

## **Chapitre XII**

### **Santé et couverture maladie des personnes âgées**

---

**PRESENTATION**

---

*Le vieillissement de la population a des conséquences sur son état de santé et sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. L'objet du présent chapitre est de fournir des éclairages sur plusieurs aspects de ces questions, d'en montrer les enjeux et d'examiner leur adéquation aux besoins des personnes âgées. Les enquêtes de la Cour sur ces sujets ont été conduites avant les événements d'août 2003. Les constats qui en découlent peuvent contribuer à éclairer les débats qui ont suivi.*

*Il étudie tout d'abord l'accès des personnes âgées vivant à leur domicile aux soins de santé, notamment les spécificités de leur consommation de soins et les conditions dans lesquelles elles peuvent y accéder. (I).*

*Il examine, dans un deuxième temps, l'impact du vieillissement démographique sur les dépenses d'assurance maladie, les incertitudes dans sa connaissance et les conséquences à tirer des études disponibles en leur état actuel (II).*

*Il analyse ensuite la consommation de médicaments par les personnes âgées : il présente notamment les insuffisances dans l'évaluation de leurs effets ainsi que la nécessité d'une amélioration des pratiques de prescription et d'une meilleure information des patients et des soignants (III).*

*Ce chapitre traite enfin deux aspects de l'organisation des soins. Il évoque en premier lieu, les réseaux de santé pour la prise en charge des personnes âgées, qui doivent constituer un élément essentiel pour leur maintien à domicile(IV).*

*Il étudie, en second lieu, le recours des personnes âgées aux urgences, les problèmes d'organisation qu'il soulève et le besoin d'une politique globale de prise en charge des soins non programmés pour les personnes âgées (V).*

---

## **I - L'accès des personnes âgées aux soins de ville**

Les problèmes graves de santé apparaissent aujourd'hui plus tard qu'auparavant, grâce à une alimentation plus saine, aux progrès de la médecine, à une plus grande attention portée aux problèmes de santé tout au long de la vie ainsi qu'à des mesures de prévention auxquelles la population est dans l'ensemble plus attentive : l'espérance de vie à 60 ans sans incapacité sévère est passée, en dix ans, de 16,5 ans à 18,1 ans pour les femmes, et de 13,1 ans à 14,8 ans pour les hommes.

Pourtant, la connaissance que l'on peut avoir de la santé des personnes âgées et des difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour accéder aux soins est encore lacunaire et diverses limites existent dans la prise en charge.

### **A – Les limites de la connaissance sur la santé et la consommation de soins des personnes âgées**

L'absence de seuil d'âge significatif pour définir la population des personnes âgées se retrouve dans les statistiques et études sur l'état de santé des Français, leurs besoins en soins et leur couverture. Ces disparités ne permettent pas de faire, à partir des données publiées, des recoupements ou comparaisons ni de déterminer les ruptures qui interviennent dans cette dernière partie de la vie.

Diverses enquêtes dans le domaine de la santé ou sur les consommations médicales fournissent des données trop générales et les publications auxquelles elles ont donné lieu n'intègrent pas la variable « âge »<sup>111</sup>. Il en est ainsi de l'enquête sur les couvertures complémentaires menée par le CREDES<sup>112</sup>. D'autres sujets d'études concernant les personnes âgées n'ont pas encore été examinés, telle la relation entre revenus et consommation de soins, en particulier en appareillages médicaux qui sont onéreux et mal remboursés par l'assurance maladie.

L'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAM ne comporte que les remboursements de soins effectués en ville, limite d'autant plus significative pour les personnes âgées qu'une part plus importante d'entre elles se trouve hospitalisée ou en établissements

---

111. La publication au premier semestre 2004 des premiers résultats de la nouvelle enquête « handicap, incapacité, dépendance » devrait apporter de nouveaux éclairages.

112. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale/France 2000 - CREDES-ESPS.

d'hébergement. Il en est de même pour l'enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES.

## **B – Les principales caractéristiques de l'état de santé des personnes âgées**

Malgré l'insuffisance des études disponibles, deux caractéristiques principales apparaissent. En premier lieu, avec les années, le nombre de pathologies se multiplie. D'après une enquête du CREDES, les personnes de 65 ans et plus déclarent, au moment où elles sont interrogées, en moyenne, deux fois plus de pathologies que la moyenne de la population. Outre les maladies de la bouche, des dents et de la vue, les plus souvent citées sont les maladies de l'appareil circulatoire, ostéo-articulaires et endocriniennes. Les maladies cardio-vasculaires augmentent très fortement avec l'âge : près de 75 % des plus de 75 ans s'en déclarent atteintes. De même, les problèmes de surdité progressent de façon continue pour atteindre plus du tiers des plus de 80 ans.

La seconde caractéristique est l'existence d'affections spécifiquement liées à l'âge et leur fréquence croissante avec celui-ci.

### *L'ostéoporose*

Elle affecterait 25 % des femmes entre 60 et 75 ans et 50 % après 75 ans. Parmi les personnes vivant jusqu'à 90 ans, une femme sur trois et un homme sur six ont subi ou risquent de subir une fracture du col du fémur. Par ailleurs, ce type de fracture comme celles des vertèbres, accélère l'entrée dans la dépendance dans 25 à 30 % des cas. Or, l'ostéoporose reste largement sous-diagnostiquée.

### *La malvoyance et la cataracte*

90 % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile déclarent souffrir de problèmes liés à la vue. A côté des troubles de la réfraction, certaines pathologies évolutives peuvent conduire à la malvoyance, voire à la cécité. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), contre laquelle il n'existe pas de traitement à l'efficacité avérée, atteint 30 % des plus de 75 ans. La pathologie la plus courante est la cataracte et sa fréquence augmente avec l'âge ; comprise entre 4,5 % et 10 % avant 64 ans, elle se situe entre 60 et 67 % après 85 ans<sup>113</sup>. 50 % des interventions chirurgicales concernent des personnes de plus de 75 ans.

---

113. Etude de la CANAM, année 2000.

Ces interventions se prêtent bien à une chirurgie ambulatoire, près du domicile, dont le coût est moindre mais l'accès inégal selon les régions.

#### *Les démences séniles et la maladie d'Alzheimer*

Ces maladies entraînent rapidement une dépendance. Elles toucheraient de 660 000 à 800 000 personnes. Chaque année, 165 000 nouveaux cas apparaîtraient, dont 70 % chez les plus de 80 ans.

Parmi ces nouveaux cas, 115 000 seraient imputables à la seule maladie d'Alzheimer. On ne connaît cependant pas précisément le nombre de malades atteints, qui a été récemment réévalué à plusieurs reprises : en 2001, le CREDES a avancé une fourchette de 270 000 à 360 000 ; en 2002, la DGS évoquait de 350 000 à 400 000 cas ; au début de cette année, une nouvelle estimation était de 600 000. Ainsi, plusieurs des pathologies graves et spécifiques à la vieillesse sont sous-diagnostiquées, en conséquence mal recensées et prises en charge dans des conditions inégales. En outre, dans le cas de la cataracte, l'intervention s'effectue souvent à des coûts excessifs.

## **C – La consommation de soins des personnes âgées, leur prise en charge.**

### **1 - Caractéristiques générales**

A la demande de la Cour, la CNAM a reconstitué les dépenses des personnes de 65 ans et plus à partir des remboursements effectués par l'assurance maladie, sur la base de son échantillon EPAS. Les chiffres cités ci-dessous, sauf mention particulière, sont tirés de ces extrapolations, c'est-à-dire calculés à partir des remboursements hors hôpital et établissements d'hébergement.

Sur ces bases, les dépenses effectuées par les plus de 65 ans, en 2001, s'élèvent à 4 100 € par an et par assuré contre 1 772 € pour l'ensemble de la population en moyenne.

Ces personnes réalisent 36,5 % des dépenses remboursées alors qu'elles ne représentent que 15,8 % de la population totale. La dépense remboursée croît fortement avec l'âge : 539 € par an pour les moins de 65 ans, 1 512 € pour la tranche 65-69 ans, 1 700 € pour les 70-74 ans, 1 958 € pour les 75-79 ans, plus de 2 100 € à partir de 80 ans. Les dépenses des personnes âgées sont particulièrement importantes en matière d'auxiliaires médicaux (54 % de ces dépenses, dont 73 % des

dépenses d'infirmiers et 43 % celles de masseurs kinésithérapeutes) et de médicaments.

Certaines pathologies sont très onéreuses et leur prise en charge représentera un coût croissant pour l'assurance maladie : bien qu'il n'existe pas de traitement réellement efficace pour enrayer la progression de la maladie d'Alzheimer, les dépenses liées à cette maladie ont été évaluées par la DGS à 4,5 Md€, le coût annuel par malade étant estimé à 15 200 € à domicile et 20 800 à 24 400 € en institution, selon que celle-ci est médicalisée ou non.

Ces différents éléments doivent amener à considérer que la rationalisation de l'organisation des soins, de l'admission au remboursement et de la prescription pour ces tranches d'âge constitue un enjeu particulièrement important pour la prise en compte des besoins prioritaires des personnes âgées.

## **2 - Les dépenses des personnes en ALD**

Parmi les personnes de 65 ans et plus, 52 % sont en affection de longue durée (ALD) et, de ce fait, prises en charge à 100 % ; elles sont 59 % au-delà de 85 ans. Ce taux est de 8,5 % pour l'ensemble de la population. Les dépenses de ces patients s'élèvent, en moyenne, à 6 903 €, soit trois fois plus que celles des personnes non exonérées du ticket modérateur. Leurs dépenses de soins ambulatoires s'élèvent à 3 471 € contre 1 498 € pour les personnes non exonérées, et leurs dépenses d'hospitalisation à 3 432 € contre 648 €. Outre les conditions dans lesquelles le nombre de personnes de plus de 75 ans en ALD s'est trouvé accru par la création du Vmmd, cette situation appelle deux remarques. D'une part, le périmètre de l'exonération du ticket modérateur n'est pas défini à partir d'un plan de soins explicité par patient ou par ALD. D'autre part, l'exonération du ticket modérateur laisse à la charge des patients les dépassements d'honoraires ainsi que la partie excédant le tarif de remboursement de certaines prestations ou biens médicaux. Or, une étude publiée par la CNAM en avril 2003 montre que ces dépassements sont concentrés sur des actes médicaux réalisés pour des personnes âgées ; de plus, les appareillages optiques, dentaires, acoustiques et autres sont généralement très mal pris en charge par les couvertures complémentaires.

