

# Nouvelle politique pour une nouvelle vieillesse

Robert Hugonot, P. Chapuy, Y. Delomier, Louis Ploton

DANS **GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ** 1987/2 vol. 10 / n° 41 , PAGES 45 À 47  
ÉDITIONS **FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE**

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/g.s.041.0045

Date de mise en ligne : 21/09/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-1987-2-page-45?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# NOUVELLE POLITIQUE POUR UNE NOUVELLE VIEILLESSE

R. HUGONOT, P. CHAPUY, Y. DELOMIER et L. PLOTON

En plus du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre des dépendants âgés, les données démographiques suivantes sont également à prendre en considération pour les années à venir :

- *La mortalité infantile* — dont la baisse très importante est responsable de l'accroissement de la longévité moyenne, aujourd'hui voisine de 75 ans — ne se modifiera plus beaucoup ;

- *La mortalité entre 10 et 40 ans* restera assez semblable aussi, cette tranche d'âge étant la principale victime d'accidents de circulation ;

- *Des progrès peuvent être accomplis pour les personnes âgées de 50 ans et plus*, grâce aux recherches sur les cancers et les maladies cardio-vasculaires ;

- *L'isolement de la population des plus de 75 ans* (ils seront plus d'1,8 million en 2010) devrait s'accroître ;

- *Une aggravation de la situation des ruraux âgés* est prévisible, avec un plus grand nombre de zones rurales atteintes par le vieillissement (qui sont le double de la moyenne nationale).

En conséquence, *les principaux soutiens familiaux des grands vieillards seront leurs petits-enfants*, qui auront, eux-mêmes, entre 40 et 50 ans.

## QUELLE POLITIQUE ADAPTER A CES NOUVELLES DONNEES ?

### ● *Pour le soutien à domicile*

Envisageant donc l'augmentation du nombre de dépendants âgés, pour faire face aux besoins sans privilégier le béton et répondre au souhait de cette population de demeurer à son domicile le plus longtemps possible, il faut aller plus loin dans la politique de soutien à domicile :

1. en mettant en place une *réelle politique familiale de la vieillesse*, en particulier en direction des « petites-filles » — de 40 ou 50 ans — de ces vieillards dont elles seront alors les principaux tuteurs ;
2. en stimulant le développement d'une nouvelle *solidarité de voisinage* ;
3. en instituant un *service civique féminin national* ;
4. en examinant d'autres propositions, telles que :

---

\* *Extrait du Rapport du Groupe Rhône-Alpin de réflexion gérontologique, février-juin 1986, 50 p.*

- *contrats d'innovation et conventions de fonctionnement* liant les secteurs publics et privés ;
- *association étroite de la gériatrie et de la psychiatrie* dans les soins à domicile ;
- *mise en place d'une réelle gériatrie à domicile* ;
- *renforcement légal des prestations de soins et de présence au domicile* en période de crise, de détresse ou d'évolution aiguë, ne nécessitant pas une hospitalisation ;
- *nécessité d'une réflexion approfondie sur de nouvelles modalités de prise en charge* permettant un large choix entre les systèmes associatifs et l'initiative individuelle.

### ● *Entre le domicile et l'institution*

La persistance des handicaps physiques et psychiques limite parfois le maintien à domicile et, d'autre part, l'utilisation des services hospitaliers doit être réservée au traitement de certaines maladies aiguës et chroniques graves. Cela justifie la recherche de formules intermédiaires tout en admettant qu'il est difficile, voire impossible, de faire cohabiter dans les mêmes structures qui doivent être, à la fois, des lieux de soins, des lieux de vie et des lieux de mort, des handicapés physiques et des handicapés psychiques.

#### **Formules intermédiaires :**

1. *L'hébergement temporaire*
  - chambres de dépannage en maisons de vacances ou hôpitaux vacants ;
  - hôtels pour handicapés ;
  - familles d'accueil.
2. *L'hébergement sanitaire permanent* qui doit se développer prioritairement dans les années à venir :
  - sections de cure médicale des maisons de retraite et logements-foyers ;
  - maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes ;
  - appartements d'accueil, appartements thérapeutiques, domiciles collectifs et autres structures sanitaires de proximité.
3. *Les soins partagés*  
Le soutien à domicile doit se réaliser avec :
  - des hôpitaux de jour : hôpital de jour somatique et hôpital de jour pour déments ;
  - des centres de jour, « cantous » et autres accueils de jour ;
  - des clubs thérapeutiques, des clubs à domicile.

