

AVIS SUR LA SANTE ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Adopté en séance plénière le 5 juin 2008

Introduction

Sur proposition du Docteur Bruno Lascols, membre du Conseil de développement, notre instance s'est autosaisie du thème de la santé et du vieillissement de la population. L'organisation de cinq soirées d'auditions a permis de nourrir la réflexion (personnes auditionnées en annexe 1), suscitée par l'examen des données diverses sur cette problématique.

La population française vieillit : la génération du baby boom est devenue la génération du papy boom et l'espérance de vie progresse. L'Alsace n'échappe pas au vieillissement de sa population. L'approche de cette thématique est large et fortement liée à d'autres problématiques majeures dans le domaine de la santé telles que la démographie médicale (toute une génération de médecins va partir en retraite) ou l'organisation de la permanence des soins.

Prenant conscience des conséquences de ce phénomène (en matière de dépendance, de services aux personnes âgées,..), les pouvoirs publics et les collectivités territoriales ont commencé à apporter des réponses, telles que :

- Un plan solidarité Grand Age sur la période 2007-2012 mis en place par l'Etat
- Un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire dit de « 3ème génération » (définition en annexe 2) sur la période 2006-2011. L'Alsace Centrale fait partie d'un territoire de santé qui compte trois zones de proximité : Sélestat-Obernai, Colmar, Guebwiller.
- Un Plan Régional de Santé Publique dont l'un des objectifs est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées
- Un plan d'actions 2004 - 2008 en faveur des personnes âgées mis en place par le Conseil Général du Bas-Rhin
- Un schéma gérontologique 2006-2011 élaboré par le Conseil Général du Haut-Rhin auquel se rattache un plan d'actions
- L'orientation n° 5.2 de la charte du Pays de l'Alsace Centrale rédigée comme suit : « Anticiper et accompagner le vieillissement de la population »

Le présent avis a pour objectif de décrire la réalité, de poser les enjeux et de tracer les perspectives, afin que les élus, les associations et les professionnels (..) prennent conscience de la nécessité d'intensifier leurs efforts en laissant une large place à l'innovation et à l'expérimentation.

I. ETAT DES LIEUX

1) Quelques données chiffrées sur le vieillissement de la population et la hausse de la dépendance

1.1 Situation au niveau national

- La population française vieillit (arrivée des générations du baby boom à l'âge de la retraite), la durée de vie s'allonge, ce qui va inverser la pyramide des âges. En 1950, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 11,4 % de la population. En 2050, elles représenteront 26,2 % de la population.

- L'estimation de la part des « 85 ans et plus » est d'environ 6% pour 2050. Une personne de « 85 ans et plus » effectue 9 fois plus de dépenses de santé qu'une personne âgée de 20 à 24 ans.

- 12% des « plus de 75 ans » vivent en institution (4% en Italie).

Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050

En % Année	0 – 19 ans	20 – 59 ans	60 – 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans et plus
1950	30,1 %	53,7 %	4,8%	7,6%	3,8%
1990	27,8 %	53,2 %	5,1%	7,1%	6,8%
2000	25,6%	53,8%	4,6%	8,8%	7,2%
2025	23,1%	49%	6,2%	11,2%	10,5%
2050	21,9%	46,2%	5,7%	10,6%	15,6%

Source : INSEE

- En France, en 1999, l'espérance de vie à la naissance était de 75,1 ans pour les hommes et de 82,5 ans pour les femmes. A 60 ans, un homme a encore 20,2 années à vivre en moyenne et une femme 25,3 années. Les projections Insee pour 2050 font état d'une espérance de vie à la naissance pour les hommes de 83,8 ans et de 89 ans pour les femmes.

1.2 Données sur le vieillissement et la dépendance : au niveau de l'Alsace et du Bas-Rhin

- Chiffres liés au vieillissement

- Espérance de vie : en Alsace, en 1999, l'espérance de vie à la naissance est de 75 ans pour les hommes et de 81,6 ans pour les femmes. A 60 ans, elle est de 19,3 pour les hommes et de 24,3 pour les femmes (*source Insee*). En Alsace comme en France, les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

- Causes de la mortalité : en Alsace, on constate une nette surmortalité pour les hommes (+ 9%) comme pour les femmes (+ 14%) par rapport à la moyenne nationale (cette surmortalité ne s'observe néanmoins qu'après 55 ans). Cette surmortalité est due aux maladies cardiovasculaires et tend cependant à s'atténuer, du fait d'une meilleure prise en charge des facteurs de risque.

- Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans : bien que classé au 9^{ème} rang des départements les plus jeunes de France, le Bas-Rhin connaît une augmentation croissante de ses personnes âgées. Dans le Bas-Rhin, les personnes âgées de plus de 75 ans ont doublé de 1990 à 1999, soit 63 111 personnes de + de 75 ans en 1999 qui représente 6,2 % de la population totale. En 1999, 18 996 personnes étaient âgées de 85 ans et plus dans le Bas-Rhin.