## **3 - Les dépenses liées aux appareillages médicaux spécifiques**

La consommation de biens médicaux des personnes âgées est nettement supérieure à celle de l'ensemble de la population, hormis les

soins dentaires pour les plus de 85 ans. Les personnes dépendantes sont tributaires d'aides à la mobilité telles que des cannes ou des béquilles. Certains besoins semblent mal satisfaits : fauteuils électriques, véhicules adaptés, matériels permettant l'aide au transfert (lève-personne, sangles, harnais), aides destinées à compenser les problèmes de continence.

Hormis ces quelques éléments, pratiquement aucune information n'est disponible (coût d'acquisition, besoins exprimés, satisfaits...). Même des organismes particulièrement concernés, comme le comité économique des produits de santé (CEPS), qui fixe les tarifs de remboursement, ne disposent pas d'éléments d'analyse sur la consommation de ces matériels. En l'absence de codage des matériels, la CNAM ne peut pas fournir de statistique de remboursement par type de matériel<sup>114</sup>.

## **D – Les problèmes d'égalité dans l'accès aux soins**

### **1 - Les couvertures complémentaires des personnes âgées**

Selon les éléments disponibles, le taux de couverture complémentaire des personnes âgées est proche de celui de l'ensemble de la population, sauf pour les personnes de plus de 80 ans. Hors CMU, 85,7 % de la population est couverte par une assurance complémentaire ; dans la tranche de 60 à 69 ans, ce taux est de 89,7 % ; il est de 87 % de 70 à 79 ans, mais il descend à 82,3 % au-delà de 80 ans.

En revanche, une enquête réalisée en 1998 avait montré que les personnes âgées étaient celles qui souscrivaient des couvertures complémentaires faibles (39 % des plus de 65 ans contre 26 % pour les personnes de la tranche d'âge 40-64 ans), qui couvrent mal les soins peu remboursés par l'assurance maladie.

### **2 - Des inégalités géographiques**

Pour les personnes âgées dont la mobilité est restreinte, la géographie de l'offre de soins constitue une source d'inégalité dans l'accès aux soins. La présence de médecins se raréfie, dans certaines zones, notamment rurales alors que c'est en milieu rural que l'on peut observer les plus fortes densités relatives de personnes âgées.

---

114. La CNAM a préparé une nomenclature et espère qu'elle pourrait être introduite au second semestre 2004.

A terme, l'adéquation de l'offre de soins à la demande se posera avec acuité en milieu rural. Les politiques de coordination de soins (réseaux de gérontologie, centres locaux d'information et de coordination -CLIC-) visent à l'améliorer mais elles sont encore peu développées.

## **E – Politiques de santé publique et organisation des soins de ville**

### **1 - La prévention et les programmes de santé en faveur des personnes âgées**

La prévention orientée vers les personnes âgées a, jusqu'à présent, essentiellement relevé de l'action sociale mise en place par des collectivités locales, des mutuelles ou les caisses d'assurance maladie. Parmi les programmes de santé annoncés récemment, plusieurs ont visé à prendre en compte certains problèmes de santé des personnes âgées, soit à titre principal soit à titre secondaire.

Outre le programme de santé élaboré en direction des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, présenté en octobre 2001, un « programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, 2002 - 2005 » a été lancé au mois de mars 2002. Il vise à prévenir la perte d'autonomie chez les personnes les plus âgées, dites « fragiles », c'est-à-dire atteintes de maladies chroniques ou invalidantes, et susceptibles de devenir rapidement dépendantes. Il vise aussi à développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge et à adapter le dispositif de soins aux besoins spécifiques des personnes fragiles.

Le « programme national nutrition santé », lancé par le ministre chargé de la santé le 31 janvier 2001, présente des axes d'intervention orientés vers les personnes âgées, sans toutefois prévoir en ce domaine des actions concrètes significatives.

Enfin, les personnes âgées ne sont pas spécifiquement mentionnées dans certains programmes qui paraissent pourtant les concerner au premier titre, tel le programme santé de lutte contre la douleur, alors que les douleurs arrivent en tête de leurs plaintes et peuvent avoir des répercussions importantes sur leur mobilité et leur état général.

## 2 - La formation et l'exercice des professions de santé

### *a) Le rôle des auxiliaires médicaux*

Les actes des auxiliaires médicaux sont ceux qui connaissent la plus forte croissance avec l'âge, en particulier les soins infirmiers, notamment dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées. La dépense en soins infirmiers des personnes âgées de 85 ans et plus s'élève à 631 € par an, alors que la dépense moyenne de l'ensemble de la population est de 43 € par an.

L'activité liée aux soins à domicile auprès des personnes âgées pose trois types de problèmes : le manque de personnel, l'insuffisante coordination des différents intervenants, la prise en charge encore trop fréquente par les infirmières d'actes qui ne relèvent pas de leur profession. Depuis le début 2003, se met en place progressivement la « démarche de soins infirmiers » (DSI), qui a pour objectif de confier à l'infirmier, parallèlement aux soins qui relèvent de sa compétence, la surveillance médicale du patient, laissant à des professionnels moins spécialisés l'accomplissement des actes ne relevant pas des soins infirmiers. Cette démarche, positive dans son principe, est cependant critiquée par les intéressés et par les médecins pour sa lourdeur administrative et se heurte au manque de personnel moins spécialisé : aides soignants, aides à domicile.

### *b) La formation en gériatrie des médecins généralistes*

Actuellement, les médecins généralistes qui suivent les personnes âgées à domicile ne sont pas formés à la gériatrie, cette spécialité ne pouvant être exercée que dans les établissements de soins.

Dans le cadre du programme national de santé 2002-2005 sur la « prévention et l'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles », une réflexion est en cours au sein du ministère chargé de la santé, pour introduire une formation à la gériatrie dans le cursus d'étude des médecins généralistes. Cette formation complémentaire, en deux ou quatre ans selon le cursus suivi, pourrait être mise en place dans le cadre de la réforme des études de médecine qui devrait prendre effet en 2004 et compléter ainsi les premières réformes intervenues en 2000. Ce n'est pas avant les années 2010 que les médecins ainsi formés seront amenés à intervenir dans la filière de soins auprès des personnes âgées. De plus, la quasi absence de formation continue ne permet pas d'améliorer la formation en gériatrie des praticiens en exercice.

---

**RECOMMANDATIONS**

---

45. Développer les analyses et les prévisions sur l'état de santé des personnes âgées.

46. Mieux prendre en compte le problème spécifique des personnes âgées dans les programmes régionaux et nationaux de santé.

47. Améliorer la formation générale et continue en gériatrie des médecins généralistes.

---

## **II - L'impact du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie**

### **A – La question de la part du vieillissement dans l'évolution des dépenses d'assurance maladie**

L'idée est souvent exprimée que le vieillissement de la population explique une part significative de la croissance actuelle des dépenses d'assurance maladie et risque de l'alimenter plus encore à l'avenir. Elle peut paraître trouver un fondement dans le constat que les personnes âgées ont davantage recours que le reste de la population à certains types de soins, qu'elles occasionnent en moyenne des remboursements plus importants par l'assurance maladie, et que ce surcoût s'accroît dans les tranches d'âge les plus élevées.

La concentration des dépenses sur les classes d'âge les plus élevées tient en partie à leur état de santé, mais est accentuée par le fait que la part des patients en ALD, donnant droit à remboursement à 100 %, est plus forte dans cette partie de la population que dans l'ensemble.

Dès lors, la croissance du nombre de personnes âgées peut, de prime abord, paraître devoir induire une croissance des dépenses d'assurance maladie. Selon les projections démographiques publiées par l'INSEE début 2001, la France compterait en 2020 1,4 fois plus de personnes de 60 ans et plus qu'en 2000 mais 1,8 fois plus de personnes de 80 ans et plus (et 3,2 fois plus en 2040).

Toutes ces données peuvent paraître aller dans le sens d'un impact significatif du vieillissement sur la croissance des dépenses d'assurance maladie et laisser penser qu'il s'amplifie à l'avenir. Mais en réalité, les chiffres avancés pour évaluer cet impact et son évolution dans le temps sont très fragiles.

### **B – Nature et résultats des études existantes**

Deux types d'approches ont été utilisées pour tenter de mesurer l'impact du vieillissement de la population sur la dépense de santé.

La première fait appel à une modélisation sur données macro-économiques. Il s'agit d'introduire dans un modèle le pourcentage des personnes âgées dans la population, avec d'autres variables, économiques (revenu par tête), institutionnelles (mode de remboursement ...) ou sociologiques (degré d'urbanisation). Ces études concluent, de manière convergente, que les différences dans la structure par âge de la population n'expliquent pas les écarts dans le niveau ou le rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie selon les pays.

Le second type d'études, les plus nombreuses, consiste en une simple simulation arithmétique ; elles appliquent les dépenses moyennes constatées par tranche d'âge à un moment donné, à la répartition de la population par tranche d'âge sur plusieurs années. On évalue donc l'effet purement mécanique de la déformation de la structure de la population par âge, c'est-à-dire toutes choses égales par ailleurs, et notamment à consommation médicale moyenne à chaque âge de la vie constante.

C'est cette méthode qui a été appliquée par le CREDES<sup>115</sup> et par la DREES<sup>116</sup> dans les études publiées en 2002 et 2003. Selon ces travaux, l'impact du vieillissement serait de l'ordre de 0,6 ou 0,7 % par an sur la période 2000 à 2020.

Si l'on retenait ces résultats, l'impact du vieillissement ne serait donc pas négligeable, mais ces études, si elles sont utiles à la réflexion, présentent des limites méthodologiques qui doivent conduire à la plus grande prudence dans leur utilisation.

## **C – Limites des travaux disponibles**

### **1 - Les limites des études fondées sur l'effet mécanique du vieillissement de la population**

Les scénarios mécaniques ne rendent pas compte des éléments qui peuvent affecter la stabilité du profil des dépenses par âge :

- l'évolution de l'état de santé par âge, qui est un facteur déterminant,
- la modification de certaines techniques ou pratiques médicales,

---

115. CREDES : Revue franco-qubécoise, décembre 2002 ; questions d'économie de la santé mars 2003 ; cf. aussi le document « quel système de santé à l'horizon 2020 ».