#### **Le financement**

Ces structures nécessitent la mise sur pied d'un *Fonds national d'hébergement sanitaire et de soutien à domicile* alimenté par la fiscalité, la Sécurité sociale, les caisses de retraite, les organismes mutualistes... *Des mesures transitoires urgentes* sont nécessaires :

- adaptation de l'allocation logement à l'hébergement sanitaire ;
  - adaptation de la tierce personne aux invalides âgés ;
  - mesures fiscales, en particulier pour les couples contraints, par leur santé, à une double résidence ;
  - financement de l'hébergement sanitaire par des cotisations particulières.
- Enfin, toute structure sanitaire doit être confiée à des *personnels compétents*, gériatres, infirmiers et aides-soignants *formés en gérontologie*.

### ● *La chaîne institutionnelle*

Dans la très grande majorité des cas, le handicap est évolutif. A 20 ou 30 ans, un handicap peut être séquentaire et justifie seulement une aide ou une prothèse. En revanche, à 80 ans, la maladie aiguë à l'origine du handicap évolue, plus ou moins vite, et le soin prédomine sur l'aide. Il n'existe pas d'état chronique tout à fait stable.

Pour répondre à des besoins médicaux, il faut des structures soignantes. Trois grandes orientations pourront être suivies :

- *La création dans chaque service de médecine d'un quota de lits pour soigner ou surveiller correctement les malades après leur phase initiale et qui ne pourront retrouver leurs conditions de vie antérieures. Ce séjour, plus ou moins long, permettra de trouver une solution définitive. Ainsi la personne âgée n'aura à subir qu'un minimum de transferts entre le départ de son domicile et le nouveau lieu de vie ;*
- *La création, dans chaque centre hospitalier, d'une équipe gériatrique articulée autour d'un hôpital de jour, relais entre l'hôpital et le domicile. Cette équipe, bien formée aux problèmes gérontologiques, pourrait prendre en charge, au sein même des services, les malades âgés dépendants avant de leur trouver une solution définitive ;*
- *La création, dans les communes, de véritables unités gériatriques de soins continus gérées par les praticiens libéraux et articulées avec un service hospitalier où l'ensemble des soins pourraient être dispensés avec toute la rigueur nécessaire.*

Les notions administratives qui distinguent les secteurs, en fonction de la durée, doivent être rédigées en fonction des niveaux de soins : soins intensifs, soins continus, soins gériatriques...

### ● Conclusions

Il convient pour terminer d'insister davantage, encore, sur un certain nombre de points :

1. **On ne peut séparer le social du médical : il n'y a pas d'aide sans soins ;**
2. **On doit éviter au maximum que le séjour des personnes âgées ne se prolonge en milieu hospitalier : il faut alors privilégier les structures extra-hospitalières ;**
3. **La variété des situations (familiales, économiques, dépendances) doit répondre à un grand nombre de structures différentes ;**
4. **On ne saurait trop insister sur l'impérieuse nécessité d'une formation approfondie des personnels soignants et des médecins en gériatrie. Dans toutes les structures sanitaires ou médico-sociales, le médecin est le coordonnateur responsable obligatoire.**

Seule une volonté politique pourra faire aboutir tout cela en raison des freins très importants qui ralentissent cette évolution.

### BIBLIOGRAPHIE

1. *Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes. Rapport du Conseil économique et social, juillet 1985.*
2. Paillat (P.). — La population âgée au début du troisième millénaire. *La Revue du Praticien*, 1986, 36, 11.
3. Henrard (J.C.). — Evaluation de l'autonomie. *Rev. Fr. Santé Publique*, 1985, n° 29, p. 7-13.
4. Paillat (P.) et Hugonot (R.). — Espérance de vie - Espérance de santé. *Pratique Médicale Quotidienne*, n° 545, 21 avril 1987.