# Gériatrie

# 33 mesures d'urgence pour faire face

SNGC

MANIFESTE DES MÉDECINS GÉRIATRES
DU SYNDICAT NATIONAL DE GERONTOLOGIE CLINIQUE ( SNGC )

# Sommaire


| | Page |
|---|---|
| *Préambule* | 3 |
| *Relevé des principaux dysfonctionnements et nos propositions* | |
| *Le domicile* | 8 |
| *Les maisons de retraite* | 10 |
| *Les foyers logements* | 13 |
| *Les familles d'accueil ou accueillants familiaux* | 14 |
| *Les hôpitaux* | 16 |
| *La formation en gériatrie* | 20 |
| *La recherche médicale en gériatrie* | 23 |
| *33 mesures d'urgence pour les personnes âgées : synthèse* | 26 |


***« Toutes les personnes qui auront 80 ans en 2020 sont déjà nées et l'on sait même à peu de chose près leurs noms et leurs prénoms. Elles seront nombreuses, beaucoup plus nombreuses qu'aujourd'hui. »***

# Préambule


***par Le Dr Jean-Marie Vetel****


**L'objectif de ce manifeste est :**

**- D'alerter les différents échelons de responsabilité politiques et administratifs** sur les nombreux dysfonctionnements que, spécialistes de terrain depuis plus de 20 ans, nous constatons quotidiennement dans les différents lieux de prise en charge des personnes âgées.

**- De leur faire partager notre inquiétude croissante pour l'avenir proche :** compte tenu du choc démographique, 2 millions de personnes auront plus de 80 ans en 2020, soit un doublement par rapport à 2004, dont l'impact n'est pas mesuré.

Nous faisons ci-après des **propositions concrètes pour remédier aux principaux dysfonctionnements constatés et mettre en place des organisations nouvelles.** Le temps des bricolages est révolu, il faut d'urgence s'attaquer à ce problème, y investir des moyens, créer des compétences.
Comme pour tout problème économique ou social, le coût de l'attente éventuelle sera élevé et socialement douloureux.

N'oublions pas que chaque famille française a, a eu ou aura, un parent âgé atteint de maladie chronique invalidante et qu'elle se souviendra longtemps de cette période toujours difficile, « la mémoire des épreuves est longue ».
Notons aussi que les personnes qui avaient entre 30 et 40 ans en 1968 n'auront pas les mêmes attentes, ni les mêmes résignations, que celles qui ont connu les privations de la seconde guerre mondiale et de la reconstruction.
Cette population se regroupera peut être comme au Japon en « parti des vieux » donnant des indications de vote en fonction des attitudes à leur endroit des parlementaires et élus locaux... Il n'y a pas que les personnes âgées qui votent, mais aussi leurs familles... Une absence d'anticipation de cette souffrance sociale massive serait une lourde faute politique.

Précisons enfin que contrairement aux idées reçues,
**l'objectif des médecins gériatres n'est pas la prolongation de la vie coûte que coûte mais bien la prévention ou la guérison de telle ou telle maladie parfaitement curable pour assurer au sujet une vie la plus indépendante possible, le plus longtemps possible, et enfin l'accompagnement respectueux le moment venu, avec le meilleur confort, sans acharnement mais également sans abandon, ni perte de chance.**

**Bref, « une médecine pratiquée par des médecins experts en gériatrie».**
Qui pourrait être contre ?


*** Président du Syndicat Nationnal de Gérontologie Clinique**
Centre Hospotalier du Mans - 194 avenue Robillard - 72000 LE MANS
jmvetel@ch-lemans.fr

**En simplifiant , nous repérons 5 types de dysfonctionnement :**

# De gouvernance

***« L'État dinosaure est paralysé par sa complexité, l'influx nerveux part du cerveau, mais n'atteint plus les pattes. »***

On ne peut sûrement pas dire que rien n'a été fait pour les personnes âgées durant ces 20 dernières années. En effet, de très nombreuses lois, décrets, circulaires sont parus, des crédits importants (en valeur absolue en tout cas) ont été votés par les députés mais on peut constater sur le terrain que, **du fait de l'inertie du système, et de l'irréalisme en vraie vie de certaines décisions, les situations sont restées très souvent totalement figées.**

Donnons-en pour exemples :

- La loi de janvier 1997 (8 ans déjà), initiant la réforme des EHPAD avec son volet financier et son volet qualité... le bilan est désastreux : 3000 conventions signées, et chaque année beaucoup de crédits votés et non dépensés malgré des lettres d'injonction des ministres : l'État n'est plus obéi.
- La loi du 2 janvier 2002 (3 ans déjà), destinée à coordonner l'ensemble des institutions médico-sociales, en particulier les services d'aide-ménagère à domicile, avec réglementation sur la tarification, l'auto-évaluation et l'audit externe, la création du Conseil National de l'Évaluation.
- Plan Alzheimer 1 en 2002 : combien de réalisations ? de consultations mémoire ?
- Plan Alzheimer 2 en 2004 : objectif 100 consultations mémoire de plus, 13 000 places d'hébergement temporaire, et d'accueils de jour : bravo mais... redoutons le pire, comme cela nous ne serons jamais déçus !

Rappelons que tous ces plans ont des financements pluriannuels, c'est-à-dire qu'ils peuvent être annulés si le politique décide, chemin faisant, d'une autre orientation.

Enfin n'oublions pas le constat unanime qu'il y a pénurie de professionnels qualifiés : infirmiers diplômés d'État (IDE), aides soignants (AS), aides médico-pédagogiques (AMP).
Où en sommes-nous des filières scolaires et universitaires, de la reconnaissance des acquis, des formations par unité de valeur facilitant la programmation pluriannuelle pour des professionnels salariés, des passerelles entre niveaux ?
Après la canicule, ces points faisaient l'ordre du jour des raouts de concertations dans la salle des accords de Grenelle et tous les responsables avaient attiré à nouveau l'attention des pouvoirs publics sur ces demandes (depuis déjà 10 ans pour notre part).
Sur le terrain, tous ces « loupés » sont vécus comme des **effets d'annonce successifs,** qui apparaissent ultérieurement, faute de concrétisation, comme mensongers, ce qui discrédite le politique car les citoyens savent parfaitement distinguer le bien, le beau et finalement le vrai.

## D'où viennent cette inertie et cet irréalisme ?

**Les causes en sont multifactorielles et sociétales :** groupes de pression variés (professionnels, usagers, penseurs, chercheurs, gestionnaires, partis politiques, industriels), contraintes juridiques avec la multiplication des normes réglementaires et la crainte omniprésente de la justice, rigidité de l'organisation hospitalière, rigidité de l'éducation nationale, ambiguïté des politiques entre élus locaux et nationaux, administration centrale qui ne différencie pas le souhaitable du possible ou se laisse aller à la démagogie, avalanche de textes et circulaires, incroyable et inutile complexité de la gestion financière, services déconcentrés de l'État en pleine crise d'identité.

**Bref, tout cela témoigne d'un immense problème de gouvernance d'État,** qui n'est pas nouveau, mais d'autant plus inquiétant que si nous en voyons les conséquences dans le domaine gériatrique médico-social, il faut bien réaliser qu'il est généralisé à l'ensemble des problèmes de la nation.

# De prévention

***« Encore un mot « tarte à la crème » : cet état d'esprit n'est pas encore mûr pour devenir une obsession dans tous les domaines médico-sociaux. Ah! Qu'il est bon de répéter inlassablement les mêmes évidences ! »***

Les personnes âgées dans leur ensemble se portent bien, de mieux en mieux. Chez celles qui ont des déficits débutants, des aides sont nécessaires, mais ce qui est indispensable et rarement réalisé, c'est le dépistage des causes des déficits et leur traitement, pour éviter leur aggravation.

C'est celui qui marche mal qui ne marchera plus 4 ans plus tard. C'est celle qui ne fait plus sa cuisine comme avant qui sera hospitalisée 2 ans après pour une dénutrition qu'on aurait pu guérir ou pour une démence qu'on aurait pu retarder.



# Qualitatifs et quantitatifs

***« La gériatrie, cela s'apprend ! Il ne suffit pas d'être gentil avec les personnes âgées qui, de plus, ne sont pas de vieux bébés ridés. »***

***« Souvenez-vous de la canicule ... Pour prendre en charge des personnes handicapées, il faut des bras ! Les climatiseurs, certes utiles, ne remplacent pas les soignants manquants et ne portent pas les verres d'eau. »***

La prise en charge des personnes âgées est actuellement en France de médiocre qualité, tant dans le domaine social que sanitaire, du fait principalement de l'insuffisance des effectifs (de médecins, d'infirmières, d'aides soignantes, d'aides médicopsychologiques ; cette insuffisance numérique de professionnels rend obsolète la plupart des décisions législatives prises en haut lieu) et de la faible professionnalisation des intervenants. Les métiers de la gériatrie exigent l'acquisition de compétences et ce, depuis les métiers de l'aide à domicile et leurs formateurs, jusqu'aux métiers de direction, en passant par les métiers du soin, médecins inclus. Le chômage n'y menace pas, les vocations peut-être, du fait d'une **image socialement dévalorisée de ces métiers.**

# Financiers

***« La collectivité ne pourra pas fournir une femme de ménage, prise en charge par l'Etat, à toute personne âgée ».***

Les personnes âgées, lorsqu'elles sont en bonne santé et autonomes, devront utiliser pour financer leurs aides à domicile, les sommes qu'elles auront épargnées « pour leurs vieux jours et en cas de coup dur ». Il ne faudrait pas que les familles considèrent qu'elles « croquent l'héritage », il faudra l'expliquer aux jeunes générations. **Ce n'est que si les personnes âgées sont désargentées que l'aide sociale doit être attribuée au titre de la solidarité nationale.** Le curseur du niveau de revenus donnant accès à cette aide est déterminé par l'État, qui devra le faire en tenant compte du besoin réel des populations et non en ratiocinant, comme c'est le cas actuellement. **La PSD, puis l'APA, ont surtout réalisé un grand saupoudrage en laissant pour la « grande dépendance » des aides et des soins insuffisants.**

***« Qui doit payer ? Dès que l'on touche et manutentionne une personne âgée handicapée, cela est du ressort du secteur sanitaire ; tout ce qui est de l'entretien autour de la personne est du ressort du secteur social. »***

La ligne de démarcation entre le secteur sanitaire et le secteur social est toujours très floue, l'exemple des soins de toilette en est une bonne illustration : soins infirmiers ou non ... ? Notre position est que si la simple aide ponctuelle pour un GIR 5 est du ressort de l'aide à domicile, donc du secteur social, la réalisation d'une toilette complète chez un patient en perte d'autonomie, GIR 4 ou 3, est bien l'affaire d'un professionnel de santé (infirmière ou aide soignante).
D'une façon plus générale, la dichotomie secteur sanitaire/social apparaît comme bien surannée aux gériatres tant l'interpénétration des domaines est grande. D'autant plus que **les problèmes des personnes malades chroniques âgées sont TOUJOURS simultanément médico-psycho-sociaux.** Il faudra tenir compte de cette réalité, la personne basculant d'un côté ou de l'autre : la frontière est floue entre ces secteurs, en fonction de son parcours de vie. Le décloisonnement serait logique.