116. DREES – Etudes et résultats, n° 175, juin 2002, comparaison internationale des dépenses de santé.

- les facteurs économiques : évolution des prix unitaires des soins ; conséquences possibles d'une raréfaction de l'offre de certains types de soins, induite par la pyramide des âges des professions de santé, alors que la demande sera fortement croissante ;

- l'impact possible des changements de comportement des professionnels de santé d'une part, des patients d'autre part : par exemple, une amélioration des pratiques de prescription des professionnels de santé ou le traitement d'une plus grande partie des personnes atteintes par certaines maladies encore peu prises en charge.

Dans la pratique, l'hypothèse d'une stabilité du profil de consommation par âge, qui fonde les simulations basées sur l'effet mécanique, ne paraît pas correspondre à la réalité.

Lorsque l'on examine le profil de consommation par âge à plusieurs années d'intervalle (1992, 1997, 2000), on constate qu'il tend plutôt à se creuser : les populations d'âges élevés consomment de plus en plus par rapport à la moyenne. Un examen détaillé des dépenses de l'assurance maladie et de certaines données du PMSI va d'ailleurs dans le même sens : d'une part, les taux de croissance de certaines consommations médicales qui, par nature, sont principalement le fait de personnes âgées (opérations de la cataracte, prothèses de hanche et de genou) sont très supérieurs à l'évolution de la structure de la population par âge et ne paraissent pas pouvoir s'expliquer non plus par une progression de la morbidité ; d'autre part, le flux des patients âgés entrant en ALD augmente sensiblement. Ces données vont dans le sens d'un impact du vieillissement plus marqué que l'effet mécanique.

Une exploitation des enquêtes faites par le CREDES, à la demande de la Cour, sur les personnes déclarant des maladies cardio-vasculaires va dans le même sens : de 1992 à 2000, la part de ces personnes a baissé dans toutes les tranches d'âge jusqu'à 60 ans, mais elle a augmenté à partir de 70 ans et est notamment passée de 77 à 86 % à partir de 80 ans. Dans le même temps, la dépense prescrite à ces patients s'est accrue de 460 € par an dans toutes les tranches d'âge à partir de 60 ans. Ceci signifie que ce type de pathologie tend à se concentrer dans les âges extrêmes de la vie.

D'autres études partent de l'hypothèse que l'allongement de la durée de la vie réduira régulièrement, entre 2000 et 2020, la proportion des personnes âgées se trouvant dans leur dernière année de vie. Celle-ci coûtant environ cinq fois plus de dépenses que les autres années, le décalage de ces dépenses dans le temps compenserait partiellement l'effet mécanique du vieillissement : la part de la dépense remboursée dans le

PIB n'augmenterait que de 0,9 point au cours de la période, au lieu de 1,3 à 1,5 point.

## 2 - Les limites plus générales

Une première limite générale tient aux imperfections dans la connaissance des dépenses remboursées afférentes aux personnes âgées. Les études se fondent sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAM, constitué à partir des fichiers de gestion des caisses d'assurance maladie. Elles sont donc affectées par les limites de cet échantillon : celui-ci ne prend en compte que les dépenses individualisables par assuré, à l'exception de celles afférentes aux services de soins infirmiers à domicile, aux soins dispensés dans les maisons de retraite et les établissements de soins à long terme, ces activités étant financées sur la base de forfaits. Les redressements effectués pour corriger ce biais et calculer une dépense globale par tranche d'âge ne peuvent être qu'approximatifs<sup>117</sup>.

Une limite plus fondamentale est qu'il n'existe pas, en France, de constat régulier de l'état de santé de la population. Les sources sont essentiellement des enquêtes déclaratives, ce qui introduit à la fois des incertitudes et des biais pour les comparaisons dans le temps : les déclarations peuvent être influencées par une évolution du degré d'information des individus sur les maladies et sur les solutions que peuvent y apporter les techniques médicales ; elles peuvent l'être aussi par l'évolution des attitudes face à certaines pathologies. Par exemple, on ne sait pas vraiment comment a évolué au cours des 10 au 20 dernières années l'espérance de vie sans aucune maladie grave : certaines études concluent que, à chaque âge, les individus seraient en meilleure santé, en raison notamment de l'amélioration générale des conditions de vie ; d'autres études indiquent que, si la durée de vie sans invalidité s'est accrue autant que l'espérance de vie, la morbidité aux âges avancés n'aurait pas régressé.

L'incertitude sur les effets du vieillissement sur les dépenses d'assurance maladie apparaît donc en réalité extrêmement forte.

---

117. Les différences dans les méthodes utilisées contribuent à expliquer la différence entre les résultats des études précitées du CREDES et de la DREES.

## D – Orientations

Les observations précédentes montrent qu'il serait prématuré de chercher à prendre en compte, comme l'idée en est parfois avancée, l'impact du vieillissement dans le calcul de l'ONDAM ou d'isoler les dépenses d'assurance maladie des personnes âgées de l'ensemble des dépenses. Un progrès dans la connaissance est nécessaire, non seulement pour quantifier cet impact éventuel, mais aussi pour mieux connaître ses composantes et ainsi pouvoir le limiter.

A cet égard, une exploitation des enquêtes faites par le CREDES, à la demande de la Cour, montre que les personnes âgées interrogées ne déclarent pas, en moyenne, plus de maladies en 2000 qu'en 1992, mais que leur dépense moyenne en soins ambulatoires a augmenté continûment pendant la période. Le croisement avec d'autres données montre qu'à niveau de morbidité égal à celui d'autres tranches d'âge et à situation économique équivalente (revenu, catégorie socio-professionnelle, existence d'une couverture complémentaire), leurs dépenses de consultation médicale sont égales à celles des autres tranches d'âge ; il n'y a donc pas, en ce domaine, « d'effet d'âge pur », c'est-à-dire uniquement lié à l'âge. En revanche, il en existe un pour les dépenses d'auxiliaires médicaux à partir de 80 ans et pour les dépenses de pharmacie, d'appareillage et d'analyses biologiques de l'ensemble des personnes âgées. Or, ces consommations sont celles qui sont les plus susceptibles d'être influencées par des comportements de prescription des médecins, par le progrès technique et par l'introduction de produits nouveaux.

Cette étude incite à considérer que l'évolution des modes de réponse aux besoins de santé est au moins aussi déterminante pour l'évolution de la dépense que le vieillissement de la population en lui-même et qu'il est essentiel de chercher à agir sur les comportements de prescription. La troisième section de ce chapitre le confirmera plus spécifiquement pour ce qui concerne la prescription de médicaments.

Enfin, l'état de santé réel ou ressenti est vraisemblablement l'un des principaux déterminants de la demande de soins. Une partie importante des maladies liées à l'âge ou qui s'aggravent avec lui peuvent faire l'objet de prévention, par exemple les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose. L'impact réel du vieillissement dépendra fortement de la capacité à développer la prévention, et à l'engager à des âges suffisamment précoces.

### III - Médicaments et personnes âgées

Dans le prolongement des observations formulées dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale en 2001 (sur le médicament en ville) et en 2002 (sur le médicament à l'hôpital), la Cour a examiné la prescription de médicaments aux personnes âgées. Pour définir cette catégorie, la plupart des études retiennent le seuil de 65 ans, alors que les gériatres évoquent un seuil physiologique situé autour de 80 ans, variable selon les individus, en fonction de l'apparition de signes de fragilité voire de dépendance.

#### A – Une consommation forte mais mal connue

Il n'existe aucune synthèse nationale sur le montant global de la consommation de médicaments par les personnes âgées. Les médicaments remboursés aux personnes âgées relèvent, en effet, de plusieurs enveloppes de l'ONDAM : enveloppe soins de ville pour les personnes vivant à leur domicile ; enveloppe soins de ville et enveloppe médico-sociale pour celles résidant en maison de retraite ; enfin, enveloppe hôpital pour celles qui sont hospitalisées, soit en soins aigus, soit en unités de long séjour.

L'enveloppe soins de ville ne distingue pas les personnes âgées selon qu'elles sont ou non hébergées dans un établissement. A l'intérieur de l'enveloppe hôpital, la dépense pharmaceutique est mal connue, comme la Cour l'a montré dans son rapport de 2002 et, a fortiori, aucune donnée d'ensemble n'existe sur la consommation spécifique des personnes âgées.

En 2001, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 16 % de la population française, mais 39 % de la consommation de médicaments en ville<sup>118</sup>. Leur dépense pharmaceutique annuelle s'élevait en 2000 à 850 €, contre 230 € pour les moins de 65 ans<sup>119</sup>.

Les 65 ans et plus consomment en moyenne 3,6 médicaments différents par jour ; ce nombre s'élèverait à 4,6 par jour à partir de 85 ans<sup>120</sup> et à 5,2 pour les personnes âgées hébergées en institution<sup>121</sup>.

---

118. Demandes de remboursement issues de MEDICAM, 2001.

119. CNAM et enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES, 2000.

120. ESPS, 2000.

121. Etude PAQUID sur une cohorte de personnes âgées en Aquitaine depuis 1988.

Les facteurs d'augmentation de la consommation de médicaments par les personnes âgées sont au nombre de trois :

- tout d'abord, l'état de santé est déterminant : une corrélation existe entre le nombre de maladies dont le patient se déclare atteint et le nombre de boîtes de médicaments consommées, quel que soit l'âge. Or le nombre de maladies augmente avec l'âge ;

- l'effet de vieillissement des personnes âgées, lui-même dû à l'allongement de la durée de vie ;

- l'effet de génération : au même âge, la consommation de médicaments est plus élevée en 2000 qu'en 1970.

La courbe de la consommation pharmaceutique annuelle en fonction de l'âge comporte trois grandes phases :

- dans l'enfance, d'abord un peu élevée dans les premières années de la vie (100 € de 0 à 1 an), la courbe s'abaisse ensuite à moins de 50 € de dépense annuelle jusqu'à l'âge de vingt ans ;

- à l'âge adulte, elle remonte progressivement et dépasse 300 € à partir de 65-70 ans ;

- enfin, dans le grand âge, à partir de 85 ans, les statistiques disponibles font apparaître une chute de la consommation moyenne par individu. Ce dernier phénomène est d'interprétation difficile.

Une première explication serait le départ d'une partie de cette population très âgée en établissement géré sous dotation globale (90 000 personnes résident en unités de soins de longue durée et l'âge moyen d'entrée en institution est de 87 ans), pour laquelle l'assurance maladie ne dispose d'aucune donnée .

