public.fr, le site officiel de l'administration française.

³⁷ Clotilde Debout, juin 2010, DREES, Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA, n°730.

³⁸ DREES/BVA, janvier 2009, Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité.

³⁹ Etienne Lefebvre, article du 18 mai 2011 et mis à jour le 23 mai 2011, Les Echos.fr.

⁴⁰ Luc Barthélémy, et al, mai-juin 2009, INPES, La santé de l'homme, Promouvoir la santé des personnes âgées, n°401.

⁴¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1999, Glossaire de la promotion de la santé.

⁴² Fédération des Associations des Services de Soins A Domicile des Hauts de Seine (FASSAD 92).

⁴³ TNS SOFRES, février 2005, Les Français et le grand âge.

⁴⁴ TNS SOFRES, 26 avril 2011, Les français et le grand âge.

⁴⁵ www.telegeria.fr, 2011.

⁴⁶ Groupe Pasteur Mutualité, novembre 2010, L'intérêt de Français pour la télémédecine.

⁴⁷ Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes handicapées et à la Famille, juin 2006, Plan Solidarité Grand Age.

⁴⁸ Alain Vasselle, 2008, Rapport d'information du Sénat, n°447.

⁴⁹ Assemblée des Départements de France, mai 2011, 55 propositions pour relever le défi de la perte d'autonomie, www.departement.org.

⁵⁰ Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la vie Associative, janvier 2007, Plan National « Bien vieillir » 2007 – 2009.

Annexes

Annexe 1 : Centre local d'information et de coordination (CLIC).

Un CLIC est un lieu d'accueil, d'informations, de coordination pour les personnes âgées et leur entourage, les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Les principales missions des CLIC sont directement liées au label du centre.

Niveau 1 : □ informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux.

Niveau 2 : □ informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux, □ évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention.

Niveau 3 : □ informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux, □ évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner □ assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner.

Il y a en France 552 CLIC répartis sur toute la France entière.

Il y a 129 CLIC de niveau 1, 90 de niveau 2 et 333 de niveau 3

Source : Ministère de la santé et des sports – site internet clic-info.personnes-agees.gouv.fr

Annexe 2 : Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

□□

L'APA est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, résidant en France, qui se trouvent dans l'incapacité d'assumer les conséquences de la perte d'autonomie liée à leur état physique ou mental. □ L'APA concerne les personnes âgées vivant à domicile ou hébergées en établissement. L'APA est gérée par le Conseil Général. □□

L'APA concerne les personnes classées dans les groupes 1 à 4 de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) qui en compte 6. □□

Pour déterminer le montant de l'APA, il est tenu compte des ressources du demandeur, ainsi que celles de son conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS). □

L'APA est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus qui se trouvent dans l'incapacité d'assumer les conséquences de la perte d'autonomie liée à leur état physique ou mental. Elle concerne les personnes âgées vivant à leur domicile ou en établissement.

L'APA à domicile est une prestation en nature destinée à financer les aides matérielles (téléalarme, articles d'hygiène ...) et les interventions des services d'aide à domicile ou des employés de maison auxquelles les personnes ont recours pour faire face à leur perte d'autonomie. □ Ces aides et ces interventions sont soumises à l'examen de la Commission APA par une équipe médico-sociale qui procède à une évaluation du besoin d'aide au domicile de la personne âgée et établit un plan d'aide. □ Ce plan d'aide est individualisé et personnalisé. □□

Selon le plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale, l'APA peut financer : □

- Les prestations réalisées par des associations ou organismes d'aide à domicile agréés □ ;
- La rémunération du ou des salariés employés par la personne âgée (à l'exclusion du conjoint, concubin ou personne avec laquelle elle a conclu un PACS) □ ;
- Certaines aides matérielles (téléalarme, articles d'hygiène ...) directement liées à la perte d'autonomie.

Selon les revenus de la personne âgée, le plan d'aide est intégralement ou partiellement financé par l'APA. A partir de 710,31 € de revenus par mois, une participation financière est

laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA. Cette participation varie en fonction des revenus pour atteindre 90 % du coût du plan d'aide à partir de 2 830,63 € de revenus. □ □

L'APA en établissement est destinée à financer, pour les personnes âgées relevant des GIR 1 à 4, le tarif dépendance facturé par l'établissement d'accueil.

L'APA ne couvre pas les dépenses d'hébergement et de soins.

Source : Site internet du Conseil Général de La Moselle - www.cg57.fr

Annexe 3 : Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie est un établissement public créée par la loi du 30 juin 2004.

La CNSA est en charge de la répartition des moyens financiers en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Elle concourt à l'égalité des traitements sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps. Enfin, elle assure une mission de suivi de la qualité du service rendu aux personnes.