# Sociologiques

***« Les filles ne sont pas là pour faire la toilette de leur belle-mère ! »***

*(ni même les femmes celles de leur mari)*

Dans les familles, les femmes adultes sont les principales aidantes « naturelles » : actuellement la moitié des personnes âgées dépendantes bénéficient uniquement des aidants non professionnels en GIR 4, et un tiers en GIR 1 et 2 (enquête INSEE 2004).
Si le système de prise en charge n'évolue pas profondément, les femmes seront de plus en plus lourdement mises à contribution et seront en première ligne face à la révolution démographique, avec de lourdes conséquences tant sur leur vie personnelle que sur leur disponibilité professionnelle. Le risque est de les faire abandonner leur métier et revenir à la maison. Mais dans ce cas, elles ne cotiseront plus pour les retraites... De plus, elles seront, que c'est bête, bien trop peu nombreuses par rapport au nombre de vieux-vieux à aider dans chaque famille !
**Si la famille est là pour lutter contre l'isolement et apporter de l'affection, les aides, surtout dès qu'elles deviennent lourdes et techniques, relèvent de professionnels tant dans le domaine du soin que du social.**
La manutention d'une personne malade-handicapée âgée (ou non) demande une formation, des connaissances techniques et de « bons gestes et prises » pour ne pas la faire tomber, ne pas lui faire mal et ne pas se faire mal au dos, source d'arrêt de travail, et un certain sens relationnel doublé d'une motivation pour les métiers touchant à la personne. Si on veut éviter les coûteuses catastrophes quotidiennes d'aujourd'hui, on ne peut tabler ni sur la famille, ni sur « des petits boulots ». C'est une tache difficile et noble qui attirera des vocations quand elle sera valorisée moralement et financièrement. Rappelons que **tout ce qui touche à la personne relève du Soin...**
En dépit de leur qualité médiocre, les hébergements, aides et soins coûtent de plus en plus cher. Il existe un décalage important entre le niveau moyen des pensions et le niveau de prix moyen de l'hébergement médico-social. Les familles sont mises de plus en plus lourdement à contribution et **nous redoutons pour le futur, si de profonds aménagements ne sont pas apportés aux actuels modes de financement, les risques d'un conflit de génération entre les jeunes payeurs (d'impôts et éventuellement de l'hébergement de leurs parents) et les vieux retraités, le cas échéant, assistés.**
Il est temps de rouvrir le débat sur l'obligation alimentaire, disposition législative qui angoisse et culpabilise profondément les personnes âgées, source, de plus, de dissensions familiales majeures dans les fratries. Son alternative : **le recours sur succession,** pourrait être moins immédiatement traumatisant.
Il faudra beaucoup de pédagogie. Si l'aide et le soin « à la personne » sont de type sanitaire et l'aide « à l'environnement » de type social, la récupération sur succession devrait être réservée aux aides à l'environnement.
Rappelons que l'obligation alimentaire a été conçue à une époque où il n'y avait pas de retraites, et où l'on mourait - surtout les hommes - vers 45 ans. C'était à l'époque le seul moyen légal pour que les femmes, âgées et sans ressources, ne meurent pas de faim. La situation a heureusement beaucoup changé !
Dans le débat sur le financement de l'environnement-hébergement de la personne désargentée : solidarité familiale ou assurance privée ou solidarité sociale, c'est cette dernière qui a clairement notre faveur.

***« La guerre des jeunes contre les vieux risque bien d'avoir lieu. »***



# Relevé des principaux dysfonctionnements & nos propositions...

**L'immense majorité des personnes âgées de plus de 75 ans étant à leur domicile personnel, nous commencerons par ce secteur, puis nous analyserons toute la gamme de réponses graduées à mettre en œuvre : les problèmes des maisons de retraite, des foyers logements, des familles d'accueil, pour finir par le secteur hospitalier.**

**Nous analyserons ensuite les problèmes de l'enseignement et de la recherche.**

1

# Le domicile

**La grande majorité des citoyens souhaitent vieillir à domicile et y terminer jours, il est donc souhaitable que tout soit organisé pour satisfaire au mieux ce désir.**
**C'est loin d'être le cas aujourd'hui...**
**Encore faut-il que cela soit techniquement (architecturalement et socialement) possible.**
**La situation est profondément différente selon que la personne âgée vit encore en couple et que l'un des 2 conjoints est encore valide (ou non) ou qu'elle est seule.**
**Si la personne vit seule, s'agit-il d'un homme ou d'une femme (car les hommes seuls sont fréquemment incapables de tenir leur ménage) ? Si la personne âgée est handicapée, souffre-t-elle d'un handicap physique ou mental ou les deux ?**
**Enfin, il convient toujours de surveiller de près l'éventuel conjoint valide et de veiller à prendre toutes dispositions afin de prévenir le syndrome d'épuisement... à l'impossible nul n'est tenu !**

## Nous constatons :

***« Malgré leur multiplicité et leur coût élevé, l'insuffisance quantitative et la faible professionnalisation des interventions à domicile génèrent une lourde mise à contribution pour l'entourage. »***

### SUR LE PLAN SOCIAL :

- Trop souvent, l'on est face à une **absence totale d'anticipation des situations à risque de rupture sanitaire et/ou sociale,** soit du fait des personnes malades âgées ou de leurs familles, ce qui est humain, soit du fait des médecins généralistes, des CCAS ou des assistantes sociales, ce qui pose question...

- Ce retard de mise en œuvre des mesures de prévention ou de compensation accélère l'évolution des déficits.

- **La non-protection du « conjoint soigneur » qui s'épuise et se culpabilise** de ne pouvoir en faire encore plus est une cause majeure de morbidité et de mortalité du conjoint non déficitaire. Une large Information-sensibilisation du public est indispensable.

- **Concernant les services d'aide à domicile,** anciennement aides ménagères rebaptisées auxiliaires de vie sociale ou aides à domicile, nous constatons, que malgré un coût horaire beaucoup plus élevé que celui d'une femme de ménage « classique », **les prestataires sont de qualification variable,** et ce malgré le remplacement du CAFAD (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile), moins de 10% des intervenantes en étaient titulaires, par le DEAVS (Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale) ou la simple validation des acquis de l'expérience, destinés à structurer et professionnaliser le secteur.
Ce **coût élevé**, lié en particulier aux frais de gestion importants de ces associations à but lucratif ou non, pose question: où est le « plus » ? Comment est garantie la professionnalisation attendue ? Est-elle dans les faits bien réelle ? Théoriquement dans l'encadrement, mais malheureusement celui-ci reste essentiellement administratif. Quant à la norme AFNOR NFX 50-056... simple document papier, quel crédit lui accorder ? On se perd dans le maquis de textes au contenu enthousiasmant et l'on se heurte à une réalité de terrain souvent bien différente.

- **La fréquente évaluation de la grille AGGIR de mauvaise qualité** est constatée, avec risque de sous cotation, et donc de non-attribution des aides financières auxquelles les personnes âgées ont légitiment droit.

- **Les plans d'aide sont souvent sommaires.** En présence de « situation type », il y a « déclenchement automatique » de différentes demandes en cascade de services, prestations, achats de divers matériels, souvent **inadaptés** aux difficultés des personnes, et **sans contrôle de l'efficacité** des moyens mis en œuvre.

- **L'absence de coordination** c'est-à-dire de temps de rencontre, **pour les cas lourds,** entre les différents intervenants : aide ménagère, SSIAD, service de portage de repas, kinésithérapeute et médecin généraliste empêche tout fonctionnement en équipe, nécessaire au soin de tout malade chronique aux incapacités multiples. Insistons sur 2 points : il faut financer ces coordinations et la personne âgée doit impérativement avoir son mot à dire dans tout cela.

### SUR LE PLAN SANITAIRE :

- **Les interventions des médecins généralistes sont souvent uniquement ponctuelles,** à l'occasion d'une pathologie intercurrente, avec pour effet le renouvellement additif des ordonnances de chacun des spécialistes éventuellement consultés et donc en conséquence des thérapeutiques prescrites « un jour et pour toujours ». **Ceci ne permet pas un projet de soin** réfléchi en fonction de la complexité du cas de chaque personne malade.

- **La non-anticipation des prises en charge nécessaires dans les situations médicales à risque, maladie d'Alzheimer au premier chef,** pourtant connues de longue date, font attendre les « états de crise » pour un recours brutal et inadéquat au système d'urgence hospitalier (encore qu'il soit, nous le savons bien, difficile de convaincre une personne âgée d'anticiper ! Le pire n'est pas forcément sûr et la personne âgée qui sait qu'elle va mourir assez vite n'a pas envie de se focaliser sur les désastres pré-mort...). Pour la plupart, ces services hospitaliers d'aval ne sont pas préparés à l'accueil de ces grands malades, pris pour des « cas sociaux ».

- **L'insuffisance quantitative, tant d'infirmières à domicile que de services de SSIAD** génère des délais d'interventions souvent très retardés par rapport aux besoins et lorsqu'on les obtient enfin, ces interventions sont trop rapides et trop ponctuelles pour assurer une réelle prise en charge de qualité. Cela multiplie le risque coûteux d'hospitalisation et de « placement ».

- Enfin et surtout, **des interventions non coordonnées des différents professionnels sanitaires et sociaux,** comme nous l'avons déjà vu plus haut, chacun passant à l'heure ou il le peut et agissant comme détecteur de problème augmente le risque de déclencher des nouvelles demandes d'aides, souvent anarchiques.

## Nous voulons :

***« Au domicile, il faut un vrai pilote médical, avec une équipe soignante et sociale formée, compétente et en effectif suffisant pour assurer la continuité. »***

01

**1 -** Nous voulons que le **médecin généraliste**, , pivot de la médicalisation adéquate à domicile soit clairement investi, dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie, de la mission de **responsable et de coordonnateur des différentes prises en charge gériatriques médico-sociales mises en place à domicile.** La fonction de médecin coordonnateur a été créée dans les maisons de retraite, il faut en faire de même au domicile. Le médecin généraliste doit devenir le coordonnateur référent du pilotage intelligent des tous les services de soutien à domicile, tant sociaux que sanitaires, offerts à sa clientèle âgée, aidé par la mission d'appui des assistantes sociales de ville, des CLICS et de tous les éléments du réseau de soins, en particulier des consultations hospitalières gériatriques, tant « consultations mémoire » que « consultations générales ». Ceci implique que soit assurée une permanence, sinon des soins, du moins de l'information (carte de santé ?), afin que ce ne soit pas n'importe quel médecin appelé par le 15, qui intervienne auprès d'un malade inconnu pour voir des maladies inconnues, qu'il adressera dans 90% des cas aux urgences. Il faut également que les médecins généralistes bénéficient d'une **formation pertinente et évaluée** pour cette activité nouvelle et soient rémunérés pour ce travail qui prend du temps : soit par une rémunération per capita, en fonction de chaque cas, sur liste, soit par une cotation plus forte des consultations pour ces malades.
**Une tarification des actes de Gériatrie** est nécessaire. Le médecin généraliste doit pouvoir avoir accès pour son malade à une **structure gériatrique référente,** que ce soit pour une évaluation ambulatoire, une hospitalisation programmée, ou une simple demande d'information. Nul ne peut être omniscient, notamment dans ce domaine complexe.

02

**2 -** Nous voulons que les personnes âgées à domicile bénéficient de l'application stricte de la **nouvelle procédure standardisée d'évaluation AGGIR ,** que nous proposons avec la CNAM, procédure qui garantit la justesse du groupe AGGIR ainsi déterminé et celle des éléments recueillis nécessaires, lesquels sont indispensables à l'élaboration du plan d'aide qui sera ensuite mis au point avec l'accord de la personne âgée concernée et de son médecin. Un plan d'aide n'a pas de sens sans diagnostic et sans plan de Soin associé.

03

**3 -** Nous voulons **la création de 70 000 places de SSIAD** car les 20 000 places déjà prévues d'ici 2008, après la canicule de 2003, seront très largement insuffisantes. Pour atteindre un tel nombre d'agents le corollaire est bien sûr l'augmentation considérable du nombre d'élèves infirmières ou aides soignantes dans les écoles de formation... Nous réclamons toujours un plan Marshall !...Le soin à domicile est la pierre angulaire de toute politique gériatrique ambulatoire. Si ce plan ne devient pas une priorité absolue, le système hospitalier sera débordé par la masse des malades âgés chroniques lesquels n'auront d'autre recours que l'hôpital... Insistons par ailleurs sur le fait que si personne n'a envie de créer des places SSIAD, c'est également parce que les SSIAD sont insuffisamment financés : 9 800 euros par place et par an, alors que nous estimons que pour assurer un fonctionnement de qualité il faudrait le valoriser à 12 500 à 13 000 euros par place par an.

04

**4 -** Nous voulons la **professionnalisation des compétences des services d'aide et de soins à domicile,** et un réel contrôle de l'État qui aujourd'hui les autorise et les finance mais ne les évalue pas. Il faut sélectionner les agents sur leur empathie pour les personnes âgées, mais garantir ensuite leur qualification. La réputation et l'utilisation de ces services en dépendront (le problème est identique dans les maisons de retraite et les hôpitaux, comme nous le verrons plus loin). Cela suppose que ladite auxiliaire de vie à domicile a tout de même un minimum de formation, plus relationnelle (respecter la pudeur par exemple) que véritablement « technique ». Il est souhaitable d'avoir un contrôle « externe » qui assure par exemple qu'on « infantilise pas ».
Cela implique également l'évaluation des formations initiales dispensées et son corollaire, la compétence des formateurs, dont certains sont autoproclamés.

05

**5 -** Nous voulons le développement de **5 000 places d'hébergement temporaire, et de 10 000 places en centres de jour** (pour les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés), dans les maisons de retraite de proximité qui doivent jouer un rôle de véritable « pilier gériatrique» du canton, dans le but de soulager les familles aidantes quelques heures ou quelques jours par semaine sans pour autant recourir à une institutionnalisation à plein temps.
Cet objectif est bien modeste, mais meilleur que l'offre actuelle qui avoisine zéro. **Un comité de suivi à l'échelle nationale et locale** est bien sûr indispensable pour contrôler l'emploi des crédits alloués... Nous avons ici encore vu tant d'effets d'annonce suivis de détournement des crédits vers d'autres objectifs !