Une autre explication serait que les seniors au-delà de 85 ans seraient dans l'ensemble les plus « robustes » de leur génération, la consommation pharmaceutique dépendant davantage, on l'a vu, de l'état de santé que de l'âge. Une troisième hypothèse serait la renonciation des patients à certains soins à partir d'un certain âge.

La consommation pharmaceutique est plus de six fois plus élevée à 80 ans qu'à 20 ans. Ce rapport a peu évolué dans les vingt dernières années : une étude du CREDES à partir de l'enquête Santé de 1980 montrait un rapport de 1 à 5,8 pour les dépenses de pharmacie entre ces mêmes classes d'âge. Les stratégies thérapeutiques autres que le médicament demeurent insuffisamment valorisées, notamment la qualité du mode de vie et de l'alimentation.

## **B – Des médicaments insuffisamment adaptés aux personnes âgées**

Les personnes âgées ne disposent pas toujours de traitements répondant à leurs besoins propres : d'une part, l'évaluation des effets des médicaments sur des populations âgées n'est pas généralisée, d'autre part, des pathologies émergentes et graves, comme la maladie d'Alzheimer, sont encore insuffisamment traitées.

### **1 - L'insuffisante évaluation des médicaments**

#### *a) Les essais pré-AMM n'incluent pas assez de personnes âgées*

Aux Etats-Unis, la « food and drug administration » (FDA) a publié en 1989 des directives pour promouvoir les essais chez les personnes âgées : « les médicaments doivent être étudiés dans tous les groupes d'âge, y compris les plus âgés, pour lesquels ces études ont une utilité significative. Les patients inclus dans un essai clinique doivent être raisonnablement représentatifs de la population qui consommera plus tard le médicament ». Depuis 1997, la FDA a entrepris de contrôler si les médicaments utilisés par les plus de 65 ans méritent ou non un « label gériatrique ».

En France, il n'a pas été engagé de démarche analogue. Malgré la note de recommandation sur les médicaments gériatriques, adoptée en septembre 1993 par le comité des spécialités pharmaceutiques siégeant auprès de la Commission européenne, le syndicat national de gériatrie, représentant un grand nombre de gériatres, estime que l'évaluation des médicaments destinés notamment aux patients très âgés n'est pas faite dans l'immense majorité des cas, tant sur le plan pharmacocinétique que pharmacodynamique. Or, selon ce syndicat, l'âge entraîne de très profondes modifications des fonctions d'élimination et d'assimilation des médicaments, de sorte que les études cliniques effectuées ne sont pas nécessairement extrapolables aux personnes âgées. Si, à l'autre bout de la vie, en pédiatrie, on assiste depuis quelques années à l'émergence d'une vraie recherche, rendue obligatoire par les autorités de tutelle, ce n'est pas le cas pour les personnes âgées. Ainsi, la partie de la population la plus utilisatrice de médicaments est celle pour laquelle le niveau de preuve et l'analyse des effets et contre-indications sont les plus incertains.

Alors qu'il existe des mises en garde particulières concernant les enfants ou les femmes enceintes, le résumé de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) repris dans le dictionnaire Vidal ne comporte qu'exceptionnellement la mention « *n'a pas été étudié après 70 ans* ». Ceci peut contribuer à expliquer que les retraits de médicaments pour intolérance concernent souvent les personnes âgées. L'absence dans les essais cliniques des sujets polypathologiques et polymédicamentés ne permet pas aux médecins de prescrire de façon optimale. Le cadre juridique des essais thérapeutiques, très exigeant en France pour le recueil des consentements, n'explique pas entièrement cette situation.

Un examen des rapports d'experts auprès de l'AFSSAPS a montré que les essais cliniques fournis par les firmes à l'appui de leur demande d'AMM de médicaments plus particulièrement prescrits aux personnes âgées ne comportent en règle générale pas toutes les informations nécessaires à une évaluation complète. Cette remarque, que la Cour a déjà faite au plan général, s'applique aussi par exemple aux médicaments anti-Alzheimer : ils ont été étudiés chacun contre placebo, sans comparaison d'efficacité entre eux, et, sauf exception, sans études sur les co-prescriptions les plus fréquentes.

*b) Les études post-AMM demeurent très insuffisantes*

La commission de la transparence, chargée de donner un avis sur l'admission des médicaments au remboursement, demande rarement des compléments d'information. Il est d'autant plus important de demander aux firmes des études « post-marketing ». Cette « phase IV », postérieure à l'AMM et généralement à l'admission au remboursement, concerne les malades en « vraie vie » et devrait inclure des personnes âgées polypathologiques.

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, des études médico-économiques destinées à améliorer la connaissance des effets des médicaments sur l'autonomie et le maintien à domicile devraient être encouragées. Elles pourraient se dérouler dans le cadre des programmes hospitaliers de recherches cliniques ou être confiées aux douze centres mémoire ressources et recherche existant en France, avec l'appui de la direction générale de la santé.

## 2 - Le traitement de la maladie d'Alzheimer

Un premier médicament contre la maladie d'Alzheimer est apparu en 1994 ; il n'est pratiquement plus prescrit depuis l'arrivée en 1998 et 2001 de trois autres médicaments de la même classe (anticholinestérasiques), mieux tolérés. Ces médicaments, à visée symptomatique, concernent les stades légers à modérés de la maladie. Leur principal apport réside dans la possibilité d'une prise en charge de cette maladie grave et invalidante, ce qui a justifié leur classement en ASMR II (importante). Ils apportent cependant, selon les experts de la commission de la transparence, une amélioration minimale des tests psychométriques par rapport au placebo. Leur coût dépasse 1 200 € par an, sur une durée médiane de quatre ans à partir du diagnostic.

Un médicament ancien, utilisé dans d'autres indications, a été autorisé par l'agence européenne du médicament en mai 2002, malgré une évaluation médiocre, parce qu'il est indiqué dans les formes modérément sévères à sévères de cette maladie et qu'aucun médicament n'existait pour le stade sévère. Ce médicament sera prochainement commercialisé en France, et devrait être alors vraisemblablement utilisé en bithérapie avec un des anticholinestérasiques, doublant ainsi le coût d'au moins une partie des traitements anti-Alzheimer (soit environ 2 400 € par an). Ce médicament devrait être prescrit par les médecins généralistes, ce qui peut élargir sa cible, mais également améliorer la prise en charge des patients.

Sans méconnaître la dimension humaine du sujet, on peut remarquer qu'il existe très peu d'analyses médico-économiques sur les médicaments anti-Alzheimer, par comparaison avec les analyses de coût/efficacité proposées par le national institute for clinical excellence (NICE) britannique. Les firmes et certains gériatres soutiennent que ces médicaments repousseraient de quelques mois le délai d'entrée en institution, économisant ainsi des soins. L'incertitude sur l'effet médico-économique rejoint donc l'incertitude sur les effets thérapeutiques.

De plus le prix, fixé en fonction d'un prix de traitement par malade, est identique quel que soit le dosage.

La dépense de médicaments anti-Alzheimer pourrait passer progressivement de 110 M€ (en 2002) à 1 000 M€, au prix actuel, compte tenu du développement probable de la bithérapie et de la prescription par les généralistes, si un nombre de malades d'Alzheimer équivalent à celui des malades aujourd'hui recensés était traité.

## C – Des pratiques de prescription perfectibles

Le fait que la preuve de l'adaptation des médicaments aux personnes âgées ne soit pas toujours apportée et que les interactions en cas de polymédication soient très peu étudiées est d'autant plus préoccupant que ces personnes sont plus fragiles et plus fréquemment sujettes aux effets indésirables des médicaments.

De plus, elles se voient fréquemment prescrire des médicaments « non indispensables », aggravant leur polymédication et relèvent de différents « soignants », qui ne sont pas toujours suffisamment coordonnés. Enfin, elles sont en pratique insuffisamment informées, ainsi que leurs prescripteurs, sur les bonnes pratiques de prescription et de consommation.

### 1 - Des risques accrus pour les personnes âgées

#### a) *Les risques de iatrogénie*<sup>122</sup>

La fréquence des effets indésirables des médicaments augmente avec le vieillissement. Plusieurs facteurs l'expliquent :

- l'utilisation simultanée de nombreux médicaments est la conséquence de l'association de plusieurs pathologies chez les personnes âgées ;
- les déficiences cognitives et sensorielles, ainsi que la mauvaise compréhension des traitements, peuvent empêcher le respect de la prescription ;
- avec le vieillissement, la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des médicaments se modifient ;
- l'avis des différents prescripteurs n'est pas toujours coordonné.

La charge économique de la iatrogénie pour la collectivité est lourde : selon une étude récente<sup>123</sup>, le coût des événements de iatrogénie médicamenteuse atteindrait 335 M€ par an pour l'assurance maladie,

---

122. Etymologiquement, la iatrogénie désigne ce qui est engendré (*genés*) par le médecin (*iatros*), comprenant les effets indésirables d'origine médicamenteuse ou non.

123. « Coût des hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux », *Thérapie*, janvier - février 2000, 55 (1) p. 137-9.

correspondant à 128 000 hospitalisations par an dans des hôpitaux publics.

La part des personnes âgées dans ce montant n'a pas été évaluée précisément. Mais il est certain que, en raison de la fragilité des personnes âgées, le risque iatrogénique croît avec l'âge. Selon une étude de l'URCAM de Poitou-Charente en 1999, 12,5 % des personnes âgées de 70 ans et plus hospitalisées l'étaient pour cause de iatrogénie médicamenteuse.

### *b) La polymédication*

Selon une étude de l'URCAM d'Aquitaine (2000), plus de sept médicaments sont prescrits à 16 % des patients âgés de 65 ans et plus de cette région. 27 % des prescriptions de l'échantillon contiennent des risques d'interactions ; une ordonnance sur deux comporte un médicament dont l'indication et l'efficacité ne sont pas appropriées à la pathologie traitée ; pour plus de la moitié des ordonnances, la posologie est absente ou incorrecte pour au moins un médicament, entraînant un mauvais respect de la prescription. Parmi les multiples médicaments pris par les seniors, on relève une part importante de psycholeptiques : plus des deux tiers des personnes de 75 ans et plus en prennent au moins un, selon une étude de l'URCAM de Bretagne en 2001.

### *c) Le non respect des traitements*

Le non respect des traitements par les seniors, sujet encore méconnu, a des conséquences plus graves que chez les autres patients. Diverses enquêtes ont montré que près d'un sujet âgé sur deux ne suit pas le traitement préconisé par son médecin. Ce fait intéresse également les économistes de la santé, en tant que source d'un important gaspillage, qui pourrait atteindre 40 % à 50 % de la masse des médicaments prescrits. Selon une étude de l'URCAM de Rhône-Alpes en 2001, un peu moins des deux tiers des personnes âgées interrogées de cette région connaissent le motif de prescription de tous leurs médicaments (cinq par jour en moyenne).