- La hausse de la dépendance

La hausse de la dépendance est une conséquence directe de la hausse de l'espérance de vie. Le Conseil Général du Bas-Rhin a réalisé un état des lieux sur ses personnes âgées et sur la hausse de la dépendance :

- En 1996, environ 7 600 personnes souffraient d'une dépendance physique lourde (personnes ayant besoin d'une aide pour la toilette et l'habillement, définition du GIR en annexe)
- Entre 2000 et 2020, le nombre de 75 ans ou plus devrait augmenter de 43% pour atteindre 90 000 personnes en 2020 et celui des personnes âgées dépendantes devrait doubler. On attend 11 000 dépendants lourds à l'horizon 2020.

➤ Il faut souligner que la dépendance augmente moins vite que le nombre de personnes âgées.

1.3 Au niveau de l'Alsace Centrale

- Les données chiffrées de l'ORSAL (Observatoire Régional de la Santé en Alsace) montrent que l'Alsace Centrale est dans la moyenne alsacienne au niveau des déterminants de santé (mortalité, espérance de vie,...)

- En Alsace Centrale en 1999, les + de 75 ans représente 6,6 % de la population totale tandis qu'en France cette tranche représente 7,2 %. Dans le Bas-Rhin, ceux-ci représentent 6,15% de la population totale.

- Le vieillissement est plus marqué à l'ouest du Pays (Val d'Argent, Val de Villé, Piémont).

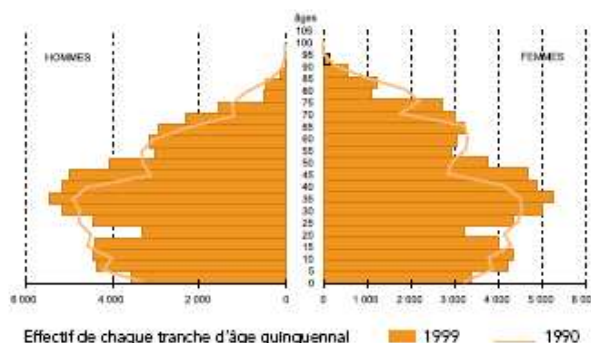
- Evaluation du nombre de personnes dépendantes en 2020 en Alsace Centrale :

En 2025, la part des personnes âgées et plus devrait représenter 10,5 % de la population totale. En Alsace Centrale, les personnes âgées de 75 ans et plus devraient avoisiner les 13 600 personnes. Si on applique le ratio de 12 % de personnes dépendantes (cf rapport de 11 000 dépendants lourds sur 90 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2020 dans le Bas-Rhin), cela donnerait environ 1 600 dépendants lourds à l'horizon 2020 en Alsace Centrale.

Structure par âge de la population en 1999

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble	63 431	100,0	64 931	100,0
0 à 14 ans	12 352	19,5	11 913	18,3
15 à 29 ans	12 160	19,2	11 536	17,8
30 à 44 ans	15 733	24,8	15 134	23,3
45 à 59 ans	12 047	19,0	11 347	17,5
60 à 74 ans	8 403	13,2	9 275	14,3
75 à 94 ans	2 707	4,3	5 598	8,6
95 ans ou plus	29	0,0	128	0,2

Pyramide des âges en Alsace Centrale



Source : charte de pays, INSEE, recensements de la population, 1990 : exploitation exhaustive, 1999 : exploitation principale

2. Quelques données chiffrées sur la démographie médicale et état des lieux des structures et « réseaux » en place

2.1 Quelques éléments sur la démographie médicale

- En Alsace, l'offre de soins par des médecins généralistes est plutôt satisfaisante même si leur répartition géographique est loin d'être homogène. En 2006, selon les dernières données de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), le taux est de 1 médecin pour 592 habitants en Alsace (ce taux comprend les médecins généralistes libéraux et salariés). Comparativement, en France, ce taux est de 1 médecin pour 602 habitants.

- En Alsace Centrale, on compte 129 médecins généralistes libéraux pour 130 000 habitants soit 1 médecin pour environ 1 000 habitants (recensement ADAC janvier 2005).

Les communautés de communes les mieux pourvues sont celles de Sélestat (1 médecin pour 853 habitants), du Piémont de Barr (1 médecin pour 920 habitants), et de Marckolsheim (1 médecin pour 975 habitants).

La plupart des médecins spécialistes sont concentrés sur Sélestat : on compte 5 ophtalmologues dont 3 à Sélestat (1 à Erstein et 1 à Benfeld), 2 neurologues à Sélestat, 7 cardiologues dont 3 à Sélestat, 3 à Erstein et 1 à Sainte Marie aux Mines.

- Une soixantaine d'infirmiers libéraux couvre le Pays de l'Alsace Centrale (570 infirmiers libéraux dans le Bas-Rhin). L'offre libérale de soins infirmiers est insuffisante. Toutefois en intégrant les centres de soins infirmiers ainsi que les infirmiers salariés, la situation est plus favorable, la densité régionale dépassant légèrement la densité nationale.