## À défaut de ces 5 mesures,

**les personnes malades âgées, mal ou non prises en soin à domicile, « débarqueront » un jour ou l'autre inexorablement, et ce sans justification médicale, aux urgences des hôpitaux puis dans les services hospitaliers non gériatriques qui, en l'absence de formation, leur dispenseront de mauvais soins.**
**On verra secondairement enfler la pathologie nosocomiale d'immobilisation et la iatrogénie, et enfin se multiplier les besoins d'hébergement institutionnels. Assurer sur la totalité du territoire un maillage de soins, compétent et efficace, capable de prendre en soins les personnes malades chroniques et handicapées est la première réponse pertinente et économique à l'expansion prévue de ces besoins. La mise en œuvre est d'autant plus urgente que la réponse actuelle est déjà notoirement insuffisante.**

# 2 Les maisons de retraite

## Nous constatons :

***« Dans l'esprit de beaucoup, la maison de retraite est un lieu d'accueil pour des gens qui sont simplement vieux, mais pas malades, car pour eux, la vieillesse explique tous les déficits. »***

***« Une insuffisance quantitative grave d'établissements capables de prendre soin de personnes malades et ayant des handicaps. »***

***« De plus leur personnel est insuffisant en nombre et en qualification par rapport aux besoins des personnes accueillies, originellement adapté à de « simples » personnes âgées et non à la réalité rencontrée de « malades lourdement handicapés ».***
***Il faudra construire des murs, mais aussi construire des équipes de soins. »***

- Les maisons de retraite accueillent, depuis 10 ans, des **personnes âgées malades et de plus en plus invalides,** comme en témoigne la moyenne observée du GIR pondéré qui s'établit à 600, laquelle, à moyen terme, risque de rejoindre celle du GIR moyen à 900 mesuré dans les services hospitaliers de soins de longue durée.

- Si les locaux se sont améliorés, du fait des contraintes qualitatives imposées par le Ministère, ils restent cependant **largement inadapté** entre autre à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

- Un problème majeur demeure, l'insuffisance **du nombre de places adaptées** offertes à ces personnes ainsi que leur **mauvaise répartition sur le territoire.**

- La dotation en personnel reste, tout le monde le sait, très insuffisante, comme en témoigne notre retard sur les pays du Nord de l'Europe. Soyons clairs, nous parlons ici du nombre d'agents réellement présents au lit du résident de maison de retraite, c'est-à-dire uniquement du nombre d'aides-soignantes, d'infirmières et d'agents de service.
Il n'est pas convenable de relever artificiellement la moyenne des effectifs nationaux en incluant les personnels des services sanitaires de soins de longue durée, qui ont une autre mission et une autre patientèle.
Si l'on prend ces définitions objectives, **le nombre moyen de soignants attribués aux maisons de retraite en France est de 0,21 agent / lit / 24 h, ce qui est très, très, très insuffisant.**
Conséquence directe de ces déficits de personnels, une insuffisance de prise en charge voire une multiplication des négligences. Même si le calcul de la « dotation minimale de convergence », c'est-à-dire des moyens accordés à l'établissement a été pondéré pour partie par la perte d'autonomie des personnes hébergées (à travers le GIR moyen)... le retard à combler reste immense. Loin de progresser, ce déficit se creuse avec l'augmentation constatée de la perte d'autonomie de la population présente.
Deux facteurs d'explication sont observés du fait des progrès du soutien à domicile: l'âge plus élevé des personnes demandant leur admission (âge moyen des résident(e)s de 85 ans) et la plus grande perte d'autonomie des nouveaux (elles) résident(e)s.
L'entrée est déjà reportée et le sera de plus en plus. C'est un progrès voulu de la qualité de vie des personnes, permettant de plus une économie de coûts, mais pour que ce progrès se réalise, **les établissements doivent être préparés au changement de clientèle, lequel va s'amplifier dans les années à venir.**

## Nous voulons :

***« Des maisons de retraite en nombre suffisant, dotées de moyens humains, afin de pratiquer les soins de base et médicaux de qualité pour les soins courants, sous l'égide d'un vrai médecin coordonnateur.***

***Ne nous leurrons pas, les maisons de retraite de demain ressembleront de plus en plus aux services de soins de longue durée d'aujourd'hui. Il est urgent d'accélérer l'évolution nécessaire des structures. »***

06

**1 -** Nous voulons un **réel plan national d'urgence de construction de 50 000 lits d'EHPAD** mis en place à travers les schémas régionaux et départementaux d'organisation gériatrique, après un calcul réel des besoins, au niveau départemental et cantonal, voire un calcul du déficit en lits, s'appuyant sur les bassins de vie. Il ne saurait être question de déterminer un simple indice national ou régional par milliers d'habitants de plus de 65 ans. Pour **construire les bons lits au bon endroit,** d'autres facteurs plus subtils interviennent, comme les souhaits légitimes de rapprochements familiaux, eux-mêmes liés aux sites d'emploi pour les jeunes. Les établissements devraient regrouper de 100 à 120 lits pour permettre une gestion optimale des personnels de jour et de nuit et une mutualisation des charges, tout en respectant un fonctionnement organisé à l'échelle de petites unités de vie d'une quinzaine de résidents.
Nous ne pensons pas qu'il soit envisageable ni souhaitable, pour résoudre des problèmes de masse, d'imaginer une généralisation au niveau national de mini unités isolées en ville, « à taille humaine » certes, mais n'offrant pas un volant de personnel suffisant, pensez aux nuits ! Qui assurera la surveillance nécessaire des patients handicapés ?

07

**2 -** Nous voulons **un accroissement important des lits agréés par l'aide sociale** pour les moins argentés de nos concitoyens, faute de quoi les familles sous la contrainte auront recours à l'hospitalisation publique ou aux services de soins de longue durée, qui seront détournés de leur mission de soins et devront assurer le simple hébergement de ceux qui ne peuvent ni payer, ni trouver une place de maison de retraite dans un établissement compétent.

08

**3 -** Nous voulons des effectifs en personnel aide-soignant, infirmier, agent de service largement revus à la hausse pour atteindre tous personnels confondus **au moins 0,5 /lit /24 heures** (avec une forte augmentation quantitative du personnel sanitaire). Ces dernières années, de multiples outils ont été créés pour mesurer la charge de travail et les moyens nécessaires. Aucun n'a été réellement utilisé, peut-on imaginer que les résultats font trop peur ?
**A l'horizon 2008, ce sont 250 000 emplois** qui sont à prévoir, et non 15 000 comme annoncé. Le prix à payer pour cette mise en conformité exige une DOMINIC + 120% et non + 35 %... Diable ! Faute de cette action énergique, un éternel leitmotiv se vérifiera : ces personnes âgées, malades et handicapées, seront dirigées, un jour ou l'autre du simple fait de l'avancée de leur perte d'autonomie, sur les urgences hospitalières, ce qui alimentera encore la plainte des urgentistes, il est vrai plus écoutés que les gériatres. Elles échoueront là, accompagnées d'un mot indiquant qu'elles ne pourront pas êtres reprises à la maison de retraite car elles seront devenues trop lourdes pour l'établissement. **Ce transfert hospitalier, ce pis aller, vaut mieux que de les maintenir dans un lieu devenu à haut risque du fait du sous-effectif en personnel.**
Ce nouveau « déménagement » reste un arrachement très pénible pour ces personnes très âgées ayant souvent de plus des troubles intellectuels, il est une source démontrée de confusion aiguë, d'états régressifs, et d'aggravation des pertes fonctionnelles !

09

**4 -** Nous voulons de la qualité de vie pour nos aîné(e)s et une qualité des soins : l'objectif concret à atteindre est de remplir un maximum des critères définis par le questionnaire de qualité ANGELIQUE, élaboré par la DGAS, qui couvre tous les domaines du fonctionnement des maisons de retraite. **Globalement, concernant la prise en charge des patients-résidents, les 5 principaux points forts de la qualité doivent être : la qualité de la vie quotidienne, et donc celle des agents qui aident et soignent, la lutte contre l'ennui, la qualité de la nourriture et partant de la nutrition, le maintien d'une activité physique et sociale et enfin des soins médicaux et infirmiers adéquats...**

10

**5 -** Nous voulons **la généralisation rapide d'un vrai médecin, GERIATRE, coordonnateur : pivot de la réforme de la tarification des EHPAD, son action doit être renforcée.** La création de ce nouveau métier est un grand pas en avant, que nous saluons, encore faudrait-il que le décret d'application voit le jour, nous l'attendons depuis 3 ans !... Encore faudrait-il lui donner les moyens de remplir les 11 missions qui lui ont été fixées, en lui accordant le nombre d'heures nécessaires pour les exécuter, faute de quoi il ne sera de fait qu'un prête-nom, un alibi, au bas de la convention tripartite. Son statut fragile laisse ces praticiens à la merci d'un caprice ou d'un changement de direction.
Nous voulons un **véritable « responsable médical qualifié en gériatrie », chef d'équipe, incontournable dans la hiérarchie des maisons de retraite,** pilote de l'évolution précédemment décrite des populations vivant en maison de retraite. Politique de soin de l'établissement, éthique des

# .....Les maisons de retraite

soins gériatriques, politique du médicament, partenariat conventionnel avec l'hôpital de proximité, sont quelques-unes unes de ses missions et non des moindres ! Il est impensable qu'il soit encore longtemps interdit de prescription. La frilosité administrative sur le calcul de son nombre d'heures et son salaire n'est plus de mise devant l'importance des enjeux.
Il est scandaleux de voir que depuis 3 ans on attend toujours le **décret sur les médecins coordonnateurs** car concrètement et Bercy et la Direction de la Sécurité Sociale s'accordent à dire que 2 demi-journées de présence pour répondre aux besoins de 60 résidents, c'est beaucoup... De qui se moque-t-on ?

11

**6 -** Nous voulons que **toute maison de retraite soit conventionnée avec un service de gériatrie hospitalier, de manière à disposer d'une compétence référente** permanente pour les besoins d'évaluation gériatrique, l'hospitalisation aiguë, la réadaptation après maladie ou accident, les soins hospitaliers continus quand la situation dépasse les capacités de l'établissement. La convention doit prévoir, à la demande de médecins de l'établissement, le déplacement éventuel de membres mobiles de l'équipe hospitalière. Une telle coopération éviterait l'absurdité de la situation actuelle, où, quand une maison de retraite envoie un malade à l'hôpital, ce malade est dirigé sur une équipe moins compétente pour sa prise en charge gériatrique que l'équipe de la maison de retraite envoyeuse !

12

**7 -** Nous voulons que **soient donnés les moyens aux maisons de retraite de prendre en charge la fin de vie des mourants sans transfert systématique à l'hôpital,** ce qui implique une information et formation des différents personnels, des connaissances techniques et éthiques en particulier sur l'usage éventuel des antalgiques (morphiniques) ainsi que de tous les autres traitements assurant le confort physique et moral des malades en soins palliatifs. Le corollaire technique est la disponibilité d'une infirmière 24/24h, et celle d'un médecin capable d'identifier la situation terminale dans le confort et la dignité du malade et la situation curable. À l'heure actuelle, comment peut-on penser qu'un établissement puisse assurer un accompagnement aux soins palliatifs terminaux digne de ce nom, alors que les moyens manquent déjà pour assurer des soins courants de qualité ?
Toutes les maisons de retraite devraient pouvoir assurer soit un **service de type HAD** (hospitalisation à domicile) pour les soins palliatifs (avec les effectifs correspondants), soit pouvoir bénéficier de l'intervention d'une HAD en cas de besoin, ce qui leur est actuellement interdit. Il faut rendre cette dernière option possible.

L'hôpital doit bien sûr rester le lieu de recours exceptionnel pour des soins palliatifs « difficiles », mais pas la destination systématique pour des constats de décès.