## **2 - Des prescriptions de médicaments souvent inadaptées**

La prescription pharmaceutique aux personnes âgées n'est pas répartie de manière optimale. L'insuffisance de traitement des personnes âgées, par exemple contre l'hypertension artérielle, et la prise en charge insuffisante de certains traitements de troubles liés au grand âge côtoient

la prise de médicaments non indispensables, pourtant remboursés à 100 % s'ils sont prescrits dans le cadre d'une affection de longue durée.

*a) Les médicaments « non indispensables »*

Des chercheurs de l'INSERM ont établi une typologie des consommations médicamenteuses des personnes âgées vivant à domicile, qui n'est pas fondée sur les classes thérapeutiques, mais sur le lien avec la mortalité : le caractère plus ou moins indispensable des médicaments est étroitement corrélé avec les indices de mortalité ou de survie. Ainsi, au sein de la classe cardio-vasculaire (première classe remboursée en France et de manière croissante avec l'âge), 39 % des remboursements en 2001 concernaient des médicaments qualifiés de « non indispensables ».

*b) La prescription de statines au-delà de 70 ans*

Environ trois millions de Français se voient prescrire des statines (remboursement moyen de 1 100 € par an et par personne). Ces médicaments contre le cholestérol représentent la première classe remboursée en France (602 M€ en 2001). Aucune statine générique n'existe encore en France, contrairement aux Etats-Unis.

On constate, tout d'abord, un écart entre les populations traitées et les populations des essais cliniques, en termes d'âge notamment. Ce n'est qu'en 2003 qu'une première étude a été publiée concernant l'emploi d'une statine chez le sujet âgé. Un consensus semble se dégager parmi les médecins, particulièrement les cardiologues, sur le fait que les statines sont « sans doute efficaces après 70 ans ». Toutefois, l'intérêt de commencer un traitement après 70 ans reste à établir. Ensuite, un débat collectif apparaît sur l'allocation des ressources en matière de médicament, si l'on compare notamment les dépenses remboursables de statines (820 M€ en ville), qui augmentent librement et n'ont pas toutes prouvé un effet de réduction de la mortalité, et celles destinées aux médicaments anticancéreux, encadrées par les budgets globaux hospitaliers (530 M€ en 2000).

Enfin, malgré l'actuelle recommandation de bonne pratique clinique sur les dyslipidémies, préconisant en première intention une modification du régime alimentaire, on observe que les prescriptions aux personnes de 70 ans et plus ont représenté 31 % des dépenses remboursables de statines au cours des six premiers mois de 2002 (112 M€ sur 363 M€).

*c) Deux exceptions françaises*

Le 3<sup>ème</sup> médicament le plus prescrit aux personnes âgées est un anti-angoreux, qui a des indications à la fois en cardiologie (angine de poitrine en traitement d'appoint), en ORL (vertiges et acouphènes en traitement symptomatique) et en ophtalmologie. Son service médical rendu a été jugé modéré dans les deux premières indications et insuffisant dans les troubles visuels. Aucune amélioration du service médical rendu n'a été prouvée. Sa consommation, qui dépasse 100 M€, se maintient pourtant. Ce médicament, enregistré dans neuf pays de l'Union Européenne, ne l'est pas aux Etats-Unis ni au Royaume-Uni. Les rapports d'experts auprès de la commission d'AMM qui ont pu être consultés critiquent tant l'imprécision diagnostique, le flou des critères d'évaluation, que l'insuffisance des preuves d'efficacité dans certaines des indications concernées, et le comparent à d'autres anti-angoreux quatre fois moins coûteux (économie potentielle : 60 M€). Le niveau élevé de prescriptions, malgré des indications limitées, conduit à s'interroger sur la qualité de l'information des prescripteurs et sur le respect des indications dans les prescriptions.

Le 4<sup>ème</sup> médicament le plus prescrit aux personnes âgées est un vasodilatateur à base d'un extrait de plante, dont 81 % de la clientèle est âgée de 65 ans ou plus, et qui a, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Japon ou en Italie, le statut de complément alimentaire. Même lorsqu'il est reconnu comme médicament, il n'est pas toujours remboursé : sept pays de l'Union européenne ne le remboursent pas. Ce médicament ancien de trente ans n'a toujours pas de générique, et l'industriel cherche à développer des indications dans la maladie d'Alzheimer. Aucun rapport d'expert tant auprès de la commission d'AMM que de la commission de la transparence n'a pu être consulté par la Cour. La commission de la transparence l'a réévalué en 1999 et a jugé son service médical rendu insuffisant, comme pour l'ensemble des vasodilatateurs.

Ce dernier exemple illustre le peu d'effet de la réévaluation des médicaments intervenue en 1999-2000, qui avait jugé insuffisant le service médical rendu de 835 médicaments, dont les vasodilatateurs. Malgré le décret du 27 octobre 1999 relatif à l'admission au remboursement des médicaments, qui dispose que « les médicaments dont le SMR est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste », les vasodilatateurs n'ont pas été déremboursés, et la réduction de leur taux de 65 à 35 %, se bornant à transférer la charge vers les régimes complémentaires, a été retardée et est susceptible de l'être à nouveau à la suite de nombreux contentieux contestant la motivation des avis de la commission de la transparence.

Au total, la consommation par les personnes âgées de 65 ans ou plus de l'anti-angoreux mentionné plus haut, de vasodilatateurs, de psychotropes (dont les Français sont notoirement sur-consommateurs) et de statines (au-delà de 70 ans) représente pour l'assurance maladie une dépense de 360 M€ par an<sup>124</sup>. La consommation en France de psychotropes étant deux à trois fois plus importante qu'à l'étranger, et l'écart étant encore plus important pour les deux autres classes, la marge d'économie possible est sans doute importante à service médical rendu équivalent.

### **3 - L'insuffisance de l'information des patients âgés et de leurs soignants, ainsi que de la coordination des soins**

#### *a) Des outils d'information nombreux mais insuffisamment exploités.*

Sur le site de l'ANAES, sont disponibles des recommandations de 2000 pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. En revanche, des travaux plus anciens, qui ne sont plus disponibles, mériteraient d'être actualisés et rediffusés : prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans (ANAES 1995), et brochure « Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée » (DGS-ANAES-AFSSAPS 1996).

L'observatoire national du médicament n'a pas effectué de travaux spécifiques aux personnes âgées et il n'a pas été sollicité par les pouvoirs publics. Cependant, le lancement, en juin 2003, d'un projet de répertoire des études et des sources de données devrait permettre à l'avenir de mieux connaître l'utilisation et la consommation de médicaments par les personnes âgées.

Le FOPIM (fonds pour l'information médicale), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et doté de 20 M€ par an, a vocation à promouvoir le bon usage des produits de santé auprès des professionnels. Plus de deux ans après la décision de le créer, cet outil, qui pourrait utilement informer les médecins sur les prescriptions aux personnes âgées, n'est toujours pas opérationnel. Un rapprochement entre le FOPIM et la commission de la transparence serait souhaitable.

L'institut national de prévention et d'éducation de la santé (INPES) a mené fin 2001 une campagne d'information destinée aux

---

124. Sur la base des remboursements du 1<sup>er</sup> semestre 2002.

personnes âgées, mais elle ne concerne pas le domaine du médicament (« Les clés du bien vieillir - prévention des chutes chez les seniors »).

L'encyclopédie pratique du médicament, publiée par les éditions Vidal, comporte une annexe d'aide à la prescription concernant la grossesse, l'enfant, mais aussi le sujet âgé.

L'assurance maladie diffuse les conclusions des enquêtes des URCAM (présentation des résultats des études, fiches d'aide à la prescription et à la délivrance, etc.), mais ce travail reste limité aux médecins des régions concernées.

La mutualité sociale agricole a lancé en 2003 une action nationale, en partenariat avec l'institut national de prévention et la fédération des aînés ruraux, sur le thème médicaments et personnes âgées ("*Seniors, soyez acteurs de votre santé*").

Au total, malgré quelques progrès, l'information demeure assez limitée, vis-à-vis tant des prescripteurs que des assurés sociaux. L'impact de ces informations sur les prescriptions aux personnes âgées est mal connu et mériterait d'être mieux mesuré.

#### *b) L'amélioration des pratiques de prescription et la coordination des soins*

Les consultations de généralistes offrent un temps d'écoute et de relation avec les personnes âgées sans doute insuffisant. La brièveté de la consultation ne permet pas une réévaluation régulière de la polymédication des sujets âgés et l'arrêt de traitements devenus inutiles voire dangereux. La création d'un tarif spécial pour la visite permettant le maintien à domicile ne semble pas avoir eu à cet égard d'effet sensible. Aux Etats-Unis, le patient âgé est parfois incité à faire une fois par an avec son médecin-référent la revue de l'ensemble de ses médicaments (« *brown bag review* »).

Le rôle particulier du pharmacien vis-à-vis des personnes âgées, qui constituent une clientèle fidèle et bien connue, pourrait également être davantage mis à profit, notamment dans la surveillance des interactions, surtout en cas de prescriptions multiples (toutes les pharmacies d'officine disposent aujourd'hui de logiciels permettant de dépister les interactions), et dans la vérification de l'adaptation des posologies et du respect des traitements. Une sensibilisation des 5 % de médecins qui réalisent 30 % des prescriptions, pourrait également être faite par le service médical de la CNAM et suivie de visites de ses pharmaciens-conseils.

---

**RECOMMANDATIONS**

---

48. Développer la connaissance sur la consommation pharmaceutique des personnes âgées, sur les comportements des prescripteurs et des patients et sur les risques iatrogéniques.

49. Inciter les laboratoires pharmaceutiques à inclure, dans les essais cliniques, des patients représentatifs de la population cible des médicaments.

50. Développer les études post-AMM incluant des personnes âgées et les analyses médico-économiques sur les médicaments.

51. Développer la diffusion auprès des médecins des recommandations et outils d'aide à la prescription aux personnes âgées.

---

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 471
---

## **IV - Les réseaux de santé pour la prise en charge des personnes âgées**

Le morcellement des services (services sociaux, services de soins infirmiers, de gardes à domicile, d'aides ménagères, de tutelle), des structures (court séjour, moyen séjour, long séjour, hôpitaux de jour, maisons de retraite plus ou moins médicalisées) et des financements rend indispensable le développement de la coordination gériatrique.