Les ressources proviennent de la journée de solidarité, de l'Assurance Maladie et d'une partie de la contribution sociale généralisée.

Source : Site internet de la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie - www.cnsa.fr

Annexe 4 : Groupe Iso Ressources (GIR).

Le Groupe Iso Ressources (GIR) est déterminé à domicile par l'équipe médico-sociale composée d'un travailleur social et d'un médecin du Conseil Général. En établissement, il est déterminé par l'établissement en lien avec le médecin du Conseil Général. Les GIR sont révisés chaque année.

Les personnes les plus dépendantes : GIR I et II

Le GIR I : il comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR II : il est composé de deux sous-groupes :

- D'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
- D'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs"). La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente.

Le GIR III : il regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination, tant fécale qu'urinaire.

Le GIR IV comprend deux sous-groupes :

- D'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillement. La plupart s'alimentent seules ;
- D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

Les personnes qui ne peuvent obtenir l'APA :

Le GIR V est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

Le GIR VI regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

Source : Site internet du Conseil Général de La Moselle - www.cg57.fr

Annexe 5 : Répartition des CLIC sur le territoire français.

N° dép	Département	Région	Nombre de CLIC		
			installés	prévus dans le schéma	installés/prévus %
01	AIN	RHONE-ALPES	6	8	75,00%
02	AISNE	PICARDIE	14	10	140,00%
03	ALLIER	AUVERGNE	3	3	100,00%
04	ALPES DE HAUTE PROVENCE	PROVENCE-ALPES- COTE D'AZUR	3	6	50,00%
05	HAUTES-ALPES	PROVENCE-ALPES- COTE D'AZUR	1	1	100,00%
06	ALPES-MARITIMES	PROVENCE-ALPES- COTE D'AZUR	11	11	100,00%
07	ARDECHE	RHONE-ALPES	0	6	0,00%
08	ARDENNES	CHAMPAGNE-ARDENNE	2	4	50,00%
09	ARIEGE	MIDI-PYRENEES	11	11	100,00%
10	AUBE	CHAMPAGNE-ARDENNE	4	6	66,67%
11	AUDE	LANGUEDOC- ROUSSILLON	5	5	100,00%
12	AVEYRON	MIDI-PYRENEES	0	4	0,00%
13	BOUCHES-DU-RHONE	PROVENCE-ALPES- COTE D'AZUR	10	14	71,43%
14	CALVADOS	BASSE-NORMANDIE	2	6	33,33%
15	CANTAL	AUVERGNE	3	6	50,00%
16	CHARENTE	POITOU-CHARENTES	0	6	0,00%
17	CHARENTE-MARITIME	POITOU-CHARENTES	7		
18	CHER	CENTRE	2		
19	CORREZE	LIMOUSIN	5	11	45,45%
21	COTE-D'OR	BOURGOGNE	8		
22	COTES-D'ARMOR	BRETAGNE	9	9	100,00%
23	CREUSE	LIMOUSIN	4	5	80,00%
24	DORDOGNE	AQUITAINE	5	6	83,33%

25	DOUBS	FRANCHE-COMTE	5		
26	DROME	RHONE-ALPES	4	8	50,00%
27	EURE	HAUTE-NORMANDIE	2	10	20,00%
28	EURE-ET-LOIR	CENTRE	1	5	20,00%
29	FINISTERE	BRETAGNE	24		
2A	CORSE-DU-SUD	CORSE	2	4	50,00%
2B	HAUTE-CORSE	CORSE	4		
30	GARD	LANGUEDOC-ROUSSILLON	12	12	100,00%
31	HAUTE-GARONNE	MIDI-PYRENEES	4		
32	GERS	MIDI-PYRENEES	5	5	100,00%
33	GIRONDE	AQUITAINE	5	12	41,67%
34	HERAULT	LANGUEDOC-ROUSSILLON	8	11	72,73%
35	ILLE-ET-VILAINE	BRETAGNE	14	14	100,00%
36	INDRE	CENTRE	1	1	100,00%
37	INDRE-ET-LOIRE	CENTRE	3	7	42,86%
38	ISERE	RHONE-ALPES	1	13	7,69%
39	JURA	FRANCHE-COMTE	4	6	66,67%
40	LANDES	AQUITAINE	2	5	40,00%
41	LOIR-ET-CHER	CENTRE	3	8	37,50%
42	LOIRE	RHONE-ALPES	7	11	63,64%
43	HAUTE-LOIRE	AUVERGNE	0		
44	LOIRE-ATLANTIQUE	PAYS DE LA LOIRE	15	18	83,33%
45	LOIRET	CENTRE	7		
46	LOT	MIDI-PYRENEES	6	6	100,00%
47	LOT-ET-GARONNE	AQUITAINE	1		
48	LOZERE	LANGUEDOC-ROUSSILLON	1	1	100,00%
49	MAINE-ET-LOIRE	PAYS DE LA LOIRE	10	10	100,00%

50	MANCHE	BASSE-NORMANDIE	6	9	66,67%
51	MARNE	CHAMPAGNE-ARDENNE	7	7	100,00%
52	HAUTE-MARNE	CHAMPAGNE-ARDENNE	2	3	66,67%
53	MAYENNE	PAYS DE LA LOIRE	9	7	128,57%
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	LORRAINE	6	7	85,71%
55	MEUSE	LORRAINE	1	4	25,00%
56	MORBIHAN	BRETAGNE	5	5	100,00%
57	MOSELLE	LORRAINE	11	11	100,00%
58	NIEVRE	BOURGOGNE	3	3	100,00%
59	NORD	NORD-PAS DE CALAIS	16	30	53,33%
60	OISE	PICARDIE	4		
61	ORNE	BASSE-NORMANDIE	5		
62	PAS-DE-CALAIS	NORD-PAS DE CALAIS	8	9	88,89%
63	PUY-DE-DOME	AUVERGNE	7	7	100,00%
64	PYRENEES-ATLANTIQUES	AQUITAINE	7	11	63,64%
65	HAUTES-PYRENEES	MIDI-PYRENEES	6	6	100,00%
66	PYRENEES-ORIENTALES	LANGUEDOC-ROUSSILLON	1		
67	BAS-RHIN	ALSACE	4	15	26,67%
68	HAUT-RHIN	ALSACE	4	14	28,57%
69	RHONE	RHONE-ALPES	6	13	46,15%
70	HAUTE-SAONE	FRANCHE-COMTE	2	5	40,00%
71	SAONE-ET-LOIRE	BOURGOGNE	9	9	100,00%
72	SARTHE	PAYS DE LA LOIRE	13	15	86,67%
73	SAVOIE	RHONE-ALPES	4	7	57,14%
74	HAUTE-SAVOIE	RHONE-ALPES	1	7	14,29%
75	PARIS	ILE DE FRANCE	15		
76	SEINE-MARITIME	HAUTE-NORMANDIE	12	20	60,00%

77	SEINE-ET-MARNE	ILE DE FRANCE	4	10	40,00%
78	YVELINES	ILE DE FRANCE	11	11	100,00%
79	DEUX-SEVRES	POITOU-CHARENTES	6	6	100,00%
80	SOMME	PICARDIE	0	10	0,00%
81	TARN	MIDI-PYRENEES	4		
82	TARN-ET-GARONNE	MIDI-PYRENEES	3		
83	VAR	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	9	12	75,00%
84	VAUCLUSE	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	7	8	87,50%
85	VENDEE	PAYS DE LA LOIRE	12	12	100,00%
86	VIENNE	POITOU-CHARENTES	7	7	100,00%
88	VOSGES	LORRAINE	6	9	66,67%
89	YONNE	BOURGOGNE	5	5	100,00%
90	TERRITOIRE DE BELFORT	FRANCHE-COMTE	1	1	100,00%
91	ESSONNE	ILE DE FRANCE	10		
92	HAUTS-DE-SEINE	ILE DE FRANCE	9	17	52,94%
93	SEINE-SAINT-DENIS	ILE DE FRANCE	6		
94	VAL DE MARNE	ILE DE FRANCE	4	7	57,14%
95	VAL D'OISE	ILE DE FRANCE	3	11	27,27%
9A	GUADELOUPE	GUADELOUPE	1	5	20,00%
9B	MARTINIQUE	MARTINIQUE	1	5	20,00%
9C	GUYANE	GUYANE	1		
9D	LA REUNION	LA REUNION	2	4	50,00%
	France	TOTAL	552		

Nom – Prénom : Le Roux Hugues-Olivier

Titre de la thèse :

Vieillesse de la population française : enjeux et réflexions autour de la filière gériatrique

Résumé de la thèse :

Au cours des quarante prochaines années, le vieillissement de la population française impactera de manière considérable notre système de soins et son financement. Ainsi, la prise en charge du nombre croissant de personnes âgées et de leurs éventuelles dépendances constitue l'un des défis majeurs du XXI^{ème} siècle.

Répondre aux enjeux sous-jacents du vieillissement de la population requiert une approche globale et transverse menée par l'ensemble des acteurs de la filière. Les solutions sociales, médicales, technologiques et de politique publique seront les clés d'une prise en charge optimisée, économiquement viable et moteur de la croissance.

MOTS CLES

**SUJET AGE – COORDINATION MEDICO-SOCIALE – FILIERE GERONTOLOGIQUE –
DEPENDANCE – FINANCEMENT – PREVENTION**