2.2 Structures et réseaux en place

- Structures de coordination :

○ L'ESpace d'Accueil Senior (instance de proximité relevant du Conseil Général du Bas-Rhin) dont les missions sont les suivantes : lieu d'accueil et d'information pour les seniors et leur entourage, lieu ressource pour tous les professionnels du champ gérontologique, les acteurs locaux, les aidants familiaux, lieu de coordination gérontologique autour de l'utilisateur : l'ESPAS mobilise et coordonne les différents intervenants autour du senior, lieu de veille et d'observation gérontologique. L'ESPAS met également en place des actions en direction des acteurs locaux, des professionnels, des seniors, des familles sous forme de rencontres thématiques, par le biais de conférence (ex : conférence sur Alzheimer), d'actions de soutien aux aidants familiaux.

2 permanences d'accueil par semaine ont été mises en place à Sélestat et une permanence délocalisée à Erstein une fois toutes les 2 semaines.

Dans le cadre de cette fonction d'accueil : 45% des demandes relèvent du maintien à domicile, 1/3 des demandes relève de l'accès aux droits et 16% de l'hébergement.

○ Les GEF (Groupement d'Exercice Fonctionnel) ont comme rôle de favoriser les contacts et la formation entre professionnels de santé libéraux et regroupent médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes (etc). 2 GEF fonctionnent et se réunissent régulièrement en Alsace Centrale : il s'agit des GEF de Villé et Marckolsheim. Ils permettent de développer le travail en réseau et constituent un interlocuteur de choix pour les collectivités locales.

- Structures intervenant dans le champ des services à la personne : actuellement 7 structures ayant un agrément qualité (c'est-à-dire autorisées à intervenir auprès des personnes âgées dépendantes) interviennent actuellement en Alsace Centrale (zone bas-rhinoise). Au niveau du Bas-Rhin, il existe 48 structures ayant un agrément qualité.

- Hôpitaux publics

L'hôpital de Sélestat (750 agents) est considéré, dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), comme le « Centre hospitalier référent » d'Obernai et de Sainte-Marie-aux-Mines. Un partenariat existe en outre avec l'hôpital de Colmar en complément de l'offre Sélestadienne.

L'hôpital de Sélestat a mis en œuvre un projet de filière gériatrique. Il compte 108 lits de gériatrie dont 60 d'unités de soins longue durée, 45 lits de cure médicale et 3 lits pour l'hébergement.

Un hôpital de jour pour personnes âgées, géré par l'UGECAM (union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance-maladie d'Alsace) est également implanté à Sélestat.

L'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines a pris une orientation « personnes âgées » avec une unité long séjour tout comme les hôpitaux de Marckolsheim, Benfeld, Barr et Erstein.

A noter : le volet « personnes âgées » du SROS est actuellement en cours de révision.

- Les différentes structures d'hébergement en Alsace Centrale

Type d'établissement en Alsace Centrale	Nombre	Capacité
Zone bas-rhinoise de l'Alsace Centrale		
Foyer-logement	6	244 studios ou petits logements *
Maison de retraite	16	842
Hébergement temporaire	6	17
Soins de longue durée	6	258
Unités Alzheimer	2	15 lits (Sélestat) 15 lits (Rhinau) 12 lits (Barr)
Haut-Rhin (Val d'Argent)		
Maison de retraite	2	60 (Ste-Croix-aux-Mines) 55 (Ste-Marie-aux-Mines)
Soins de longue durée	1	59

Tableau réalisé par l'ADAC à partir du livret Cap seniors du CG67 « Vivre sa retraite dans le Bas-Rhin » et des données du CG68. (*) hors foyer-logement de Barr, projet de médicalisation

3. Constats issus des auditions

3.1 Constats liés au vieillissement de la population

- une volonté très nette de vivre chez soi
- l'inadaptation des logements à un handicap présent ou futur.
- la nécessité d'aides pour les déplacements (déjà pointée dans l'avis sur les déplacements de personnes)
- le souhait des aidants d'un soutien psychologique (et d'être déchargés de temps à autre)
- la nécessité d'une meilleure coordination entre les professionnels de la santé
- une insuffisance de places en structures d'accueil notamment pour personnes dépendantes
- la problématique de la tarification à l'activité dans les hôpitaux, certains patients apparaissant moins « rentables » que d'autres
- les difficultés et les risques à venir : explosion des demandes de services aux personnes liée notamment à la hausse de la dépendance, la hausse de certaines pathologies, les difficultés à trouver un hébergement,...
- une population âgée plus nombreuse dans les zones urbaines mais un vieillissement plus marqué en zone rurale
- un manque d'informations sur les aides existantes
- de nombreuses situations urgentes ne trouvent pas de réponse (listes d'attente dans les structures d'accueil...)

3.2 Constats liés à la problématique de la démographie médicale

- L'explosion démographique des personnes âgées à l'horizon 2020 va coïncider avec une chute prévisible des effectifs et une féminisation des professionnels de santé du fait :
 - o du numerus clausus restreint pendant de nombreuses années de 1970 à nos jours
 - o d'un déséquilibre croissant entre généralistes et spécialistes
 - o de la féminisation du métier : près de 60% des étudiants en médecine arrivant sur le marché sont des femmes, plus enclines à des postes salariés et à temps partiel
 - o de l'état d'esprit qui a changé chez les jeunes générations qui privilégient qualité de vie et préfèrent travailler moins, plutôt en milieu urbain, le secteur rural apparaissant contraignant (plus de travail, plus de déplacements) et où les services (commerces, services publics) disparaissent et où les distractions manquent. A cela s'ajoute le problème du nombre de jours de garde, plus élevé.