Les réseaux visent à favoriser, sur un territoire donné, une meilleure orientation du patient et à développer la coordination et la continuité des soins. Ils peuvent associer des médecins libéraux, des médecins hospitaliers et d'autres professionnels, ainsi que des établissements et organismes à vocation sanitaire et sociale. Depuis les années 1960, les initiatives se sont multipliées, avec pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et d'assurer leur maintien à domicile.

## **A – La coordination gérontologique : un besoin reconnu**

En 1962, le rapport Laroque a posé les principes de l'action sociale vieillisse, centrée sur l'autonomie des personnes. Il préconisait de revoir les logiques de prise en charge, afin de mettre à la disposition des personnes âgées « *un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leur besoin* ».

A partir des années 1970, la demande croissante des personnes âgées d'être maintenues dans leur cadre de vie normal a justifié une meilleure imbrication entre le dispositif social et celui de soins. Des coordinations gérontologiques se sont multipliées de façon informelle, regroupant des professionnels de santé et des acteurs sociaux.

En 1981, le secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées a créé cinq cents emplois de coordonnateurs, avec pour mission d'organiser à l'échelon local le partenariat entre les services et les établissements pour personnes âgées, et de structurer les interventions auprès de chaque personne âgée. Toutefois, ces postes ont été supprimés à partir de 1983.

La complexité de la prise en charge de pathologies lourdes ou chroniques, ou de certains malades du fait de leur grand âge ou de difficultés sociales a suscité à partir des années 1980 des tentatives d'organisation destinées à dépasser le cadre étroit de chaque intervenant, ou à jeter des ponts entre la ville et l'hôpital. La création de réseaux entre professionnels variés répond alors au besoin de promouvoir une certaine forme de « médecine sociale » au profit de patients dont la prise en charge implique d'associer une démarche sanitaire et une démarche sociale. La coordination gérontologique s'imbrique dès lors dans un mouvement général de développement des réseaux de soins.

La multiplication des réseaux informels depuis près de vingt ans a conduit le législateur à leur donner un cadre juridique. Les ordonnances du 24 avril 1996 ont créé deux catégories de réseaux, les réseaux créés dans un cadre expérimental (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) et les réseaux définis à l'article L. 6121-5 du code de la santé publique, appelés réseaux ville-hôpital, agréés par les ARH.

Après la loi du 24 janvier 1997, mettant en place la prestation spécifique dépendance (PSD) et institutionnalisant la coordination gérontologique départementale, une circulaire du 6 juin 2000 a lancé un programme expérimental créant des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a donné une base législative aux CLIC.

Ces structures, dont le nombre devrait atteindre 300 fin 2003<sup>125</sup>, ont pour missions l'accueil et l'information des personnes âgées sur les aides et prestations disponibles, leur orientation vers les services appropriés, l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, sa mise en œuvre et son suivi, et enfin l'articulation de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et l'accompagnement social à domicile.

S'agissant des réseaux, les dispositions conjuguées de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, ont modifié les modalités de leur financement, en substituant à la logique expérimentale antérieure une logique de généralisation et leur ont conféré un statut unique. Cette réforme met fin à une dualité de procédures qui aura entretenu une différenciation entre des réseaux d'origine hospitalière, dont les projets ont été financés par les ARH, et les réseaux ambulatoires agréés dans le cadre de la procédure expérimentale, alors que l'objectif de tous était de coordonner l'ensemble des acteurs de santé, hospitaliers et libéraux.

## **B – Les réseaux gérontologiques : une réalité mal cernée**

### **1 - Un état des lieux incomplet**

Les informations sur le développement des réseaux sont parcellaires et ne se recoupent pas toujours. Concernant les réseaux expérimentaux, trois projets de réseaux gérontologiques seulement ont été agréés. Il s'agit de celui porté par la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), agréé en 2000 et implanté sur 19 sites répartis sur l'ensemble du territoire, du réseau gérontologique dans le pays de Retz, agréé en 2001 et géré par l'association AGCEL, et du projet de prévention des risques liés au vieillissement chez les personnes âgées de 70 ans et plus agréé en 2001, et dont les promoteurs sont l'association QUALIVIE, la CPAM et la mutualité française des Alpes-Maritimes. La plupart des réseaux de terrain semblent avoir été rebutés par une procédure trop lourde. De plus, la procédure a privilégié les projets de grande ampleur émanant notamment des caisses d'assurance maladie et de mutuelles.

---

125. En mars 2002, leur nombre était estimé par la DGS à plus de 200.

S'agissant des réseaux gérontologiques autres qu'expérimentaux, les ARH et les URCAM estiment leur nombre au 31 décembre 2002 à moins de quarante, huit agréés dans le cadre de la procédure de l'article L. 6121-5 du code de la santé publique, et une trentaine non agréés mais bénéficiant de financements du FAQSV. Toutefois, ces chiffres ne rendent pas compte de l'importance réelle de la coordination gérontologique sous la forme de réseaux de santé, dans la mesure où les ARH et les URCAM ne comptent pas, faute la plupart du temps de les connaître, les réseaux qui fonctionnent sans financement de l'Etat ou de l'assurance maladie, mais avec des moyens provenant d'autres sources, les collectivités locales et les mutuelles notamment.

Face à cette méconnaissance, non seulement de la coordination gérontologique, mais des réseaux en général, la DHOS propose de mettre en place un observatoire chargé notamment de tenir à jour un inventaire.

## **2 - L'évaluation : une démarche non aboutie**

Bien que l'évaluation occupe une place centrale dans les textes définissant depuis 1996 les procédures de développement et de financement des réseaux de santé, cette question reste entière aujourd'hui.

Divers travaux méthodologiques destinés à fournir des cadres de référence adaptés à l'évaluation des réseaux de santé en général ont été réalisés, notamment par l'ANAES en août 1999, puis en octobre 2001, et par le CREDES, associé au groupe IMAGE de l'ENSP. Ils ont fait progresser la définition du cadre de l'évaluation à appliquer aux réseaux. Mais ils ont surtout mis en avant la complexité de la démarche, sans pour autant déboucher sur des conclusions sur l'impact des réseaux en termes d'organisation de l'offre de soins.

Concernant la coordination gérontologique, la CCMSA a entrepris un travail d'évaluation sur son réseau expérimental qui devait déboucher sur un rapport en juillet 2003.

Après plus de deux ans de fonctionnement, 1 604 personnes âgées ont été admises dans le réseau. Parmi les 1 115 personnes présentes au 31 décembre 2002, près d'un cinquième avait plus de 90 ans ; sur les 489 sorties, 68,5 % correspondaient à un décès, 31,5 % à un placement en établissement et 0,5 % à une sortie volontaire. Depuis la création du réseau, 494 médecins généralistes y ont adhéré, les autres professionnels de santé n'ayant pas fait l'objet d'un recensement précis.

L'admission d'un patient est décidée après la réalisation d'un bilan médico-social généralement fait à l'hôpital, suivi d'une réunion de coordination. L'enquête révèle que les acteurs de santé et les acteurs

sociaux considèrent, dans leur très grande majorité, que l'organisation en réseau a amélioré considérablement la coordination ambulatoire. En revanche, la coordination ville-hôpital demeure assez réduite : l'hôpital n'est pas perçu comme un acteur majeur du réseau, mais comme le lieu de la réalisation du bilan.

Les acteurs sanitaires et sociaux s'accordent pour désigner comme point fort la capacité de ce type d'organisation à améliorer la qualité de vie des personnes âgées prises en charge. 90 % des personnes âgées ou leurs proches se déclarent satisfaites ou très satisfaites.

La CCMSA considère que « la réussite de l'expérimentation tient essentiellement à la motivation et à l'implication des différents acteurs du réseau », justifiant ainsi la démarche volontariste qui caractérise le développement des réseaux.

Elle constate également qu'en raison de la meilleure qualité des soins, les hospitalisations devraient diminuer. Mais actuellement aucun élément chiffré ne vient appuyer ou infirmer ce constat. La DHOS a indiqué qu'aucune étude d'impact sur les hôpitaux situés dans le secteur géographique d'intervention d'un réseau n'a encore été faite.

Enfin, la CCMSA estime que le réseau incite les professionnels de santé à une plus grande rigueur dans leurs pratiques, et que l'encadrement puis la normalisation des prescriptions dans le cadre du réseau devraient permettre une diminution significative des coûts. Une étude comparative concernant les dépenses de soins des patients adhérents aux réseaux gériatologiques et des patients d'un groupe témoin est en cours.

Pour les autres types de réseaux, la circulaire du 31 mai 1997 prévoit que la convention constitutive soumise à l'agrément de l'ARH doit définir « les modalités retenues pour évaluer régulièrement le fonctionnement du réseau et mesurer son impact sur la qualité des soins et sur la satisfaction des patients ». Le décret du 12 novembre 1999, relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville, précise que « l'attribution d'une aide est subordonnée à l'engagement du ou des professionnels signataires de la convention (...) d'établir une évaluation de l'action financée ». L'enjeu pour les décideurs est de s'assurer que la coordination a un rapport coût/efficacité suffisamment bon pour justifier leur participation financière. Or, le coût de la coordination est une donnée mal connue, et si son efficacité pour les patients n'est pas contestée, aucun indicateur la précisant n'existe.

## **C – Le financement des réseaux de santé : une insuffisante connaissance des coûts**

Avant leur reconnaissance par les ordonnances de 1996, les réseaux bénéficiaient de financements divers, provenant notamment des crédits déconcentrés de l'Etat, des subventions des collectivités locales, des caisses régionales d'assurance maladie ou des mutuelles. Avec les ordonnances du 4 avril 1996, l'assurance maladie a financé les réseaux de soins expérimentaux sur l'enveloppe des soins de ville, et les ARH ont subventionné sur les enveloppes hospitalières les réseaux ville-hôpital agréés. Toutefois, d'autres acteurs (collectivités locales, mutuelles) ont continué à financer les réseaux, qu'ils soient expérimentaux, agréés par les ARH ou informels.