**8 -** Nous voulons que les **EHPAD puissent prendre convenablement en charge la maladie d'Alzheimer ,** et syndromes apparentés.
Quelle que soit la volonté de beaucoup de se voiler la face, 50 à 100% des personnes accueillies en EHPAD, mais aussi dans les petits établissements encore hors convention, sont des personnes malades frappées de syndromes démentiels. Tant que ni les pouvoirs publics, ni les établissements eux-mêmes n'auront pas pris conscience de cette dimension, aucun fonctionnement pertinent de ces établissements ne sera possible. La plupart des résidents ne sont pas des « personnes âgées », mais de grands malades chroniques et invalides qui vont s'aggraver.
Se pose un problème très particulier de partage des rôles : le gériatre ou le neurologue hospitalier ou libéral ont pour vocation d'assurer le diagnostic neurologique initial, le plus souvent dans le cadre des consultations d'évaluation et ensuite d'ajuster les thérapeutiques (en particulier en médicaments psychotropes) dans les hôpitaux de jour. La prise en charge essentielle, relationnelle et comportementale de ces patients n'est pas au long cours du ressort hospitalier.
Si le soutien à domicile est souhaitable dans les formes débutantes, moyennant que la personne malade vive en couple et que le conjoint soit en état de l'assumer (sous le contrôle vigilant du médecin généraliste), la présence de troubles du comportement, de déambulation et /ou de fugues ainsi que l'apparition d'une dénutrition viennent généralement poser l'indication d'une institutionnalisation en maison de retraite. Encore faut-il que celle-ci soit dotée d'au moins une unité spécialisée dans l'Alzheimer avec une architecture ad hoc et suffisamment pourvue de personnel spécifiquement formé. Dans le cadre de l'aide à la rénovation des établissements, nous demandons la **suppression de la taxe sur les salaires,** ce qui permettrait d'investir sans augmenter la facture des résidents.
**Un véritable plan d'« urgence Alzheimer »** doit donc être mis en place avec un comité national de suivi indépendant pour garantir son bon déroulement et dépister les détournements éventuels des moyens... car nous sommes loin des promesses faites.
Du fait de la seule pandémie de la maladie d'Alzheimer, pour laquelle on dénombre aujourd'hui près de 680 000 cas et une incidence annuelle de 110 000 nouveaux cas par an, **le besoin à couvrir d'ici 2010, est de 100 000 lits d'hébergement spécialisés.**

## Faute de ces 8 mesures,

**avec l'évolution démographique, les familles auront de plus en plus de difficulté à trouver des places en maison de retraite, la qualité de la prise en charge en leur sein restera médiocre et la demande induite de recours à l'hôpital ira croissant, tout simplement parce que la prise en soin n'est plus possible dans l'établissement, sans que pour autant l'état de la personne justifie une hospitalisation...**



**Ces institutions vont poser à bref délai un problème majeur. Lorsqu'elles ont été construites, « l'esprit » était d'éviter la solitude à des personnes âgées parfaitement autonomes et valides et d'assurer quelques prestations collectives, essentiellement la restauration ; en bref, des logements « protégés et sécurisés ». L'état des personnes hébergées a beaucoup évolué depuis ce concept et ces établissements sont maintenant à la croisée de chemins : fermer ou se transformer aux normes des EHPAD.**

# 2 Les foyers logements

13

## Nous constatons :

***« Une inadéquation croissante : architecture - moyens - prestations - population accueillie. Y a-t- il un avenir pour ces structures ? »***

Des structures qui ont par le passé rendu de grands services aux personnes retraitées souhaitant une vie conviviale et collective tout en gardant un logement parfaitement indépendant dont elles avaient la clé, ont fait leur temps.
Ces établissements ont maintenant une **architecture trop souvent éloignée des normes actuelles,** tant en termes de surface de chambres que d'équipements gériatriques ou de respect des normes de sécurité.

Les résidents ont vieilli sur place ou maintenant sont très âgés dès l'admission, ils présentent une perte d'autonomie croissante alors que les moyens de ces établissements ne leur permettent pas d'y faire face. Les personnes âgées qui y vivent sont alors prises au piège, sauf dans quelques établissements, les plus grands, où des activités sont proposées.

Le « syndrome de la valise en carton » !
À l'occasion d'un événement intercurrent, direction les urgences hospitalières !... et non-réintégration du pensionnaire au terme de l'hospitalisation ! À la personne maintenant de trouver une maison de retraite !

## Nous voulons :

14

**1 - Nous voulons que les établissements dits foyers logements, qui accueillent une patientèle lourdement dépendante de type EHPAD, soient transformés intégralement en EHPAD.**

15

**2 -** Nous voulons que les établissements qui continueront à fonctionner en résidences-foyers logements (car il existera toujours une clientèle de vieillards valides isolés ne voulant plus vivre chez eux ou de vieillards avec handicaps physiques modérés nécessitant peu d'aides et pas de soins) se conventionnent avec un service de gériatrie, pour les besoins éventuels d'évaluation et d'hospitalisation, et avec un EHPAD pour les cas de survenue d'une maladie chronique handicapante empêchant la poursuite du séjour dans la résidence.
**Nous voulons que ces établissements pour personnes valides aient pour préoccupation permanente de favoriser l'activité sociale, physique, psychique et la prévention de l'ennui chez les personnes accueillies.**

## Faute de ces 2 mesures :

**- mise aux normes des établissements accueillant une patientèle type EHPAD, (sachant que le risque juridique en cas d'accident est très élevé),**
**- possibilité de prévention-dépistage des pathologies dans le respect d'une qualité de vie sociale, ces établissements ne seront que des pourvoyeurs d'EHPAD.**

# 4

**Ces alternatives au déménagement en maisons de retraite ont tendance à se développer, d'autant plus qu'elles présentent pour certaines personnes âgées une image apparemment moins stressante qu'un établissement avec ses règles et ses contraintes.**
**Par ailleurs, elles sont beaucoup moins coûteuses en frais d'hébergement que les EHPAD et bénéficient du barème de l'APA à domicile. Sur le terrain, s'il existe quelques familles d'accueil permettant de recréer un vrai « chez soi chez les autres », dans un cadre affectueux et familial, tout n'est pas toujours aussi rose. Il est temps de réglementer, de légiférer et de faire appliquer la loi pour protéger les personnes accueillies.**
**Cet accueil pose des difficultés majeures de compétence dès qu'il s'agit de l'accueil de personnes malades chroniques - cas le plus fréquent - en particulier des personnes démentes.**
**Le risque de maltraitance est alors élevé.**

**Ce n'est pas parce que ce secteur est quantitativement beaucoup moins important que celui des lits d'EHPAD qu'il faut en négliger la qualité et la sécurité.**

# Les familles d'accueil ou accueillants familiaux

## Nous constatons :

***« Un mode de prise en charge qui peut plaire, mais très handicapé par l'isolement des accueillants et par les énormes disparités de leur suivi, de leur rémunération, de leur formation d'un département à l'autre. Pourtant ce sont les mêmes personnes âgées que celle des EHPAD qui y sont accueillies. Enfin, des contraintes architecturales désuètes. »***

**Il ne faudrait pas que les familles d'accueil servent, dans certains départements, de variable d'ajustement, de faible qualité, à la pénurie ou au prix élevé des places en EHPAD.**

- De nombreux abus et dysfonctionnements, liés aux imperfections de la loi du 10 juillet 1989 régissant l'accueil familial et au retard pris dans la publication des décrets d'application de la loi du 17 janvier 2002, art. 51, prévus pour corriger ces imperfections. À quel terme sont-ils prévus ? Nous serons attentifs ensuite à leur application, en vraie vie ! Dans la mesure où ces nouveaux décrets, paraît-il, annulent et remplacent les anciens décrets qui disaient dès 1990 en substance la même chose et qui n'ont jamais été appliqués, on peut ne pas être rassuré sur leur avenir !

Les Conseils Généraux, chargés de la formation initiale et permanente des accueillants, de l'instruction de leur agrément, du contrôle de leur activité ainsi que du suivi social et médico-social des personnes accueillies, ne remplissent pas toujours leur mission. Dans certains départements, les accueils « sauvages » se développent impunément, allant jusqu'à l'accueil de 4 à 8 personnes dans des **locaux inadaptés et des risques élevés de maltraitance.**

**L'agrément donné une fois pour toute sans critères vraiment « durs » par le Conseil Général et sans réévaluation régulière,** alors que la situation de la famille d'accueil peut se modifier dans le temps.

**Un niveau de formation des accueillants (relationnel, manutention, nutrition, etc.) très variable (voire absent)** en qualité et en durée d'un département à l'autre, (alors par exemple qu'en EHPAD sont exigées à travers le questionnaire qualité ANGELIQUE de multiples compétences). Certains accueillants ont de réelles difficultés à suivre les formations proposées lorsqu'elles ont lieu à l'opposé du département. La qualité de l'enseignement n'est pas toujours au rendez-vous : enseignants peu motivés ou mal au fait des réalités de la profession, sujets pas toujours adaptés, etc.. Or, les accueillants étant par nature isolés, accueillant des personnes dont la prise en charge est parfois difficile, leur formation se devrait exemplaire, d'une durée suffisante, suffisamment variée pour aborder tous les aspects du métier.

**Tout niveau de perte d'autonomie accepté à l'admission, y compris la maladie d'Alzheimer au stade valide déambulant !** Nous souhaitons mettre en avant les risques d'un tel accueil lorsque les accueillants n'ont pas été correctement formés à ce type de prise en charge. La manière dont est évaluée l'adéquation du niveau de perte d'autonomie aux possibilités et aux compétences de l'accueillant doit être précisée, en accordant un rôle majeur au corps médical. Pour le moment c'est la loi de l'offre et de la demande qui prévaut. À défaut, on continuera d'observer des situations où la personne est, 15 jours après son entrée dans la famille d'accueil, adressée aux urgences de l'hôpital parce qu'elle « ne convient pas », d'autant plus que les textes « couvrent » en prévoyant une période officielle d'essai de 1 mois !
La prise en charge de 2, voire par dérogation 3 personnes... un panachage : handicapé jeune et personne âgée est également constaté alors que les problèmes de prise en charge sont très différents. Les futurs décrets confirmeraient pourtant cette option... on s'interroge !

**Les conditions d'accueil avec des normes d'un autre âge, sont définies sur le plan architectural :** surface de la chambre, 9 m² seule, 16m² à deux alors qu'on exige 20m² en EHPAD ! WC, salle de bain, chauffage, les modalités réelles d'application resteraient à vérifier par une étude multicentrique. Or on a vu, par exemple, mettre une chaise percée dans la chambre de la personne âgée en lui interdisant de se servir des WC de la famille ; on en a vu qui n'avaient pas de cabinet de toilette individuel, et auxquelles on donnait une cuvette pour se laver (ces cas existent, même si leur fréquence n'est pas chiffrée) : certains services chargés du contrôle des accueillants familiaux font-ils preuve de laxisme ou d'indifférence ?

Comme les aidants naturels, les accueillants familiaux sont fréquemment victimes du **syndrome d'épuisement,** d'où des risques accrus de maltraitance. Qu'en est-il du nombre réel d'heures de travail, alors que l'accueillant est tenu à une présence permanente en contrepartie de 2 à 3 heures de SMIC par jour ? Qu'en est-il des congés de l'accueillant, qu'il ne peut prendre qu'à condition qu'une solution de remplacement permettant d'assurer la continuité de l'accueil soit mise en place ? Si ces questions ne sont pas résolues, il ne faudra pas s'étonner de constater des dérives.

**L'absence très fréquente de tout contrat de séjour** lors de l'admission de la personne âgée, et ce bien que les textes de loi soient limpides sur leur nécessité, ce qui laisse le champ libre à toute auto-décision de prise en charge. Des pratiques inacceptables - abus de pouvoir ou maltraitance - ont été observées dans des familles d'accueil, émanant le plus souvent d'accueillants de départements dans lesquels le suivi n'est pas ou insuffisamment effectué.

## Nous voulons :

***« La fin de ce coupable « no man's land » entre le domicile personnel et l'EHPAD. Formation, contractualisation, contrôle qualité. »***

16 **1 -** Nous voulons que **les accueillants familiaux soient formés à la prise en charge des personnes dépendantes. Cette formation doit être spécifique, adaptée et de qualité.** Lorsqu'on est salarié pour prendre en charge une personne âgée, encore plus une personne âgée malade et handicapée, c'est un métier quel que soit le lieu d'exercice. Même si l'accueil familial ne concerne pas exclusivement les personnes âgées, et même si l'accueillant n'a pas mandat pour assumer une fonction sanitaire, quelques thèmes sont incontournables : Besoins de la personne, Principes de diététique, Notions d'hygiène, Premiers secours, Prévention des accidents domestiques, Prévention de la maltraitance, Identification de la douleur, Techniques de transfert...

17 **2 -** Nous voulons que tous les Départements de France appliquent et fassent appliquer la loi. **Des critères d'agréments formalisés par une liste de critères tant architecturaux « modernes » que des prestations offertes dans un texte ministériel opposable.** La signature obligatoire à l'admission d'un **contrat de séjour** détaillant les obligations réciproques de l'employé (l'accueillant familial) et de l'employeur (la personne âgée) doit être vérifiée. Les familles d'accueil sont au service de la personne âgée et les visites extérieures doivent y être libres comme en EHPAD. Il est prévu que les accueillants familiaux doivent être régulièrement contrôlés par le Conseil Général, et de façon inopinée. Ceci doit être fait.

18 **3 -** Nous voulons, compte tenu du niveau de connaissances et de l'application actuel des textes, que le **niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées soit faible, GIR 5 à 6. Il s'agirait d'une population plus comparable à celle d'un vrai logement foyer qu'à celle d'un EHPAD.** Une dérogation dans des familles extrêmement bien ciblées doit pouvoir être possible pour un GIR 4. Il n'est pas raisonnable que les familles d'accueil hébergent des GIR 1 et 2 et des déments déambulants (ce qui est le cas dans de très nombreuses familles d'accueil !)

**Faute de ces 3 mesures « basiques » :**
**le développement croissant de cette alternative à l'institutionnalisation dérapera vers des prises en charge inadéquates et de vraies « maltraitances ».**

# 5 Les hôpitaux

La mission des hôpitaux est le soin, c'est-à-dire la prise en charge des malades dont les soins requièrent la présence d'un médecin de garde, une permanence infirmière, ainsi qu'un plateau technique sophistiqué. Cette mission ciblée va se renforcer avec la mise en place de la tarification à l'activité, que l'on s'en réjouisse ou que l'on s'en désole... La place des hôpitaux est majeure dans la prise en soins de personnes âgées malades, mais il ne faudrait pas que les insuffisances de prises en charge des malades âgés en ville aboutissent à brève échéance à une asphyxie de l'hôpital et des soignants hospitaliers. Nous y courons tout droit si rien ne change.

Les personnes âgées qui viennent aux urgences sont, pour leur majorité, des malades chroniques acutisés qui peut-être n'ont pas eu accès à une compétence et à une prise en soin gériatrique en ville.

Il y a trois problèmes : pas de gériatrie structurée en amont des urgences, pas de gériatrie aux urgences, peu ou pas de gériatrie en aval. Le problème des urgences, en tant que telles, n'est plus le problème majeur grâce aux moyens mis, décuplés en quelques années, mais il reste et restera sûrement insoluble si on ne traite pas l'amont et l'aval. Sur le terrain, nous constatons le recours souvent injustifié aux services d'urgence et le refus fréquent des services de spécialité de prendre en charge des personnes âgées, présumées médicalement peu intéressantes, que ces services ne savent pas soigner, personnes classées « futures bloqueuses de lits » et dont le soin est très mal valorisé à travers les outils actuels de mesure d'activité hospitalière.

## Nous constatons :

***« Un effet de nasse pour les personnes âgées malades lorsqu'elles entrent à l'hôpital et ont le plus grand mal à en ressortir.***

***Le syndrome dit de la « valise en carton » est de plus en plus fréquent, la personne âgée malade est admise à l'hôpital avec sa petite valise et une lettre du médecin généraliste indiquant qu'elle ne pourra plus rentrer chez elle ou dans sa maison de retraite ou chez l'accueillant familial et ... à l'hôpital de se débrouiller... mal ! »***

- **L'anarchie persiste pour l'envoi des personnes âgées aux urgences hospitalières.** Les motifs sont variés, tantôt médicalement justifiés, tantôt alibis à un problème social, et dans ce cas prévisibles de longue date, mais toujours conséquences d'une maladie chronique handicapante, pour laquelle rien n'a été anticipé : aucune évaluation gériatrique, aucune inscription en maison de retraite, aucune demande de SSIAD. Il appartient aux services sociaux de l'hôpital d'y pourvoir ! Nous avons décrit plus haut la mission de pilote-responsable qui doit être désormais dévolue au médecin généraliste.

On pourra continuer à déverser dans les services d'urgence des hôpitaux autant de moyens, voire plus, que dans les dix dernières années sans que pour autant ils arrivent à régler le problème des vieillards malades. S'il n'y a pas de progrès en amont, au niveau des soins à domicile, et des soins donnés en maison de retraite, et en aval, par la création (incidemment à coût constant) de lits de gériatrie aiguë, de réadaptation gériatrique et de soins de longue durée pour les malades gériatriques chroniques lorsqu'ils exigent une densité de soins de type hospitalier, **cette situation va empirer.**

- **L'impréparation des sorties hospitalières** est bien connue : celles-ci sont souvent décidées brutalement, par des médecins hospitaliers indifférents aux problèmes multiples des personnes âgées handicapées, du fait de leur isolement à domicile ou des déficits de capacité de soins des maisons de retraite.

- **Les difficultés à faire créer des lits de court séjour gériatrique :**

Si la notion de filière gériatrique hospitalière, comprenant, sous l'égide d'une équipe médico-soignante gériatrique regroupée en pôle, des lits de court séjour gériatrique, de soins de suite ou de réadaptation et de soins de longue durée, semble désormais acceptée par le Ministère sur le papier, les choses sont moins simples sur le terrain. La création d'authentiques lits de court séjour gériatrique, obtenue par reconversion de lits de spécialités, et sous la chefferie d'un gériatre, ne va pas sans mal. **Des détournements des directives ministérielles** au profit, ici, de lits d'urgences, là, d'un prestigieux mais non gériatrique service de « médecine interne », restent encore trop fréquents. Ils sont inacceptables ; un détournement de moyens reste un « vol »...

**Un usage inadéquat des soins de suite polyvalents de gériatrie :**

- Parfois ceux-ci se substituent à des services de court séjour gériatrique lorsque ces services n'existent pas ! Ce qui est le cas le plus habituel en France ! Les malades âgés sont alors directement adressés des urgences en SSR, pour ne pas encombrer les services de spécialité où ils sont jugés indésirables.

Selon que vous soyez jeune ou bien âgé, pour soigner votre phlébite, vous aurez droit dans un cas au prestigieux service de cardiologie et dans l'autre directement au SSR gériatrique, qui n'offre ni les mêmes moyens, ni la même surveillance. On peut se rassurer en se disant qu'il y a en contrepartie une prise en charge globale dans ces SSR gériatriques !

- Parfois ils servent de **service de « dégagement » de tous les services de court séjour de l'hôpital,** dès que la durée de séjour dépasse la limite fixée, et ce, quelle que soit la gravité du patient. Le malade est alors adressé n'importe où, « là où il y a de la place », aussi bien à 50 km que dans un centre de « repos » sans aucun soin adapté !

Les assistantes sociales s'exécutent le plus souvent sous la menace !

- Parfois ils font office de « **salle d'attente », et ce pendant plusieurs mois, d'une solution d'aval :** attente de la décision d'aide sociale, attente d'une place en EHPAD, absence de créneau de SSIAD ou enfin absence de place en soins de longue durée.

- Parfois enfin et heureusement, bien utilisé pour leur réelle mission de réadaptation, de consolidation et d'ajustement thérapeutique, après une période de pathologie aiguë, de revalidation et de ré-autonomisation qui va transformer un succès médical en succès social ce qui est encore mieux !.

**Le recours abusif aux hébergements en service de soins de longue durée,** faute de place en maison de retraite, ou faute dans celles-ci de lits agréés à l'aide sociale (cf. plus haut) ou enfin faute de personnel en nombre suffisant, est un procédé devenu habituel dans certains départements. **Ce détournement de lits hospitaliers de long séjour de leur mission de soin médical, explique l'encombrement par ricochet des lits d'amont de court séjour.** Des personnes malades âgées y stagnent de longs mois (avec le cortège de pathologies iatrogènes hospitalières). A l'opposé, on aboutit à des sorties forcées, rapidement suivies, comme prévisible, de réadmissions « sociales », toujours prématurées.

Tout ceci est ruineux et réalise de véritable « maltraitances » et « malpratiques » qui ne sont ni reconnues ni dénoncées. La mise en danger de la vie d'autrui, la non-assistance à des personnes vulnérables, la non-mise en œuvre des moyens nécessaires, le non- signalement des maltraitances sont autant de délits fortement sanctionnables...

- **La non-adéquation en soins de longue durée du rapport « état médical des malades /moyens disponibles » :**

La gravité des maladies prises en charge chez les malades accueillis en long séjour est très contrastée selon les régions. La proportion de malades graves, requérant réellement de soins médicaux et techniques importants au long cours du niveau des « soins de suite », est très variable selon les établissements, ainsi que l'ont montré les analyses PATHOS effectuées par la CNAM ; de 10% dans certains établissements à 60% dans d'autres, avec une moyenne nationale à 30%.

- **L'inadaptation du système informatique hospitalier d'évaluation de l'activité lorsqu'on l'applique aux personnes âgées. Le P.M.S.I. pose en effet 4 problèmes majeurs en gériatrie :**

- **Une obligation de choisir une pathologie dite « principale » :**

Chez un patient poly-pathologique, comme le sont toutes les personnes âgées, laquelle choisir ?

Le diagnostic principal ne peut avoir un sens que si on peut le moduler avec des critères de gravité et des critères de complication. Par exemple, les diagnostics « hémiplégie » ou « accident vasculaire cérébral » à eux seuls n'ont aucune valeur descriptive intrinsèque de l'activité. Ou alors faut-il changer de diagnostic principal tous les jours en fonction de l'activité principale du jour ? Ce serait absurde, mais efficace.

- **Une absence de valorisation des soins relationnels et des temps très importants d'analyse sociale :**

Seuls les actes techniques pointus (peu utilisés en gériatrie) sont valorisés. Les actes gériatriques sont, en revanche, d'une « technicité » particulièrement élevée. Une non-coopération, voir une opposition systématique aux actes essentiels chez des malades déments, est source de complexité évidente des soins. La toilette intime d'un dément demande un autre savoir-faire, infiniment plus complexe que la plupart des actes techniques stéréotypés.

- **La non-prise en compte des handicaps des malades âgés** qui correspond pourtant à une très importante part d'activité soignante... un détail... ?

- **La valorisation d'un séjour hospitalier indépendamment de sa durée** or la durée du séjour ne peut pas généralement être courte en gériatrie, si l'on veut résoudre les nombreux problèmes médico-psycho-sociaux du patient âgé, sans oublier les problèmes de saturation ubiquitaires des structures d'aval.

Ce sont, et tous les gériatres le savent, les pathologies associées qui interagissent entre elles, intriquées aux « éléments de complexité sociale », non pris actuellement en compte dans le PMSI, qui légitiment et expliquent les durées de séjour prolongées.

La pression s'exerce pourtant de plus en plus fortement sur les médecins pour faire sortir les malades au plus tard au 10ème jour d'hospitalisation, ce qui est au plan technique, déraisonnable en gériatrie. Sans avancer l'argument déontologique qui pose l'interdiction de faire sortir un malade qui n'est pas en état de sortir, il y a l'argument de bon sens : à quoi sert-il de le faire sortir trop tôt si c'est pour reperdre ce qui avait été gagné, voire de ré-hospitaliser le patient quelques jours ou quelques semaines plus tard ? Ce système a par ailleurs accru et conforté le rejet des personnes âgées hors des services de spécialité ou de médecine polyvalente, du fait de leur longue durée de séjour laquelle pénalise la production de **points ISA** et donc les finances du service.

# 5 Les hôpitaux

## Nous voulons :

***« Que les hôpitaux puissent accueillir les personnes âgées qui en ont besoin, ce qui implique une vraie organisation gériatrique hospitalière. Elle est absente ou embryonnaire dans la plupart des hôpitaux français. Notre retard est considérable . »***

***« Que les urgences des hôpitaux cessent d'être le recours de facilité à tout ce qui pose un problème en ville. Il faut donc développer la compétence et la prévention en ville pour éviter les recours inutiles ou trop tardifs à l'hôpital. »***

***« Et surtout que les personnes malades âgées soient hospitalisées quand cela leur est utile, dans une structure compétente et que cessent les hospitalisations n'importe où, inutiles, dangereuses, coûteuses. »***

19

**1 -** Nous voulons « une gériatrie aux gériatres », explicitement un recrutement positif des médecins qui ont appétence et compétence pour cette spécialité et ont appris à pratiquer avec les personnes âgées « la persévérance médicale raisonnable et responsable, qui rejette l'acharnement malsain et l'abandon coupable ».
**Seuls des gériatres ayant passé avec succès un concours de praticien hospitalier de « médecine gériatrique »,** (et non de médecine générale et gériatrie ( ! ), dénomination inadéquate apparue depuis 3 ans au JO à la surprise indignée de la discipline) **doivent être habilités à exercer des responsabilités dans les pôles gériatriques.**

20

**2 -** Nous voulons que **l'État adresse aux ARH et aux directeurs d'établissements un message fort pour que les directives concernant la création de lits de court séjour gériatrique en nombre suffisant soient respectées.** Ces lits doivent être bien sûr, dotés, comme pour toute spécialité, du ratio habituel en médecins praticiens hospitaliers par lit, en incluant la compensation en poste du passage aux 35 heures, ce qui n'est pas le cas actuellement, et en personnel soignant qualifié qui accepte librement et volontairement un travail en gériatrie. La médecine des personnes âgées ne peut s'effectuer dignement et professionnellement en sous-effectif tant médical que soignant. Le problème d'effectifs se double d'une crise des vocations. Si dans l'opinion publique, l'image des établissements hospitaliers et médico-sociaux est positive, le contexte de crise interne de ces établissements n'incite pas les jeunes professionnels à se diriger vers des métiers perçus de plus en plus comme contraignants et difficiles.
C'est le sous-effectif, beaucoup plus que le soin à des personnes âgées, qui génère le refus ou le peu d'enthousiasme à travailler en gériatrie (cette remarque vaut pour tous les agents du secteur gériatrique). En revanche, le rôle propre, plus important en gériatrie qu'ailleurs, de l'aide-soignant, de l'infirmière ou du cadre suscite souvent de fortes motivations.

21

**3 -** Nous voulons que **les soins de suite ou de réadaptation gériatrique bénéficient d'une définition précise de leurs missions, des typologies pathologiques qui leur seront confiées et des niveaux de soins** requis par les patients pouvant y être accueillis.
Il faut protéger le SSR et son personnel de la formidable pression qui va s'exercer sur ce secteur avec l'arrivée de la tarification à l'activité T2A, laquelle incite les services de court séjour à vider leurs lits le plus rapidement possible, coûte que coûte, quel que soit l'état des patients et quoi qu'il leur en coûte ! La mission des services de soins de suite n'est pas de « désencombrer » d'autres services, mais bien de réadapter les malades âgés, de réduire leurs handicaps en les préparant ainsi à retourner vivre chez eux, de leur restaurer une qualité de vie qui permette un retour au domicile aidé ou une entrée en institution. A côté de cette mission de réadaptation très pointue, les soins de suite ont un large rôle pour les soins palliatifs terminaux. Ces deux activités consommatrices de temps et de compétences médicales et soignantes sont à prendre en compte dans le calcul des effectifs.
La mission actuelle, trop souvent constatée de « salle d'attente », est un ruineux gaspillage d'argent et de compétences.

22

**4 -** Nous voulons que, plutôt que d'agrandir encore et toujours les Urgences, **s'ouvre une autre porte d'accès à l'hôpital, spécifiquement gériatrique.**
Pour cette nouvelle mission, il faut que **chaque hôpital puisse doter le pôle gériatrique d'une équipe de coordination gérontologique extra-hospitalière (COGER), pourvue comme le SAMU d'un médecin régulateur assurant une permanence diurne, avec un numéro de téléphone unique.**
Cette structure innovante aura pour mission, après entretien téléphonique entre le médecin généraliste et un gériatre hospitalier entraîné, le pilotage intelligent des personnes âgées malades habitant en ville ou en maison de retraite : soit vers une admission directe programmée dans un lit de court séjour gériatrique, soit vers une consultation gérontologique rapide si la personne âgée ne nécessite pas d'être hospitalisée, soit, seulement pour les seules réelles urgences détectées, leur admission aux urgences, puis ou directement, s'il existe un besoin de soins spécifiques, en service de spécialité.
Cette structure professionnalisée, dotée d'une assistante sociale et d'infirmières au fait de la problématique gériatrique locale, sera également fort efficace pour anticiper l'avenir dès l'admission, en assurant ainsi un retour soit dans la maison de retraite (au moment adéquat compte tenu des moyens de celle-ci) ou en mettant en place des moyens pour assurer le retour à domicile dans de bonnes conditions, en évitant ainsi les réadmissions prématurées par déficit d'organisation.
On devrait ainsi voir diminuer le nombre de patients « médicalement sortants mais physiquement restants »... en attente d'une solution d'aval et pour lesquels on ne se soucie, comme c'est habituellement le cas, de la sortie sociale que le jour de la sortie médicale.
Dans les petits établissements, cette équipe pourrait ne faire qu'un avec l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière (obligatoirement adossée à du court séjour gériatrique) qui a vocation à réaliser les consultations des malades gériatriques vus aux urgences, et de ceux qui sont hospitalisés dans les services de spécialités (circ. du 18/03/2002). L'importance de la tâche assignée risque d'exiger le dédoublement des équipes dès qu'un niveau critique d'activité sera atteint.

23

**5 -** Nous voulons des consultations gériatriques **dans tous les hôpitaux,** tant **« consultations gériatriques de mémoire »** pour détecter la maladie d'Alzheimer encore très largement sous-diagnostiquée, que **« consultations longues de médecine polyvalente gériatrique » intégrées aux hôpitaux de jour, pour l'évaluation médico-psycho-sociale, qui ajoutent à la consultation la garantie de la pluridisciplinarité gériatrique.**
Ces différentes structures ont pour mission l'évaluation, le diagnostic et l'élaboration de la stratégie thérapeutique, du projet de soins et du projet de vie, en coopération avec la famille, le médecin généraliste et les divers acteurs de l'aide et du soin à domicile.
**Ces structures ouvertes sur l'extérieur doivent éviter, limiter ou raccourcir les hospitalisations ; elles représentent le plus puissant outil de prévention du handicap et de contrôle des hospitalisations d'urgence et enfin des placements.**
Encore faudrait-il que les crédits alloués ne puissent pas, en cours de route, être détournés de leur objet par les ARH ou les directeurs d'hôpitaux comme c'est fréquemment le cas... (sous la pression des « tigres médicaux » des autres spécialités nous n'en doutons pas !)

24

**6 -** Nous voulons pour les soins de longue durée, **la réouverture par la Direction de l'Hospitalisation et des Soins du dossier « Redéfinition des soins de longue durée »**, c'est-à-dire de la mise en place d'un système de prise en soins spécifique des malades graves au long cours relevant de Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI). Actuellement ces malades sont insuffisamment pris en charge avec les moyens donnés à l'actuel long séjour. Ce débat est repoussé depuis plus de 10 ans. Ce n'est pas la faute des gériatres si la réalité fâche et si les faits sont têtus...
A côté de l'évaluation de la perte d'autonomie par AGGIR une évaluation systématique des besoins de soins médicaux et techniques de la patientèle (grille PATHOS) est incontournable, pour permettre d'adapter les moyens médicaux à l'état sanitaire réel des malades. Les études de la CNAM avec cet outil ont en effet montré les grandes variations de la proportion de malades graves d'un établissement à un autre.

25

**7 -** Nous voulons que **le système de tarification informatique hospitalier soit adapté aux problématiques gériatriques.**
Nous voulons donc qu'on accorde à nos malades « un temps raisonnable d'hospitalisation et un système d'évaluation adapté à cette clientèle ».
**L'outil PMSI** actuel est une arme dangereuse à l'encontre des personnes âgées poly-pathologiques. A ce titre, **il doit être adapté pour la population des malades de gériatrie,** ce que nous réclamons en vain, là encore, depuis près de 10 ans. Par ailleurs, son inadaptation aux consultations longues de gériatrie et aux consultations mémoire freine l'ouverture sur l'extérieur des équipes hospitalières, pourtant réclamée par tous et surtout par les réseaux de praticiens de ville. Il faut faire évoluer le PMSI (et la T2A) pour qu'il soit en cohérence avec la volonté de développement des coordinations renforcées ville-hôpital !
Pour cela, il existe des pistes : création d'une nomenclature gériatrique comme pour toute autre spécialité, prise en compte des marqueurs de gravité et de complications au sein du diagnostic principal, prise en compte des index de « complexité sociale ». Une telle pondération serait appréciée par toutes les disciplines pour lesquelles la même étiquette diagnostique recouvre des situations très contrastées d'intensité des soins et de durée de séjour. Tant qu'à utiliser un outil, faisons que les intervenants puissent y reconnaître les besoins de leurs malades.

## Faute de ces 7 mesures :

**le mésusage de l'appareil hospitalier et les pratiques de mésusage des soins et thérapeutiques s'aggraveront, l'hôpital s'engorgera sous la pression du nombre croissant des personnes âgées malades, ou socialement désinsérées qui y seront hébergées faute de mieux, ou par erreur d'aiguillage.**
**Cela coûtera de plus en plus cher, pour de surcroît délivrer du mauvais soin gériatrique et accroître les mésusages. Quel bilan en perspective !**

# 6 La formation en gériatrie

## Nous constatons :

***« Des besoins de formation immenses pour s'adapter à la médecine des personnes âgées. Ces formations concernent non seulement les médecins généralistes, mais également un nombre croissant de spécialistes, qui ont déjà pour clientèle une majorité de personnes âgées ou très âgées, sans oublier les personnels. »***

- L'enseignement initial de la gériatrie est devenu obligatoire pour tous les médecins dans le cursus des études médicales, et ce au cours du 2ème cycle des études médicales. Preuve que ce qui est indispensable se réalise forcément un jour ! Cependant, **notre retard par rapport à l'Europe** nous oblige à mettre les bouchées doubles, c'est-à-dire à **demander la mise en œuvre de moyens pédagogiques lourds !**
Il y va de la sécurité des malades, d'une réelle maîtrise médicalisée de l'explosion démographique des sujets âgés et du coût de la santé : le mauvais soin revient plus cher que le bon, comme le mésusage ou la iatrogénie !

- **Une demande croissante d'enseignement médical continu venant tant des jeunes que des médecins généralistes et spécialistes déjà installés.**
Ces formations sont d'autant plus urgentes que les gériatres hospitaliers désirent laisser aux médecins généralistes la responsabilité du malade âgé vivant à domicile, encore faut-il que ceux-ci soient formés : « l'apprentissage « sur le tas » est au mieux inefficace, au pire dangereux. »

- Le domaine de la gériatrie est vaste. Il ne suffit pas de traiter en un séminaire quelques questions sociales ou médicales : les médecins doivent être formés à la spécificité de la clinique sur le terrain gériatrique, à ses bases physiopathologiques, à la pharmacologie et à la thérapeutique gériatrique, à la posologie des médicaments en gériatrie. Il s'y ajoute les particularités psychiques et sociales des personnes âgées, la prise en charge de la dépendance, et surtout l'évaluation gériatrique, base de toute stratégie de prévention.

## Nous voulons :

***« Des enseignants, car pour enseigner, il faut des enseignants. »***

***« Des gériatres vraiment formés et expérimentés et non des médecins plongés quelques heures dans une vague teinture gériatrique et ayant lu ou feuilleté quelques traités. »***

26

**1 -** Nous voulons des **gériatres hospitalo-universitaires :**

**a) Des chefs de clinique : ces médecins seront les référents de demain et la cheville ouvrière de l'enseignement en gériatrie, mais il faut d'abord les former.**
Il existe un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Gériatrie (DESC). Cette formation est destinée principalement aux chefs de clinique, mais les postes manquent terriblement en gériatrie qui est une discipline nouvelle, alors qu'il existe des postes vacants dans d'autres spécialités.
Il y a donc urgence à augmenter le nombre de postes de chefs de clinique en gériatrie, mais encore faut-il rendre ces postes attractifs.
**Les chefs de clinique doivent avoir une vraie mission de recherche, donc avoir le temps de s'y consacrer.** La plupart des chefs de clinique réalisent un plein temps hospitalier (>35h) et ont de plus de lourds horaires d'enseignement. Leur impossibilité à dégager un temps de recherche nuit à leur propre avenir, nuit à l'avenir de la discipline, nuit aux futurs malades et aux futurs coûts de la santé car cela limite beaucoup le temps restant pour les recherches, sources de progrès.
Pour les recruter et les motiver il faut pouvoir leur assurer un avenir de PH en CHU, voire ouvrir pour certains une **carrière hospitalo-universitaire.**

**b) Des cadres universitaires : des professeurs de médecine gériatrique pour chaque CHU :**
Pour remplir les objectifs pédagogiques ambitieux et volontaristes décrits plus haut, la gériatrie doit disposer de cadres. À défaut d'une « universitarisation » rapide de la gériatrie, analogue au mouvement qui s'observe partout en Europe, au Japon, en Amérique du Nord et du Sud, rien ne pourra compenser le déficit français en universitaires. C'est pourtant la seule façon de faire face aux besoins présents déjà identifiés, a fortiori aux besoins futurs. Rappelons qu'en Irlande, pays « le plus jeune » d'Europe, la discipline hospitalière la mieux pourvue en médecins universitaires est la Gériatrie.

Les rares centres universitaires gériatriques qui peuvent servir de noyaux durs et de pôles de référence ne répondent pas encore aujourd'hui aux normes quantitatives et qualitatives des services hospitalo-universitaires des autres disciplines (et ne peuvent donc effectuer de surcroît correctement une recherche). Les chefs de clinique et les jeunes PH ont une charge de travail clinique et des missions d'enseignement qui handicapent très fortement leurs capacités de recherche et publications ruinant ainsi leurs chances d'être un jour retenus à une épreuve sur titres, comme l'agrégation.

c) En chiffres :
À l'horizon 2015, nous voulons un nombre total d'universitaires en exercice de :
- **60 professeurs PU-PH de Gériatrie : près du double de la situation actuelle,**
- **20 professeurs PU-PH de Biologie du Vieillissement,**
- **200 PH temps plein dans les CHU avec une habilitation à diriger une recherche (HDR),**
- **100 postes de Chef de Clinique Assistant (CCA),** soit, là encore, un doublement en référence à la situation actuelle.

Cela nous mettrait approximativement à une situation équivalente à celle de la spécialité de Médecine Interne.
La réalisation de ces objectifs pédagogiques permettrait sans doute d'envisager pour notre génération une vieillesse heureuse voire correctement soignée...

27

**2 -** Nous voulons **le développement de nouvelles méthodes pédagogiques :**

Compte tenu du faible nombre d'enseignants gériatres, il faudra démultiplier et homogénéiser au plan national leur action.
Pour ce faire, l'on peut **utiliser très largement l'Internet,** qui est immédiatement opérationnel. La diffusion de cours élaborés par les gériatres spécialistes de chaque thème, préenregistrés et disponibles sur la toile permettra de couvrir ainsi, dans toutes les universités, la totalité des thèmes en garantissant l'excellence de l'enseignement dispensé.
Ces cours pourraient être ensuite visionnés avec les étudiants et commentés en atelier par les gériatres enseignants de chaque CHU.
Ces cours doivent comprendre : la formation médicale théorique, mais aussi des illustrations très pratiques appuyées sur des cas cliniques, filmés « en vraie vie ». L'appétence des étudiants est forte pour ces méthodes pédagogiques actives (ex : résolutions de cas).
Mais la Capacité et le DESC, à la différence d'autres spécialités médicales, ne se limitent pas uniquement à la médecine, mais **doivent s'intéresser également aux problématiques de l'évaluation gérontologique, de l'utilisation de ses**

## .....la formation en gériatrie

**outils ainsi qu'à l'élaboration des plans d'aide et au management d'équipe. Sans oublier d'y inclure une formation juridique aux responsabilités spécifiques liées à la vulnérabilité des personnes âgées.**
Des enseignants dans ces autres domaines de compétence devront donc également être mis à contribution.

**3 -** Nous voulons un **nombre accru de gériatres formés en ville et à l'hôpital.**
Compte tenu de l'irrépressible développement de la gériatrie, à brève échéance, la demande de médecins spécialistes ou qualifiés va croître de façon exponentielle, tant pour assurer des fonctions de **médecin coordonnateur dans 10 000 maisons de retraite,** que pour prendre des responsabilités dans les **pôles hospitaliers de gériatrie.**
Ces médecins s'orienteront soit vers une formation longue et lourde, le DESC, après leur DES, principalement en vue de remplir des fonctions hospitalières, surtout en CHU, qui en fera des spécialistes de gériatrie, soit vers la capacité de gérontologie (qui sera appelée à se transformer en mastère) laquelle aboutit, au terme de 2 années d'enseignement, à une qualification de niveau « compétence qualifiée ».
L'exigence de la validation de ce diplôme pour exercer toute fonction médicale gérontologique, où que ce soit, doit être obligatoire. Il y a une quasi-unanimité dans l'Union Européenne pour arrêter un système à deux niveaux de diplômes, de façon à disposer, à coté des « gériatres spécialistes exclusifs », de médecins « compétents qualifiés en gériatrie ». Il faut donc poursuivre dans cette voie.
À travers leur activité médicale, les médecins ainsi formés permettent une diffusion du « savoir » gériatrique dans leurs lieux d'exercice. N'oublions pas que, de plus, un certain nombre de capacitaires fournissent un important contingent d'enseignants « bénévoles », indispensables, dans les capacités.

**4 -** Nous voulons la **mise en place de « passerelles », afin de permettre une validation des acquis et l'accès à un titre de spécialiste pour les capacitaires exerçant depuis plusieurs années une activité gériatrique exclusive** (hôpital, maison de retraite, administration, industrie pharmaceutique).

**5 -** Nous voulons **la formation des autres professionnels de la gérontologie.**
La gérontologie concerne également les directeurs des établissements pour personnes âgées, les hôpitaux ou les institutions, les cadres infirmiers, les responsables de services de soins à domicile, les centres communaux d'action sociale, les personnels d'aide à domicile, etc....
**Bref, tous ceux dont l'action professionnelle est consacrée d'abord aux personnes âgées et qui ne peuvent plus rester sans formation gériatrique !**
Cette formation est déjà opérationnelle et intégrée dans la formation initiale des infirmières et des aides-soignants, mais précisons à nouveau qu'une formation ne garantit pas l'empathie pour les personnes âgées. Elle manque encore pour les cadres infirmiers de gériatrie, les assistantes sociales, les directeurs d'établissement. Il y a donc, là aussi, urgence !
Dans des pays culturellement aussi proches de nous que la Belgique, il existe des cadres infirmiers spécialisés en gériatrie, avec des infirmiers PhD professeurs d'université de soins gériatriques. Disposer de **cadres infirmiers spécialisés capables de former leurs équipes** rendrait très attractif le métier de soignant en gériatre et permettrait une vraie formation permanente in situ des soignants.

***L'enseignement « sur le tas » n'est pas le bon choix, car il conduit à persévérer de longues années dans l'erreur...***

**Faute de ces 5 mesures :**
**la connaissance, tant gériatrique - strictement médicale - que gérontologique, appréhendant là toutes les autres dimensions psycho-sociales de la problématique des personnes âgées, n'essaimera pas et restera limitée à une poignée de médecins, à leurs équipes et à de rares non-médecins, saupoudrés sur le territoire.**
**Dans le même temps les personnes âgées seront partout et massivement présentes : à domicile, dans les établissements, dans les hôpitaux, et partout, faute de compétences, en déshérence quand arrive l'heure de la maladie et du handicap.**



# 7 La recherche médicale en gériatrie

## Nous constatons :

***« Si l'on veut soigner convenablement les maladies des personnes âgées, il faut en avoir compris la physiopathologie, appris la sémiologie et la nosologie, pour être capable de les diagnostiquer correctement.***

***Il faut alors disposer d'essais thérapeutiques dans cette population, étudiant la stratégie thérapeutique, le rapport bénéfices/risques et les doses des médicaments dans les diverses situations pathologiques du grand âge, pour soigner convenablement. »***

***« Il y a autant de différence physiologique entre un nourrisson et un adulte de 30 ans qu'entre une personne de 65 ans et un vétéran de 95 ans. »***

- La médecine des personnes âgées représentera à moyen terme la principale dépense médicale de la nation. L'émergence durable d'une population de grand âge, induit au plan médical et social d'importants transferts financiers. C'est cette structure démographique connue, dont l'impact économique est majeur, qui rend indispensable une meilleure compréhension des maladies et de leurs traitements, pour permettre de mieux soigner et autoriser de mieux dépenser.
La gériatrie reste la terra incognita de la médecine, la discipline où **des progrès multiples et significatifs pour la santé et la qualité de vie de nos concitoyens sont à portée de main, à condition d'y consacrer quelques têtes, quelques bras et un minimum d'investissements.**

- Pour mémoire, rappelons les « reins flottants » et les « becs de perroquets vertébraux », opérés avec conscience chez les sujets âgés par les chirurgiens voici à peine 30 ans, et plus récemment, en l'absence d'études gériatriques, les nombreux décès liés à la cérivastatine.
- Il est vrai que dans les traités de médecine vieux de quelques dizaines d'années, époque de la formation de la majorité des médecins actuellement en exercice, il n'y avait par exemple aucune référence à la maladie d'Alzheimer.

- Le champ de la recherche clinique en gériatrie est donc ouvert. Qu'il se décline en recherche nosographique, anatomo-clinique, physiopathologique, bio-clinique, socio-médicale, épidémiologique, génétique clinique, thérapeutique ou autre, il reste tant à faire que tout jeune médecin doué d'un peu de curiosité peut espérer contribuer à des progrès majeurs, à condition de pouvoir y consacrer un peu de temps et de disposer de quelques moyens. La surcharge de travail clinique, d'enseignement et de gestion des équipes gériatriques chroniquement en sous-effectif sont les principaux obstacles au développement des connaissances.
De plus, faute de temps, les résultats observés ne peuvent pas être publiés.

- **À ce jour, notre pays n'a pas de recherche structurée sur le vieillissement.**

- Le développement de la recherche fondamentale est lui aussi bridé par **l'absence d'intérêt des organismes de recherche** sur ce thème essentiel. Il existe une idée préconçue de la part de beaucoup de chercheurs qu'il suffit, pour comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le vieillissement, de concevoir des modèles ciblés sur un organe, voire sur un type cellulaire, puis de les additionner. Cette façon de raisonner conduit à des aberrations, car c'est l'organisme dans son ensemble qui vieillit.

# .....la recherche en gériatrie

## Nous voulons :

***« C'est grâce à la recherche et à l'évaluation scientifique que des soins médicaux coûteux, parfois dangereux et iatrogènes seront à l'avenir évités ou contenus et que seuls les soins dont l'efficacité a été évaluée en gériatrie seront prodigués. »***

***« Les gériatres et leurs patients ne peuvent plus se satisfaire d'une simple extrapolation, souvent erronée et potentiellement iatrogène, de ce qui se pratique chez l'adulte.***
***Le « terrain » âgé imprime sa spécificité, ici comme ailleurs. »***

31

**1 -** Nous voulons **qu'en urgence, les centres gériatriques les plus importants soient dotés des moyens nécessaires à une recherche médicale efficace et bien conduite sur les divers aspects du vieillissement.** Biologie du vieillissement certainement, mais aussi, description clinique des nouvelles maladies qui apparaissent au grand âge, psychologie des sujets âgés et interférence avec la clinique, moyens de prévention possibles et enfin thérapeutiques et stratégies de soins.

32

**2 -** Nous voulons que **les effectifs médicaux et soignants permettent d'investir réellement en temps de recherche, au moins dans TOUS les services universitaires et dans les services non universitaires associés qui participent à des programmes de recherche.** Ce temps de recherche investi doit concerner les médecins, mais aussi les autres soignants, infirmiers, kinés, orthophonistes, ergothérapeutes ou orthoptistes. **Le soin global, de base et technique, fait partie intégrante du traitement et exige également une vraie recherche** et non de petites études bricolées vouées à être non conclusives sur le plan scientifique et statistique.
La présence de cadres experts en gériatrie permettrait de former ces équipes à la recherche. Quel qu'en soit le résultat, l'« effet-protocole » améliore la qualité des soins, en cassant la routine, et améliore l'esprit d'équipe.

33

**3 -** Nous voulons que **soit créé un véritable institut du vieillissement** car pour le moment le « fameux » institut annoncé depuis de nombreuses années n'existe toujours que virtuellement, alors que des instituts d'étude du vieillissement existent à l'étranger, non seulement aux États-Unis et au Canada, mais aussi au Royaume-Uni, en Italie, en Allemagne ou aux Pays-Bas.

Il faut également lever un obstacle, qui n'est pas propre à la gériatrie : celui de la limite d'âge à 27 ans pour entrer à l'INSERM, mesure qui a entraîné une démédicalisation totale des recrutements de chercheurs pour une recherche à vocation médicale ! La discrimination par l'âge frappe aussi les plus jeunes ! Cette démédicalisation progressive de l'INSERM est dangereuse pour les collaborations « clinico-fondamentalistes » qui ont un temps fait la grande force de la recherche médicale française.

## Faute de ces 3 mesures :

**les médecins de toutes disciplines ne sauront pas comment convenablement soigner les personnes âgées malades, ni comment prévenir maladies et handicaps. Ils appliqueront un « droit coutumier » qui peut s'avérer inefficace, voire délétère. Personne n'a jamais vérifié s'il était adéquat et adapté ! On verra persister des pratiques iatrogènes ou simplement inutiles, toujours coûteuses, financièrement, mais aussi en souffrances.**
**La seule limite à l'expansion des dépenses de soins et d'aides concernant les vieilles personnes ne peut venir que du progrès des connaissances.**
**Le développement de la recherche en gériatrie est un investissement urgent et économiquement salvateur.**



# En conclusion :

**Voici donc les 33 mesures qu'il nous apparaît urgent de mettre en œuvre pour « corriger le tir », mal ajusté actuellement, de la prise en soins des personnes âgées malades et ce, où qu'elles se trouvent en France.**

***Certes, chacun ne doute pas, en ce qui le concerne, « de se réveiller un matin, mort dans son lit à son domicile, en pleine forme, à bien plus de 80 ans ».***

**Hélas, les gériatres savent qu'on ne meurt pas de vieillesse, mais toujours de maladie, que parfois la mort prend son temps, qu'elle peut être précédée d'une période désagréable de perte d'autonomie physique et /ou psychique, de douleur et souvent d'une grande détresse morale. Ceci est trop souvent vrai quel que soit l'âge, mais le progrès a fait que la mort concernera de moins en moins les jeunes et de plus en plus les plus vieux.**

**C'est pour prévenir ou reculer la période de déclin, et l'accompagner le moins mal possible lorsqu'il apparaît, que les gériatres œuvrent et se battent. Pour cela, ils ont besoin de recherches, de connaissances nouvelles et partagées, de moyens, de structures et d'une bonne organisation de l'offre de soins. Les gériatres tiennent également à faire savoir qu'ils ne seront pas les « boucs émissaires » des mauvaises politiques et qu'ils n'accepteront pas, étant en première ligne, d'être « maltraités » par les familles, les personnes âgées et les décideurs. Quant au coût de ces mesures, il sera de toutes les façons très inférieur au gaspillage financier actuel et futur auquel conduit le mésusage des différentes structures et le prix du mauvais soin...**

**Ces propositions ne visent qu'à mettre les soins offerts aux malades âgés au même niveau d'efficacité et de compétence que ceux offerts aux malades moins âgés, simple mesure d'équité !**

**Il n'est pas indécent de consacrer quelques-uns des gains de la croissance à la qualité de vie des personnes malades et handicapées, « même » âgées ! Si l'on poursuit ainsi la politique de santé, dans l'indécision, l'obscurantisme, la peur de son ombre et des aboyeurs, les dépenses deviendront insupportables pour un service rendu catastrophique, simple miroir grossissant de la situation actuelle.**

**« Gouverner, c'est prévoir » : la raison voudrait donc que l'on anticipe et que l'on prenne calmement, à froid, les mesures de simple bon sens que nous proposons, plutôt que d'agir comme d'habitude dans l'urgence, à l'occasion d'un drame sanitaire ou social, sous la pression brutale des citoyens et des médias, soudain en colère.**
**Rappelons enfin que la France a remporté la charge de l'organisation du congrès mondial de gérontologie en juillet 2009, à cette date plus de 5 000 congressistes de tous les pays du monde vont nous rejoindre à Paris.**

**Il est temps de se hâter d'entreprendre les réformes proposées pour que notre pays, l'un des 7 les plus riches du monde, puisse montrer aux experts gérontologues internationaux l'exemple d'une France garante de l'éthique gériatrique, inventive dans l'organisation des filières et réseaux, dispensatrice d'un enseignement de qualité au moyen de technologies modernes, une France prenant sa place dans la recherche mondiale et démontrant enfin sa soif de justice sociale et d'équité par l'attention qu'elle consacre à ses citoyens les plus âgés.**

MANIFESTE DU SYNDICAT NATIONAL DE GERONTOLOGIE CLINIQUE

# 33 mesures d'urgence pour les personnes âgées

## *Pour le domicile :*

**Un vrai pilote médical, avec une équipe soignante et sociale formée, compétente et en effectif suffisant pour assurer la continuité.**

**1.** Nous voulons que le médecin généraliste, pivot de la médicalisation adéquate à domicile soit clairement investi et rémunéré dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie, de la mission de responsable et de coordonnateur des différentes prises en charge gériatriques médico-sociales mises en place à domicile.

**2.** Nous voulons que les personnes âgées à domicile bénéficient de l'application stricte de la nouvelle procédure standardisée d'évaluation AGGIR que nous proposons avec la CNAM, procédure qui garantit la justesse du groupe AGGIR.

**3.** Nous voulons la création de 70 000 places de SSIAD car les 20 000 places déjà prévues d'ici 2008, après la canicule de 2003, seront très largement insuffisantes.

**4.** Nous voulons la professionnalisation des compétences des services d'aide et de soins à domicile, et un réel contrôle de l'État qui aujourd'hui les autorise et les finance mais ne les évalue pas.

**5.** Nous voulons le développement de 5 000 places d'hébergement temporaire, et de 10 000 places en centres de jour (pour les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés).

## *Pour les maisons de retraite :*

**Un nombre suffisant d'établissements dotés de moyens humains, afin de pratiquer les soins de base et médicaux de qualité pour les soins courants, sous l'égide d'un vrai médecin coordonnateur.**

**6.** Nous voulons un réel plan national d'urgence de construction de 50 000 lits d'EHPAD, mis en place à travers les schémas régionaux et départementaux d'organisation gériatrique, après un calcul réel des besoins, au niveau départemental et cantonal.

**7.** Nous voulons un accroissement important des lits agréés par l'aide sociale pour les moins argentés de nos concitoyens, faute de quoi les familles sous la contrainte auront recours à l'hospitalisation publique.

**8.** Nous voulons des effectifs en personnel aide-soignant, infirmier, agent de service, largement revus à la hausse pour atteindre tous personnels confondus au moins 0,5 /lit /24 heures (avec une forte augmentation quantitative du personnel sanitaire).

**9.** Nous voulons de la qualité de vie pour nos aîné(e)s et une qualité des soins : l'objectif concret à atteindre est de remplir un maximum des critères définis par le questionnaire de qualité ANGELIQUE, élaboré par la DGAS Nationale.

**10.** Nous voulons la généralisation rapide d'un vrai médecin, GERIATRE, coordonnateur : pivot de la réforme de la tarification des EHPAD ; son action doit être renforcée, les textes doivent paraître.

**11.** Nous voulons que toute maison de retraite soit conventionnée avec un service de gériatrie hospitalier, de manière à disposer d'une compétence référente permanente pour les besoins d'évaluation gériatrique, d'hospitalisation aiguë, de réadaptation après maladie ou accident, des soins hospitaliers continus quand la situation dépasse les possibilités de l'établissement.

**12.** Nous voulons que soient donnés les moyens aux maisons de retraite de prendre en charge l'accompagnement des mourants, sans transfert systématique à l'hopital et que l'HAD puisse intervenir, ce qui n'est pas le cas actuellement.

**13.** Nous voulons la prise en charge de la maladie d'Alzheimer avec la transformation de 100.000 lits en unités spécifiques dans les EHPAD.

## *Pour les logements foyers :*

**La mise aux normes des établissements accueillant une patientèle type EHPAD, la possibilité de prévention-dépistage des pathologies dans le respect d'une qualité de vie sociale.**

**14.** Nous voulons que les foyers logements, qui accueillent une patientèle lourdement dépendante de type EHPAD, soient transformés intégralement en EHPAD.

**15.** Nous voulons que les établissements qui continueront à fonctionner en résidences-foyers logements (car il existera toujours une clientèle de vieillards valides isolés ne voulant plus vivre chez eux ou de vieillards avec handicaps physiques modérés nécessitant peu d'aides et pas de soins) se conventionnent avec un service de gériatrie, pour les besoins éventuels d'évaluation et d'hospitalisation, et avec un EHPAD pour les cas de survenue d'une maladie chronique handicapante empêchant la poursuite du séjour dans la résidence.

## *Pour les familles d'accueil :*

**La fin de ce coupable « no man's land » entre le domicile personnel et l'EHPAD. Formation, contractualisation, contrôle qualité**

**16.** Nous voulons que les accueillants familiaux soient formés à la prise en charge des personnes dépendantes. Cette formation doit être spécifique, adaptée et de qualité.

**17.** Nous voulons des critères d'agrément formalisés par une liste de critères tant architecturaux « modernes » que des prestations offertes dans un texte ministériel opposable.

**18.** Nous voulons, compte tenu du niveau de connaissances et de l'application actuel des textes, que le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées soit faible, GIR 5 à 6. il s'agirait d'une population plus comparable à celle d'un vrai logement foyer qu'à celle d'un EHPAD.

## *Pour les hôpitaux :*

**Qu'ils puissent accueillir les personnes âgées qui en ont besoin, ce qui implique une vraie organisation gériatrique hospitalière, actuellement absente ou embryonnaire dans la plupart des hôpitaux français.**
**Que les urgences des hôpitaux cessent d'être le recours de facilité à tout ce qui pose un problème en ville et que cessent les hospitalisations n'importe où, inutiles, dangereuses, coûteuses.**

**19.** Nous voulons « une gériatrie aux gériatres », explicitement : un recrutement de médecins qui ont appétence et compétence pour cette spécialité et ont appris à pratiquer avec les personnes âgées « la persévérance médicale raisonnable et responsable qui rejette l'acharnement malsain et l'abandon coupable ».

**20.** Nous voulons que l'État adresse aux ARH et aux directeurs d'établissements un message fort pour que les directives concernant la création de lits de court séjour gériatrique en nombre suffisant soient respectées.

**21.** Nous voulons que les soins de suite ou de réadaptation gériatrique bénéficient d'une définition précise de leurs missions, des typologies pathologiques qui leur seront confiées et des niveaux de soins requis par les patients pouvant y être accueillis.

**22.** Nous voulons que, plutôt que d'agrandir encore et toujours les Urgences, s'ouvre une autre porte d'accès à l'hôpital spécifiquement gériatrique.
Pour cette nouvelle mission, il faut que chaque hôpital puisse doter le pôle gériatrique d'une équipe de coordination gériatrique extra-hospitalière (COGER), pour favoriser les consultations et admissions directes pour les situations qui peuvent attendre 48 heures.

**23.** Nous voulons des consultations gériatriques dans tous les hôpitaux, tant « consultations gériatriques de mémoire » pour détecter la maladie d'Alzheimer, encore très largement sous-diagnostiquée, que des « consultations longues de médecine polyvalente gériatrique », intégrées aux hôpitaux de jour, d'évaluation médico-psycho-sociale.

**24.** Nous voulons pour les soins de longue durée, la réouverture par la Direction des Hôpitaux du dossier « Redéfinition des soins de longue durée », c'est-à-dire de la mise en place d'un système de prise en soins spécifique des malades graves au long cours relevant de Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI).

**25.** Nous voulons que le système de tarification informatique hospitalier soit adapté aux problématiques gériatriques. Il faut faire évoluer le PMSI (et la T2A) afin de pouvoir décrire convenablement les situations cliniques du grand âge et refléter notre réelle activité.
Nous voulons également qu'on accorde à nos malades un temps suffisant d'hospitalisation en court séjour.

## *Pour la formation :*

**Des enseignants, car pour enseigner, il faut des enseignants, des gériatres vraiment formés et expérimentés et non des médecins plongés quelques heures dans une vague teinture gériatrique et ayant lu ou feuilleté quelques traités.**

**26.** Nous voulons des gériatres hospitalo-universitaires :
- Des chefs de clinique : ces médecins seront les référents de demain et la cheville ouvrière de l'enseignement en gériatrie, mais il faut d'abord les former.
- Des cadres universitaires : des professeurs de médecine gériatrique pour chaque CHU.

Pour remplir les objectifs pédagogiques ambitieux et volontaristes décrits plus haut, la gériatrie doit disposer de cadres.
À l'horizon 2015, nous voulons un nombre total d'universitaires en exercice de :
- 60 professeurs PU-PH de gériatrie : près du double de la situation actuelle,
- 20 professeurs PU-PH de Biologie du Vieillissement,
- 200 PH temps plein dans les CHU avec une habilitation à diriger une recherche (HDR),
- 100 postes de Chef de Clinique Assistant (CCA), soit, là encore, un doublement en référence à la situation actuelle.

**27.** Nous voulons le développement de nouvelles méthodes pédagogiques.
Compte tenu du faible nombre d'enseignants gériatres, il faudra démultiplier et homogénéiser au plan national leur action. Pour ce faire, l'on peut utiliser très largement l'Internet, qui est immédiatement opérationnel.

**28.** Nous voulons un nombre accru de gériatres formés en ville et à l'hôpital.
Compte tenu de l'irrépressible développement de la gériatrie, à brève échéance, la demande de médecins spécialistes ou qualifiés va croître de façon exponentielle, tant pour assurer des fonctions de médecin coordonnateur dans 10 000 maisons de retraite, que pour prendre des responsabilités dans les pôles hospitaliers de gériatrie.

**29.** Nous voulons la mise en place de « passerelles », afin de permettre une validation des acquis et l'accès à un titre de spécialiste pour les capacitaires exerçant depuis plusieurs années une activité gériatrique exclusive (hôpital, maison de retraite, administration, industrie pharmaceutique).

**30.** Nous voulons la formation des autres professionnels de la gérontologie.
« L'enseignement « sur le tas » n'est pas le bon choix car il conduit à persévérer de longues années dans l'erreur… »

## *Pour la recherche en geriatrie :*

**Car Il y a autant de différences physiologiques entre un nourrisson et un adulte de 30 ans qu'entre une personne de 65 ans et un vétéran de 95 ans.**

**31.** Nous voulons qu'en urgence, les centres gériatriques les plus importants soient dotés des moyens nécessaires à une recherche médicale efficace et bien conduite sur les divers aspects du vieillissement.

**32.** Nous voulons que les effectifs médicaux et soignants permettent d'investir réellement en temps de recherche, au moins dans TOUS les services universitaires et dans les services non universitaires associés qui participent à des programmes de recherche.

**33.** Nous voulons que soit créé un véritable institut du vieillissement car pour le moment le « fameux » institut annoncé depuis de nombreuses années n'existe toujours que virtuellement.

## *EN CONCLUSION :*

**Voici donc les 33 mesures qu'il nous apparaît urgent de mettre en œuvre pour « corriger le tir », mal ajusté actuellement, de la prise en soins des personnes âgées malades et ce, où qu'elles se trouvent en France.**