- Les difficultés à trouver du personnel qualifié (ex : places vacantes dans les maisons de retraite de Villé et de Rhinau), certains hôpitaux font appel à des médecins étrangers car ils n'arrivent pas à pourvoir les postes autrement.

3.3 Constats liés à la permanence des soins

- La permanence des soins (PDS) permet de répondre à toute demande de soins non urgente en-dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et ne pouvant être remise au lendemain. L'organisation de la PDS et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires mais la délimitation entre ces deux domaines est loin d'être claire d'où la nécessité d'une régulation des appels
- Il existe 8 secteurs de garde en Alsace Centrale : secteur Barr-Epfig, secteur de Villé, secteur de Sélestat, secteur de Ste-Marie-aux-Mines, secteur d'Erstein, secteur de Gerstheim (non régulé), secteur de Benfeld, secteur de Marckolsheim-Sundhouse. La régulation des appels se fait grâce à un n° unique d'appel départemental 03 88 11 69 00. Tout recours au service de garde doit être régulé au préalable
- Les problèmes posés : la participation à la PDS est basée sur le volontariat, l'âge croissant des médecins freine leur participation, la régulation est centralisée à Strasbourg, l'étendue géographique des secteurs freine le regroupement des secteurs souhaité par les caisses qui financent
- Les urgences de Sélestat doivent faire face à une croissance exponentielle des consultations pour la plupart ne relevant pas d'un service d'urgences. Plusieurs causes expliquent cette augmentation : agrandissement du secteur d'activité du Centre Hospitalier de Sélestat autour d'Obernai, fermeture du centre de traumatologie d'Illkirch-Graffenstaden qui engendre un report vers les urgences de Sélestat de personnes venant du secteur d'Erstein, Fegersheim, Hindisheim, Hipsheim et Limersheim, problèmes liés à la mise en place d'un n° unique (ex : au lieu d'aller au cabinet du médecin de garde, certains patients se présentent directement aux urgences).

II. REPERAGE DES PRINCIPAUX ENJEUX

L'allongement de la durée de vie est une évolution majeure de notre société. Elle doit permettre aux personnes concernées de vivre dignement cette période de la vie, et, en premier lieu, pour répondre à leur demande, de leur donner les moyens d'une autonomie qu'ils souhaitent.

C'est autour de cette idée, largement partagée, que se situent les principaux enjeux de cette évolution démographique.

1. Prévenir les pathologies et assurer un suivi médical

La maladie engendre une perte d'autonomie. Prévenir la maladie, c'est se donner les moyens d'intervenir avant l'hospitalisation, d'anticiper les conséquences des accidents de santé. Les campagnes de dépistage vont dans ce sens et permettent de prévenir les maladies avant qu'elles ne produisent leur plein effet. Les relais locaux comme les Espaces d'Accueil Seniors (ESPAS) contribuent à diffuser une information incitant les patients (ou leur entourage) à suivre les procédures de soins. La société devra poursuivre ses efforts en ce sens et on peut penser que de plus en plus de pathologies seront dépistées précocement à l'avenir. Dans le cadre actuel de l'organisation des soins, le médecin traitant apparaît comme le relais essentiel, incontournable. A cet égard, l'évolution comparée des courbes démographiques de la population et des médecins montre qu'il importe en Alsace Centrale, d'assurer la relève des praticiens actuellement en poste. Le développement d'actions de prévention des maladies doit permettre de reculer l'âge de l'espérance de vie autonome. Par ailleurs, l'entretien des capacités physiques et mentales doit pouvoir se faire aussi bien à domicile qu'en établissement.

2. Adapter l'habitat à une dégradation des capacités pour maintenir l'autonomie

Etre autonome ne signifie pas être en possession de tous ses moyens physiques, intellectuels... Avec l'âge ceux-ci déclinent nécessairement. Cela passera par une évolution de la conception des immeubles à usage d'habitation – collectif ou individuel – afin d'intégrer les besoins des personnes dont la mobilité est appelée à se réduire : cette solution de long terme ne règlera pas l'inadaptation de l'habitat existant et de son équipement : adaptation des sanitaires, accès aux pièces, appareils électroménagers sécurisés, ...sont des moyens d'y parvenir. Informer le public et l'aider à pourvoir à ces besoins en temps utile est un problème qui reste aujourd'hui à résoudre.

3. Améliorer les services d'aide à la personne

L'amélioration de l'espace de vie des personnes âgées ne sera, à l'évidence, pas suffisante. Nous en avons déjà la démonstration aujourd'hui avec l'augmentation de la population concernée. Un enjeu de taille est le développement de la qualification du personnel permettant une prise en charge de la dépendance. La question de la formation des personnels d'assistance se pose d'ores et déjà, elle se posera demain avec plus d'acuité et la collectivité se devra d'y répondre, très localement. Ces problématiques souvent permanentes, se posent aussi occasionnellement aux personnes victimes d'un accident de santé, qui, pour retrouver leurs facultés, demandent temporairement une assistance accrue. Les moyens actuels ne paraissent pas en mesure de pouvoir répondre à la demande.

4. Repenser les solidarités pour pallier à un conflit intergénérationnel

Aujourd'hui, l'évolution de la société, d'abord celle des cellules familiales, a transformé les modalités de l'assistance aux personnes âgées, et la tendance au recours à des aides quotidiennes extérieures à la famille devrait se confirmer. De surcroît, la génération « active » actuelle doit assumer plus longtemps les besoins de ses enfants, alors que son propre avenir s'obscurcit financièrement.

Pour prévenir la fracture intergénérationnelle qui se dessine, des solutions autres que financières ou techniques sont à inventer ; des pistes sont ébauchées ; en mobilisant les urbanistes, en faisant appel au système associatif, on favorisera la rencontre des générations, et la découverte des difficultés de l'autre ; la récréation du lien social apparaît comme une nécessité, à traiter localement.

III. LES PISTES DE REFLEXIONS

1. Reculer l'âge de l'espérance de vie autonome / bien vieillir à domicile

La première action pour aborder le vieillissement de la population est de conjuguer ses efforts pour reculer l'âge de l'espérance de vie sans handicap, condition requise pour vieillir sereinement à domicile : toutes les personnes âgées redoutent en effet leur mise en institution, notamment en maison de retraite.

- Développer la prévention

Les actions de prévention sont multiples et elles peuvent être du ressort des professionnels de santé :

- la prévention du cancer pour d'une part éviter leur survenue (la majorité des cancers a une cause identifiable et évitable) et d'autre part les dépister et éviter des diagnostics tardifs sources de traitements lourds et invalidants (cancers du sein, du col de l'utérus et du colon font l'objet de campagnes organisées nationales).

- La prévention doit aussi porter sur les maladies cardiovasculaires par la prise en charge précoce des facteurs de risque (tabac, cholestérol, hypertension, diabète, surcharge et sédentarité).

- Des organismes de retraite et d'assurance (ex : la MSA) sont également acteurs dans ce champ de la prévention comme pour les ateliers mémoire et équilibre permettant de prévenir les conséquences du vieillissement cérébral et physique.

- Des actions de prévention peuvent être pratiquées/mises en place par des personnes bénévoles (ex : associations de retraités).

- L'ESPAS organise des conférences sur Alzheimer, la dénutrition ; la basse vision, l'aide aux aidants.

- Mieux informer les personnes âgées

L'information des personnes âgées et des personnels intervenant auprès d'elles doit porter sur les offres de services existantes, sur les aides financières mobilisables : les ESPAS (Espace d'Accueil Seniors) ou les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) couvrent des territoires trop vastes et devraient se rapprocher des communautés de communes en décentralisant leurs guichets d'information.

L'échelle locale (communes – communautés de communes) est une bonne échelle pour réaliser ce travail d'information. Les communes et les communautés de communes disposent d'outils de communication permettant de faire passer des messages et elles connaissent de manière fine leur population.

- Développer des actions visant à maintenir le lien social et à vaincre l'isolement

A l'avenir, les possibilités d'accueil et/ou d'assistance à domicile resteront limitées, des actions de prévention et d'accompagnement sont à imaginer pour permettre aux personnes âgées de rester à leur domicile, comme elles le souhaitent majoritairement. Des actions ponctuelles de type ateliers mémoire, équilibre ne sont pas suffisantes. Le maintien du lien social et la lutte contre l'isolement constituent donc le troisième objectif, en développant les lieux de rencontre type accueil de jour, maisons des aînés, clubs de personnes âgées dans les bourgs-centre, et en proposant des moyens de transport adéquates et bon marché pour pallier aux difficultés de déplacement (exemple de Taxi-Val dans le Val de Villé partenariat entre une communauté de communes et des transporteurs). Il est fondamental que les personnes âgées se sentent maintenues dans le tissu social et puissent trouver auprès des communes ou des associations de bénévoles un soutien (création d'associations, mise à disposition de locaux, aides financières).

- L'adaptation de l'habitat

L'adaptation de l'habitat à la personne âgée et/ou handicapée est un énorme challenge : il faut sensibiliser les architectes et les professionnels de l'habitat à ses exigences particulières lors de la construction ou de la réhabilitation des logements et mieux faire connaître les aides et conseils en la matière : l'ANAH (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat) et ses délégations sont là pour informer et aider pour adapter l'habitat au grand âge.

Les alternatives suivantes pourraient se développer :

- o L'implantation d'appartements pour seniors à proximité de commerces et de services (exemple à Kogenheim d'une réhabilitation d'une ferme au centre du village avec mélange de jeunes et de seniors, de familles et de personnes vivant seules, soit une mixité intergénérationnelle),
- o L'implantation d'appartements incluant l'intervention d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie (projet à Sélestat d'appartements pour personnes âgées avec intervention d'auxiliaires de vie)
- o Implanter les logements à proximité de maisons de retraite avec mutualisation des moyens en personnel et en services de restauration, blanchisserie, d'animation, etc...(projet de Villé)
- o La colocation entre plusieurs personnes âgées

- Ces solutions permettraient de rassurer les personnes en difficulté.

2. Assurer le financement

Le financement devrait être attaché à la personne âgée et non à la structure pour éviter les situations aberrantes. En effet, toutes les structures ne sont pas agréées par la caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV), alors qu'elles disposent des compétences, ce qui pose des soucis dans l'attribution de l'allocation de la CRAV (pour les personnes de GIR 5 et 6). Il est important que les personnes puissent avoir la liberté de choisir la structure qu'elles souhaitent.

3. Mieux structurer l'offre d'hébergements pour les personnes âgées et poursuivre la création de places en l'adaptant aux besoins

- Faire évoluer l'offre d'hébergement
 - En développant les services intermédiaires entre domicile et établissements d'accueil : accueil de jour, hébergements temporaires pour soulager les aidants ou en créant des petites unités type appartements thérapeutiques.
 - En couplant foyers logements et maisons de retraite pour éviter une seconde rupture d'environnement. Afin de garder le contact avec la vie, associer sur un même lieu maisons de retraite et crèches ou haltes-garderies (comme à Gerstheim, Schiltigheim ou Beblenheim)
 - En créant des unités pour maladie d'Alzheimer ou autres maladies dégénératives.
 - En favorisant l'accueil familial des personnes âgées dépendantes (familles qui accueillent des personnes âgées chez elles et qui ont un agrément pour cela)

Le coût mensuel des frais d'hébergements est au minimum de 1200 à 1500 euros, ce qui peut constituer un coût trop important pour certaines familles, ce d'autant plus que la population âgée risque de se paupériser dans les vingt prochaines années du fait du chômage et de la baisse des pensions.

Il est également important d'ouvrir les maisons de retraite sur l'extérieur en organisant par exemple des activités qui attirent des personnes « de l'extérieur » en vue de changer l'image de ces types d'hébergement.

- L'amélioration de la coordination des intervenants

L'amélioration de la coordination des intervenants est souhaitable à plusieurs niveaux pour que la personne âgée soit bien au centre du dispositif ou réseau : coordination hôpital-ville pour préparer et organiser le retour à domicile mais aussi coordination entre tous les intervenants auprès de la personne âgée, professionnels de santé, travailleurs sociaux, famille : par exemple, le cahier de liaison laissé à domicile peut améliorer la communication entre eux.

4. La problématique de la démographie médicale

Parallèlement au vieillissement de la population, une diminution des professionnels de santé risque à moyen terme de compliquer la prise en charge des personnes âgées et peut-être plus durement en Alsace Centrale à majorité rurale. Comment maintenir sur le Pays un réseau efficace de professionnels de santé qui risque à l'horizon 2020 de faire défaut ?.

Compte tenu de la liberté totale d'installation des professions médicales libérales en vigueur en France, la démarche ne peut être qu'incitative. La tentative de mise en place d'un numérus à l'installation en n'accordant le conventionnement aux nouveaux médecins que dans les zones déficitaires a été rejeté massivement par les étudiants et internes en médecine. Des incitations financières (bourses, aide à l'installation, supplément d'honoraires, allègement fiscal) existent déjà dans certaines régions défavorisées mais ne résolvent pas tout. Pour attirer les médecins en formation sur notre territoire, il faudrait développer les terrains de stage en Alsace Centrale (médecins maîtres de stage) et inciter les étudiants à venir se former (bourses, indemnités financières, aides au déplacement), rééquilibrer les postes au niveau de l'Université entre généralistes et spécialistes, encourager les regroupements de professionnels médicaux et paramédicaux au sein de structures (cabinets de groupe, maison de santé pluridisciplinaire). Il faut savoir anticiper les besoins en personnel pour faire face à l'accroissement des besoins : le desserrement du numérus clausus est une première étape mais il faut former des professionnels utiles sur le terrain et préparés à la prise en charge du vieillissement.

On note au niveau national le rôle croissant des collectivités territoriales dans la gestion de l'offre de soins et le maintien d'un réseau médical équilibré et efficace : recherche active de professionnels, infrastructures immobilières, aides fiscales et financières par exemple. Le recensement des besoins en professionnels de santé incombera aux Agence Régionale de Santé (ARS).

Une autre question soulevée concerne la formation de ces personnels : aujourd'hui les personnes qui rentrent en maison de retraite sont pour certaines lourdement dépendantes, ce qui engendre des besoins et des compétences spécifiques. Mais on manque de professionnels motivés pour travailler dans le secteur de la gériatrie : comment faire pour susciter des vocations ou du moins rendre ce secteur plus attractif ? Voici quelques pistes : mieux les rémunérer, soutenir les évolutions de carrière, faciliter les rotations/changements de postes dans ce secteur peut-être plus « éprouvant » que d'autres.

5. Faire évoluer la permanence des soins

Concernant la Permanence des Soins, une remise à plat du système paraît souhaitable ; le rapport Grall la qualifiait de peu fiable, fragile et couteuse ; la régulation centralisée des appels sur Strasbourg bien qu'utile reste compliquée et déroute le patient qui ne la comprend pas, il a tendance à la court-circuiter en allant engorger des services d'urgences avec des problèmes ne relevant pas des urgences. Quand on sait qu'un passage aux urgences coûte 220 euros (50€ tout au plus chez le médecin de garde) et que sur 14 millions d'actes aux urgences 11 ne sont pas des urgences, on comprend mieux le gâchis financier ; et la tarification à l'acte incite l'hôpital à faire fonctionner les urgences à plein. Un parcours de soin de l'urgence reste à définir. La dichotomie entre les préfets responsables de la PDS sans avoir prise sur le financement et l'assurance maladie qui finance le dispositif ne permet pas de garantir la fiabilité et la pérennité du système. Le financeur souhaite élargir l'étendue des secteurs de garde pour une raison comptable ce qui pose des problèmes de délai d'intervention et de sécurité en milieu rural.

6. Conforter la place de l'hôpital de Sélestat

Les habitants d'Alsace Centrale sont attachés à leurs hôpitaux de proximité et notamment à celui de Sélestat qui sera également fragilisé au niveau de la démographie médicale. Toutefois, les travaux actuels sont un signe positif pour son avenir.

Conclusion

Cet avis met en évidence la conjonction d'évènements démographiques au niveau national mais aussi local :

- une hausse importante du nombre de personnes âgées qui aura pour conséquence une hausse de la dépendance
- cette augmentation importante des personnes âgées dépendantes ou non induira une hausse des besoins en professionnels de santé, en solutions d'hébergement, en services
- en Alsace Centrale, un départ massif à la retraite de professionnels de santé à l'horizon 2020

Les enjeux sont de taille et les réponses à apporter doivent avoir pour principal objectif de permettre à une personne âgée de vieillir dans de bonnes conditions. Des efforts ont déjà été entrepris mais il est nécessaire d'aller plus loin et d'anticiper cette évolution sans précédent. Les collectivités territoriales se doivent de soutenir les initiatives et au besoin d'impulser des solutions locales qui reculeront l'espérance de vie autonome, contribueront à « structurer » l'offre d'hébergement, pallieront le départ en retraite des professionnels de santé. La réussite de cette action passera aussi par l'affirmation du rôle de l'hôpital de Sélestat comme « Centre hospitalier référent ».

Il est à noter ici que cette problématique du 3^{ème} âge se retrouve chez la personne handicapée.

A l'instar des politiques en faveur des jeunes, c'est une politique en faveur des personnes âgées qui reste à développer.

ANNEXES

1. 30 personnes auditionnées en 5 séances de travail :

Daniel BASTIAN, Directeur de « Trait d'Union »
 Dominique BIGOT, Directeur Adjoint de l'hôpital de Sélestat en charge de la gestion des projets et de la coordination des trois sites - Sélestat, Obernai et Sainte-Marie-aux-Mines et directeur référent au Centre Hospitalier d'Obernai
 Olivier ERNEST, Médecin généraliste à Baldenheim
 Marie-Paule GLADY, Sous-directeur de l'URCAM
 Josiane HERRMANN, Responsable ADMR des vallées (association d'aide en milieu rural)
 Francis SAINT-HUBERT, Directeur de l'hôpital de Sélestat
 Gérard ICHTERTZ, Directeur du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente du Bas-Rhin (CODAMU)
 Frédéric IMBERT, Directeur de l'ORSAL (Observatoire de la Santé en Alsace)
 Isabelle KEHREN, gériatre à l'hôpital de Sélestat
 Anne-Marie KLIPFEL, conseillère municipale de Gerstheim, Présidente commission Services à la population de ADAC
 Brigitte KOHLER, Infirmière Libérale à Sélestat
 Gabriel MARCHAND, gastro-entérologue à Sélestat
 Gérard MARTEL, médecin généraliste à Sainte-Marie-aux-Mines
 Sylviane MEYER, Directrice de la maison de retraite de Rhinau
 Jean-Marie MINOUX, Responsable du SMUR à l'hôpital de Sélestat
 Marie-Odile MONTALVO, Médecin inspectrice de santé publique à la DRASS-DDASS
 Geneviève MULLER-STEIN, Adjointe au maire de Sélestat
 Carine PAILLER-PRADEAU, Chef de service Urgences de Sélestat
 Marie-Josée PFEIFFER, médecin gériatre à l'hôpital de Sélestat et responsable de l'hôpital de jour
 Hervé POLESI, chargé de mission à l'ORSAL
 Janic RIEGERT, Directeur Fédération Départementale du Haut-Rhin ADMR
 Marc RIPP, Directeur-Adjoint de l'hôpital de Sélestat
 Bernard SCHMITT, Maire de Dieffenbach-au-Val, membre de la commission Services à la population
 Béatrice ROOS, Responsable de l'Espace d'Accueil Seniors (Espas) Sélestat
 Francis THUET, Directeur du comité d'établissement
 Gérard SIMLER, médecin généraliste à Marckolsheim et conseiller général du canton de Marckolsheim
 Philippe WASSER, neurologue à Sélestat
 Nicole WEISS, Directrice Adjointe ABRAPA
 André WETZEL, kinésithérapeute à Benfeld
 Pierre ZIMMERMANN, infirmier libéral à Villé

2. Glossaire

- Les niveaux GIR

La grille AGGIR évalue le niveau de dépendance. On parle de dépendance de la personne âgée quand cette dernière a besoin d'une aide pour assurer ses besoins quotidiens : toilette, alimentation, déplacement, habillement. La grille d'évaluation AGGIR définit six niveaux de dépendance. Depuis la fin des années 90, il existe une grille d'évaluation qui permet de bien définir le niveau de dépendance pour adapter les besoins de la personne âgée dépendante et les professionnels qui seront à charge de s'occuper d'elle. C'est la grille AGGIR, pour Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources. Cette méthodologie permet non seulement de mettre en évidence le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique, mais aussi l'état psychique (notamment pour les personnes âgées victime de la maladie d'Alzheimer). Ainsi, on va trouver 6 niveaux de dépendance : de GIR1 à GIR6 (GIR 5 à 6 dépendance très légère). C'est cette grille qui permet de déterminer si la personne peut ouvrir droit à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

- Le SROS : un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire est un document stratégique définissant les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitalière dans une perspective à 5 ans. Le SROS est établi pour chaque région par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

3. Les compétences ou « le qui fait quoi » en matière de santé et de vieillissement de la population

Structure	Missions
Au niveau national	
Ministère de la santé Ministère des affaires sociales	Définition de la politique nationale de santé
Assurance-maladie	Organisme financeur, prévention
Au niveau régional	
Agence Régionale de l'Hospitalisation	Définit et met en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitalière, analyse et coordonne l'activité des établissements de santé publics et privés et détermine leurs ressources
URCAM	Financement et pilotage du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) ayant notamment comme objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et handicapées
ORSAL	Réalisation d'études pour l'Alsace
DRASS et DDASS	<p>Services déconcentrés de l'Etat assurant la mise en œuvre des politiques nationales dans le domaine de la santé et de la solidarité.</p> <p>La DRASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • contribue, en collaboration avec les DDASS, à la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées. • répartit les moyens financiers destinés à médicaliser les établissements d'hébergement ainsi que les services de soins à domicile pour personnes âgées, • élabore une planification pluriannuelle de création de structures d'accueil, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), • contribue à la promotion du rôle social de la personne âgée par le biais des instances consultatives - conférences régionales et départementales des retraités et personnes âgées (CODERPA), • effectue des études de population et élabore des statistiques concernant les personnes âgées et les structures de prise en charge. <p>Les DDASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • affectent aux établissements et services les moyens liés aux dépenses médicales et au personnel soignant, • exercent un rôle de conseil technique et d'orientation des établissements, • instruisent les demandes de création des établissements et services médico-sociaux, • jouent un rôle central dans la planification départementale à travers divers schémas d'organisation, plans et programmes d'actions : plans départementaux d'urgence, d'accès aux soins, plans gérontologiques départementaux.
Conseils généraux	<p>Compétences obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attributions d'aides légales à la personne (dispositif APA) - aide sociale à l'hébergement et aide ménagère - action menée en faveur de la création, extension, contrôle et tarification des établissements <p>Actions volontaristes (exemples du CG67) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le soutien au maintien à domicile (aide ménagère complémentaire, installation d'une téléalarme,...) - aide à l'investissement pour les établissements - l'accès aux transports - subventionnement des associations oeuvrant dans le domaine des personnes âgées - le soutien aux projets locaux innovants - mise en place des ESPAS (Espace d'Accueil des Seniors)
Région Alsace	Compétence de la formation dans le secteur social
Au niveau local	
Communes(selon leur taille)	Rôle de proposition de création de maison de retraite, de maison des aînés

4. Quinze recommandations pour réduire la fracture territoriale en matière d'offre de soins

Optimiser les mesures déjà prises

- Évaluer l'efficacité des dispositifs tendant à réduire les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins
- Recenser les besoins en professionnels de santé du secteur médico-social; 3. Simplifier les démarches administratives pour l'obtention des aides à l'installation
- Développer la télémédecine
- Promouvoir des actions innovantes en matière de transports afin de favoriser l'accès du patient aux médecins
- Favoriser l'installation des centres de santé dans les zones sous-médicalisées par l'attribution des aides accordées aux médecins libéraux
- Permettre aux partenaires conventionnels de réguler les installations dans les zones médicalement sur-dotées

Sensibiliser les étudiants et les jeunes médecins

- Mieux informer les étudiants en médecine sur les mécanismes d'aides à l'installation
- Transformer l'examen classant national (ECN) en examen régional et rééquilibrer la répartition des postes dans chaque université suivant l'existence ou non de zones sous-médicalisées
- Organiser dans chaque région une journée d'information sur les carrières médicales destinée à présenter les besoins régionaux en matière d'offres de soins
- Encourager les stages de médecine générale en zone sous-médicalisée
- Revaloriser la rémunération des maîtres de stage en zone sous-médicalisée

Compléter l'organisation de l'offre de soins : la maison de santé pluridisciplinaire

- Définir un label « maison de santé »
- Recenser les dispositifs d'aides à l'installation et au fonctionnement versés aux maisons de santé
- Expérimenter un contrat propre aux maisons de santé leur permettant de mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.