A partir de 2000, le FAQSV est intervenu pour financer la partie ambulatoire des réseaux ville-hôpital et soutenir diverses actions menées par les réseaux expérimentaux ou par certains réseaux informels : études, formations de coordonnateurs, mise en place de systèmes de communication, location de locaux et achat de matériels. Ainsi, le FAQSV a financé, en 2000 et 2001, 31 réseaux gérontologiques, pour un montant de 5,4 M€ en 2000 et 1,3 M€ en 2001, la différence entre les deux années s'expliquant par l'aide massive apportée la première année au démarrage de gros projets, dont les réseaux expérimentaux, alors que l'année suivante le FAQSV a aidé essentiellement le fonctionnement de projets déjà en place.

La LFSS pour 2002 a substitué à la logique expérimentale antérieure une logique de généralisation, en créant, au sein de l'ONDAM, une enveloppe transversale déclinée en dotations régionales. Les financements accordés aux réseaux sont désormais décidés conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM, dans le cadre de priorités pluriannuelles de santé. Toutefois, concernant les réseaux expérimentaux, une circulaire du 19 décembre 2002 précise que ceux-ci « sont autorisés à mener leur expérimentation jusqu'au terme de la période autorisée par la loi<sup>126</sup> et à bénéficier des financements acquis (dérogations tarifaires) sur le risque et des financements acquis au titre d'autres sources (FAQSV, collectivités territoriales). En conséquence, le relais de ces financements n'a pas à être assuré dès maintenant sur la dotation régionale des réseaux ».

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'enveloppe nationale de développement des réseaux coexistera avec le FAQSV. En l'absence de simulations sur les moyens nécessaires au développement de ce type d'organisation, le

---

126. Décembre 2004.

montant de la dotation nationale de développement des réseaux (dite « cinquième enveloppe ») a été fixé depuis sa création sans aucune référence. Elle a été constituée de prélèvements sur les quatre enveloppes traditionnelles de l'ONDAM (soins de ville, dotation hospitalière, dotation médico-sociale et objectif quantifié national des cliniques privées). Ainsi, en 2003, un montant de 17,7 M€ a été prélevé sur la dotation hospitalière, 18,7 M€ sur les soins de ville, 0,8 M€ sur l'OQN et 8,8 M€ sur l'enveloppe médico-sociale.

### **D – Une absence de pilotage de la coordination gérontologique**

Le cadre actuel de la coordination gérontologique comprend, en premier lieu, les CLIC, qui se mettent en place progressivement, mais devront tous à terme développer des fonctions d'accueil et d'information, d'évaluation des besoins ainsi que de définition et de suivi des plans d'aide individualisés pour les personnes âgées. En deuxième lieu, les équipes médico-sociales sont chargées d'élaborer le plan d'aide individualisé aux personnes âgées dépendantes, dont les dépenses sont couvertes par l'APA. Enfin, les réseaux de santé pour personnes âgées ont pour objectif de mettre en place une organisation entre divers intervenants médico-sociaux, permettant un décloisonnement entre soins ambulatoires et soins hospitaliers et entre le champ sanitaire et le champ social.

Cette multiplicité de dispositifs, dont les objectifs sont très proches, pose la question de leur rôle respectif, afin d'éviter le manque de cohérence et de lisibilité de la politique de coordination en gérontologie, et d'harmonisation entre les initiatives impulsées par le secteur sanitaire et le secteur social.

La définition de la politique en faveur de la coordination gérontologique est partagée entre plusieurs directions du ministère chargé de la santé. La DHOS est compétente en matière d'organisation pour l'ensemble de l'offre de soins, y compris lorsqu'ils sont dispensés en ville. A ce titre, elle est en charge du développement des réseaux de santé. La DGS, chargée de la politique de santé publique, assure la tutelle technique du FAQSV piloté par la CNAM. La DGAS suit les politiques publiques en faveur des personnes âgées. A ce titre, elle anime la politique de développement des CLIC.

Même si le pilotage d'ensemble des réseaux de santé relève de la compétence de la DHOS, le développement, l'encadrement et l'évaluation des réseaux de santé pour la prise en charge des personnes âgées ne peuvent être organisés sans une concertation étroite entre les

différentes directions. Les faiblesses de la coordination en gérontologie et le manque d'articulation entre les initiatives impulsées par le secteur sanitaire et le secteur social montrent qu'à l'évidence cette concertation n'a pas suffisamment fonctionné.

---

#### **RECOMMANDATIONS**

---

52. *Etablir et suivre un inventaire des réseaux de santé pour les personnes âgées.*

53. *Évaluer les effets et les coûts de la mise en place de ces réseaux.*

54. *Dans le cadre de la coordination gérontologique, clarifier les rôles respectifs des CLIC, des équipes APA et des réseaux de santé.*

---

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 472
---

## **V - Personnes âgées et urgence**

Les soins non programmés aux personnes âgées représentent une part importante de l'activité des services d'urgences, notamment en raison des insuffisances croissantes dans la permanence des soins de ville. Cette prise en charge en urgence des personnes âgées soulève un ensemble de difficultés.

### **A – Les problèmes d'organisation en ville et à l'hôpital**

L'organisation des urgences médicales a fait l'objet d'un examen par la Cour dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002. Depuis lors, l'évolution de la situation s'est poursuivie et peut aujourd'hui être appréciée de la façon suivante.

#### **1 - Le problème de la permanence des soins en ville**

La grève des généralistes libéraux de l'hiver 2001-2002 a, finalement, accentué leur désengagement de l'urgence.

L'évolution a confirmé la tendance des patients à recourir de façon croissante aux structures hospitalières d'urgence. Les patients confrontés à une situation d'urgence choisissent, en effet, de plus en plus souvent, de se rendre directement à l'hôpital, sans chercher à consulter leur médecin traitant, même aux jours et heures ouvrables. Il s'agit pour les patients de privilégier la sécurité et la commodité des soins délivrés par un service d'urgences.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a modifié les dispositions du code de la sécurité sociale pour permettre le financement de mesures visant à susciter le volontariat des généralistes libéraux pour la permanence des soins.

Un décret doit intervenir prochainement pour formaliser les préconisations du rapport Descours. L'organisation de la permanence des soins libérale sur le mode du volontariat implique, en effet, de modifier le Code de déontologie, qui fait actuellement de la participation aux urgences « un devoir pour tout médecin », disposition dont le respect n'est aujourd'hui plus assuré. Corrélativement, des initiatives encore ponctuelles sont prises pour faciliter l'implantation de « maisons médicales de garde », où le patient doit se rendre pour consulter en urgence.

Au total, il est peu probable que ces initiatives récentes suffisent à inverser la tendance lourde à l'augmentation régulière du recours aux structures hospitalières d'urgence.

## **2 - La politique de restructuration des services d'urgences des établissements de santé**

La recherche d'une place d'hospitalisation en « aval » de l'accueil d'un patient aux urgences est la première préoccupation des professionnels, bien avant « l'engorgement » que représente l'afflux aux urgences de patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation.

Le ministre chargé de la santé a lancé une réflexion sur l'organisation en place, au regard du premier bilan qui peut être fait des SROS de deuxième génération mis en œuvre par les ARH. Les SROS de troisième génération devront poursuivre la démarche de réduction du nombre des sites d'accueil d'urgences. Cette orientation permettra de développer dans ces sites des structures de moyen et de long séjour, qui concerneront les personnes âgées.

Enfin, les établissements de santé, dotés ou non d'une structure d'urgences, sont invités par la circulaire du 16 avril 2003 à décharger ces structures et à faciliter leur tâche. Le concept de « soins non

programmés » est mis en avant pour inciter les établissements à ne pas faire reposer la gestion de l'imprévu sur les seules structures dédiées aux urgences. Ainsi, il est, notamment, demandé aux établissements de faciliter la gestion des patients en aval des services d'urgences et d'offrir des solutions alternatives (ex : consultations sans rendez-vous) permettant à certains patients de trouver, ailleurs que dans ces services, une réponse appropriée à leur demande.

## **B – La spécificité des urgences pour les personnes âgées**

En dehors de toute situation d'urgence, les personnes âgées présentent très souvent des pathologies multiples (polypathologies), un état général en équilibre précaire et une certaine dépendance à l'égard de leur entourage. En urgence, la première difficulté est de réaliser une juste appréciation de la situation : la tâche est, en effet, rendue difficile par les multiples symptômes présentés et par l'absence de référence aisément accessible à la situation de départ que constituait l'état de santé, plus ou moins stable, de la personne âgée.

La deuxième difficulté est la possibilité de survenue, à tout moment, d'une décompensation de l'équilibre instable dans lequel vivait la personne âgée. Cette vulnérabilité rend le pronostic délicat.

La troisième difficulté est qu'à côté de la maladie elle-même, l'équipe soignante doit prendre en compte le niveau de dépendance et anticiper la perspective de son aggravation.

L'enquête<sup>127</sup> réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients pris en charge dans 150 services d'urgence, permet de mieux connaître les populations fréquentant les urgences, leurs modes d'accès, leurs motifs, les soins reçus et l'orientation ultérieure. Ses résultats présentent de grandes convergences avec ceux provenant d'autres sources, notamment de l'Observatoire des urgences de Midi-Pyrénées.

Une limite doit cependant être soulignée : cette enquête porte sur l'activité des services d'accueil des urgences et non de l'ensemble des structures ambulatoires et hospitalières impliquées dans la prise en charge des soins non programmés aux personnes âgées.

---

127. Source : « Les usagers des urgences ; premiers résultats d'une enquête nationale », Études et résultats, DREES, n° 212, janvier 2003.

**Enquête DREES : « les usagers des urgences » (extraits)**

Les personnes de plus de 70 ans représentent 14 % des passages aux urgences, soit 1,7 million de passages. Le nombre de passages annuels aux urgences, pour 100 personnes d'une classe d'âge donnée, est de 27 pour les 16-25 ans, 17 pour les 26-50 ans, 12 pour les 51-70 ans, 20 pour les 71-80 ans et 40 pour les plus de 80 ans. Le secteur public accueille 90 % des patients de moins de 70 ans et 95 % des patients de plus de 70 ans.

Plus de 70 % des patients arrivent sans avoir consulté de médecin préalablement (même par téléphone). Mais plus de la moitié des patients de 71-80 ans et plus des deux tiers des patients de plus de 80 ans ont bénéficié d'une orientation médicale préalable. Les patients de plus de 70 ans viennent très majoritairement le matin ou en début d'après-midi. Les patients sont classés selon une échelle de gravité croissante de 1 à 5. Les patients du groupe 3 (patients dont l'état est susceptible de s'aggraver) représentent 8 % des adultes de moins de 50 ans, 15 % au-delà de 50 ans et 25 % au-delà de 70 ans. De même, la proportion de cas relevant des soins lourds et de la réanimation (catégories 4 et 5) croît régulièrement avec l'âge pour avoisiner 10 % au-delà de 80 ans.

Les affections cardio-vasculaires, pulmonaires et digestives sont les plus fréquentes. La fréquence des problèmes neurologiques augmente avec l'âge ; ils représentent 9 % des affections des patients de plus de 80 ans. Enfin, les personnes âgées sont plus souvent que d'autres porteuses de pathologies multiples. En moyenne, 75 % des patients bénéficient d'un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique aux urgences ; cette proportion s'élève à 90 % pour les patients de plus de 70 ans. En moyenne, 19 % des patients accueillis aux urgences sont ensuite hospitalisés ; cette proportion dépasse 50 % pour les patients de plus de 70 ans.

Le délai de transfert du service des urgences vers un service d'hospitalisation (intervalle de temps entre la décision d'hospitalisation et le départ du service des urgences) croît régulièrement avec l'âge. Il est en moyenne de 2 h 37 pour un lit de court séjour ; il atteint 3 h lorsque le patient a entre 51 et 70 ans et dépasse 3 h 30 lorsqu'il a plus de 70 ans.

Outre celles mentionnées plus haut et qui sont inhérentes à l'urgence gériatrique, la prise en charge en urgence des personnes âgées accumule, à un degré extrême, les principales difficultés constatées dans la prise en charge des urgences.

La moindre disponibilité des généralistes pour des visites à domicile et l'évolution qui se dessine vers le regroupement des médecins de permanence dans des maisons médicales ne répondent pas aux besoins

des personnes âgées. À ce jour, rien n'est prévu pour le transport<sup>128</sup> des patients vers les maisons médicales et leur retour à domicile. Le problème se pose de la même façon pour accéder au pharmacien de permanence.

#### *a) La régulation médicale*

Lors d'un appel au Centre 15, la demande concernant une personne âgée en situation d'urgence est souvent très peu documentée. Le passé médical, souvent lourd et nécessairement éclairant, est généralement mal connu de l'appelant. La symptomatologie du patient ne peut donc pas être appréciée par le médecin régulateur à la lumière d'éventuels épisodes précédents. La conclusion est ainsi, plus souvent que nécessaire, une décision de transport aux urgences, par précaution. Ce problème n'est pas exclusivement rencontré avec les personnes âgées, mais a pour ces patients une acuité particulière.

C'est très souvent avec une connaissance insuffisante de l'histoire de la maladie et des antécédents que débute l'évaluation. L'absence habituelle d'évaluation gériatrique méthodique, prenant en compte le patient et son environnement social, pratiquée par un gériatre et un travailleur social, conduit à des orientations inappropriées.

Le recours aux lits d'hospitalisation en court séjour, en dépit de sa très grande difficulté, reste la solution la plus accessible. L'orientation vers des solutions alternatives plus adaptées se révèle très difficile. L'hyper-spécialisation des services de soins hospitaliers les prépare mal à la mission d'accueil des urgences des établissements de santé. La personne âgée devant être hospitalisée en urgence en est, plus que toute autre personne soignée, pénalisée. Le caractère polypathologique du patient âgé le rend, en effet, indésirable dans un service hospitalier dont les professionnels ont choisi de se dédier prioritairement à la prise en charge programmée de patients relevant d'une spécialité bien définie. À cet égard, l'absence habituelle de service de court séjour de médecine générale dans les hôpitaux est un lourd handicap pour la gestion des urgences, de même que l'absence de service de gériatrie aiguë<sup>129</sup>.

---

128. Transport que l'on pourrait qualifier de « transport à l'occasion de la maladie » pour le distinguer du « transport sanitaire », nécessitant un véhicule spécialement aménagé et un personnel spécialement formé.

129. Une enquête réalisée par la DHOS auprès des ARH (citée dans la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique) dénombre 50 services de séjour gériatrique dans les 207 établissements sièges de SAU.

Le cloisonnement entre les établissements de santé limite considérablement les possibilités d'orientation directe vers des établissements qui pourraient, dans certains cas, disposer de services plus adaptés. Les problèmes rencontrés dans la recherche d'une place en urgence résultent, pour une grande part, de la difficulté pour les services de court séjour de réorienter ces patients, une fois le cap aigu franchi, vers des unités de moyen séjour, de soins de suite ou de long séjour, ou encore vers l'hospitalisation à domicile, compte tenu du nombre insuffisant de places.

Il est, de plus, fréquent que le Centre 15 soit appelé en situation de fin de vie attendue. En effet, si le retour ou le maintien à domicile de personnes en fin de vie est généralement l'objet d'une prise en charge adaptée et satisfaisante, les tous derniers instants de la vie ne sont pas convenablement anticipés. Les familles ont alors recours au Centre 15 qui déclenche l'intervention d'une unité mobile hospitalière, suivie, lorsque le patient a pu être maintenu en vie, d'un transport au service d'accueil des urgences, seule solution, dès lors qu'un appel au secours est lancé et que rien n'indique qu'il s'agit d'une fin de vie attendue et souhaitée à domicile.

### **C – Le coût de la mauvaise organisation**

Outre ses conséquences humaines, la prise en charge urgente inadaptée souvent subie par les personnes âgées a un coût, lié au mauvais usage de structures lourdes et aux complications médicales induites.

Ce coût résulte d'abord d'actions qui, avec une organisation plus adaptée, pourraient être évitées : interventions du Samu ; passages aux urgences ; journées d'hospitalisations en court séjour ; temps passé par les professionnels à agir dans de mauvaises conditions.

Il résulte également des complications induites par des hospitalisations qui sont prolongées au-delà de ce qui aurait été nécessaire et dont on sait l'effet délétère chez les personnes âgées : risque de complication du décubitus, d'infection nosocomiale, de décompensation d'une pathologie préexistante, de survenue du syndrome de glissement, voire d'une grabatisation. De telles complications surviennent d'autant plus si ces hospitalisations ont lieu dans des services spécialisés inadaptés à la situation.

## **D – Le besoin d’une politique globale de prise en charge des soins non programmés aux personnes âgées**

La tendance constatée est une augmentation régulière de l’implication des structures d’urgences dans la prise en charge des soins non programmés aux personnes âgées. Il ne s’agit pas là de l’expression d’une politique, mais du double effet de la confiance de la population à l’égard de ces structures, dont les moyens ont été renforcés, et de la démission d’autres intervenants qui se reposent sur les urgentistes.

L’importance croissante de la question, les difficultés et l’insatisfaction rencontrées commandent qu’une politique de prise en charge des urgences médicales chez les personnes âgées soit définie et mise en œuvre. Une telle politique doit être globale, c’est-à-dire s’appliquer aux soins non programmés, dans leur ensemble, et impliquer tous les intervenants susceptibles d’être concernés.

### **1 - La filière de soins gériatriques**

La gestion des soins non programmés devrait, en premier lieu, s’inscrire dans le cadre d’une filière de soins gériatriques.

Les principes d’organisation d’une telle filière sont définis dans la circulaire du 18 mars 2002 du ministre chargé de la santé : rôle coordonnateur du médecin généraliste ; consultations gériatriques avancées et pôles d’évaluation gériatrique ; rôle de l’hôpital local ; liaison avec les structures sociales ; mise en place d’une unité de court séjour gériatrique dans tous les établissements dotés d’un SAU ; admission directe en court séjour gériatrique, sans passage aux urgences ; équipes mobiles gériatriques appuyées sur les unités de court séjour gériatrique ; collaboration entre gériatres et psychiatres ; développement de l’HAD dont le nombre de places devrait être doublé en deux ans ; développement des services de soins de suite et de réadaptation.

Pour la mise en application de ces principes, la circulaire renvoie aux SROS et recommande qu’un « projet gériatrique » soit intégré au projet d’établissement de chaque établissement de santé. Des mesures budgétaires sont par ailleurs mises en œuvre pour développer le court séjour gériatrique. En 2002, un crédit de 8,23 M€ a été délégué à cet effet aux agences régionales de l’hospitalisation. Il a été porté à 9,41 M€ en 2003.

## **2 - L'organisation des soins non programmés au sein des établissements de santé**

Le renforcement des services d'urgence s'est accompagné d'un désengagement de la prise en charge par les autres services des soins non programmés. La circulaire du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences, préconise un rééquilibrage par l'implication de l'établissement de santé tout entier dans le traitement des soins non programmés et la mise en place de filières adaptées à des pathologies ou à des populations, notamment pour les personnes âgées.

Le plan « Hôpital 2007 » comporte également des objectifs susceptibles d'améliorer la prise en charge des urgences : remodelage de l'organisation de l'hôpital autour de grands pôles d'activité, qui devrait décloisonner la structure actuelle des services et faciliter la gestion de l'aval des urgences ; tarification à l'activité, qui devrait permettre une valorisation de l'activité d'urgence ; mise en place des conseils régionaux de santé, qui devraient renforcer la concertation et l'approche globale des urgences dans le cadre de territoires de santé.

Ces principes semblent adaptés, mais leur calendrier de mise en œuvre reste imprécis.

## **3 - Des mesures complémentaires**

Au-delà des mesures générales énoncées ci-dessus, quelques mesures spécifiques seraient nécessaires pour corriger les insuffisances touchant, en particulier, les personnes âgées : prise en charge des urgences vasculaires, notamment les accidents vasculaires cérébraux ; organisation des transports à l'occasion de la maladie (pour que les patients dont l'état ne relève pas d'un transport sanitaire et ne disposant pas de moyens de transport puissent se déplacer vers une consultation) ; prise en charge sociale dans les structures d'urgence (centres 15 et services d'urgences) ; accompagnement et anticipation des fins de vie à domicile ; gestion d'un dossier médical commun ville-hôpital accessible en urgence ; médicalisation et paramédicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes.

## **4 - L'évaluation**

Une évaluation spécifique de la prise en charge des personnes âgées en urgence s'impose du fait de la croissance attendue de la demande. Elle devrait notamment porter sur le suivi de la croissance de

la demande (quantitative et qualitative) et sur l'étude des effets des filières et des réseaux.

---

**RECOMMANDATIONS**

---

*55. Evaluer spécifiquement la prise en charge des personnes âgées en urgence.*

*56. Mettre en œuvre sans retard les mesures contenues dans les circulaires du 18 mars 2002 et du 16 avril 2003, concernant la prise en charge en urgence des personnes âgées.*

---

**CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES**