

N° 392

S É N A T

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 14 juin 1983.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission de contrôle (1) sur les établissements chargés d'accueillir les personnes âgées créée en vertu de la résolution adoptée par le Sénat le 17 décembre 1982.

Par M. Jean CHERIOUX

Sénateur

TOME II
ANNEXES

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Colin, *président* ; M. Jean Béranger, Mme Cécile Goldet, MM. Pierre-Christian Taittinger, *vice-présidents* ; Pierre Bouneau, Mme Monique Midy, MM. Paul Robert, *secrétaires* ; Jean Cherioux, *rapporteur* ; MM. Charles Bonifay, Jean-Pierre Cantegrit, Pierre Ceccaldi-Pavard, François Collet, Pierre Gamboa, Alfred Gérin, Paul Guillaumot, Louis Jung, Mme Geneviève Le Bellegou-Begunn, MM. Pierre Louvot, Jean Madelain, Pierre Matraja, Louis Souvet.

Voir les numéros :

Sénat : 104, 136 (1982-1983).

Personnes âgées - Commissions d'enquête et de contrôle - Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure.

ANNEXES

	Pages
ANNEXE I - Les efforts financiers consentis par les différents partenaires institutionnels	3
ANNEXE II - Compte rendu des visites effectuées par la commission de contrôle	21
ANNEXE III - Abréviations et siglese	99
ANNEXE IV	101
• Proposition de résolution (n° 104, 1982-83) tendant à créer une commission de contrôle sur les établissements chargés d'accueillir les personnes âgées	102
• Rapport fait au nom de la commission des Affaires Sociales sur la proposition de résolution n° 136 (1982-83).....	105

ANNEXE I - Les efforts financiers consentis par les différents partenaires économiques

A) Effort financier des régions et collectivités locales.

1. Questionnaire envoyé aux commissaires de la République, préfets de région.
2. Liste des régions ayant répondu au questionnaire.
3. Présentation des efforts consentis, à partir des exemples de certains départements.

B) Effort financier des partenaires sociaux.

1° - Questionnaire adressé aux Commissaires de la République, Préfets de région.

I. Eléments statistiques

- I.1 Dans votre région et les départements qu'elle regroupe, quelles sont les statistiques concernant :
 - les personnes âgées de plus de 65 ans
 - les personnes âgées de plus de 85 ans
 - leur proportion par rapport à la population totale
- I.2 Quelles sont les capacités d'hébergement des personnes âgées valides et invalides de votre région :
 - en distinguant selon les départements concernés
 - en distinguant suivant les diverses catégories d'établissements (secteurs privé/public, hospitalier/sanitaire et social ; maisons de retraite avec ou sans section de cure médicale ; foyers-logements, résidences...)
- I.3 Répertoire des établissements existant dans la région et leur capacité d'accueil.

II. Politique en faveur des personnes âgées

- II.1** Le rapport entre les capacités d'accueil des personnes âgées dans votre région et les besoins qui se font ressentir dans ce domaine. Est-il satisfaisant ou reste-il un nombre appréciable de demandes en attente (en particulier en ce qui concerne le quatrième âge et les personnes âgées invalides) ?
- II.2** Quels sont les besoins et les difficultés rencontrées dans la région :
- en matière d'équipement de structures d'accueil
 - en matière de personnel : création de postes, recrutement, formation...
- II.3** Pouvez-vous établir un bilan de la politique menée en matière de maintien à domicile des personnes âgées (aides-ménagères, soins à domicile...) ?
- II.4** Quelle est la part respective de l'Etat et des diverses collectivités locales (région, département, commune, etc...) et quand il y a lieu des établissements publics qui les regroupent (tels que communauté urbaine, district, etc...) dans le financement des équipements et des actions accomplis depuis 10 ans en faveur des personnes âgées dans votre région ?
- II.5** Si dans votre région des orientations ou des expériences particulières ont été menées en ce qui concerne les personnes et leur hébergement, pouvez-vous en établir le bilan et en marquer les limites ?

**2° - Liste des Commissariats de la République,
Préfectures de région
ayant répondu au questionnaire**

- Alsace.
- Aquitaine.
- Auvergne.
- Basse-Normandie.
- Centre.
- Champagne - Ardennes.
- Haute-Normandie.
- Ile-de-France.
- Languedoc-Roussillon.
- Limousin.
- Lorraine.
- Midi-Pyrénées.
- Nord-Pas-de-Calais.
- Provence - Alpes - Côte d'Azur.
- Rhône-Alpes.
- Département de la Martinique.



3° - Efforts financiers consentis. Exemple de quelques départements ou régions.

Région Haute-Normandie

Avant la mise en œuvre de la politique d'humanisation, 10 217 lits sur 11 492 lits d'hébergement en faveur des personnes âgées étaient installés en salles communes soit 89 % de l'ensemble.

L'effort accompli a permis de réduire ce nombre de lits à 2 789, chiffre qui comprend lui-même un nombre non négligeable de lits en cours de modernisation.

Ceci a été rendu possible du fait des actions financières :

1) de l'Etat, intervenu sur les projets

- au taux de 20 % durant le 7^e Plan sur le chapitre 66-13 du budget de l'Etat (Programme d'Action Prioritaire n° 19) ;
- au taux généralement de 40 % sur le chapitre 66-11 du budget de l'Etat ;
- au taux de 30 % sur le chapitre 66-11 lorsqu'un apport de l'EPR à hauteur de 10 % est enregistré.

2) de l'EPR, qui finance la modernisation des hospices au taux de 20 % lorsqu'il n'y a pas financement conjoint de l'Etat, au taux de 10 % lorsqu'il y a financement de l'Etat.

L'apport global de l'Etat en autorisation de programme peut être estimé à 78 000 000,00 F de 1972 à 1982. l'apport global de l'EPR à 35 000 000,00 F pour la même période.

Région Aquitaine

Les hospices ou sections d'hébergement ont bénéficié de 65,11 % des crédits attribués au titre du programme d'humanisation du 7^e Plan.

Sur 4 266 lits en salle commune inventoriés en 1973, 4 017 ont été « humanisés » soit un taux de réalisation de 94,1 %. Il n'en reste plus en cours d'humanisation que :

- 10 en Dordogne
- 47 en Gironde
- 27 dans les Landes
- 119 en Lot-et-Garonne
- 46 dans les Pyrénées-Atlantiques
- 249 en Aquitaine

Région Basse-Normandie

De 1973 à 1982, 5 070 lits ont été humanisés dont 3 762 intéressent les personnes âgées.

Pour l'ensemble de ces 5 070 lits :

L'Etat a consacré 114 155 011 F

L'E.P.R. 14 154 209 F

Une répartition de ces crédits au prorata du nombre de lits permet d'apprécier approximativement la part revenant aux personnes âgées dans le programme d'humanisation.

$$\text{Etat : } \frac{114\,155\,011 \times 3\,762}{5\,070} = 84\,701\,430 \text{ F}$$

$$\text{E.P.R. : } \frac{14\,154\,209 \times 3\,762}{5\,070} = 10\,499\,742 \text{ F}$$

L'action de l'EPR a été axée principalement sur la rénovation des petits hospices en zone rurale.

Il resterait environ 1 000 lits à humaniser.

Région Auvergne

a) *Données générales*

De 1975 à 1982, le bilan du financement des équipements pour personnes âgées permet de dégager :

- participation de l'Etat : 73,5 millions de francs
- participation de la région : 49,5 millions de francs

D'une manière générale, on remarque que l'Etat a financé les grosses opérations, l'EPR ayant fait un effort constant et important dans le domaine de l'humanisation des hospices, surtout depuis 1980. L'EPR intervient aussi bien seul qu'en complément des subventions de l'Etat. Cette action conjuguée des deux collectivités a permis des résultats remarquables et d'autant plus intéressants que la transformation juridique des hospices, voulue par le législateur, a accompagné une véritable modernisation des établissements. Si on a changé « l'appellation », on a modifié en même temps les conditions d'accueil.

Au 1^{er} janvier 1983, il reste 1 601 lits à rénover (sur 11 041) dont 943 lits en salle commune à transformer. A raison de 500 lits par an, à la cadence actuelle de financement, l'opération d'humanisation des lits devrait être terminée dans trois ans. L'EPR d'Auvergne a d'ailleurs confirmé son effort financier pour 1983 avec un crédit voté de 11 millions pour l'humanisation des hospices.

Région Ile-de-France

a) *Données générales*

Depuis 1973, la région a fait un effort très considérable en faveur des équipements pour les personnes âgées. Cet effort, engagé par le District de la région parisienne, particulièrement à partir de 1974, a été poursuivi de façon importante par l'Etablissement public depuis 1977.

Fondée depuis cette date sur une délibération du Conseil régional du 27 novembre 1977 fixant le domaine et les modalités d'intervention de la région en ce qui concerne les équipements pour les personnes âgées en Ile-de-France, l'action menée en la matière a eu pour objectif d'améliorer les conditions d'accueil collectif des personnes âgées.

Elle a porté sur les opérations réalisées à la fois par l'Assistance publique, le Bureau d'Aide sociale de Paris, les établissements publics locaux (hôpitaux et hospices communaux) et les associations du régime de la loi de 1901, gestionnaires d'établissements pour personnes âgées.

Elle s'est traduite par une participation financière importante de la région aux investissements ayant trait à l'humanisation et à la modernisation des hospices et des maisons de retraite avec ou sans section de cure médicale, du secteur public et du secteur privé non lucratif, ainsi qu'à la création de centres de long séjour.

Les subventions accordées par la région pendant cette période (1973-1983) s'élèvent à 339 millions de francs soit environ un effort annuel moyen de 34 millions de francs.

Cet effort financier correspond à un programme d'investissements de 840 millions de francs en faveur des établissements d'hébergement pour personnes âgées : la région intervient en effet comme financeur principal (40 % de la dépense), sa participation conditionnant l'octroi de prêts des caisses de Sécurité sociale (30 % de la dépense) et les subventions des autres collectivités locales (départements principalement).

En 1980, l'Ile-de-France compte 858 établissements offrant 67 328 places.

Pour l'ensemble de la région, les taux d'équipements sont les suivants :

- Paris 35,6 places pour 1 000 personnes âgées
- Proche couronne 44,6 places pour 1 000 personnes âgées
- Grande couronne 79,3 places pour 1 000 personnes âgées

Ce calcul tient compte du fait que beaucoup d'établissements relevant du Bureau d'aide sociale de la Ville de Paris sont situés hors de Paris, mais réservés aux Parisiens.

De plus, les taux d'équipements sont très variables par type d'hébergement d'une partie de la région à l'autre.

	Nombre de places pour 1 000 personnes âgées				
	Foyers logements + H.L.M.	Maisons de retraite	Hospices	Long séjour	TOTAL
Paris	11,2	9,2	5,3	9,9	35,6
Proche couronne.....	17,8	18,0	7,3	1,5	44,6
Grande couronne	25,0	31,7	20,6	2,0	79,3
Région Ile-de-France	17,6	18,9	10,4	4,6	51,5

Durant la même période, l'Etat qui faisait, par ailleurs, à cette époque, un important effort pour l'humanisation des hôpitaux, a réservé, tous les ans, une dotation en faveur de l'hébergement collectif des personnes âgées, indépendamment de l'action qu'il menait pour le maintien à domicile. Cette dotation a porté sur un montant total de 95 035 641 F se répartissant comme suit :

1973 : 4 331 905 F
 1974 : 21 043 287 F
 1975 : 19 468 527 F
 1976 : 10 910 990 F
 1977 : 5 790 655 F
 1978 : 6 938 451 F
 1979 : 8 527 895 F
 1980 : 1 560 774 F
 1981 : 16 463 157 F

Région Limousin

(Chapitre 66-20 article 40 (1) Fonds régional d'action sanitaire et sociale.)

	Part de l'Etat Chapitre 66-20 art. 40 (1)	Part de la région Fonds régional d'action Sanitaire et Sociale
1977	120 000	1 146 102
1978	324 000	1 377 585
1979	446 000	910 696
1980	375 000	1 550 000
1981	150 000	2 170 000
1982	814 000	1 500 000
	2 229 000	8 654 383

N.B. : Dès 1974, l'Etablissement public régional du Limousin a décidé la création d'un Fonds régional d'Action sanitaire et sociale permettant de financer des équipements essentiellement destinés aux personnes âgées, en subventionnant les collectivités locales ou les établissements publics à vocation sociale.

(1) Le chapitre 66-20 correspond à l'équipement social. L'article 40 correspond aux équipements personnes âgées.

Le Conseil régional, dans sa séance du 28 janvier 1977, a adopté un règlement intérieur destiné à fixer les règles de son action dans ce domaine.

- Pas d'intervention en substitution de l'Etat,
- Pas de subvention de fonctionnement mais des subventions d'investissement.

Ce règlement a été complété par une décision de la commission déléguée en date du 14 mai 1979 :

— « Le pourcentage de l'aide régionale, fixée à 40 %, serait limité à 20 % lorsqu'il s'agirait d'une opération bénéficiant d'une aide de l'Etat ». (Cela concerne essentiellement les dépenses immobilières).

Région Nord-Pas-de-Calais

a) Structures d'hébergement

- 45 sections d'hospices ou maisons de retraite, soit 7 000 lits.
- 53 maisons de retraite ou hospices autonomes, soit 3 300 lits.
- 15 maisons de retraite agréées, soit 758 lits.
- 34 maisons de retraite non agréées, soit 2 000 lits.
- 71 logements-foyers, soit 4 800 places.

En ce qui concerne la région Nord-Pas-de-Calais, de nombreux hospices ne sont pas encore humanisés. Or les perspectives démographiques pour la région, soulignent l'accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans.

	Milliers d'habitants 1975	Prévisions an 2000
70-74 ans	293,3	288,7
75 ans et plus	117,0	131,3

Les efforts d'équipement et de rénovation des structures existantes doivent donc être poursuivis.

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

a) Données générales

La région « Provence-Alpes-Côte d'Azur » a bénéficié depuis dix ans, au niveau des investissements, d'un volume de crédits de 121 232 240 F mis à sa disposition par les ministères de la Santé, des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Ces crédits ont permis de financer des réalisations telles que l'humanisation des hospices, la médicalisation des maisons de retraite, la création de foyers-logements, ainsi que des actions entrant dans le cadre de la politique de maintien à domicile des personnes âgées (foyers-restaurants, clubs, services de soins infirmiers à domicile, installation de télé-alarme, portage de repas à domicile...).

Par ailleurs, l'établissement public régional est intervenu depuis 1975 dans le financement des opérations d'humanisation et de rénovation de petits établissements (hospices, maisons de retraite) et de création ou d'aménagement de clubs ruraux, dans le but de venir en aide aux communes disposant de faibles ressources.

Compte tenu des effets positifs de la politique menée en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, celles-ci entrent de plus en plus tard en établissement. La moyenne d'âge des personnes entrant en maison de retraite est de plus de 80 ans pour la moitié d'entre elles.

De ce fait les demandes en attente dans les établissements d'accueil publics pour personnes âgées concernent en particulier le quatrième âge et les personnes âgées invalides.

La région « Provence-Alpes-Côte d'Azur » de par sa situation, attire un grand nombre de retraités et de personnes âgées, notamment en bordure du littoral.

b) Département des Bouches-du-Rhône

Catégories (public et privé)	Nombre d'établis.	Capacité
Hospice	3	1 467
Maison de retraite	110	7 806
Logement-foyer pour personnes	36	2 355
Foyer-club	22	
Foyer-restaurant	70	
Club	189	
Service d'aide-ménagère à domicile	40	
Service de soins à domicile pour personnes âgées	10	355
Centre de moyen et long séjours public et privé	12	1 164
Total	492	13 147

c) Département des Alpes-Maritimes

• Structures d'accueil

Catégories (public et privé)	Nombre d'établissements	Capacité
Hospice	9	1 136
Maison de retraite	90	4 267
Logement-foyer pour personnes âgées	12	566
Foyer-club	12	
Foyer-restaurant	18	
Club	110	
Service d'aide-ménagère à domicile	33	
Centre d'existence téléphonique	1	
Service de soins à domicile pour personnes âgées	8	
Centres de moyens et long séjours (public et privé)	9	522
Total pour 1981	302	6 844

• Les propositions de transformation des hospices

A la suite du plan départemental d'équipement des Alpes-Maritimes, les propositions pour la transformation des hospices, sections d'hospices et hôpitaux ruraux, s'établissent comme suit dans le tableau ci-après :

	Existants	Demandés	Proposés
Médecine (1)	100	98	83
Moyen séjour (2)	199	354	373
Long séjour	301	1 139	696
Géronto-psychiatrie	80	50	50
Chroniques	50		
Section de cure médicale (établissements publics)	132	242	479

• Participation financière de l'état et des collectivités locales

1974-1983 (milliers de francs)

Montant travaux réalisés	Etat	E.P.R	Subventions départ.	Communes
72 693	22 231	2 058	1 495	3 303

B. EFFORTS FINANCIERS DES PARTENAIRES SOCIAUX

1. La Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)
2. L'association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)
3. L'association des régimes de retraite complémentaires (ARRCO)
4. La mutualité sociale agricole.
5. La Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC)
6. Le régime de retraite des artisans (CANCVA)
7. La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)

1. La caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

La C.N.A.V. depuis 1967 a défini une politique d'action sanitaire et sociale. Cette politique bénéficie de ressources constituées par un prélèvement égal à 0,86 % des cotisations, ce qui en 1983 a représenté 1 360 millions de F.

Le principe de base qui a servi à la définition de cette politique était de mener deux types d'action :

- une action à caractère individuel ;
- une action à caractère collectif, immobilier.

On note un déséquilibre au profit des aides à caractère individuel, résultant notamment d'un effort particulier en faveur de l'aide à domicile.

En ce qui concerne les aides à caractère immobilier, la politique a été la suivante :

- *Maison de retraites de 80 lits* :
 - de 1967 à 1976 : constructions de maisons de retraites
 - depuis 1976 : uniquement modernisation.

— *Foyers-logements-résidence* :

Leur construction a été aidée par la caisse, sous certaines conditions (intégration au paysage urbain ; 80 lits)

— *Foyers-restaurants ; clubs* :

Aide maximum : 30 % du coût des travaux. Il n'est jamais versé d'aide au titre des dépenses de fonctionnement.

— *Résidence temporaire* :

La C.N.A.V. juge l'idée intéressante et aide à la rénovation des bâtiments utilisés, pour un montant maximum de 30 % du coût des travaux. Mais il est possible de faire varier ce taux selon le nombre de personnes âgées relevant du régime général, qui sont accueillies dans ces structures.

Médicalisation des maisons de retraite : elle a été acceptée sous certaines conditions (25 % du total des lits ; qu'elle serve aux personnes entrées bien portantes et devenues malades et que cela ne nuise pas aux autres personnes âgées hébergées). En revanche, la caisse est opposée à la médicalisation des foyers-logements.

— Modernisation des hospices : en 1981, on estimait à 80 000 le nombre de lits à moderniser. L'aide de la caisse, qui est tout d'abord passée de 20 à 40 % du coût des travaux, est en baisse depuis 1976.

Pour la période 1959-1981 :

- Montant des autorisations de programme : 2 267 120 347 F
- Nombre de lits créés 167 046
- Nombre de lits aménagés 41 240

2. L'A.G.I.R.C. (Association générale des institutions de retraite des cadres).

Depuis 1972, le régime de retraite des cadres a privilégié les politiques de maintien à domicile, en créant ou en soutenant les services propres à répondre aux besoins. Mais il lui est également paru indispensable de maintenir des structures d'hébergement collectif des personnes âgées.

A la fin de l'année 1982, les statistiques en possession de l'A.G.I.R.C. indiquaient :

— au niveau de l'hébergement en résidence de retraite et logements-foyers : 251 établissements différents, auxquels s'ajoutent 13 résidences mixtes, dues à l'initiative des institutions, et qui accueillent à titre permanent 3 581 personnes.

Parmi ces établissements, 23 ont été créés par les caisses AGIRC représentant 1 585 logements.

— au niveau des résidences de retraite médicalisées et maisons de cure médicale, on dénombrait 55 établissements soit 550 lits ouverts aux allocataires en perte d'autonomie.

Dans cette catégorie, les institutions ont réalisé en propre deux établissements comprenant au total 112 lits.

— au niveau des centres gériatriques à caractère hospitalier, 706 lits ont été souscrits dans 13 établissements dont 5 créés par l'AGIRC pour un total propre de 698 lits.

Le financement de ces réalisations est conçu selon deux modalités :

— Investissements directs :

Une (ou plusieurs) caisse achète le terrain et construit l'établissement : une société civile immobilière est propriétaire des immeubles ; une association gère l'établissement.

— Versement de subventions ou de prêts en contrepartie de priorité d'admission.

Cette formule est plus suivie aujourd'hui, car elle est plus souple et moins onéreuse.

3. L'A.R.R.C.O. (Association des régimes de retraite complémentaire)

Ce régime privilégie également les politiques de maintien à domicile des personnes âgées (amélioration des logements ; aide-ménagère ; soins à domicile), mais il participe également au financement d'établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes.

La nature même de ces établissements s'inspire des orientations suivies par les pouvoirs publics en ce domaine. Pour chaque opération, une association regroupant l'ARRCO et d'autres participants est constituée. Le financement résulte de prêts — à taux d'intérêts quasi nuls — de subventions et des dotations accumulées par les caisses ; la participation d'un régime de base de Sécurité sociale joue le rôle de complément, accessoire certes, mais indispensable, de ce montage financier. En général, la collectivité locale du lieu d'implantation apporte le terrain nécessaire.

Une fois l'opération de construction menée à bien, l'association se garde de prendre en charge la gestion de l'établissement car les risques de déficit sont très sérieux.

Les principales réalisations financées pour 65 à 70 % par l'ARRCO sont :

A Tourcoing, ouvert début 1982, un établissement médicalisé de 141 lits (dont 60 de moyen séjour et 81 de long séjour). L'ARRCO a vendu l'immeuble aux hospices de Tourcoing qui en assurent la gestion ;

A Bordeaux, une unité de cure médicale (non médicalisée) conçue de manière à pouvoir adapter très facilement les lits pour certains soins. Une très importante liste d'attente atteste de la nécessité de cet établissement ;

A Grenoble : (en cours de réalisation), une maison d'accueil pour personnes âgées (très peu médicalisée).

L'ARRCO ne réalise pas toujours les établissements d'hébergement de personnes âgées qu'elle utilise. En complément, elle a recours à une politique de prise de participation donnant droit à des réservations de lits. De telles conventions ont été passées avec des maisons de cure médicale ou de retraite à Paris et dans sa banlieue : Anselme Payen à Paris 15^e, Debrousse à Paris 20^e, Emile Gérard à Livry-Gargan et enfin une maison de retraite et de cure médicale à Roissy-en-Brie.

Quant aux projets de l'ARRCO, il s'agit de deux opérations à l'étude à Lyon, une à Marseille et une quête difficile et permanente de terrains à Paris et dans sa très proche banlieue afin de ne pas trop éloigner les personnes âgées de la région parisienne de leurs visiteurs éventuels, compte tenu de l'importance primordiale du contact avec l'extérieur.

4. La mutualité sociale agricole

Elle a fondé un certain nombre d'établissements pour personnes âgées, en essayant toujours de les intégrer au milieu antérieur, et ce, afin de tenir compte des particularités du milieu rural. C'est ainsi qu'elle a ouvert un certain nombre de centres sociaux ruraux. La commission de contrôle a visité ainsi le centre social de Jaligny (Allier). Ce centre regroupe un service social, un service d'aide ménagère, de soins à domicile, des activités de loisir, et un centre d'hébergement temporaire. Cette formule répond aux difficultés qu'avaient certaines personnes isolées à rester chez elles l'hiver.

Trois orientations semblent actuellement prioritaires pour le régime agricole :

— en premier lieu, améliorer les conditions de vie des personnes âgées : aides à domicile, etc.

— en second lieu, protéger leur santé : création de clubs santé...

— en troisième lieu, éviter leur marginalisation et les insérer dans la vie locale de leur village — nous avons d'ailleurs rédigé un rapport sur ces divers points en 1982 — et inviter les caisses à réfléchir à partir de ce document.

L'option retenue par la M.S.A. est de trouver une structure différente de l'hôpital. Ces établissements devraient se greffer sur des services existant déjà, localisés au sein de la commune. Les « pensionnaires » devraient également participer à la vie de l'établissement, ce qui contribuerait à les maintenir eux mêmes dans un état physique satisfaisant (établir les menus, tenir la bibliothèque, participer à des tâches ménagères légères, etc.).

De plus il faut chercher à intégrer l'établissement dans son environnement extérieur (associations, clubs ruraux, etc.). Ces établissements peuvent être ainsi des foyers de rayonnement et d'activités tournés vers l'extérieur. Ils pourraient être également le siège de services de soins à domicile.

5. L'O.R.G.A.N.I.C. (Caisse de compensation de l'Organisation autonome national de l'industrie et du commerce)

Les orientations en matière d'action sociale ont été définies par un arrêté du 31 janvier 1974. La caisse a ainsi choisi de satisfaire au maximum les besoins qui se manifestent localement.

Les réalisations propres au régime sont peu nombreuses, car elles absorberaient une part trop importante des ressources de l'action sociale.

Quatre établissements, deux maisons de retraite et deux foyers-logements constituent des réalisations propres au régime, dont l'action sociale assume les dépenses d'investissement, à l'exclusion de toute participation aux dépenses d'exploitation.

Ces réalisations propres constituent tantôt un « héritage » de l'action sociale menée par les caisses avant l'alignement du régime, réalisé en 1973, tantôt répondent à un besoin local, particulièrement important, auquel il n'a pas été possible de répondre dans le cadre d'un montage financier collectif.

La caisse a plus souvent recours au système de réservation dans des établissements, ce qui permet de bénéficier d'un coefficient multiplicateur, en bénéficiant des financements publics :

— subvention de l'Etat et de l'établissement public régional pour des établissements médicalisés,

— financement HLM ou APL pour des foyers-logements.

Depuis quelques années, la caisse cherche à augmenter le nombre de réservations dans des établissements de long séjour et des maisons de retraite médicalisées, étant donné qu'ils sont confrontés à des demandes de plus en plus nombreuses émanant de personnes invalides ou semi-valides.

Le bilan de la politique d'hébergement des personnes âgées peut se résumer ainsi :

Le régime dispose, au 31 mars 1983, de :

- 1 291 lits en établissements médicalisés, centre de long séjour, maisons de retraite ;
- 1 008 studios ou deux pièces en foyers-logements, soit au total 2 299 lits.

Le bilan des trois dernières années : 1980, 1981 et 1982, est le suivant :

	Etablissements médicalisés	Foyers logements
1980.....	+ 202	+ 114
1981.....	+ 208	+ 218
1982.....	+ 213	+ 135

Au cours de l'année 1981, la caisse a pris des réservations portant sur 208 lits dans 31 établissements répartis sur 21 départements.

218 logements ont été réservés dans des foyers-logements répartis sur 19 départements.

Au cours de l'année 1982, ont été réservés 213 lits dans 30 établissements répartis sur 22 départements.

135 lits-logements ont été réservés dans des foyers-logements répartis sur 15 départements.

La progression des réservations globales est passée de :

- 824 au 31 décembre 1978
- à 1 382 au 31 décembre 1980
- à 2 139 au 31 décembre 1982.

6. La C.A.N.C.A.V.A. (Régime de retraite des artisans)

Ce régime s'est, depuis 1975, tout particulièrement préoccupé de l'hébergement des retraités en participant, le plus souvent sous forme de subvention, à la construction, à l'équipement d'établissements d'hébergement collectif moyennant la réservation permanente de lits en faveur des retraités, ressortissants du régime. Ainsi, il contribue au financement de réalisations et n'en assure pas la gestion. L'hébergement peut être envisagé de diverses manières afin de proposer aux retraités des solutions adaptées à leur état de santé (soins médicaux lourds ou légers), leur degré d'autonomie, leurs problèmes personnels (isolement, solitude, insécurité) et naturellement de leurs souhaits.

Les maisons de santé et de cure médicale : la CANCAVA participe, depuis 1975, à la mise en place des programmes industrialisés annuels afin de proposer des

structures très médicalisées susceptibles d'accueillir les retraités semi-valides, invalides, en services long séjour ou en moyen séjour (rééducation fonctionnelle).

Les maisons de retraite, hospices : la caisse s'oriente, depuis deux ans, vers la mise en place d'un vaste programme de modernisation et médicalisation d'établissements d'hébergement collectif existants, à savoir les maisons de retraite, les hospices. L'objectif est d'offrir aux personnes âgées des structures d'accueil confortables, agréables et d'ouvrir des sections de cure médicale permettant de garder les pensionnaires devenus invalides dans la mesure où leur état de santé ne relève pas d'un établissement hospitalier.

Actuellement, la CANCAVA prévoit la construction de sa propre résidence médicalisée (Haute-Garonne).

Mais au cours de son audition, par notre commission le représentant de la caisse a tenu à souligner que, dans les années à venir, les contraintes budgétaires, imposeraient une diminution du volume des subventions. Il a, par ailleurs, constaté que les structures d'hébergement se révélaient insuffisantes dans certains départements (région parisienne, Nord, Bretagne, Midi).

7. La Caisse nationale des professions libérales

Il existe au total six maisons de retraite, trois gérées par la section des médecins, une par la section des pharmaciens, une par la section des auxiliaires médicaux et enfin celle gérée par la CNAVPL (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales).

Ces six maisons de retraite emploient 115 personnes et hébergent en moyenne 330 personnes âgées. La capacité d'accueil est de 382 dont une cinquantaine de places pour invalides et demi-valides.

En outre, quelques places ont été réservées çà et là dans des foyers-logements.

ANNEXE II - COMPTE RENDU DES VISITES

Versailles Sarcelles	19 janvier 1983
Lille	26 janvier 1983
Rennes	23 mars 1983
Vichy	30 mars 1983
Nanterre	13 avril 1983
Cachan	14 avril 1983
Nice Marseille	21 avril 1983
Besançon	4 mai 1983

DEPLACEMENT A VERSAILLES

I - PRESENTATION DE LA DELEGATION

Date : mercredi 19 janvier 1983

Programme :

8 h 45 : Départ du Sénat.

9 h 30 : Arrivée à Versailles
*Visite de l'hôpital Richaud (Centre hospitalier André-Mignot) et de la
Maison Despagne à laquelle participeront :*

- le Maire de Versailles, le Maire-adjoint chargée des affaires sociales
- le directeur du centre hospitalier.

11 h 30 : Départ de Versailles.

Composition de la délégation :

- M. Jean Colin, président (Essonne)
- M. Jean Cherioux, rapporteur (Paris)
- M^{me} Cécile Goldet (Paris)
- M. Pierre-Christian Taittinger (Paris).

II - DONNEES JURIDIQUES

A) STATUT JURIDIQUE

— L'hôpital Richaud et la maison de retraite Despagne font partie intégrante du centre hospitalier de Versailles qui regroupe un troisième établissement, l'hôpital André Mignot.

Il s'agit donc d'établissements appartenant et gérés par la municipalité de Versailles.

I. Historique

Les services de personnes âgées au centre hospitalier de Versailles ont fait l'objet de rénovations et de transformations importantes.

Situation antérieure :

— Erigé en 1902, grâce au legs de M^{me} Veuve Despagne, cet établissement accueillait, avant sa réhabilitation, l'ensemble des services de personnes âgées du centre hospitalier, soit 282 lits.

- 62 lits de Médecine gériatrique (moyen séjour).
- 220 lits d'hospice (valides et invalides).

2. Situation actuelle :

— Par délibération du 28 juin 1978, approuvée le 20 octobre 1978, le Conseil d'administration a décidé l'humanisation des bâtiments existants.

— Par délibération du 25 mars 1982 relative à la fixation de la capacité en lits du centre hospitalier de Versailles et à la transformation des lits d'hospice, le Conseil d'administration a décidé la constitution d'une unité de long séjour de 80 lits à l'hôpital Richaud (45 lits d'hospice transformés, 35 lits à créer).

B) STRUCTURES D'ACCUEIL PRÉVUES APRÈS RÉNOVATION

Maison de retraite Despaigne

— 175 lits avec une section de cure médicale d'une capacité de 140 lits

— accueil de personnes qui sans avoir pour autant perdu leur autonomie de vie peuvent nécessiter de manière intermittente des soins infirmiers ou des consultations et examens pratiqués en milieu hospitalier, dont la prise en charge serait réalisée par l'intermédiaire du « forfait-soins ».

— Architecture : rénovation des bâtiments existants, avec aménagement de 17 chambres à un lit

47 chambres à deux lits

16 chambres à quatre lits.

Service de long séjour à l'hôpital Richaud :

80 lits en deux unités de 40 lits répartis en chambres individuelles ou à deux lits avec des sanitaires individuels.

C) STRUCTURES BUDGÉTAIRES PRÉVISIONNELLES

1. Maison de retraite Despaigne

Budget : 11 millions 8 F

Propositions de prix de journée :

- prix de journée : 135,75 F (hors amortissement)
- forfait soins : 72,60 F
(cure médicale)
- forfait soins : 9,60 F
(soins courants).

Nombre de journées prévisionnelles : 60 000/175 lits dont 48 500 en cure médicale et 12 100 en hébergement simple.

2. Service long séjour à l'hôpital Richaud

Budget : 7 millions 100 F

Propositions de prix de journée :

— Prix de journée hébergement : 135,75 F (hors amortissement)

— Forfait soins : 121,00 F.

Nombre de journée prévues par an : 27 700

D) EFFECTIFS PROPOSÉS

1. Maison de retraite Despagne

● Effectif du personnel médical	
— 1/11 chef de service à plein temps :	1 vacation
— assistant à plein temps :	6 vacations
— attachés :	3 vacations
	<hr/>
	10 vacations
● Effectif en personnel non médical	
— Surveillantes des services médicaux :	4
— Infirmières diplômées d'Etat :	8
— Aides-soignants et agents des services hospitaliers :	71
	<hr/>
Total	83 postes
(ratio agent lit : 0,474)	

2. Service long séjour à l'hôpital Richaud

● Effectif du personnel médical	
— 2/11 chef de service plein temps :	2 vacations
— 6/11 adjoint plein temps :	6 vacations
— attachés :	3 vacations
	<hr/>
	11 vacations
— 1 interne	
● Effectif en personnel non médical	
— Surveillantes des services médicaux :	2
— Infirmières diplômées d'Etat :	6
— A.S. et A.S.H. :	34
	<hr/>
Total	42 postes
(ratio agent lit : 0,525)	

3. Services communs à la maison de retraite et à l'unité de long séjour

● Effectif en personnel non médical proposé :

— Surveillante-chef :	1/2
— Kinésithérapeutes :	2
— Ergothérapeute :	1
— Rééducateur :	1/2
— Brancardiers :	6
— Secrétaire médicale :	1
Total	11 postes

III - COMPTE RENDU DES ENTRETIENS DE LA DÉLÉGATION

Au cours de la visite, la délégation a plus particulièrement insisté sur les points suivants :

1. Le choix des nouvelles structures a été fait après une étude approfondie de l'état sanitaire des personnes âgées hébergées actuellement dans l'hospice. Ainsi 72 % des journées réalisées en 1981 concernent des pensionnaires non-valides, bénéficiaires de prestations de soins médicalisés dépassant le cadre du simple hébergement, et imputées indirectement aux caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire du tiers-payant. De plus l'âge moyen des hébergés s'élevant de façon régulière, implique des soins de plus en plus médicalisés. A l'heure actuelle la moyenne d'âge est de 84 ans.

L'examen des personnes âgées hébergées à l'heure actuelle en section d'hospice a permis d'établir la répartition des pensionnaires en fonction de leur état de dépendance et de leur pathologie :

209 pensionnaires présents au 6-10-1982.

valides tant moteurs que physiques : 23

valides moteurs, détériorés psychiquement : 27

pensionnaires à mobilité réduite, psychisme conservé : 32

pensionnaires à mobilité réduite, détériorés psychiquement : 39

grabataires, psychisme conservé : 24

grabataires, détériorés psychiquement : 64

Les affections qui dominent la pathologie responsable de la réduction de l'autonomie ou de la grabatisation sont les accidents vasculaires cérébraux, les séquelles de fractures principalement du col du fémur ou les séquelles d'affections osseuses invalidantes.

35 pensionnaires nécessitent un pansement, presque uniquement pour soins d'escarres

121 pensionnaires sont incontinents et sont changés plusieurs fois par jour

153 pensionnaires ne peuvent faire leur toilette qui est donc assurée par le personnel

69 pensionnaires ne peuvent manger seuls.

Enfin, l'étude des besoins du département des Yvelines justifiait ce choix, car il est apparu que les structures admettant des personnes ayant perdu leur autonomie de vie étaient en nombre très insuffisant. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les lits de long séjour, il en existe 100 pour le département des Yvelines, soit deux fois moins que la moyenne régionale.

Cette étude justifiait non seulement la transformation des lits d'hospice existants en lits de maison de retraite avec section de cure médicale, ou en lits de long séjour, mais également la création de lits de long séjour : en ce qui concerne cette unité, la demande concernait en effet 80 lits, dont 45 par transformation de lits d'hospice et 35 par création.

La compensation financière étant exigée au niveau de l'hôpital entre les créations et les suppressions de lits, la création de ces 35 lits de long séjour a été gagée par la suppression de 13 lits de médecine.

2. Les problèmes de fonctionnement

La délégation a pu constater que la maison de retraite Despaigne dont les travaux de rénovation ont été achevés en septembre 1982, restait vide.

Les travaux ont permis de moderniser et d'installer tous les équipements nécessaires au bon fonctionnement de la maison. Avant ces travaux, l'établissement était constitué en majorité de salles communes. La réhabilitation menée a permis d'aménager des chambres à 1, 2 et 4 lits avec sanitaires, un sanitaire collectif pour les pensionnaires, un office, un monte-malade, le dégagement central, selon la répartition suivante :

En partie centrale (aile Nord) sur chacun des deux étages, une salle de détente spacieuse (76 m²) s'ouvre au Sud sur le jardin central.

Une extension vitrée de la grande salle du rez-de-chaussée sur la façade Est, crée une liaison entre la vie intérieure des pensionnaires et la ville (avenue du Maréchal-Foch).

Ces installations qui pourraient être utilisées depuis le mois de septembre 1982, ne le sont pas, faute de personnel.

A l'heure actuelle, les 220 lits d'hospice requièrent 105 postes de personnel non médical, soit :

- 1/2 surveillante chef
- 5 surveillantes des services médicaux
- 10 infirmières D.E.
- 89 aides-soignantes (52) et A.S.H. (37)
- 1/2 poste de secrétaire médicale

alors que les effectifs prévisionnels, comme il a été dit plus haut, sont de 136 postes, soit 83 pour la maison de retraite, 42 pour le long séjour et 11 pour les services communs.

Le simple fait d'humaniser les structures existantes sans créer de lits, nécessite une augmentation de personnel, en l'occurrence 13 postes. Il en est ainsi lorsque l'on transforme un dortoir en chambres de deux ou quatre lits. De plus, l'ouverture de nouveaux lits nécessite la création de 18 postes, 31 postes supplémentaires s'avéraient donc nécessaires.

Une solution partielle avait pu être fournie par un redéploiement des postes et des emplois au sein de l'hôpital. Mais la création d'un minimum de 12 postes a été demandée qui, pour l'instant, n'a pas été satisfaite. La maison de retraite ne peut pas, à l'heure actuelle, ouvrir, le personnel refusant, sans qu'on puisse le condamner, ses très lourdes charges de travail supplémentaire.

Les personnes âgées sont donc pour le moment, soit dans des établissements extérieurs, comme Saint-Cyr, soit dans la partie ancienne de l'hôpital Richaud, en salles communes ou chambres boxées, dans des conditions de confort très médiocres.

De la même manière, l'augmentation du nombre de lits de personnes âgées, en unité de long séjour, nécessiterait la création de postes médicaux.

3. Au cours des entretiens, il a été également souligné l'inadaptation de la séparation entre les secteurs sanitaire et social en ce qui concerne les établissements hébergeant les personnes âgées. Le président de la commission, M. Colin, a également voulu insister sur l'insuffisance des lits de moyen séjour. Bien souvent, cela se traduisait par une occupation inadaptée des lits de long séjour.

4. Enfin, le maire-adjoint de Versailles a présenté à la délégation le « S.O.S. Personnes âgées », qui est un service de soins à domicile entré en fonction depuis le 1^{er} mars 1982.

- Le service est composé de

5 personnes à temps plein

- 1 infirmière D.E. coordonnatrice et responsable
- 1 secrétaire
- 3 aides-soignantes

2 personnes à mi-temps

- 1 aide-soignante
- 1 homme d'entretien qui effectue divers petits dépannages (petite plomberie, lavage des carreaux, peinture)

- Ce service joue donc un double rôle :
- rôle social : tâches effectuées par l'homme d'entretien
- rôle sanitaire : soins corporels, soins médicaux

- Le service tourne avec 30 prises en charge. Il y a sur Versailles une liste d'attente.

● Afin d'assurer des soins infirmiers, une convention a été passée avec les infirmiers libéraux de Versailles. Les contacts ont été établis avec l'Ordre des médecins, le syndicat des kinésithérapeutes, les services sociaux des établissements hospitaliers de Versailles.

- Le financement :

- intervention de l'aide-soignante ; prise en charge par la caisse d'assurance-maladie des personnes âgées ayant une couverture sociale
- forfait journalier pour 1982 : 76,55 F pour une intervention de deux heures.
- pour les personnes n'ayant pas de couverture sociale ou qui souhaitent bénéficier d'heures supplémentaires, le taux est fixé à 45 F (1982)
- intervention de l'homme d'entretien.

Le taux horaire est d'un montant de 35,80 F modulé en fonction des ressources des personnes âgées et s'échelonne entre 15 et 35,80 F ; à ces participations s'ajoutent les fournitures.

- Une demande de convention a été passée avec la CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés), pour les personnes qui bénéficient de cette retraite. Elle couvre sur présentation d'un devis, les frais occasionnés par ces travaux de dépannage à domicile.

DÉPLACEMENT A SARCELLES

I. — PRÉSENTATION DE LA DÉLÉGATION

Date du déplacement : mercredi 19 janvier (15 h-18 h)

Programme de la visite :

13 h 30 : Départ du Sénat.

15 h 00 : Arrivée à Sarcelles.

Visite du Centre de gérontologie de Sarcelles à laquelle participent :

le directeur du Bureau d'Aide sociale de Paris,

le directeur du Centre,

le directeur adjoint.

18 h 00 : Retour au Sénat.

Composition de la délégation

M. Jean Colin (Essonne), président,

M. Jean Cherioux (Paris), rapporteur,

M^{me} Cécile Goldet (Paris).

II. — DONNÉES JURIDIQUES

1. Historique

C'est en 1928 que le département de la Seine a acquis une propriété de 8 hectares sise 1, rue de Giraudon à Sarcelles, pour y construire une maison de retraite de 330 lits.

Cet établissement qui recevait en chambres particulières des personnes âgées valides aux ressources moyennes, était considéré comme un établissement de qualité. Toutefois, à partir de 1960, compte tenu des ressources exigées lors de l'admission et en raison du désir des personnes âgées valides d'être maintenues à leur domicile, une régression sensible et constante des demandes d'admission est constatée.

2. Statut juridique

— L'établissement a été attribué à la Ville de Paris en mai 1969, lors de la dévolution des biens de l'ancien département de la Seine.

- En 1970, est créé un Centre de gérontologie qui comprend :
- une maison de retraite avec trois sections :
 - valides,
 - semi-valides,
 - invalides :
- une maison médicale divisée en :
 - un service de médecine spécialisée en gériatrie,
 - un service de moyen-séjour,
 - un dispensaire ouvert disposant de consultations de médecine générale et de spécialistes : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, cardiologie, psychiatrie, kinésithérapie, stomatologie, radiologie, rhumatologie.
- Le décret n° 72-1274 du 30 décembre 1972 rattache le Centre de gérontologie au Bureau d'Aide sociale de Paris.

3. Structures d'accueil

Au 17 janvier 1983, il y avait 321 personnes hébergées :

- 283 pensionnaires au titre de l'Aide sociale,
- 38 pensionnaires à titre payant.
- Maison de retraite :
 - section invalides : 254 lits répartis en :
 - 228 en chambres individuelles
 - 26 en chambres à deux lits.
 - section semi-invalides : 34 lits en chambres individuelles,
 - section valides : 40 lits en chambres individuelles.
- Maison médicale :
 - service de médecine spécialisée en gériatrie : 30 lits
 - service de moyen-séjour : 35 lits.

4. Structures financières

Les prix de journées proposés par le conseil d'administration du Bureau d'aide sociale pour l'année 1983 sont les suivants :

- service de médecine : 560,00 F
- service de moyen-séjour : 450,00 F
- service d'invalides 1^{re} catégorie : 335,00 F
- service d'invalides 2^e catégorie : 300,00 F
- service de semi-invalides : 195,00 F
- service de valides : 126,00 F

5. Effectifs

— Personnel administratif : 23

- un directeur (cadre A)
- un directeur adjoint (cadre A)
- un économiste (cadre B)
- un chef du personnel (cadre B)
- un chef de bureau des frais de séjour (cadre B)
- 12 adjoints administratifs
- 3 agents de bureau
- 3 secrétaires médicales et sociales

— Personnel médical :

- 5 médecins généralistes à temps partiel
- 5 médecins spécialistes à temps partiel
- 1 pharmacien gérant à temps partiel
- 1 psychologue à temps partiel

— Personnel hospitalier : 186

- 2 surveillantes générales des services médicaux
- 5 surveillantes
- 1 manipulateur en électroradiologie
- 17 infirmières
- 1 kinésithérapeute à temps complet
- 4 kinésithérapeutes à temps partiel
- 56 aides-soignantes
- 100 agents des services hospitaliers.

— Personnel ouvrier : 40

- 17 agents des services intérieurs
- 2 contremaîtres
- 7 ouvriers de 1^{re} catégorie
- 8 ouvriers de 2^e catégorie
- 3 conducteurs auto transport en commun
- 2 chauffeurs
- 1 animatrice vacataire.

III. — COMPTE RENDU DE LA VISITE DE LA DÉLÉGATION

1. Le directeur a tenu à faire constater les modifications intervenues dans la fréquentation de cet établissement. A l'heure actuelle, en ce qui concerne les entrées, il n'y a pratiquement plus de demandes de personnes âgées, ce qui traduit bien leur désir de rester le plus longtemps possible soit chez elles, soit dans un domicile de substitution, où elles peuvent conserver leur autonomie et leur indépendance, lorsqu'elles sont encore valides.

A l'inverse, les demandes de personnes âgées invalides sont de plus en plus nombreuses, ce qui au cours des années a modifié la répartition des lits de l'établissement entre valides, semi-valides et invalides, au profit de ces derniers. Ceci pèse sur les problèmes de personnel, et d'animation des structures d'accueil.

On peut rappeler à titre d'exemple :

1962 : établissement uniquement pour valides. Aucun service de soins, mais il y avait de plus en plus de lits vacants, faute de demandes.

1968 ouverture d'un service de malades aigus : 30 lits
ouverture d'un service de moyen séjour : 35 lits
ouverture d'un dispensaire de soins.

2. Il a également été remarqué, au cours des entretiens, que le Centre de gérontologie relève du secteur sanitaire et du secteur social. En 1972, on a procédé à la répartition des établissements entre l'Assistance publique et le Bureau d'Aide sociale. Le Centre de gérontologie qui auparavant fonctionnait avec un budget annexe à celui de la Ville de Paris, a été rattaché au Bureau d'Aide sociale, mais tout en conservant un secteur hospitalier ; ceci a fait l'objet de plusieurs conventions (1969 ; 1973) entre le Bureau d'Aide sociale, la caisse de Sécurité sociale et le ministère de la Santé. Cette convention concerne donc le service aigu, le moyen séjour et le dispensaire de soins. En ce qui concerne le fonctionnement de la maison de retraite, il n'y a pas de prix de journée, les soins dispensés sont remboursés à l'acte. Ce système apparaît bon, dans la mesure où il évite les ruptures géographiques, préjudiciables à l'équilibre des personnes hébergées. Mais c'est un système fragile qui repose sur l'existence de cette convention. Il pose également un problème de prise en charge pour la partie maison de retraite, où les frais sont supportés par la personne hébergée lorsqu'elle ne bénéficie pas de l'aide sociale.

3. Enfin, retraçant les modifications constatées dans la fréquentation du Centre de gérontologie, le directeur de l'établissement et le directeur du Bureau d'Aide sociale de Paris ont tenu à souligner les conséquences que cela entraînait pour le personnel. A l'heure actuelle, l'augmentation du nombre des personnes âgées invalides, l'élévation de l'âge moyen des pensionnaires ne sont pas compensés. De même la réduction du temps de travail n'a pas donné lieu à une augmentation des effectifs.

C'est ainsi que, pour le Centre de gérontologie, le Bureau d'Aide sociale de Paris a demandé la création pour 1982 de :

- 3 postes d'infirmières,
- 16 postes d'aides-soignantes.

Ces créations de poste ont été refusées en 1982 et en 1983. Ceci risque de nuire à la qualité des soins dispensés par le Centre de gérontologie, étant donné la surcharge de travail qui pèse sur l'ensemble du personnel.

DÉPLACEMENT A LILLE ET A ROUBAIX

Date du déplacement : mercredi 26 janvier 1983

I. — LE PROGRAMME DE LA VISITE

9 h 26 : Arrivée en gare de Lille.

10 h 00 : Arrivée à l'hospice Barbieux à Roubaix.

Accueil par le directeur général du centre hospitalier de Roubaix et par le directeur de l'hospice de Roubaix.

Visite de l'hospice.

14 h 30 : Arrivée au centre de soins pour personnes âgées (C.S.P.A.).

Accueil par le directeur général du centre hospitalier régional de Lille et par le directeur de l'hospice général de Lille.

Visite de l'hospice général et du nouveau C.S.P.A

16 h 45 : Entretien avec le directeur régional des Affaires sanitaires et sociales et le directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales du Nord.

18 h 06 : Départ pour Paris.

Composition de la délégation

M. Jean Colin, président (Essonne).

M. Jean Cherioux, rapporteur (Paris).

M. Charles Bonifay (Bouches-du-Rhône).

M. François Collet (Paris).

M. Paul Robert (Cantal).

II. — LES DONNÉES LOCALES

Le département du Nord, avec une population totale de 2 400 000 habitants, compte 300 000 personnes de plus de 65 ans dont 14 000 vivent en collectivité (maison de retraite-hospice). 51 hospices y sont implantés accueillant un peu moins de 8 000 personnes.

Les renseignements qui suivent ont été extraits de l'enquête effectuée en 1981 par l'Inspection régionale de la Santé de la région Nord-Pas-de-Calais, en application de la circulaire du 16 juin 1980 relative à la transformation des hospices.

1. Renseignements démographiques

- *âge :*

Les sujets de moins de 60 ans représentent 18 % de la population hébergée ; l'application de la circulaire qui prévoit que les « moins de 60 ans » ne seront plus admis à l'hospice (sauf cas particulier) a eu pour effet de faire passer le pourcentage de 21 % observé au 31 décembre 1980 à 18 % environ sur un délai de trois à quatre mois.

- *sexe :*

La population des hospices est composée pour 61,7 % de femmes et 38,3 % d'hommes. Il convient de remarquer que le pourcentage d'hommes est de 56 % parmi la population des « moins de 60 ans » ; il tombe à 25 % dans la population des « plus de 60 ans ».

- *Catégories socio-professionnelles*

— 32 % des personnes admises en hospice n'ont pas de profession connue, ce qui témoigne de l'intérêt limité qui est attaché à leur passé.

Parmi les personnes dont la profession est connue, les ouvriers représentent 44 %, les commerçants 7,6 %, les salariés agricoles 5,6 %, le personnel de service 9 %, 24 % étaient sans profession. 11 personnes sur 7 620 appartiennent à la catégorie « professions libérales et cadres supérieurs ».

— Parmi les « moins de 60 ans », 47,5 % n'ont pas exercé de profession antérieurement à leur admission en hospice.

- *Situation familiale :*

7,7 % des pensionnaires sont mariés ; plus de la moitié sont veufs. Le taux de divorcé(e)s (8,5 %) diffère sensiblement du taux observé dans la population générale qui est de 2 % dans le Nord.

- *Nombre d'enfants vivants :*

Le tiers des résidents en hospice n'ont pas ou n'ont plus d'enfants vivants ; il convient de noter le pourcentage élevé des « sans réponse », qui témoigne du peu d'attention portée parfois par le personnel des services administratifs ou des services d'hébergement sur cette information.

- *Tutelle-curatelle :*

8,6 % des personnes âgées sont mises sous tutelle, 0,5 % sous curatelle, 0,4 % sous sauvegarde de justice.

2. Renseignements concernant l'admission à l'hospice

- *Age à l'admission*

L'admission des personnes actuellement présentes dans les hospices s'est réalisée pour 42 % d'entre elles à l'âge de 75 ans et plus, pour 28 % à un âge inférieur à 60 ans.

- *Durée de séjour*

Le quart des pensionnaires réside en hospice depuis moins d'un an et trois mois.

La moitié est présente depuis moins de trois ans.

Au total 56,3 % des pensionnaires des hospices ont été admis depuis 1977.

- *Mode d'admission*

Dans 46 % des cas, les personnes sont admises par transfert d'un service hospitalier général (29 %) ou psychiatrique (17 %). Un tiers seulement des pensionnaires entre à l'hospice venant de leur domicile personnel.

- *Motif de l'admission*

Nous avons cependant pu constater que l'admission à l'hospice reste bien souvent une solution d'obligation « adoptée », voire parfois imposée à la personne âgée. Le manque de disponibilité de l'entourage, le souci d'une rotation rapide des lits hospitaliers sont des déterminants majeurs qui induisent le recours à l'institution hospice ou long séjour, sans que soient toujours étudiées les diverses solutions possibles.

- *Prise en charge des frais de séjour*

Il est difficile de connaître avec précision les modalités exactes de prise en charge des frais de séjour ; en effet l'administration des établissements n'a pas toujours connaissance du versement direct à l'aide sociale des pensions de l'intéressé ou de la participation financière de la famille au titre de la dette alimentaire ; le pourcentage observé de 29,3 % des pensionnaires pour lesquels les frais de séjour sont pris en charge uniquement par l'aide sociale est donc probablement surévalués.

Par ailleurs, les sommes versées par la famille à l'établissement peuvent être prélevées sur les biens propres de la personne âgée, celle-ci ayant confié la gestion de son patrimoine à ses enfants avant son admission à l'hospice.

Sous réserve de ces remarques, nous constatons que les frais d'hébergement de 83 % des pensionnaires sont pris en charge partiellement ou totalement par l'aide sociale et que seuls 15 % environ des pensionnaires hébergés ont des ressources suffisantes pour payer le prix de journée.

- *Origine géographique*

92 % des pensionnaires sont originaires du département du Nord.

3. Les pertes d'autonomie

La saisie des informations concernant les pertes d'autonomie a été collectée par la grille d'Exton Smith.

Cette grille prend en compte six dimensions essentielles de l'individu, à savoir : capacité à s'habiller, à se déplacer, à réaliser sa toilette, à s'alimenter, état mental et incontinence.

Les résultats les plus caractéristiques sont :

— 65 % des personnes présentent des troubles mentaux ; 26 % sont désorientées ; 5 % sont inconscientes.

— 52 % des pensionnaires présentent un trouble de la marche ; 17 % sont grabataires ou ne peuvent se déplacer, même aidés.

— 41 % doivent être aidées pour le repas ; 7 % doivent être totalement alimentées par le personnel soignant.

— 51 % doivent être aidées pour la toilette ; 26 % doivent être entièrement lavées par le personnel des établissements.

— 45 % doivent être aidées pour leur habillage ; 17 % demandent la présence de deux personnes.

— 35 % des pensionnaires présentent des problèmes d'incontinence occasionnelle ou permanente ; 15 % ont une incontinence permanente.

Si dans certains cas, l'incontinence trouve une cause organique, il convient néanmoins de constater que l'insuffisance de personne ou son manque de disponibilité, l'inadaptation des locaux, notamment vis-à-vis des personnes à mobilité réduite, engendrent des incontinenances « fonctionnelles ».

Conclusion de l'enquête

La transformation des hospices en 1982 et les projets d'humanisation ou de construction d'établissements posent le problème de la prospective en ce domaine.

L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population pourraient inciter à développer ce genre de structure.

Toutefois l'amélioration de l'habitat, les progrès de la médecine, la création de centres de soins pour le maintien des personnes âgées à domicile pourraient faire penser peut-être à tort, à limiter la capacité des établissements.

C'est pour cette raison qu'il a semblé utile de se pencher sur l'évolution démographique du département du Nord d'ici à l'an 2000.

Si on compare les populations de personnes âgées données par le recensement de 75 et les évaluations prévues pour l'an 2000, il n'y a pas de gros écarts d'effectifs entre ces deux populations pour la tranche d'âge 60-74, par contre l'augmentation des effectifs dans la tranche d'âge 75 et plus est de 14 300, chiffre double de celui des pensionnaires hébergés en hospice en 1981.

Il y aura donc un problème important lié à cet afflux de personnes très âgées. Le développement des services de soins à domicile ne sera pas suffisant pour la prise en charge de ces personnes et il semble qu'il y ait lieu de développer les établissements d'hébergement.

La transformation des petits hôpitaux en établissements pour personnes âgées semble être une évolution très souhaitable.

III. — DESCRIPTIF DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS

1. L'hospice Barbieux de Roubaix

La construction de l'établissement remonte au 19^e siècle. En dépit de l'unité de lieu, il convient de distinguer, au sein de cet ensemble, trois secteurs, car ils présentent des caractéristiques fonctionnelles nettement différenciées, outre que leurs aménagements, dans le sens d'une humanisation, n'ont pas suivi une même évolution :

— l'hospice proprement dit : 665 lits répartis en 19 unités de 23 à 50 lits,

— la maison de retraite : 172 lits en chambres à 1 et 2 lits, ensemble agréable, clair,

— les unités dites de « ménages » : trois fois 30 lits installés dans des chambres assez propres et fonctionnelles, hébergeant les pensionnaires nécessitant plus de soins infirmiers et médicaux.

En un an et demi l'évolution est la suivante :

— plus de pensionnaires ont une autonomie réduite : le temps moyen journalier de nursing est ainsi passé de 42 à 56 minutes (+ 1/3),

— les pensionnaires sont plus nombreux à avoir recours à des soins infirmiers quotidiens (33 % au lieu de 20 %) et ces soins sont plus longs.

Cependant, peu de malades nécessitent des soins infirmiers et médicaux lourds, puisque seul un tiers de l'effectif demande des soins infirmiers quotidiens, et 31 % seulement nécessitent de voir un médecin plus d'une fois par mois.

La reconversion de l'hospice Barbieux qui est prévue, doit naturellement s'inscrire dans le dispositif d'accueil et de soins aux personnes âgées de la ville de Roubaix, voire des communes limitrophes.

Or, Roubaix compte également un V 360 « Vert Pré » comprenant 240 lits de long séjour et 120 de moyen séjour, douze résidences offrant la possibilité d'accueillir quelque 700 personnes (une treizième est en cours de réalisation, qui outre 80 places « classiques », comprendra 20 places de foyer d'hébergement temporaire et 10 places de jour).

L'enquête de l'Inspection régionale de la Santé de 1981, propose de limiter à 200 lits la taille de l'unité de long séjour résultant de la transformation de l'hospice Barbieux. Le rapporteur avance trois motifs :

— le regroupement de 600 lits de cette espèce serait monstrueux, tant pour les pensionnaires que pour le personnel

— les besoins, au plan médical, n'existent pas à court terme

— rien n'indique que ces besoins évolueront en hausse ; en effet, le nombre de personnes âgées diminue, et un effort important est fait en ville pour assurer les soins à domicile ou l'hébergement dans des structures légères intégrées au milieu urbain.

Il propose donc :

— de maintenir sur le site de Barbieux 462 lits : 262 de maison de retraite et de l'unité de « ménages », 200 de long séjour, l'ensemble bénéficiant sur place ou à proximité immédiate (hôpital « Fontenoy ») d'un plateau technique adapté.

— l'hébergement, au moins temporairement, d'une grande partie des pensionnaires de la maison de retraite médicalisée (évalués, dans leur ensemble à quelque 490 personnes) dans les locaux qui seront libérés à l'hôpital de la Fraternité après mise en service de l'hôpital Fontenoy.

— la réalisation, en ville, de maisons de retraite médicalisées et de foyers d'hébergement.

Le directeur du centre hospitalier de Roubaix propose, en revanche, de ramener de 927 lits à 600 lits environ la capacité d'ensemble de l'hospice Barbieux et de transformer l'intégralité en unité de long séjour.

Il avance plusieurs arguments à l'appui de sa thèse :

— la séparation du sanitaire et du social ne reflète pas la réalité. Les personnes âgées requièrent un environnement sanitaire et social adapté mais aussi familial et culturel. Pour ces raisons l'ancien hospice doit se rénover et se transformer en unité de long séjour proche de l'habitat, de la famille et des amis.

— Le nombre de lits de long séjour est particulièrement insuffisant tant à Roubaix que dans les établissements environnants et la reconversion de l'hospice Barbieux aboutira à faire passer sa capacité d'accueil de 926 lits actuels à 600 lits après humanisation.

— Actuellement plus de 60 % des personnes âgées hébergées à l'hospice Barbieux relèvent en raison de leur dépendance physique et psychique, du long séjour.

2. Le centre hospitalier régional de Lille

Le C.H.R. de Lille offre une capacité d'accueil totale, pour son secteur personnes âgées, de 1 238 lits théoriques, répartis entre quatre points distincts de la ville :

— dans l'enceinte de la cité hospitalière :

- l'hôpital Swynghedauw (228 lits),
- les maisons de retraite pour personnes âgées (M.R.P.A.), ensemble de quatre pavillons : D. Cordonnier, Vancostenoble, Minet et F. Baes de même taille (représentant au total 322 places).

— rue de Paris, l'hospice Ganthois (146 lits),

— rue Boileux, l'hospice Lemay (132 lits),

— avenue du Peuple-Belge, hospice général (410 lits).

En réalité, le nombre de lits installés est de 1 344, l'écart tenant compte du fait, essentiellement, que le site de l'avenue du Peuple-Belge regroupe 517 lits.

Les structures implantées à proximité de l'hôpital régional, de construction relativement récente, nécessiteraient au plus quelques aménagements. Elles ne comptent en tout état de cause, aucun lit en salle commune.

La situation est différente pour ce qui concerne les autres implantations.

Ainsi, les 139 lits installés à l'hospice Ganthois sont tous dans des dortoirs. De même, sur les 131 lits en place à la maison Lemay, 110 sont situés dans des chambres de plus de quatre lits.

S'agissant de l'hospice général qui constitue la préoccupation immédiate, sa transformation en centre de soins pour personnes âgées, sur les bases définies par le GERSPPA (groupe d'études et de recherche pour la solution des problèmes des personnes âgées), a été entamée par la construction d'un ensemble regroupant 280 lits d'accueil à temps complet (40 lits de géro-psycho-geriatrie, 40 de court séjour — orientation —, 50 de moyen séjour, 150 de long séjour), 120 places d'hôpital de jour, et du plateau technique correspondant. Pour ce bâtiment, mis en service en avril 1981, il en a coûté, en valeur janvier 1981, quelque 49,8 millions de francs, dont 10,8 pris en charge par l'Etat.

A proximité immédiate, et physiquement reliés au nouvel édifice, les bâtiments préservés de l'hospice général abritent encore 237 lits, dont 209 en salles communes.

L'objet de la seconde tranche de réalisation du centre de soins pour personnes âgées, qui porte sur 160 lits (20 de moyen séjour, 140 de long séjour), est précisément la disparition complète de l'hospice général, qui serait transformé en logements sociaux.

Le coût de réalisation de cette seconde tranche est évalué à 43 millions de francs hors taxes, en valeur octobre 1982 (51 millions T.T.C.).

Il faut noter qu'après mise en service de cette seconde tranche, le potentiel global d'accueil du C.H.R., pour les seules personnes âgées, serait ramené à 1 224 lits, donc à un niveau très proche de la capacité théorique mentionnée plus haut.

Cependant, il convient de souligner que les perspectives de réalisation de la seconde tranche du C.S.P.A. sont incertaines à un double titre :

1. L'affectation prévue des nouveaux locaux — leur vocation essentiellement sanitaire — est susceptible d'entraîner des blocages, la doctrine visant à transformer le maximum de lits d'hospice en lits de maisons de retraite, médicalisées ou non ; un préalable administratif existe, celui du groupe de travail interministériel instauré par la circulaire du 16 juin 1980 sur la transformation des hospices ; son feu vert ne pourra être donné qu'au vu d'un dossier concernant l'ensemble du secteur « personnes âgées » du C.H.R. de Lille, dont le C.S.P.A. n'est qu'un élément ; il manque d'ailleurs actuellement, pour une saisine efficace du groupe de travail visé ci-dessus, une pièce maîtresse, l'étude épidémiologique de l'inspection régionale de la santé : l'enquête a été effectuée, mais le document n'étant pas parvenu à la D.D.A.S.S il est à craindre qu'il faille entamer une nouvelle enquête, les résultats acquis en 1981 risquant d'être dépassés.

2. Le projet s'inscrit dans le cadre de l'enveloppe déconcentrée de catégorie II ; des crédits ont été dégagés à cet effet par le passé, mais l'état d'impréparation du dossier a conduit à l'époque à décider une autre affectation ; il faudra donc théoriquement prélever l'autorisation de programme nécessaire (valeur octobre 1982 20,4 millions de francs) sur le contingent « normal » d'un prochain exercice, sous réserve bien évidemment de l'avis du groupe de travail interministériel ; or, une demande de réévaluation définitive, concernant la première tranche du CSPA vient d'être déposée, concernant un investissement de 1 116 000 F et requérant donc à une brève échéance un besoin d'autorisations de programme de 252 700 F (21,67 %) sous réserve de vérification par le délégué aux travaux.

IV. — ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR RÉGIONAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES POUR LE NORD-PAS-DE-CALAIS, LE DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU NORD

Les sujets principaux qui ont été évoqués au cours de cet entretien sont les suivants :

Il faut tout d'abord distinguer deux types d'établissements : ceux qui font partie d'un ensemble hospitalier important et les hospices ou maisons de retraite autonomes.

L'hospice général de Lille souffre d'un manque de personnel qui l'empêche d'ouvrir une quarantaine de lits environ. Les directeurs d'établissements ont tendance, en effet, à privilégier trop souvent les « services-vitrine » au détriment des services ouverts aux personnes âgées.

En 1981 le centre hospitalier régional de Lille a obtenu le personnel qui était nécessaire au fonctionnement du service pour personnes âgées mais il a préféré affecter une partie à d'autres services.

De plus, le sous-encadrement du personnel est accentué par le fait que dans ce domaine également, les directions privilégient les autres services et que le personnel lui-même préfère être affecté ailleurs. Il arrive parfois que les hospices soient gérés et encadrés par des femmes de ménage.

La situation de la région Nord-Pas-de-Calais en matière d'hébergement des personnes âgées est la suivante :

- 45 sections d'hospices ou maisons de retraite, soit 7 000 lits,
- 53 maisons de retraite ou hospices autonomes, soit 3 300 lits,
- 15 maisons de retraite agréées, soit 758 lits,
- 34 maisons de retraite non agréées, soit 2 000 lits,
- 71 logements-foyers, soit 4 800 places.

De nombreux hospices ne sont pas encore humanisés. Actuellement 2 200 lits d'unités V 220 ont été humanisés et ont remplacé les vieux hospices qui furent fermés. Les médecins de la Sécurité sociale ont été maîtres de l'admission dans ces unités V.

— La situation en est arrivée aujourd'hui à une coupure nette entre l'hébergement sanitaire et social, sur laquelle il sera sans doute nécessaire de revenir.

Pour ouvrir des sections de cure médicale :

— il faut davantage de personnel et l'on ne sait s'il y aura dans l'avenir les effectifs nécessaires,

— il faut une enveloppe budgétaire suffisante. Pour 1983 les crédits d'Etat disponibles pour l'humanisation des hospices et la transformation en maisons de retraite varient entre 16 et 17 millions de francs.

A l'hospice général de Lille, il y a actuellement une faible proportion d'invalides. Il y a par ailleurs, beaucoup moins de « petits mentaux » qu'il n'y en avait en 1974.

La région en est encore malheureusement au stade du « désencombrement » des établissements d'aigus. Il faut noter cependant une réduction de la proportion des chambres communes.

De nombreux petits hospices n'ont pas encore de directeurs mais la situation est identique en Corrèze, dans le Cantal ou en Haute-Loire.

Les projections sont difficiles à établir car les désirs futurs de la population âgée sont mal connus. De plus l'âge moyen d'entrée en établissement des personnes âgées s'est modifié en quelques années à la suite du développement des services de soins à domicile d'aide-ménagère.

Début 1982, les soins à domicile n'existaient pratiquement pas. A l'heure actuelle 1 000 places ont été créées. Cette activité est malheureusement freinée par la crainte manifestée à son égard par les infirmières et les médecins libéraux.

Le développement des soins à domicile passe par un accroissement du personnel. Or les crédits budgétaires font défaut.

Enfin, il faudrait que les conditions de prise en charge dans les sections psychiatriques des hôpitaux soient identiques à celles des autres établissements d'hébergement pour prévenir le placement injustifié des personnes âgées dans ces sections.

DÉPLACEMENT EN BRETAGNE

I - PRÉSENTATION DU DÉPLACEMENT

Date : mercredi 23 mars 1983

PROGRAMME :

- 10 h 15 : Arrivée de la délégation à Rennes
- 10 h 45 : Vern : Association des soins infirmiers à domicile du canton de Bruz
- 11 h 40 : Chantepie : Centre de gériatrie de la CRAM de Bretagne
- 13 h 00 : Préfecture - déjeuner de travail avec M. le Commissaire de la République d'Ille-et-Vilaine
- 15 h 30 : Montfort-s/Meu : hôpital hospice
- 17 h 00 : Le Rheu : logements-résidence de la CNRO
- 18 h 15 : Conclusions de la journée
- 19 h 05 : Retour à Paris.

Composition de la délégation

MM. Colin
Cherieux
Béranger
Guillaumot
Collet
Robert
M^{me} Midy

II - SITUATION GÉNÉRALE DE L'ACCUEIL DES PERSONNES AGÉES EN ILLE-ET-VILAINE

I - ANALYSE DES BESOINS

11 - Données démographiques

- Les tableaux joints montrent, à partir des projections réalisées par l'INSEE :
 - que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans va continuer à croître,
 - que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans va diminuer jusqu'en 1985,tandis que la population de plus de 75 ans sera en progression constante.

- En Ille-et-Vilaine, la proportion des plus de 65 ans est inférieure à celle que l'on constate pour la région et pour la France entière. Toutefois des inégalités apparaissent au niveau des arrondissements et des cantons : la proportion des plus de 60 ans varie de 10,6 % pour l'agglomération rennaise à 29,7 % pour le canton de Dinard.

- Par rapport aux autres régions et à la France entière on constate en outre :
 - une espérance de vie moindre,
 - un pourcentage plus élevé de personnes âgées isolées.

12 - *Approche théorique des besoins*

Deux éléments de référence sont fournis par des instructions ministérielles déjà anciennes :

- en ce qui concerne les services de soins à domicile, la circulaire du 21 mars 1978, abrogée par la circulaire n° 81-13 du 7.04.82, indiquait que le nombre de personnes simultanément prises en charge ne devait pas excéder 0,4 % de la population de plus de 65 ans du département ; il n'est plus fixé de normes mais l'expérience des services existants montre qu'une évaluation basée sur un taux de 0,6 % du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est réaliste. Pour l'Ille-et-Vilaine, cela conduirait à prévoir, sous réserve des bilans de fonctionnement qui seront à faire en 1983, de 750 à 1 000 places susceptibles d'accueillir de 3 à 4 000 personnes par an. Des enquêtes ponctuelles ont également montré que la majorité des personnes prises en charge se situent dans la tranche d'âge la plus élevée (plus de 75 ans).

13 - *Contrôle des conclusions*

En dépit de l'ancienneté de la « norme », ce constat ne pouvait que susciter des interrogations. Il convenait donc de prendre en compte l'évolution des données démographiques, sociales, économiques, culturelles et de connaître les aspirations des personnes âgées elles-mêmes pour rechercher les moyens d'adapter le dispositif des services et des établissements aux besoins de la population.

131 - *Etat de la demande*

En matière de maintien à domicile, les orientations définies par le programme finalisé du VI^e Plan, puis par le P.A.P. 15 du VII^e Plan et confirmées par la circulaire du 7 avril 1982, traduisent la volonté d'offrir la possibilité, fortement souhaitée par les intéressés, et chaque fois que le contexte familial et social le permettent, de demeurer le plus longtemps possible dans le milieu normal.

Au niveau des établissements, les constatations suivantes ont guidé les réflexions :

- le taux d'occupation est élevé,
- un certain nombre de personnes ont été accueillies en long séjour à défaut de solution alternative,
- le vieillissement de la population entraîne une perte d'autonomie plus grande et un besoin de soins accru ; l'admission en long séjour hospitalier doit cependant s'appuyer sur des critères de soins techniques plus que sur le degré de dépendance,
- l'inadéquation des moyens aux besoins et l'inégale répartition des équipements conduisent à des « placements » éloignés du domicile, voire à des transferts.

132 - *Enquêtes réalisées ou en cours*

1321 - *Maintien à domicile*

Une enquête réalisée sur un échantillon représentatif de 820 personnes de plus de 60 ans à domicile a mis en évidence les constatations suivantes :

Répartition par sexe et par tranche d'âge :

	Hommes	Femmes	Ensemble	Population
60 à 65 ans	9,5 %	12,1 %	21,6 %	env. 25 000
65 à 75 ans	22,8 %	26,3 %	49,1 %	env. 60 000
+ 75 ans	10,2 %	19,1 %	29,3 %	env. 35 000
	42,5 %	57,5 %	100, %	env. 120 000

Mode de vie :

- 31,6 % des personnes interrogées vivent seules ; 43,7 % d'entre-elles ont plus de 75 ans (environ 16 000)
- 61,1 % des personnes interrogées vivent en couple
- 30 % sont veufs ou veuves (83 %)

Habitat :

- 71,2 % vivent en agglomération,
23,7 % vivent en hameau,
5,1 % sont isolés : 48 % d'entre-eux (≈ 3 000 personnes) ont plus de 70 ans.
- 10 % souhaitent changer de logement pour des raisons de confort.
- 65 % sont propriétaires de leur logement, à 99 % chez les cadres supérieurs mais à 54 % chez les ouvriers, personnels de service et salariés agricoles qui représentent environ 50 % de l'échantillon.
- 24 % résident dans des immeubles collectifs (36,4 % chez les employés, 33,6 % chez les ouvriers, personnels de service et salariés agricoles).

Services ménagers et suivi médical :

● Les services ménagers sont utilisés par 11,7 % des personnes interrogées en moyenne et dans 70 % des cas par des femmes. Ce taux de fréquentation est de l'ordre de 6 % pour les 60-70 ans et s'accroît avec l'âge pour approcher les 20 % chez les personnes de plus de 75 ans ; 80 % de cette tranche d'âge n'y a donc pas recours.

● Un suivi médical régulier, plus important chez les femmes est enregistré dans 60 % des cas pour la tranche d'âge 60-70 ans ; ce taux atteint près de 70 % pour les 70-75 ans et lui est supérieur au-delà de 75 ans.

- 10 % utilisent les services ménagers et sont régulièrement suivis médicalement. Il s'agit de personnes seules à 65,8 %, de couples à 29,3 %.
- 55,8 % des personnes régulièrement suivies médicalement n'utilisent pas les services ménagers.

● Le suivi médical est régulier chez les personnes seules à 70,3 % (couples : 62,8 %) ; le taux passe à 74 % lorsque la personne âgée se trouve chez ses enfants.

● Le suivi médical est plus régulier en agglomération (74 % pour les personnes seules) qu'en hameau (58 %) et que pour les personnes isolées (taux non significatif).

Cette contribution importante à l'étude du plan gérontologique départemental, qui aborde d'autres aspects intéressants de la répartition de l'équipement sur le territoire a été conduite, en faisant apparaître la notion de « lits médicalisés » (long séjour + section de cure) avec un souci d'organisme payeur.

Cette approche mériterait d'être complétée par la notion de besoin prenant en compte l'intensité des soins nécessaires et la répartition géographique des établissements pour évaluer :

- le nombre de lits sanitaires (long séjour),
- le nombre de lits et places nécessaires pour la distribution de soins évitant ou réduisant l'hospitalisation (section de cure et soins à domicile).

II — LE MAINTIEN A DOMICILE

21. - *L'habitat*

- Dans le cadre des contrats « P.A.P. 15 », l'aide de l'Etat a permis de compléter les financements par d'autres organismes (A.N.A.H., Caisses de retraite, régimes complémentaires, département) pour 118 logements en 1979 et 122 en 1980.

- Le Conseil général a passé une convention avec le P.A.C.T. à cet effet.

- Pour 1982, la fédération des P.A.C.T. a bénéficié d'un financement direct du secrétariat d'Etat aux personnes âgées ; de plus, des crédits délégués au préfet permettent d'accorder des subventions d'Etat dans la limite de 6 000 F par opération (12 000 en cas de handicap) ; 2 160 000 F y ont été consacrés en 1982.

- Des responsabilités de financement de petites structures d'hébergement temporaire sont annoncées (taux 40 % dans la limite de 1 000 000 F). Un projet est à l'étude (Mordelles). Des « Domiciles collectifs » sont envisagés à Rennes.

- Au niveau des logements-foyers, le vieillissement de la population implique une articulation avec les services de maintien à domicile, notamment les services de soins, voire la prise en compte de leur capacité dans l'évaluation des besoins en sections de cure médicale.

- Des formules nouvelles « d'hébergement à domicile » méritent d'être expérimentées à partir des établissements et de l'utilisation de systèmes télé-alarme.

22 - *Les services de voisinage*

- Services d'aides-ménagères et clubs fonctionnent dans la quasi totalité des communes.

En 1981, deux créations de service d'aides-ménagères ont été financées (Mondrevert, Pleumeulec) ainsi que la création de 26,75 emplois (équivalent temps plein) dans le cadre du plan gouvernemental de créations d'emplois. En 1982, 49,8 emplois E.T.P. ont été financés.

En ce qui concerne les soins à domicile, 376 places sont autorisées au 1-03-83. Plusieurs projets sont à l'étude. Environ un millier de places semblent nécessaires à court terme pour couvrir l'ensemble du département.

- Le Conseil général a mis en place un groupe de travail chargé d'étudier les modalités techniques et financières de fonctionnement d'un réseau de télé-alarme et a inscrit un crédit à cet effet au budget départemental ; les possibilités de ce réseau doivent permettre d'envisager à partir des établissements des formules nouvelles « d'hébergement à domicile » relayées, en cas de besoin, par des formules d'accueil temporaire.

III — L'HÉBERGEMENT COLLECTIF

31. - Aspects quantitatifs

- Un tableau annexe retrace l'inventaire des équipements existants.
- Compte tenu du résultat des enquêtes précitées, du développement des services de maintien à domicile, de la création de sections de cure médicale, de l'amélioration des conditions de séjour et des perspectives de meilleure réponse aux besoins individuels que l'adaptation de l'ensemble du dispositif doit permettre, la situation des équipements à moyen terme (1985) avait ainsi été évaluée (rapport du préfet au Conseil général, deuxième session ordinaire 1981) :

	Situation actuelle	Situation à moyen terme
— Long séjour	1 038	1 400 à 1 600
— Maison de retraite	6 800	6 000 à 6 400
* dont section de cure	1 057 (1)	1 500 à 1 600
— Logements-foyers	1 938	inchangé

(1) Au 1^{er} mars 1983.

Ces propositions doivent également prendre en compte la mise en place de structures pour les personnes handicapées adultes actuellement hébergées dans les hospices (en millier) et au C.H.S.P.

Compte tenu des orientations annoncées depuis (circulaire du 7 avril 1982 — réforme de la tarification), il conviendra vraisemblablement de réajuster ces propositions :

— par une augmentation moindre du nombre de lits de long séjour (90 à Fougères, 120 à 140 lits supplémentaires à Rennes sur 240 demandés par le C.H.R., 50 à 60 à Redon) éventuellement compensée par une réduction dans certains établissements (hôpitaux locaux).

— par une augmentation du nombre de lits de section de cure médicale (environ 2 000 lits),

— par l'implantation de formules nouvelles complétant l'équipement en maisons de retraite (hébergement temporaire, résidences et domiciles collectifs bénéficiant de l'intervention des services) particulièrement dans l'agglomération rennaise où la proportion de personnes âgées est appelée à croître plus fortement (cf. annexe).

— par la mise en œuvre de soins à domicile sur tout le territoire.

32. - Aspect qualitatif

Etablissements publics : Le dernier inventaire du patrimoine faisait apparaître un nombre minimum d'environ 700 lits à rénover dont près de 300 en salles communes. Cet inventaire doit être affiné, notamment en ce qui concerne les sections d'hospice de C.H.R. et des centres hospitaliers et prendre en compte les dernières décisions prises par les établissements. Une enquête est en cours à ce sujet.

Etablissements privés : 79 % des établissements ont répondu à l'enquête demandée par circulaire du 22.09.82 : 85 % des chambres recensées sont des chambres à un lit.

A la suite de cette enquête :

- une maison de retraite, dans laquelle des travaux étaient nécessaires, a été fermée à la demande de la propriétaire (Montreuil-sur-Ille),
- des travaux d'aménagement seront effectués dans une deuxième (Saint-Thual) pour la mettre en conformité avec les règles de salubrité et de sécurité,
- enfin, par suite du retrait de la congrégation propriétaire, une troisième doit être rachetée par la commune (Maure-de-Bretagne).

Dans les trois cas, il s'agit d'établissements privés non conventionnés au titre de l'aide sociale.

III. — COMPTE RENDU DE LA VISITE

A. ASSOCIATION DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE DU CANTON DE BRUZ A VERN-SUR-SEICHE

1. Structure juridique du service de soins infirmiers à domicile

L'ASPASAR (association d'aide-sociale et paramédicale en faveur des personnes âgées du sud de l'agglomération rennaise) a été créée officiellement le 5 mars 1982, après une réflexion prolongée pendant près d'un an.

Cette association regroupe dix communes du sud de l'agglomération rennaise, dont la population totale est de 40 000 habitants.

Le conseil d'administration de l'Association compte parmi ses membres toutes les personnes appelées, à un titre ou à un autre, à intervenir en faveur du troisième âge. Ainsi siègent notamment en son sein :

- un représentant de chaque bureau d'aide sociale,
- un représentant de tous les clubs de personnes âgées,
- un représentant de chaque établissement, quelle que soit sa nature juridique, chargé d'accueillir des personnes âgées,
- un représentant de chaque profession médicale ou paramédicale,
- les trois conseillers généraux du secteur couvert par l'Association.

2. Structures administratives et médicales

L'Association dispose d'un secrétariat administratif unique, installé dans les locaux du foyer-logement de Vern. Trois équipes de soins ont été constituées, qui comptent chacune cinq ou six aides-soignantes placées sous l'autorité d'une infirmière.

Ces infirmières et aides-soignantes sont salariées de l'Association. Cependant, les soins sont également dispensés par des infirmières libérales, avec lesquelles une convention départementale a été signée, qui implique la signature d'avenants individuels.

L'ASPASAR, outre le service de soins à domicile, assure la gestion du service d'aide-ménagère de l'Association (ASPASER) à laquelle elle s'est substituée.

3. Mode de financement

Le budget de l'association s'appuie sur un nombre de prises en charge quotidiennes fixé forfaitairement à 85. Le forfait accordé par la Sécurité sociale est, ici comme ailleurs, de 92,30 F.

Ces recettes doivent permettre de couvrir :

- la rémunération du personnel salarié de l'association,
- le paiement des actes accomplis par les infirmières libérales,
- les frais de fonctionnement du service.

4. Conditions d'accès au service

En principe, les demandeurs doivent relever, à un titre ou à un autre, d'un régime obligatoire de protection sociale. Dans l'hypothèse contraire, ils sont incités à recourir à l'assurance personnelle et bénéficient éventuellement d'une prise en charge, partielle ou totale, de leur cotisation, par l'aide sociale.

Ces personnes bénéficient du service, sans conditions de ressources, dès lors qu'elles sont âgées de plus de 60 ans et que le médecin a considéré que leur cas justifiait une telle assurance.

5. Les conclusions de votre commission

De la visite accomplie au service de soins à domicile, dont votre commission ne peut que souligner la qualité de la gestion, quatre enseignements principaux doivent être tirés :

— en premier lieu, le forfait de 92,30 F, parfaitement adapté aux besoins de l'Association dans la première année de son fonctionnement, s'avère de plus en plus insuffisant, dès lors que le service doit faire face à des cas de plus en plus lourds. A cet égard, il convient de souligner la crainte exprimée par les dirigeants de l'association, qu'à terme, les soins à domicile pallient les insuffisances des autres modes de prises en charge des personnes âgées.

— en second lieu, le développement du service d'aide à domicile s'accompagne d'un accroissement de la demande d'aide-ménagère.

— en troisième lieu, les dirigeants de l'association s'inquiètent d'avoir à payer un jour les charges patronales correspondant aux actes accomplis par les infirmières libérales. Dans cette hypothèse, le forfait deviendrait alors tout à fait insuffisant.

— en quatrième lieu, il apparaît que l'appréciation de la rentabilité de ce service doit inclure, pour être parfaitement exacte, les honoraires versés aux médecins libéraux associés au service.

B. CENTRE RÉGIONAL DE GÉRIATRIE DE CHANTEPIE

1. Structures juridiques du centre

Le centre de gériatrie de Chantepie est un établissement privé à but non lucratif, promu par la Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne et, pour le service de réadaptation fonctionnelle, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Sa création a été envisagée en 1968. L'autorisation est intervenue en 1973. La construction a été engagée en janvier 1975 et le bâtiment a été livré en août 1977 pour une ouverture le 2 novembre 1977.

2. Les services assurés par le centre et ses capacités d'accueil

Le centre a une capacité d'accueil de 350 malades en unité de soins de 35 à 40 lits au maximum, dans des services de médecine, de réadaptation fonctionnelle, de moyen et de long séjour, tout en offrant un service de consultations externes, tant en réadaptation fonctionnelle, qu'en médecine et explorations fonctionnelles.

Les 350 lits se répartissent en 142 chambres à un lit et 104 chambres à deux lits.

L'établissement compte d'abord 70 lits de médecine gériatrique, répartis en deux services :

- service neurologique : 35 lits,
- service cardiologique : 35 lits.

Le service de réadaptation fonctionnelle compte 80 lits en deux unités égales.

Le service de long séjour compte 140 lits, répartis en quatre unités de 35 lits.

Enfin, le service de moyen séjour, installé dans un bâtiment annexe et autonome, accueille soixante malades.

Le plateau technique comprend :

- trois salles de radiologie,
- un laboratoire de biologie médicale,
- un service d'exploration fonctionnelle,
- un service de consultations spécialisées.

Il est à souligner que le centre assure, en relation constante avec les autres structures au service du troisième âge et, en particulier, avec l'ASPASAR, le service de soins à domicile précédemment décrit dans le présent compte rendu.

3. L'activité de l'établissement en 1982

Les admissions :

Au cours de l'année 1982, 2 445 mouvements de malades se sont répartis comme suit :

- 1 362 pour la médecine
- 364 pour la rééducation fonctionnelle
- 568 pour le moyen séjour, convalescence
- 151 pour le long séjour.

Compte tenu des mouvements internes — de service à service —, ce sont 1 929 malades venant de l'extérieur qui ont été admis (ou entrées directes), soit :

- 1 246 pour la médecine
- 323 pour la rééducation fonctionnelle
- 318 pour le moyen séjour
- 42 pour le long séjour

Les journées et coefficient d'occupation

118 168 journées d'hospitalisation ont été réalisées en 1982, ce qui représente un coefficient d'occupation moyen de 0,92 pour l'ensemble de l'établissement.

Ce coefficient est, bien entendu, variable d'un service à un autre, puisqu'il est étroitement lié aux mouvements :

	Journées réalisées	Coefficient d'occupation
Médecine	21 849	0,86
Rééducation fonctionnelle	26 952	0,92
Moyen séjour	19 403	0,89
Long séjour	49 964	0,98

Durée moyenne de séjour :

La durée de séjour, fonction de l'activité médicale des services, a comme corollaire l'importance des mouvements de malades :

Médecine	16 jours
Rééducation fonctionnelle	74 jours
Moyen séjour	34 jours
Long séjour	178 jours (en prenant les présents au 1 ^{er} janvier) ou 330 jours (en appréciant seulement les entrées)

Le mode d'entrée

Les chiffres ci-dessous démontrent l'importance des relations de l'établissement avec le C.H.R. et la complémentarité des établissements en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées :

Malades venant :

— du domicile ou maisons de retraite	35,04 %
— des hôpitaux généraux ou cliniques	18,56 %
— des hôpitaux du C.H.R.	31,57 %
— de l'accueil du C.H.R.	14,83 %
Ensemble du C.H.R.	46,40 %

Zone d'attraction :

— Rennes et son arrondissement	76,67 %
— Arrondissement de Redon	10,83 %
— » de Saint-Malo	2,49 %
— » de Fougères	4,30 %

TOTAL département d'Ille-et-Vilaine	94,29 %
— Autres départements bretons	3,01 %
— Mayenne, Manche, Sarthe	0,73 %
— Région parisienne	0,78 %
— Divers	1,19 %

100 %

Les sorties

Si l'on excepte les mutations intérieures à l'établissement (516), 1 641 sorties ont été enregistrées en 1982.

La répartition des personnes sorties après traitement dans l'établissement s'établit ainsi :

- 66,79 % sont retournées à leur domicile ou maison de retraite (quand elles y étaient avant leur admission à l'hôpital)
- 12,61 % ne pouvant ou ne souhaitant pas retourner à leur domicile, ont été placées soit en maison de retraite, soit en foyer-logement, etc...
- 20,60 % ont été admises dans des services hospitaliers plus spécialisés.

Les âges

Les moyennes d'âge appréciées tout au long de l'année (et non au 31 décembre) varient d'un service à un autre :

	Total	Hommes	Femmes
— Le service de médecine	79,14	77,87	80,41
— Le service de rééducation	76,45	75,10	77,79
— Le service de moyen séjour	77,02	76,82	77,21
— Le service de long séjour	80,69	79,04	82,33
— Ensemble de l'établissement	78,39	77,37	79,40

En affinant l'analyse et en comparant avec l'année 1981, si la moyenne d'âge de l'ensemble reste relativement stable : 78,25 en 1981 et 78,39 en 1982, nous constatons néanmoins un léger vieillissement par grandes tranches d'âges :

	1981	1982
— 75 ans	31,25 %	29,39 %
+ de 75 ans	68,75 %	70,61 %
+ de 80 ans	42,37 %	44,69 %

Les prix de journée 1983

— services actifs :

- Médecine interne = 760,00 F
- Rééducation fonctionnelle = 624,70 F

Sections de moyen et long séjour :

- Moyen séjour = 356,00 F
- Long séjour
 - Hôtelier = 145,00 F
 - Médical = 131,30 F

4. Les conclusions de votre commission

Ce centre, dont la qualité des bâtiments et de la gestion a frappé votre commission, lui a permis de tirer trois enseignements essentiels :

- le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans ne cesse d'augmenter,
- cette augmentation a fait apparaître les difficultés de voisinage qui résultent d'un rapprochement durable des personnes du troisième et du quatrième âge. Cette constatation va à l'encontre de l'idée selon laquelle il convient de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible dans la même structure,
- l'établissement manque manifestement de lits et enregistre une liste d'attente particulièrement importante, qui conduit à faire appel aux services hospitaliers, cliniques, souvent mal adaptés aux besoins des personnes âgées. Il convient d'ajouter que le centre ne disposant pas d'un service de chirurgie, rencontre des problèmes constants de « dispatching » des malades dans les établissements hospitaliers.

C. L'HOPITAL DE MONTFORT-SUR-MEU

1. Les structures juridiques de l'établissement

L'hôpital local de Montfort-sur-Meu est un établissement public communal, géré par un conseil d'administration qui, présidé par le maire de la commune, comprend les représentants :

- du conseil municipal,
- du conseil général de l'Ille-et-Vilaine,
- des caisses d'assurance maladie (caisse primaire du régime général et mutualité sociale agricole),
- du corps médical,
- du personnel.

Diverses commissions à caractère interne, participent à son fonctionnement :

- la commission médicale consultative (corps médical, pharmaceutique et surveillant) ;
- le comité technique paritaire (personnel) ;
- le comité d'hygiène et de sécurité (mixte).

Le conseil d'administration décide des grandes orientations de l'établissement (budgets, comptes de gestion, acquisitions, cessions, constructions, affectation des services, règlement intérieur, création de postes de personnel...).

Le directeur, nommé par le ministre de la Santé, représente juridiquement l'hôpital. Il a le pouvoir de compétence générale, recrute, nomme et licencie le personnel, ordonnance les dépenses et les recettes, exécute les décisions du conseil d'administration.

Le comptable de l'établissement est le percepteur de Montfort-sur-Meu.

2. Les structures d'accueil de l'établissement

L'hôpital local abrite deux secteurs, hospitalisation et hébergement.

Le secteur sanitaire, installé dans un bâtiment moderne comprend :

- un service de médecine générale de 17 lits,
- un service de moyen séjour de 25 lits,
- un service long séjour de 84 lits.

Le fonctionnement médical des deux premiers services est assuré par les médecins libéraux de la circonscription, titulaires d'une autorisation préfectorale pour y exercer.

Les 84 lits de long séjour, sont répartis en deux unités de 42 lits ; deux médecins assurent la surveillance médicale de ce service, l'un d'eux ayant qualité de médecin responsable.

Ce service accueille des personnes âgées invalides, c'est-à-dire celles qui ont perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite des soins, pris en charge à travers le forfait soins journalier versé par les caisses d'assurance maladie.

Le secteur maison de retraite qui compte 110 lits est destiné à l'hébergement de personnes âgées valides.

• Les services médico-techniques

L'établissement comprend :

Un service d'électroradiologie diagnostic assure sur prescription et contrôle du médecin traitant, certains actes radiologiques, aux malades hospitalisés et aux consultants externes envoyés par leur médecin de famille.

- Un cabinet de stomatologie (soins dentaires).
- Un service de réadaptation fonctionnelle comprenant : kinésithérapie, massages, balnéothérapie.
- Un centre de soins et consultations, substitué à l'ancien dispensaire d'hygiène publique, comprenant : psychiatrie de secteur, orthophonie, psychoréducation, radiographie pulmonaire.

Pour l'ensemble, l'établissement emploie donc 126 agents, pour 230 lits.

3. Les conclusions de la commission

Votre commission a tiré trois enseignements principaux de sa visite :

— d'abord, l'établissement manque manifestement de personnel. Le problème a été accru encore par les effets de la non compensation, en effectifs, de la réduction de la durée du travail à 39 heures.

— ensuite, l'établissement comporte une annexe fort ancienne, dont la salle commune, qui accueille des personnes valides, pour n'être pas insalubre, n'en est pas moins parfaitement inadaptée à notre temps. Cependant, les travaux actuellement en cours permettent d'envisager, dans un terme prochain, une transformation heureuse de ces locaux. Qu'il en soit ainsi dans tous les établissements visités par la commission et il leur sera permis d'espérer pour l'avenir...

— en troisième lieu, l'hôpital local, proche des malades, joue un rôle décisif, notamment en milieu rural, dans une limitation volontaire des hospitalisations abusives.

**D) LA MAISON D'ACCUEIL
DE LA CAISSE NATIONALE ET RETRAITE DES OUVRIERS
DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS (LE RHEU)**

1. Structures de l'établissement

Cet établissement est, en vérité, un ensemble de logements sociaux pavillonnaires, construit à l'attention des retraités de son régime par la caisse nationale des ouvriers du bâtiment.

Il n'assure aucun service médical ni aucun service propre d'aide-ménagère ou de restauration. Seul un bâtiment commun permet aux locataires de se rencontrer.

Le centre emploie, en tout et pour tout, une gardienne, chargée de l'entretien des parties communes et d'apporter une assistance minimum aux locataires.

Le centre compte 53 pavillons individuels dont le loyer est respectivement de 417 F pour les personnes seules et de 519 F pour les couples.

Chaque pavillon comporte un système d'alarme téléphonique, destiné à alerter la gardienne du centre.

Les pensionnaires, privés de toute assistance médicale, peuvent demander le bénéfice du service d'aide au maintien à domicile de la commune du Rheu.

2. Conclusions de la commission

La visite accomplie par votre commission a été pour elle l'occasion de trois enseignements importants :

— d'abord, les « locataires » du centre vieillissent sur place, et exigent rapidement une assistance médicale, qui, absente du centre, les obligent à trouver une autre forme d'accueil, dans des conditions très difficiles.

— ensuite, le vieillissement pose des problèmes aigus de cohabitation entre les « entrants », plus jeunes, et les pensionnaires les plus âgés, qui soulèvent une fois encore le problème de savoir s'il est réellement opportun de vouloir maintenir les personnes âgées dans le même établissement.

— enfin, la caisse (CNRO) a renoncé à la construction d'habitat social, exclusivement consacrée aux personnes âgées, du type de celui qu'a visité votre commission, pour développer, dans le cadre de prêts d'accession au logement, une politique d'achat de logements insérés en milieu urbain traditionnel.

COMMISSION DE CONTROLE SUR LES CONDITIONS
D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES AGÉES

VISITE DU 30 MARS 1983

VICHY ET MOULINS

1. Rappel du programme de la visite.

- Visite de l'hospice de Cusset (Allier).
- Visite de la maison « La Providence » à Vendat (Allier).
- Visite du centre hospitalier de Vichy (V 120).
- Visite de la maison d'hiver à Jaligny (Allier).
- Visite à Moulins de la maison de retraite de la Mutualité Sociale Agricole.

2. Composition de la délégation :

- M. Colin, président.
- M. Chérioux, rapporteur.
- M. Gérin.
- M. Matraja.
- M. Madelain.

3. Données chiffrées concernant les personnes âgées dans le département de l'Allier (cf. recensement de 1975).

L'Allier compte 378 300 habitants dont 19,25 % ont plus de 65 ans (donc 72 700 environ) — 320 communes — 33 cantons — moyenne nationale 14,3 % — moyenne régionale 17 %.

Dans l'arrondissement de Moulins (111 communes) : 60 communes ont plus de 20 % de personnes âgées de plus de 65 ans (dont 5 en ont plus de 30 %).

Dans l'arrondissement de Montluçon (106 communes) 77 communes ont plus de 20 % de personnes âgées de plus de 65 ans (dont 14 en ont plus de 30 %).

Dans l'arrondissement de Vichy (103 communes) : 55 communes ont plus de 20 % de personnes âgées de plus de 65 ans (pami lesquelles 3 en ont plus de 30 %).

L'Allier se situe au 16^e rang des départements les plus âgés.

Parallèlement, la proportion de moins de 20 ans qui est de 30,7 % pour la France et de 29,1 % pour l'Auvergne, est de 28 % pour l'Allier.

Estimations et projections chiffrées d'après les résultats provisoires du recensement de 1982.

Evolution de la population âgée de plus de 65 ans entre 1975 et 1985 :

65-69 ans	— 46,7 %
70-74 ans	— 8,84 %
75 ans et plus	+ 19,45 %

Hospices et maisons de retraite

Etablissements	Capacité		Prix de journée		Observations
			Régime		
			Commun	Particulier	
I. — SECTEUR PUBLIC					
<i>Sections « hospice »</i>					
Centre hospitalier de Moulins (03000) Tél. : 44.24.73	295	Valide Invalide	107,00 F 214,00 F		
Centre hospitalier de Montluçon (03100) Tél. : 05.77.77	387	Valide Invalide	93,00 F 176,00 F		
Centre hospitalier de Vichy (03200) Tél. : 98.79.64	200	Valide Invalide	104,00 F 230,00 F		
Hôpital rural de Bourbon-l'Archambault (03160) - Tél. : 67.62.31	80	Valide Invalide	87,30 F 87,30 F	9,60 F 95,50 F	Forfait soins courants Forfait section cure médicale
Hôpital rural de Cusset (03300) Tél. : 98.38.74	258	Valide Invalide	97,70 F 168,90 F	109,70 F	
Hôpital rural de Gannat (03800) Tél. : 90.00.06	211	Valide Invalide	72,70 F 97,00 F	86,00 F 105,00 F	
Hôpital rural de Lapalisse (03120) Tél. : 99.00.88	200	Valide Invalide semi-valide	84,00 F 156,00 F 105,15 F	87,00 F 159,00 F 108,15 F	
Hôpital rural de Saint-Pourçain-sur-Sioule (03500) -Tél. : 45.42.18	250	Valide Invalide	73,50 F 124,70 F	80,00 F 135,00 F	
Hospice de Cerilly (03350) Tél. : 67.50.29	85	Valide Invalide	102,00 F 191,70 F		
Hospice d'Ebreuil (03450) Tél. : 90.71.54	209	Valide Invalide Semi-valide	56,60 F 93,70 F 61,70 F	64,10 F 2 ^e cat. 69,80 F 1 ^{re} cat.	
Hospice de Gayette à Montoldre 03150 Varesne/A. Tél. : 45.03.03	216	valide Invalide	68,70 F 102,00 F	79,00 F	
Hospice de Hérisson (03190) Tél. : 06.80.02	94	Valide Invalide	88,50 F 163,65 F	97,50 F	
Hospice du Donjon (03130) Tél. : 99.51.84	50	Valide Invalide	46,60 F	53,40 F	
Hospice de Chantelle (03130) Tél. : 56.62.34	110	Valide Invalide	96,60 F 155,10 F	109,10 F 175,10 F	
Hospice Lurcy-Levis (03320) Tél. : 67.81.33	57	Valide Invalide	79,10 F		
Hospice de Montmarault (03390) Tél. : 07.60.86	48	Valide Invalide	85,00 F	97,00 F	
Hospice du Montet (03240) Tél. : 43.10.41	96	Valide Invalide	96,00 F		
Hospice de Saint-Serand-le-Puy 03150 Varennes-sur-Allier Tél. : 99.80.35	115	Valide Invalide	57,90 F	66,60 F	
Maison de retraite de Bellerive-sur-Allier (03700) - Tél. : 32.07.85	53	Valide Invalide	105,20 F		
Maison de retraite de Cosne-d'Allier (03430) - Tél. : 07.52.05	60	Valide Invalide	95,00 F	9,25 F 69,00 F	Forfait soins courants Forfait section cure médicale
Maison de retraite d'Echassière 03330 Bellénave - Tél. : 90.40.03	29	Valide Invalide	70,80 F	76,80 F	

Hospices et maisons de retraite

Etablissements	Capacité		Prix de journée		Observations
			Régime		
			Commun	Particulier	
II. — SECTEUR PRIVE					
Maison de retraite « Villars Accueil » 03000 Moulins - Tél. : 46.31.21	75	Valide Invalide	78,70 F		
Maison de retraite « Saint-François » 03000 Moulins - Tél. : 44.33.39	45	Valide Invalide			
Maison de retraite « Entraide Mutuelle » 03000 Moulins - Tél. : 44.29.08	30	Valide Invalide	92,60 F		
Maison de retraite « Villa Varin » 03200 Vichy - Tél. : 98.54.88	20	Valide Invalide	74,55 F		
Maison de retraite des Artistes 03300 Cusset - Tél. : 98.39.26	15	Valide Invalide	113 F		
Maison de retraite « Saint-Joseph » Bourbon-l'Archambault (03360) Tél. : 67.03.02	65	Valide Invalide	90,00 F	105,00 F	
Maison de retraite « Saint-Louis » 03600 Commentry - Tél. : 51.30.54	130	Valide Invalide	74,90 F 97,30 F	82,40 F 2 ^e cat. 89,80 F 1 ^{re} cat.	
Maison de retraite « La Providence » à Vendat 03110 Escurolles - Tél. : 41.41.28	50	Valide Invalide	70,40 F		
Logement-foyer « Sainte-Thérèse » rue des Potiers, 03000 Moulins Tél. : 46.14.81	72	Studio : Personne seule Couple Appt F2 Chambre	36,30 F 44,80 F 56,00 F 19,70 F		Repas de midi : 16,50 F
Logement-foyer « Hameau de l'Amitié » 03330 Bellenaves	48	Personne seule (appt F1) Couple (appt F1 bis)	55,00 F 80,00 F 90,00 F		Pension complète Repas de midi seulement Pension complète
		Personne seule (appt F1 ter)	70,00 F 75,00 F		Pension complète Pension complète
Logement-foyer « Résidence des Cèdres » Vallon-en-Sully, 03190 Hérisson Tél. : 06.53.55	67	Personne seule (type 1) Couple (type 1 ter) Personne seule (type 1 bis)	49,00 F 90,00 F 63,00 F		Repas de midi 12 F Repas du soir 7 F
Logement-foyer « La Maison des Aurès » Saint-Germain-des-Fosses	59	Personne seule Couple	77,00 F 110,00 F		Repas de midi compris Repas de midi compris

4. Présentation des établissements visités.

— *Hôpital rural de Cusset.*

Capacité : 324.

Ventilation des lits : ● médecine 35.

- hospice 257 dont 77 pour invalides,
180 pour valides.

- foyer d'enfants 32.

Nature juridique : hôpital public. Le maire de Cusset est le président du conseil d'administration.

Chambres individuelles et chambres à plusieurs lits.

— *Maison « La Providence » à Vendat.*

Capacité : 50 lits.

Cet établissement accueille uniquement des personnes valides en chambre individuelle.

Moyenne d'âge des pensionnaires : 82 ans.

Taux d'occupation de l'établissement : 95 %.

Nature juridique de l'établissement : association de la loi de 1901 à but non lucratif.

— *Centre hospitalier de Vichy.*

Secteur personnes âgées.

Capacité : 160 lits.

Ventilation des lits : actuellement : 85 pour valides,
75 pour invalides.

— dans le cadre de la transformation d'hospice,
120 lits de long séjour médicalisé.
40 lits de maison de retraite.

Nature juridique de l'établissement : établissement public.

Président du conseil d'administration : le maire de Vichy.

Chambres individuelles et chambres à plusieurs lits.

— *Hébergement d'hiver à Jaligny.*

Capacité : 20 places.

Direction : assistance sociale du secteur.

Ventilation des lits : tous pour personnes âgées valides.

Nature juridique : établissement privé géré par la Caisse de mutualité sociale agricole de l'Allier — non conventionné avec l'aide sociale.

Période de fonctionnement : du 1^{er} novembre au 1^{er} avril.

Date d'ouverture : 1970.

Chambres à 2 lits.

— *Maison de retraite entraide mutuelle de Moulins.*

Capacité : 34 lits.

Ventilation des lits : 8 cure médicale,
26 pour valides.

Nature juridique : maison de retraite privée, gérée par la Caisse de mutualité sociale agricole de l'Allier — conventionnée avec l'aide sociale.

Chambres individuelles uniquement.

5. Principaux problèmes évoqués devant la Commission de contrôle.

Les responsables des diverses maisons visitées ont souhaité évoquer devant la Commission de contrôle l'ensemble des difficultés qu'ils rencontraient dans l'exercice de leur mission.

a) Au premier rang de leurs préoccupations, figurent les problèmes de personnel.

Ceux-ci ont été soulignés en premier lieu lors de la visite de l'hospice de Cusset. Son directeur a rappelé l'insuffisance des effectifs dont il dispose puisque le rapport des effectifs employés au nombre de pensionnaires (0,14) est nettement inférieur à la moyenne nationale.

Il en résulte des problèmes de sécurité et de surveillance particulièrement aigus, aggravés par la non-qualification des personnels.

Le directeur de l'hospice de Cusset a pu rappeler par ailleurs les réticences de certains établissements à augmenter le nombre de postes, donc leur prix de journée, en raison du nombre important de personnes payantes dont ils ont la charge.

Les problèmes de personnel ont également très gravement hypothéqué la politique menée par le centre hospitalier de Vichy.

Devant l'aspect vétuste et inhumain des services destinés aux personnes âgées, le conseil d'administration décidait, en 1977, après les recommandations de la Commission médicale consultative, de supprimer l'hospice et d'entreprendre les opérations suivantes :

- construction d'une unité de moyen séjour, dotée d'installations complètes en rééducation fonctionnelle (120 lits) qui remplaçait un service particulièrement insalubre ;
- construction d'une unité de long séjour, destinée à traiter les personnes âgées (120 lits) ;
- maintien d'un secteur d'hébergement (40 lits).

Il convient d'observer que dans l'esprit des administrateurs du centre hospitalier de Vichy, l'aide aux personnes âgées nécessitait la mise en place de moyens différents et multiples, afin de prendre en charge efficacement les personnes âgées particulièrement nombreuses dans l'arrondissement de Vichy. Certes, le moyen séjour ne concerne pas que les personnes âgées mais sa clientèle est composée, pour les trois-quarts, de malades âgés de plus de 60 ans. Il était ainsi prévu d'installer moyen et long séjours dans un même bâtiment, afin, notamment, de faciliter les passages des patients entre les deux unités.

La réalisation d'un bâtiment accueillant long et moyen séjours (240 lits) s'est alors effectuée pour des raisons évidentes d'économie, en deux tranches :

- le pavillon de 120 lits pour le moyen séjour a ouvert ses portes en juin 1980 ;
- le pavillon destiné aux personnes âgées (long séjour) s'édifie depuis le 14 décembre 1981 et sera terminé en mai 1983.

Il faut observer que le centre hospitalier de Vichy a dû retenir la construction de deux pavillons types V. 120 avec maîtrise d'ouvrage à l'Etat et participation de l'établissement fixée à près de 80 % de la dépense, elle-même évaluée à environ 33 000 000 francs.

Dans le même temps, le ministère de la Solidarité nationale, par arrêté du 27 janvier 1982 répondait favorablement à la requête du centre hospitalier de Vichy et acceptait la transformation de l'hospice de Vichy en une unité de long séjour et une maison de retraite de 40 lits.

Cette double démarche devait permettre enfin de recevoir, dès le mois de mai 1983, de manière décente et efficace les personnes âgées. Hélas, le refus de créer les postes nécessaires au budget de l'établissement 1983 va stopper net cet élan d'adaptation pourtant impérieux.

En effet, la demande concernant 29 postes supplémentaires, indispensables au fonctionnement du long séjour, n'a pu recevoir l'accord de l'Autorité de tutelle et devant une telle situation, le centre hospitalier de Vichy va devoir malheureusement renoncer à l'ouverture du deuxième pavillon, qui ne pourra pas accueillir les vieillards, toujours abrités dans des conditions précaires et souvent indignes.

Il paraît utile de souligner que les 29 postes sollicités sont impérativement nécessaires puisque les salles communes doivent céder la place à des chambres à un ou deux lits et que cette unité de long séjour, placée sous la responsabilité d'un médecin-chef de service, vise précisément à soigner les vieillards et non seulement à leur donner un toit comme dans l'ancien hospice.

De plus, l'impossibilité de mettre en place le long séjour fait obstacle à la création de la maison de retraite, puisque celle-ci doit s'installer dans un bâtiment, actuellement occupé par les vieillards invalides, qui doit être rénové pour une somme de près de 6 000 000 francs.

Enfin, l'absence d'une structure efficace de long séjour, comportant des locaux d'accueil au rez-de-chaussée, compromet l'efficacité du moyen séjour et freine la création d'un service de soins à domicile pour personnes âgées, dans lequel le centre hospitalier de Vichy puisse légitimement être partie prenante.

Ainsi, alors que le centre hospitalier de Vichy a eu le mérite de prévoir des mesures en faveur des personnes âgées, cette volonté est cruellement mise en défaut par l'insuffisance de l'effectif du personnel. Sa politique, conforme aux vœux des Vichysois, est mise en échec, puisque sans la création des 29 postes sollicités, le centre hospitalier de Vichy devra conserver son hospice vétuste et n'aura pas les moyens de mettre à la disposition des personnes âgées le pavillon de long séjour et un authentique service d'hébergement.

b) La seconde difficulté la plus fréquemment évoquée au cours des visites réside dans la médicalisation croissante des divers établissements.

Les responsables de la maison « La Providence » de Vendat ont regretté d'être contraints de médicaliser de manière trop importante leur établissement car cela ne répond pas à sa finalité.

Le même souci a été exprimé par la direction de la maison de retraite de la M.S.A. à Moulins puisque le taux de pensionnaires nécessitant des soins médicaux lourds est aujourd'hui excessivement élevé (80 % alors qu'une circulaire ministérielle proposait le chiffre de 25 % comme limite supérieure).

c) Enfin, la Commission de contrôle a été amenée à observer quelques exemples originaux d'hébergement de personnes âgées en milieu rural. Elle a pu, ainsi, visiter deux établissements gérés par la Mutualité Sociale agricole.

D'une part, le centre social de Jaligny représente une expérience particulièrement intéressante d'hébergement temporaire (voir annexe ci-jointe n° 1) ; d'autre part, la maison de retraite « Entraide Mutuelle » à Moulins, semble parfaitement adaptée aux besoins de la population agricole et rurale d'un département comme l'Allier (voir annexe ci-jointe n° 2).

ANNEXE 1

LES HÉBERGEMENTS D'HIVER EN MILIEU RURAL DANS LE DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

*(Note communiquée par les services locaux
de la Mutualité sociale agricole)*

Rejoignant les souhaits des intéressés, l'Union départementale de la Mutualité agricole de l'Allier et les centres sociaux ruraux ont depuis longtemps développé des actions permettant le maintien à domicile des personnes âgées. Mais l'un des écueils les plus importants est l'impossibilité pour elles de rester pendant les mois d'hiver, dans une maison isolée, sans confort, d'où l'idée *d'hébergement temporaire*.

Le premier a été ouvert le 1^{er} décembre 1971 au centre social rural de Jaligny. Deux autres ont été créés depuis : Marcillat-en-Combraille, le 1^{er} novembre, et Saint-Martinien, le 5 décembre 1977.

CADRE GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT

A l'initiative de la Mutualité agricole, une association d'usagers, loi 1901, a été créée pour gérer et animer un centre social rural. Conseiller général et maires des communes de la circonscription sont membres de droit de l'association.

Le centre social a pour mission de développer l'équipement social et médico-social pour l'ensemble de la population. Ses activités sont très nombreuses :

- Service social (assistants sociaux travaillant dans le cadre de la coordination des services sociaux) ;
- Service de travailleuses familiales ;
- Soins infirmiers ;
- Service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ;
- Conseils en économie familiale et plus particulièrement en habitat ;
- Activités de loisirs en faveur des jeunes, adultes et personnes âgées (danse, gymnastique, judo, clubs divers...) ;
- Aide ménagère à domicile pour les personnes âgées.

L'hébergement temporaire constitue l'une des activités du centre social. Il s'imbrique dans les autres actions, ce qui contribue à améliorer l'intérêt du système (coordination des tâches et meilleure efficacité, contact des générations, etc.).

La Mutualité agricole s'engageait, en même temps, à mettre à la disposition de l'association, du personnel compétent et des locaux.

Le centre social rural rayonne, en général, sur un canton.

HISTORIQUE DES HÉBERGEMENTS D'HIVER

Au centre social de Jaligny, des locaux utilisés dans le passé par une usine (ganterie) donnaient des possibilités d'extension. Ils ont été aménagés pour créer le premier hébergement temporaire d'hiver, selon le désir exprimé par la population.

Plusieurs années d'expérience ayant montré l'intérêt de cette formule, deux autres centres ont construit un équipement similaire, dans le cadre de programmes finalisés (Marcillat-en-Combraille et Saint-Martinien).

ORGANISATION GÉNÉRALE

Chaque établissement comporte dix chambres de deux lits, une salle à manger, une cuisine, une salle de détente, mais les personnes âgées peuvent utiliser d'autres équipements du centre.

La partie administrative : bureau du responsable, des infirmières, des autres travailleurs sociaux, etc... est également une partie commune.

1. Le personnel :

Sont affectées exclusivement au centre d'hébergement :

- 2 cuisinières,
- 1 femme de ménage,
- 1 veilleuse de nuit.

Ces personnes sont souvent occupées, le reste de l'année, pour l'aide à domicile aux personnes âgées, ce qui prouve leur compétence particulière pour aider celles-ci.

Les retraités, relativement autonomes, assurent, chaque jour, le nettoyage de leur chambre.

Le responsable du centre consacre environ un tiers de son temps à l'hébergement, quand il est ouvert.

2. La vie au centre :

Les pensionnaires bénéficient de tous les services rayonnant à partir du centre : infirmières, assistante sociale, aide soignante, conseillère.

Le recrutement se fait uniquement au niveau du canton et beaucoup se connaissent.

Les personnes hébergées peuvent retourner de temps en temps à leur domicile avec l'aide, soit d'un usager du centre, soit d'un des membres de l'équipe de travailleurs sociaux, notamment les infirmières qui sillonnent dans tout le secteur pour chercher un objet oublié ou pour ouvrir les volets, aérer la maison.

Ce qu'elles recherchent avant tout, c'est pour l'hiver le confort, la sécurité et surtout la rupture avec de longues heures de solitude.

La population les connaît, s'intéresse à eux et les accueille chaleureusement chaque hiver. Ils peuvent participer à la vie sociale du village (marchés, messes, enterrements, fêtes...).

Très indépendants, ils peuvent sortir autant qu'ils le veulent dans la journée et aller retrouver leurs amis.

L'assistante sociale est souvent amenée à résoudre des petits problèmes administratifs (retraites, feuille de maladie, etc.) mais aussi à aider à ce que le contact parents-enfants ne soit pas coupé.

Certains hébergements accueillent pour le repas de midi des retraités du village qui vivent seuls et ont quelques difficultés à préparer leurs repas. Ce sont le plus souvent des hommes qui vivent seuls et qui trouvent à l'hébergement une compagnie qui leur manque. Ils ne sont pas encore décidés à venir vivre à l'hébergement mais c'est souvent un premier pas.

L'hébergement d'hiver est une étape avant l'entrée en maison de retraite ou l'hospice : étape très importante car elle prépare à une vie collective ; les gens du milieu rural y sont en général peu préparés.

Depuis décembre 1981, ils peuvent bénéficier des services de « soins à domicile personnes âgées ». Dans ce cadre, peuvent intervenir l'infirmière, l'aide soignante, la pédicure en collaboration étroite avec le médecin traitant et le kinésithérapeute si nécessaire. Des hospitalisations souvent traumatisantes peuvent être évitées.

3. Les prix de journée :

Dans les trois hébergements, ils ont été fixés pour l'hiver 1982-1983 à 70 F, prix qui ne dépasse pratiquement jamais les possibilités financières des intéressés.

Ce prix de journée très bas est obtenu grâce à un effort important de gestion et au fait que le prix des investissements n'est pas répercuté sur celui-ci.

CONCLUSION

Cette formule, après dix ans d'expérience, se révèle une solution très adaptée au monde rural. Un autre projet est envisagé à Saint-Bonnet-de-Tronçais en collaboration avec la municipalité, le syndicat intercommunal et le centre social rural de Meaulne. L'originalité sera dans l'accueil pendant l'été de retraités des milieux urbains, leur permettant ainsi à des prix modérés, un séjour dans un autre cadre.

ANNEXE 2

**MAISON DE RETRAITE « ENTRAIDE MUTUELLE »
rue de Villars, MOULINS**

(Note communiquée par la Mutualité Sociale agricole)

Date de création : 1 959 lits.

Capacité : 35 lits.

Gestionnaire : Union de la Mutualité Agricole de l'Allier.

Cette maison de retraite entre dans le cadre d'un équipement en établissements, qui a pour but de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux de la population agricole et rurale, tels qu'ils sont décelés :

- 1 — par les élus de la Mutualité agricole,
- 2 — par les services médicaux et sociaux de la Caisse mutualité sociale agricole.

Ont été successivement créés dans l'Allier :

- une maison de convalescence,
- une maison de retraite,
- une pouponnière avec une section crèche,
- un centre de formation humaine,
- neuf centres sociaux ruraux.

Sa création en 1959 répondait à un besoin d'autant plus grand qu'il n'existait pas d'autres maisons de retraite dans la région moulinoise.

Le conseil d'administration a saisi une opportunité :

- vente d'une propriété à proximité de la caisse qui permettait :
 - 1° d'aménager les services collectifs dans le bâtiment principal,
 - 2° de répartir les chambres dans plusieurs pavillons,
 - 3° de ménager des espaces verts,
 - 4° de bénéficier, pour les pensionnaires, de la proximité des commerces (pâtisserie, pharmacie, etc.) et des services (loisirs, clubs, etc.),
 - 5° la proximité de la Caisse facilite la gestion de l'établissement.

Ses problèmes actuels découlent du vieillissement des pensionnaires dont certains sont présents depuis vingt ans. Récemment, l'une d'elles est décédée à 103 ans. Certaines maladies obligeaient d'avoir recours parfois à l'hospitalisation. Pour éviter au maximum ces déplacements, toujours traumatisants, il a été créé, en 1981, *une section de cure médicale* (la première dans l'Allier).

La section de cure médicale a donné lieu à l'embauche d'une infirmière à mi-temps, d'une aide-soignante et d'un médecin vacataire.

Les pensionnaires se sont sentis sécurisés par cette équipe. La surveillance médicale permet d'éviter certaines hospitalisations.

Devant l'évolution de la demande, un deuxième dossier a été déposé, fin 1982, à la C.R.I.S.S., afin d'avoir 15 lits en cure médicale.

A partir de mai, grâce à cette extension, l'infirmière exercera à temps complet, ce qui paraît un minimum, la surveillance médicale étant limitée à 39 heures par semaine.

Le fonctionnement de la maison de retraite est assuré par :

- un responsable,
- un cuisinier,
- trois personnes pour l'entretien.

Il est fait appel à du personnel de remplacement pour assurer les jours de congé hebdomadaire, les vacances, les arrêts de travail du personnel titulaire.

Le nombre d'employés reste insuffisant puisqu'il faut assurer une permanence 24 heures sur 24.

Les difficultés rencontrées sont :

- *financières* : le prix de journée étant faible, depuis de nombreuses années, il est très difficile d'investir (achat de mobilier, de matériel).

En 1982, les tarifs fixés par arrêté préfectoral du 20 avril 1982 étaient les suivants :

- hébergement : 92,60 F,
- soins courants : 9,50 F,
- section de cure médicale : 72 F.

Les améliorations des locaux souhaitables pour les pensionnaires ne peuvent malheureusement pas être réalisées.

- *de personnel* : le personnel est insuffisant. La réduction du temps de travail pour le personnel est source de difficultés puisqu'aucun emploi nouveau n'a pu être créé pour la compenser.

DÉPLACEMENT A NANTERRE

I. — PRÉSENTATION DE LA MISSION

- **Date du déplacement** : mercredi 13 avril 1983 (8 h 30 - 11 heures).
- **Programme** : Maison de Nanterre, 403, avenue de la République, Nanterre.

Visite, *essentiellement*, de la partie hospice et du service long séjour de l'hôpital, mais l'ensemble des activités de la maison de Nanterre a été présenté à la délégation.

- **Composition de la délégation** :

- M. Jean Colin, président (Essonne).
- M. Jean Cherioux, rapporteur (Paris).
- M. Jean Béranger (Yvelines).
- M^{me} Cécile Goldet (Paris).
- M. Jean Madelain (Ille-et-Vilaine).
- M^{me} Monique Midy (Hauts-de-Seine).
- M. Paul Robert (Cantal).
- M. François Collet (Paris).

II. — STRUCTURES JURIDIQUES

A. CADRE JURIDIQUE

1. Historique.

Il apparaît utile de rappeler les conditions et les raisons de la mise en place de la maison de Nanterre. Elles soulignent ainsi les spécificités de cet établissement et permettent de comprendre certaines des difficultés qu'il rencontre actuellement.

Le préfet de police a reçu la charge, au titre de ses attributions de police générale, de faire exécuter les lois sur la mendicité et le vagabondage, à Paris, en vertu des dispositions de l'arrêté des consuls du 12 messidor an VIII et, dans toutes les communes du département de la Seine, en application de l'arrêté des consuls du 3 brumaire an IX.

Pour permettre au préfet de police de remplir cette mission, la maison de Nanterre a été créée par un décret du 13 septembre 1887 pris en application du décret impérial du 5 juillet 1808 sur « l'extirpation de la mendicité ».

Ouverte dès le 5 juin 1887 pour succéder à la maison de répression de Saint-Denis, la maison de Nanterre sert simultanément de maison de détention, de dépôt de mendicité et de refuge pour les sans asile. Elle est appelée à recevoir :

- les mendiants libérés détenus par application de l'article 274 du code pénal ;

— les individus prévenus de vagabondage et de mendicité, renvoyés par ordonnance de non-lieu et remis par l'autorité judiciaire à la disposition de la préfecture de police ;

— les indigents infirmes ou peu valides et les personnes momentanément sans ressources et sans asile ;

— les individus qui sollicitent leur admission dans l'établissement.

Le 26 décembre 1906, le Conseil général de la Seine décide de classer la maison de Nanterre, à titre provisoire et en attendant la création d'hospices uniquement destinés aux vieillards et les infirmes bénéficiaires de l'assistance obligatoire.

Le 24 décembre 1929, le Conseil général de la Seine décide qu'en attendant la construction sur le territoire de Nanterre d'un hôpital intercommunal, l'infirmier de la maison de Nanterre admettrait, dans la mesure des places disponibles, les malades bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite des communes de Suresnes, Puteaux, Courbevoie, Nanterre, La Garenne-Colombes, et Bois-Colombes.

Par arrêté du 9 avril 1930, le préfet de la Seine érige l'infirmier de la maison de Nanterre en circonscription hospitalière en vue de servir, dans la limite des lits disponibles et concurremment dans les établissements de l'administration de l'Assistance publique, à l'hospitalisation des malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 (assistance médicale gratuite) des communes de Suresnes, Puteaux, Courbevoie, La Garenne-Colombes, Colombes et Nanterre.

Par la suite, à la demande du Conseil général de la Seine et pour pallier provisoirement le sous-équipement hospitalier de la banlieue nord-ouest, le règlement général de la maison de Nanterre du 23 janvier 1932 ajoutera deux autres catégories de personnes susceptibles d'être accueillies dans l'établissement, en plus de celles énumérées ci-dessus, dans la limite des lits disponibles, et sous réserve qu'elles bénéficient d'une décision d'hospitalisation au titre de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire :

— les malades de plus de 16 ans des communes de Suresnes, Puteaux, Courbevoie, La Garenne-Colombes, Colombes, Bois-Colombes et Nanterre ;

— exceptionnellement, en cas d'urgence absolue, les blessés ou malades de tout âge et de toute origine ayant besoin de soins immédiats.

Le 15 décembre 1975, le Conseil de Paris décide la création d'un foyer de réadaptation sociale pour développer une section socio-éducative et de reclassement à l'intention des jeunes hébergés du centre d'accueil.

Devenue un établissement de caractère véritablement social, la maison de Nanterre supporte encore le poids de son origine et de son histoire. Des transformations, tant sur le plan immobilier qu'en matière de règles de fonctionnement, ont été faites depuis quelques années, et restent encore à mener afin d'effacer les conséquences issues des origines carcérales de la maison.

2. Situation juridique

Le décret n° 67-127 du 22 décembre 1967 a classé la maison de Nanterre parmi *les services de la préfecture de police non étatisés, inscrits au budget de la Ville de Paris (budget spécial de la préfecture de police)*.

Le Conseil de Paris, dans sa séance du 25 novembre 1968, s'est prononcé conformément aux propositions de M. le Préfet de Paris, en faveur du transfert à la Ville de Paris des biens affectés à la préfecture de police constituant la maison de Nanterre avec, en corollaire, la participation au fonctionnement du centre d'hébergement de la Ville de Paris et des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.

La maison de Nanterre a été effectivement transférée à la Ville de Paris par décret du 8 février 1970.

Toutefois, ces différents textes n'ont pas modifié le régime juridique de l'établissement dont la gestion reste confiée au préfet de police en raison de la vocation originelle du dépôt de mendicité et du fait que la compétence territoriale du préfet de police s'étendait, avant la réorganisation de la région parisienne, sur l'ensemble de l'ancien département de la Seine, dont faisait partie la commune de Nanterre.

— L'établissement est donc situé sur le territoire de la commune de Nanterre.

— Ses biens sont la propriété de la Ville de Paris. Leur gestion est assurée par la préfecture de police.

B. STRUCTURES D'ACCUEIL

— La maison de Nanterre est un établissement complexe, dû à sa vocation originelle d'accueillir les personnes sans ressources, sans travail et sans abri que les structures normales de la société n'accueillent pas ou même rejettent.

— Les trois principaux centres d'activités de l'établissement sont :

- le centre d'hébergement,
- l'hospice,
- l'hôpital,

mais des activités périphériques se sont également développées autour de ces trois pôles.

a) *Une fonction d'hébergement* : le centre d'hébergement et l'hospice.

— *Rôle de l'hospice.*

Il s'agit là de la vocation principale de la maison de Nanterre, qui est d'héberger un certain nombre de personnes dont la prise en charge n'est pas assurée autrement par la société. Dans ce contexte, l'hospice n'est que la suite logique du centre d'hébergement, puisque les « pensionnaires » sont essentiellement d'anciens « hébergés » ayant atteint l'âge de 65 ans.

La prise en charge totale des hébergés et pensionnaires est assurée, depuis le gîte et le couvert jusqu'aux vêtements. Les principales différences entre les uns et les autres résident, d'une part dans le fait que normalement les pensionnaires de l'hospice ne travaillent pas et, d'autre part, que les frais d'hébergement de ceux-ci sont pris en charge selon le droit commun de l'aide sociale, c'est-à-dire avec prélèvement de 90 % de leurs ressources.

— *Capacités d'accueil*

Le centre d'hébergement comprend 1 915 lits et l'hospice 1 078 lits.

Dans le centre d'hébergement, la proportion est de :

- 1 761 lits en dortoirs collectifs et
- 190 lits en cellules ou chambres à deux personnes,
- 1 649 lits-hommes, 302 lits-femmes.

Dans l'hospice, la proportion est de :

- 748 lits-hommes et
- 330 lits-femmes, en chambres de 4 à 6 personnes.

— *Occupation actuelle.*

Il y avait en novembre 1981, 1 648 hébergés, dont 1 481 hommes et 167 femmes, et 985 pensionnaires à l'hospice, dont 676 hommes et 309 femmes, soit au total 2 157 hommes et 476 femmes.

Le nombre de journées de présence au centre d'hébergement est en diminution depuis le début de la dernière décennie. Il était de 825 102 en 1971 et de 603 516 en 1981, mais cette situation globale recouvre des traits spécifiques ; on observe notamment une progression récente et très nette des nouveaux hébergés de moins de 30 ans.

A l'hospice, le nombre de journées a été plus stable durant les dix dernières années, avec une légère diminution depuis 1972 où il était de 423 121, jusqu'en 1981 où il était de 352 360 journées. Cette diminution paraît intimement liée à la modernisation des locaux, qui en a réduit la capacité, et au développement des séjours de vacances.

b) *Une fonction de soins : l'hôpital.*

— *Double vocation.*

L'hôpital de la maison de Nanterre est l'héritier de l'infirmier installée dès l'origine. La maternité elle-même n'était au départ destinée qu'aux hébergées de la maison. Il a donc pour fonction première d'être la structure de dispensation des soins dont ont besoin les hébergés et les pensionnaires, et de recueillir les pensionnaires invalides de l'hospice.

Dans cet esprit, il est indépendant du système hospitalier de droit commun et procède lui-même au recrutement de ses personnels, tant médicaux et paramédicaux que techniques ou administratifs.

Toutefois, l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur, dans la limite des lits disponibles, est intervenue dès le début du siècle et est allée en s'affirmant au cours du temps.

Sa capacité d'accueil est de 694 lits et son occupation (564 lits à la mi-novembre 1981, y compris la maternité) se répartit approximativement par tiers entre les hébergés du centre, les pensionnaires de l'hospice et les personnes de l'extérieur.

L'hôpital comprend une quinzaine de services, dont plusieurs spécialisés, et il lui est adjoint une école d'infirmières (trois classes d'une capacité de 40 élèves et un internat — 90 élèves actuellement) ainsi qu'un centre de formation d'aides-soignantes (capacité de 20 élèves — 12 élèves actuellement).

— *Occupation actuelle.*

Le nombre de journées d'hospitalisation a été, toutes disciplines confondues, de 191 854 en 1981. Ce nombre correspond à une diminution au cours de la dernière décennie, due principalement à la réduction du nombre de journées d'hospitalisation des malades extérieurs.

Une stabilisation apparaît toutefois depuis 1978. Les journées de 1981 se répartissent comme suit :

— malades extérieurs	75 431 (39,3 %)
— pensionnaires de l'hospice	55 830 (21,1 %)
— hébergés et autres personnes	60 593 (31,6 %)

Entre 1979 et 1980, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation de malades extérieurs ne doit pas être assimilée à la diminution du nombre de ceux-ci : le nombre de malades extérieurs admis s'est accru de 294 unités, alors que les journées d'hospitalisation de cette catégorie régresaient de 7 119 unités.

Enfin, il faut noter la progression nette des consultations externes, qui sont passées de 32 966 en 1976 à 40 475 en 1980, soit un accroissement de près du quart.

- Des activités périphériques se greffent sur ces trois fonctions principales.
- *Rôle de la B.A.P.S.A.*

La brigade d'assistance aux personnes sans abri (B.A.P.S.A.) et le service de protection et de sécurité (S.P.S.M.) qui relèvent tous deux de la direction de la sécurité publique de la préfecture de police, assurent quotidiennement le recueil des vagabonds et clochards.

— *Clientèle*

Le nombre de clochards et de vagabonds a considérablement augmenté :

1971 : 20 000 entrées,

1981 : 37 000 entrées.

Certains revenant plusieurs fois, les entrées en 1981 correspondent en fait à 6 372 personnes : 82,6 % hommes, 17,4 % femmes.

C. LES STRUCTURES FINANCIÈRES

1. Le budget.

Fixé primitivement pour 1981 à 150 180 505 F, le budget de la maison de Nanterre avait été porté à 158 563 505 F par deux décisions modificatives successives qui comportaient notamment une dépense supplémentaire de 2 763 000 F couverte par la majoration de prix de journée à compter du 1^{er} août 1981.

Le compte administratif de 1981 accuse un déficit de clôture de 3 945 884,99 F.

Toutefois, compte tenu des dépenses non mandatées et des recettes à reprendre, l'excédent de dépense propre à la gestion de 1981 est réduit à 2 172 827,65 F soit 1,44 %.

Pour 1982, le budget a été arrêté comme suit :

Section exploitation	186,9 millions de F
Section investissement	11,8 millions de F

(Cette dernière étant financée exclusivement par la section d'exploitation.)

Structures :

Dépenses de personnel	96,7 millions de F
Dépenses de matériel	69,5 millions de F

2. Les ressources.

L'essentiel provient du produit des prix de journées.

Produit du prix de journée..... 162,8 millions de F

On peut à cet égard faire remarquer que ces prix de journée sont relativement bas.

Exemple pour 1982 :

Prix de journée chirurgie	743,35 F
Prix de journée médecine	546,57 F
Prix de journée hospice	130,00 F

Contribution de la ville de Paris et des trois départements de la petite couronne :
10,5 millions de F.

• Hauts-de-Seine	(20,64 %)
• Seine-Saint-Denis	(12,16 %)
• Val-de-Marne	(10,32 %)
• Ville de Paris	(56,28 %)

• *Le personnel.*

a) L'effectif budgétaire du personnel permanent est de 986. L'effectif réel n'est que de 832.

b) L'effectif budgétaire du personnel paramédical de l'hôpital est de 544 agents (474 en 1982) :

- 25 infirmières générales, surveillantes chefs et surveillantes médicales ;
- 179 infirmières ;
- 15 infirmières spécialisées et sages-femmes ;
- 157 aides-soignantes ;
- 154 agents hospitaliers ;
- 14 puéricultrices, auxiliaires puéricultrices, techniciens.

c) Le personnel médical comprend quant à lui :

- 46 médecins (15 chefs de service et 31 adjoints ou assistants), dont 7 à temps plein et 39 à temps partiel ;
- 43 médecins vacataires totalisant 97 vacations ;
- 33 internes en médecine ;
- 7 internes en pharmacie ;
- 55 étudiants hospitaliers.

III. — COMPTE RENDU DES ENTRETIENS ET DE LA VISITE DE LA MAISON DE NANTERRE

Au cours de cette visite, plusieurs points spécifiques ont été soulignés par les différents intervenants et les membres de la délégation.

1. *La rénovation du patrimoine immobilier.*

Les raisons qui ont conduit à la création de la maison de Nanterre expliquent dans une certaine mesure, l'impression sévère, voire même carcérale, dégagée par les bâtiments.

Mais, néanmoins la conception originelle de la maison n'est pas étriquée. Les bâtiments qui représentent environ 70 000 mètres carrés de plancher sont répartis sur 12 hectares. Ils sont séparés par des cours ou des petits jardins et reliés entre eux par des galeries-promenades couvertes. A l'intérieur des bâtiments, les salles sont de vastes dimensions et ne présentent aucun signe de délabrement, ou de dégradation matérielle.

La visite effectuée permet de préciser que nombre de travaux de rénovation ont été entrepris depuis dix ans :

- Ex. : — Transformation de dortoirs, par l'installation de boxes ;
- Travaux de modernisation dans les cuisines (1964) ;
- Transformation des anciennes prisons en chambres.

C'est ainsi que dans la partie « hospice », la majeure partie des pensionnaires sont logés en chambre de quatre à cinq lits.

Toutefois, quelques dortoirs restent à transformer.

Il est bien certain que la rénovation des structures doit se poursuivre dans les années à venir afin de mieux insérer des fonctions d'animation et d'accueil.

2. *Les besoins en personnel.*

Pour la seule partie de la maison de Nanterre relevant de la compétence de la Commission de contrôle, les besoins en personnel existent.

Pour la section de cure médicale de l'hospice :

- Capacités d'hébergement : 90 lits
- Personnel disponible : 1 infirmière,
12 aides-soignantes,
5 agents hospitaliers.

Il apparaît urgent de recruter une dizaine d'infirmières et une vingtaine d'aides-soignantes.

La section de cure médicale est également animée par :

- 1 médecin à temps partiel ;
- 1 médecin (3 vacations par semaine) ;
- 1 psychologue (2 vacations par semaine) ;
- 2 kinésithérapeutes (temps plein).

Pour le long séjour à l'hôpital :

- Capacités d'hébergement : 90 lits.
- En effectif réel et disponible, il y a huit personnes (infirmières plus aides-soignantes).

Les besoins en personnel sont également ressentis tant en ce qui concerne le long séjour, que pour l'ensemble des services de l'hôpital. Pour remédier à ce manque de personnel, des palliatifs sont souvent employés (agents hospitaliers pour aides-soignantes, aides-soignantes pour infirmières et parfois utilisation d'hébergés (auxiliaires), dans des tâches au contact des malades.

Or, en 1981 et 1982, aucune création de poste n'a été autorisée.

La sécurité de personnes âgées, le confort auquel elles ont droit, le respect de leur dignité, tant physique que morale, nécessitent un personnel en nombre suffisant et bien formé. C'est un effort en ce sens qui devra être réalisé dans les années à venir.

3. *Améliorer les conditions de vie des pensionnaires de l'hospice et du centre d'accueil.*

Les entretiens que la délégation a eu avec le directeur de la maison de Nanterre ont mis en valeur les réalisations suivantes, mises en place depuis 1981.

- Suppression des punitions ;

- Suppression des distributions de vin comme récompense aux hébergés affectés à un emploi ;
- Suppression des deux points de vente de boissons alcoolisées ;
- Création de petits réfectoires de 240 personnes réparties dans des petites salles boxées de 24 personnes chacune ;
- Ouverture d'un centre d'achats pour les pensionnaires et les hébergés ;
- Ouverture de la bibliothèque à tous les pensionnaires ;
- Elections d'un comité des hébergés et d'un comité des pensionnaires de l'hospice (hommes et femmes) ;
- Création d'un comité d'animation avec le concours du personnel et des hébergés et organisation, à l'occasion des différentes fêtes (fin d'année, mardi gras, etc.) de matinées récréatives, de bals, spectacles et distribution de cadeaux, pour les pensionnaires de l'hospice et du centre d'accueil.

4. *L'avenir de la maison de Nanterre a également été évoqué.*

— La taille de cet établissement est en elle-même un obstacle à la politique d'humanisation et de transformation menée depuis plusieurs années et à toute tentative de réinsertion.

Le groupe de travail, réuni en septembre 1981, a montré la nécessité qu'il y avait à déconcentrer le centre d'hébergement et l'hospice et à prévoir leur éclatement en institutions de taille plus humaine (100 à 200 lits), sur l'ensemble du territoire de la région parisienne.

Mais à ce propos, il est apparu utile de rappeler que rien ne pourrait être fait sans l'accord des personnes accueillies à Nanterre et en particulier en ce qui concerne les personnes âgées. Pour ces dernières, en effet, il est indispensable d'éviter tout bouleversement ou solution de rupture avec leur mode de vie actuel.

Quant à l'hôpital, il devrait bénéficier d'un statut juridique qui lui soit propre : soit hôpital général, soit rattachement à l'Assistance publique.

DÉPLACEMENT A CACHAN

I — PRÉSENTATION DE LA DÉLÉGATION

Date — jeudi 14 avril 1983 8 h 30
11 h 30

— **Programme** : visite de l'établissement Cousin de Méricourt
15, av. Cousin de Méricourt
Cachan.

— *Composition de la délégation* :

M. Jean Colin, président de la Commission de contrôle (Essonne)
M. Jean Chérioux, rapporteur (Paris)
M. Jean Béranger, (Yvelines)
M. Paul Robert (Cantal)
M. François O. Collet (Paris)

II. — DONNÉES JURIDIQUES

A) STATUT JURIDIQUE

La Fondation Cousin de Méricourt est un établissement d'hébergement réservé aux personnes âgées non valides, dont l'état de santé ne leur permet pas de jouir d'une vie autonome, tant physiquement que mentalement.

Cet établissement relève du Bureau d'Aide Sociale de la ville de Paris, et est entièrement géré par lui.

B) STRUCTURES D'ACCUEIL :

Ouverture de l'établissement : septembre 1980.

capacité : 329 lits semi-valides : 132 lits
invalides : 260 lits.

A l'origine, la vocation de la Fondation était donc d'accueillir

1/3 personnes semi-valides

2/3 personnes valides.

— L'hébergement est assuré par : — 272 chambres à un lit :
 { 132 chambres pour semi-valides
 { 140 chambres pour invalides
— 60 chambres à deux lits pour invalides.

C) STRUCTURES FINANCIÈRES

— *Gestion*

1980 première année de fonctionnement qui enregistre un déficit important.

1981 bénéfice dégagé grâce à un coefficient d'occupation meilleur que prévu.

1982 petit déficit.

1982 : prix de journée (couvre le forfait hébergement, les soins, médicaments, frais de pharmacie).

— invalides 1^{re} catégorie (chambre 1 lit) : 315 F
2^e catégorie (chambre 2 lits) : 285 F

— semi-valides 1^{re} catégorie (chambre 1 lit) : 210 F
2^e catégorie (chambre 2 lits) : 188 F

Des démarches sont en cours pour ouvrir une section de cure médicale :

- elle couvrirait 80 % des capacités d'hébergement de la fondation,
- la proposition pour le forfait soins est de 85 F.

D) ÉTAT DU PERSONNEL

Il existe à la Fondation Cousin de Méricourt deux catégories de personnel.

- le personnel *rémunéré au mois sur la base de 169 heures*.
- le personnel *rémunéré à la vacation* au prorata du nombre d'heures travaillées.

1) le personnel rémunéré au mois sur la base de 169 heures

a) ce personnel est réparti suivant trois types d'activités.

- personnel administratif,
- personnel hospitalier,
- personnel ouvrier.

b) l'effectif du personnel rémunéré au mois comprend 350 agents répartis par activités dans les proportions suivantes :

- personnel administratif : 16
- personnel hospitalier : 319
- personnel ouvrier : 18

353

2) le personnel vacataire

L'effectif du personnel vacataire est moins important, il regroupe 10 personnes réparties dans les postes suivants :

- médecins : 5
- assistante sociale : 1
- animatrices : 2
- pédicure : 1
- coiffeuse : 1

III — COMPTE-RENDU DE LA VISITE EFFECTUÉE PAR LA DÉLÉGATION

1. La visite des bâtiments

Elle a permis de constater l'aspect très moderne de la Fondation. Elle est implantée dans un parc de quatre hectares et demi, sur l'emplacement de l'ancienne Fondation.

Les bâtiments actuels sont entièrement neufs et ont été construits entre 1977 et 1980.

La partie architecturale a été influencée, d'une part, par le souci de sauvegarder et d'aménager le parc existant ; d'autre part, par la nécessité d'intégrer les volumes du projet dans le site dominé par l'Aqueduc. Elle se compose de cinq bâtiments pouvant héberger chacun de 60 à 104 pensionnaires, et tous reliés entre eux. En principe, un bâtiment est consacré soit aux valides, soit aux semi-valides.

A l'intérieur des bâtiments eux-mêmes le caractère récent de leur construction a permis de faire des réalisations modernes et confortables :

— A chaque niveau de chaque bâtiment hébergeant les pensionnaires de la Fondation, sont installés :

- un poste de soins,
- une salle de séjour,
- trois sanitaires,
- un office pour le personnel de l'étage,
- un bureau de surveillante.

Ces lieux sont à la disposition des pensionnaires et du personnel.

— Chaque chambre est équipée de :

- un lit ou deux lits,
- un meuble bas,
- un placard mural,
- un sanitaire individuel,
- une table de chevet.

De plus, des locaux destinés à la vie des pensionnaires se situent au rez-de-jardin :

- hall d'accueil où se rencontrent la vie extérieure et la vie intérieure de l'établissement,
- une salle de spectacles,
- deux salles à manger (pensionnaire et personnel),
- une bibliothèque,
- une salle d'animation,
- un salon de coiffure,
- plusieurs sanitaires installés à différents endroits,
- cabinet de consultation,
- une salle de kinésithérapie.

Afin d'achever la description physique des lieux, on peut rappeler que dans la même enceinte était déjà construite la Résidence dite " L'Aqueduc ", qui, depuis l'ouverture en septembre 1980 de la nouvelle Fondation Cousin de Méricourt, est rattachée à cette dernière. Cette résidence offre une capacité d'accueil de 82 lits pour personnes âgées valides.

2. Les entretiens que la délégation a eus avec le Directeur de la maison de retraite et le Directeur du B.A.S. de la ville de Paris ont fait ressortir les points suivants.

a) les problèmes de personnel

La vocation originelle de la Fondation Cousin de Méricourt est de recevoir des personnes qui ont perdu toute autonomie, et qui sont soit semi-valides ou invalides. La proportion d'invalides pourrait être des 2/3 de la capacité d'hébergement de la maison.

Ceci implique un personnel para-médical et médical très important. Or, très vite après l'ouverture de la Fondation des problèmes d'effectifs se sont posés.

La pénurie la plus grave concerne les infirmières et ce, à deux niveaux :

* La Fondation Cousin de Méricourt rencontre des difficultés dans le recrutement des infirmières.

Au 1^{er} avril 1983, en ce qui concerne les infirmières :

- les cadres budgétaires sont de 29
- les cadres réels sont de 21 plus 5 intérimaires.

Cette situation s'est retrouvée d'ailleurs dans plusieurs établissements parisiens et de la région parisienne.

Les raisons avancées par les différents interlocuteurs entendus par la délégation sont :

- l'allongement de la durée des études qui passent de deux ans et demi à trois ans ;
- la réduction du nombre d'élèves-infirmières, réduction accentuée en 1982 et 1983. L'Etat fixe des contingents à l'entrée des écoles d'infirmières elles-mêmes et ces contingents sont en diminution.

ex : Promotion 1977 : base d'entrée en 1974 : 4 000 élèves, à l'heure actuelle, base d'entrée : 2 000 élèves.

— Les conséquences de cette pénurie se font ressentir sur le fonctionnement de la fondation.

La direction fait appel à des infirmières intérimaires étrangères et le coût financier de cette opération est important.

Depuis le mois de juillet 1982, les présences d'infirmiers intérimaires ont été les suivantes :

Juillet 1982

9 infirmiers intérimaires présents, dont 3 affectés à l'équipe de garde (15 h 00 — 23 h 00) et 6 affectés à l'équipe de veille (23 h 00 — 7 h 00).

Septembre 1982

1 infirmier intérimaire de garde.

Octobre 1982

9 infirmiers intérimaires dont 4 de garde et 5 de veille.

Novembre 1982

11 infirmiers intérimaires dont 8 de garde et 3 de veille.

Décembre 1982

9 infirmiers intérimaires dont 6 de garde et 3 de veille.

Janvier 1983

15 infirmiers intérimaires dont 5 de garde et 10 de veille.

Février 1983

8 infirmiers intérimaires dont 2 de garde et 6 de veille.

Mars 1983

5 infirmiers intérimaires dont 1 de garde et 4 de veille.

La surcharge de travail qui en résulte pour le personnel nuit au climat qui règne dans la Fondation, et à terme peut peser sur la sécurité des personnes hébergées.

Cette pénurie de personnel pourrait contraindre à modifier les conditions d'admission des personnes âgées invalides.

* Il s'avère également nécessaire de demander une augmentation des effectifs budgétaires. Plus encore que des infirmières, c'est d'un personnel d'encadrement dont aurait besoin la fondation. Or, en 1982, toute création de poste a été refusée. La demande avait été de 38 emplois :

10 infirmières,

22 aides-soignants,

6 agents hospitaliers.

En ce qui concerne les autres personnels hospitaliers, la situation est quelque peu différente,

au 5/05/83 :

aides-soignants : cadre budgétaire : 74

cadre réel : 88

Raisons : transformation de postes, élèves en formation.

agents hospitaliers : cadre budgétaire : 79

cadre réel : 200

Raisons : agents hospitaliers en cours de formation d'aides-soignants mais ils ne travaillent pas à plein-temps à la Fondation Cousin de Méricourt.

Il apparaît donc que la pénurie d'infirmières est particulièrement préjudiciable au bon fonctionnement de la maison de retraite.

De façon générale, le Directeur du B.A.S. de Paris rappela donc l'urgence qu'il y avait à former plus d'infirmières. Car, à défaut d'augmenter immédiatement le nombre des infirmières diplômées, les élèves infirmières stagiaires pendant leurs années d'école peuvent améliorer considérablement le fonctionnement des services.

3. Enfin, le problème de l'animation de la Maison de retraite a été également abordé par la délégation.

Il a été rappelé que cette fonction d'animation requiert obligatoirement du personnel, et que toute pénurie en ce domaine lui est préjudiciable.

L'accent a été mis également sur les difficultés qu'il y avait à animer une maison de retraite, consacrée à l'accueil des semi-valides, et des invalides.

Enfin, le directeur, au cours de la visite a exposé à la délégation les différentes actions qui sont menées.

Deux animatrices sont chargées de guider les pensionnaires à travers les différentes activités énoncées ci-dessous : peinture sur soie, vannerie, travaux de couture, tapisserie, jeux de société, lecture (une bibliothèque est à la disposition du personnel).

Le service Animation organise tous les 28 de chaque mois, une fête à l'occasion des anniversaires des pensionnaires.

Deux fois par mois ont lieu des séances récréatives telles que la projection de films, la présence de troupes théâtrales, des spectacles de variétés.

Les jours des fêtes religieuses et nationales sont l'occasion de repas améliorés.

Enfin, un salon de coiffure recevant gratuitement les femmes et les hommes est ouvert les mercredi et jeudi de chaque semaine.

DÉPLACEMENT A NICE

I. — PRÉSENTATION DE LA DÉLÉGATION

Programme de la visite

Jeudi 21 avril 1983.

Visite de la clinique médicale, centre de gériatrie « Les Sources », créée à l'instigation des régimes complémentaires de retraite.

Composition de la délégation :

MM. Jean Colin, président,
Jean Cherioux, rapporteur,
Jean Béranger,
Charles Bonifay,
Pierre Bouneau,
François Collet,
Alfred Gerin,
M^{me} Cécile Goldet,
M. Pierre Matraja.

II. — DONNÉES LOCALES

Département des Alpes-Maritimes

a) *Population totale :*

879 700 (à partir du recensement de 1982)

- + 65 ans : 189 170 (21,5 %)
- 65 — 74 ans : 99 740 (11,3 %)
- + 75 ans : 89 430 (10,2 %)
- + 85 ans : 19 038 (2,2 ‰)

On peut estimer que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus dépassera très largement 70 000 en l'an 2000 dans le département.

La population âgée était ainsi répartie :

- 64,33 % sur l'arrondissement de Nice,
- 35,67 % sur l'arrondissement de Grasse.

Il faut noter que 72,9 % des personnes âgées sont installées sur la région côtière.

En cinq années, l'accroissement du taux des personnes âgées de plus de 65 ans aurait été de 0,3 % dans le département par rapport à la population totale.

b) *Contexte géographique*

Le département des Alpes-Maritimes a la particularité d'être composé d'une frange côtière surpeuplée, d'une profondeur de 20 km environ seulement, d'un moyen pays très réduit où sont surtout installées des résidences secondaires de très haut luxe, et d'un pays montagneux assez déshérité. Ce haut pays est drainé par six vallées où se concentre une population essentiellement rurale. Il est pratiquement impossible de passer d'une vallée à l'autre sans revenir sur le littoral. De plus, la route la plus accessible pour atteindre la vallée de la Roya transite par l'Italie.

La côte jouit d'un climat tempéré et agréable toute l'année. Il n'en est pas de même du haut pays où sévissent des hivers rigoureux rendant les communications parfois difficiles entre les diverses concentrations d'habitat.

c) *Capacité d'hébergement des personnes âgées de la région (exercice 1981)*

- Nombre de lits en service
- en maison de retraite publiques : 1 263
- en hôpital : 3 018
- long séjour public : 255
- section hospice : 1 500

CATÉGORIES (public et privé)	Nombre d'établissements	Capacité
Hospice	9	1 136
Maison de retraite	90	4 267
Hospice et maison de retraite indifférenciés		
Logement-foyer pour personnes âgées	12	566
Foyer-club	12	—
Foyer-restaurant	18	—
Club	110	—
Service d'aide-ménagère à domicile	33	—
Centre d'existence téléphonique	1	—
Service de soins à domicile pour personnes âgées	8	353
Centres de moyen et long séjours et public et privé	9	522
Total pour 1981	302	6 844

Les équipements existants concernent d'une part, les structures nécessaires au maintien à domicile, d'autre par les équipements de substitution, variant selon l'autonomie de la personne âgée.

A) LE MAINTIEN A DOMICILE

• *Les clubs*

On recense plus de 100 clubs de personnes âgées dans le département. Si certaines associations n'ont pas été créées, il n'en demeure pas moins que dans de nombreux villages les personnes âgées se réunissent dans les « Maisons pour Tous ».

• *Les services d'aide-ménagère*

Si les services couvrent la quasi totalité des communes du littoral, un grand nombre de cantons des moyen et haut pays en sont totalement dépourvus et notamment des cantons à fort taux de personnes âgées.

Il faut noter que seuls quatre cantons dans le haut pays sont dotés d'un service d'aide-ménagère. Il s'agit d'ailleurs de services gérés par des syndicats intercommunaux ou intercantonaux qui ont bénéficié de subventions dans le cadre du programme finalisé du VI^e Plan ou du programme d'Action Prioritaire n° 15 du VII^e Plan.

67 organismes gestionnaires de services d'aide-ménagère ont conclu des conventions avec le département et avec les caisses de retraite.

Aussi, 119 communes bénéficient de ces services.

Toutefois, on ne peut que s'étonner du faible nombre de bénéficiaires du service d'aide-ménagère dans les cantons de Puget-Theniers, Villars-sur-Var et Breil-sur-Roya. En 1980, huit personnes âgées ont fait appel, alors que ces deux cantons comptaient respectivement 540 et 305 personnes âgées en 1975.

Cela peut s'expliquer par les réticences des personnes âgées elles-mêmes qui ne souhaitent pas que des « étrangers » s'immiscent dans leurs affaires.

• *Les services de soins à domicile*

Ils ont démarré très lentement, en raison de difficultés avec la Caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes qui estimait nécessaire d'immatriculer les infirmières libérales qui participaient au service géré par les bureaux d'aide sociale.

En effet, les bureaux d'aide sociale ont passé convention avec les infirmiers de statut libéral.

Trois conventions ont été conclues avant 1982 avec le département par les bureaux d'aide sociale de Nice, Antibes et Menton, et une avec l'association « Un toit pour les vieux » à Cannes qui gère également le service d'aide-ménagère. Cette association emploie des infirmières salariées pour l'exécution des soins.

Six nouveaux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ont pu fonctionner en 1982, assurant la prise en charge de 315 personnes âgées journalièrement. Les deux services de Cannes et Nice ont obtenu respectivement 21 et 18 places supplémentaires.

En 1983, un service géré par l'Union départementale des Mutuelles de Travailleurs assurera la prise en charge de 130 personnes âgées.

Actuellement, ce sont 573 places dont dispose le département pour les soins à domicile. Deux nouveaux projets sont en cours.

— L'hospitalisation à domicile

Deux services fonctionnent : l'un géré par l'association d'hospitalisation à domicile à Nice et Région, l'autre, à partir du centre hospitalier de Cannes.

— Les foyers-restaurants

Situés essentiellement dans les villes côtières, à l'exception de Grasse, ils sont au nombre de 28.

— Les services de portage de repas à domicile.

Un service de ce type fonctionne à Nice depuis le début de l'année 1981 et concerne environ cent personnes. Il s'adresse aux personnes qui ne peuvent quitter leur domicile pour raison de santé. De même, un service a été mis en place à Cannes.

Un projet est actuellement en cours à Menton. Le service pourra vraisemblablement fonctionner avant la fin de l'année 1983.

B) LES ÉTABLISSEMENTS

— Les foyers-logements qui s'adressent à une clientèle autonome : 10 foyers-logements offrent 790 lits. Ils sont tous situés sur le littoral.

— Les maisons de retraite privées

Ces établissements destinés à recevoir des personnes âgées valides ne pouvant pas vivre isolées, accueillent par suite d'une forte demande, et en raison de la perte d'autonomie progressive de leurs pensionnaires, une grande majorité d'invalides.

Les 15 maisons de retraite privées conventionnées représentent 1 030 lits. Elles sont essentiellement situées sur le littoral. Sept d'entre elles comportent une section de cure médicale représentant 365 lits.

Le département compte également un très grand nombre de maisons de retraite privées non conventionnées qui ne sont pas éloignées de la côte de plus de 30 km, la plus forte concentration d'établissements non conventionnés se localisant à Contes. Les maisons de retraite privées non conventionnées sont au nombre de 76 totalisant 2 706 lits.

— Les hospices et maisons de retraite publics

On recense 25 maisons de retraite publiques, hospices ou sections d'hospice, rattachés à des hôpitaux, ce qui représente 2 596 lits, dont 772 pour invalides, et 132 en section de cure médicale.

La plupart de ces établissements accueillent également des personnes âgées de moins de 60 ans qui sont souvent handicapées mentales.

Les hospices du haut-pays hébergent un grand nombre de personnes âgées présentant un degré différent d'autonomie et qui proviennent des villes côtières.

— Les établissements de long et moyen séjours pour personnes âgées

Un établissement de type V. 120 a ouvert récemment à Vallauris. A Cannes, un V. 140 avec 20 lits de moyen séjour « Isola Bella » fonctionne.

La maison de cure médicale de « Roquebillière » compte également en long séjour 61 lits et 19 lits en moyen séjour. Le total des lits de long séjour s'élève ainsi à 301 lits. Celui des lits de moyen séjour pour personnes âgées à 39 lits.

De plus, une section de convalescence de 10 lits fonctionne à l'hôpital rural de Sospel, et une autre de 30 lits à la maison de retraite publique de Bar-sur-Loup.

Le centre hospitalier régional de Nice dispose à Tende de 120 lits de convalescence rattachés à la maison de retraite de 130 lits du même établissement.

Il est à noter que 80 lits de géronto-psychiatrie et 50 de chroniques reconnus comme tels par la Sécurité sociale fonctionnent au centre hospitalier régional de Nice et à Breil-sur-Roya.

C) LES PROPOSITIONS DE TRANSFORMATION DES HOSPICES

A la suite du plan départemental d'équipement des Alpes-Maritimes, les propositions pour la transformation des hospices, sections d'hospices et hôpitaux ruraux, s'établissent comme suit dans le tableau ci-après :

	Existants	Demandés	Proposés
Médecine (1)	100	98	83
Moyen séjour (2)	199	354	373
Long séjour	301	1 139	696
Géronto-psychiatrie	80	50	50
Chroniques	50	0	0
Section de cure médicale	132	242	479
(établissements publics)			

(1) En ce qui concerne les lits de médecine, n'apparaissent que les lits existants dans cette discipline dans les hôpitaux ruraux.

(2) En ce qui concerne les lits de moyen séjour, il a été tenu compte des 120 lits de convalescence du centre hospitalier régional de Nice installés à Tende.

En conclusion : les établissements de personnes âgées totalisent actuellement 7 752 lits répartis ainsi :

- maisons de retraite publiques, hospices et section d'hospice
 - valides 1 692
 - invalides 772
 - section de cure médicale 132
 - géronto-psychiatrie 80
 - chroniques 50
 - long séjour 301
 - moyen séjour 199
- logements-foyers 790
- maisons de retraite privées 3 736

dont 1 030 conventionnés parmi lesquelles 365 en section de cure médicale.

La Sécurité sociale prend donc actuellement en charge au titre des personnes âgées :

- 80 de géronto-psychiatrie,
- 50 de chroniques,
- 301 de long séjour,
- 199 de moyen séjour,
- 497 de sections de cure médicale,

soit un total de 1 127 lits.

	Département	Nice
Foyer-logement	790	418
Maisons de retraite privées		
conventionnées	1 030	613
non conventionnées	2 706	855
Hospices et maisons de retraite publiques	2 596	275
Cure médicale (long et moyen séjours)	500	0
Chroniques	50	50
Géronto-psychiatrie	80	30
	7 752	2 241

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, de par sa situation, attire un grand nombre de retraités et de personnes âgées, notamment en bordure du littoral. A Nice et dans les environs, il y a un besoin considérable de lits en long et moyen séjours.

III. — STRUCTURE JURIDIQUE

La gestion de l'établissement est assurée par l'association de gestion de la résidence médicale des Sources.

Cet organisme privé, à but non lucratif, constitué sous la forme d'association loi de 1901, a son siège social à Nice.

b) *Descriptif technique*

La capacité de l'établissement est de 216 lits répartis dans 130 chambres. L'établissement a été conçu pour permettre aux personnes âgées hospitalisées de trouver des conditions d'hébergement collectif pouvant répondre aux exigences de la gériatrie (hospitalisation, activité de base, hôpital de jour, consultations, bilans de santé). Un médecin chef secondé par d'autres médecins assume la responsabilité médicale. Des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et diététiciennes, infirmières et aides-soignantes complètent l'aide médicale.

IV. — COMPTE RENDU DES ENTRETIENS

Présents :

- membres de la délégation,
- le président de l'association de gestion de la résidence,
- le directeur de l'établissement,
- le médecin chef,
- un inspecteur de la D.D.A.S.S.

Le président de l'association a tout d'abord précisé que c'est à l'initiative des institutions de retraite des cadres réunies en une association que la clinique médicale « Les Sources » a été créée.

Les membres retraités appartenant aux caisses fondatrices bénéficient d'une priorité d'accueil mais les assurés sociaux ne relevant pas du régime des cadres peuvent être également admis, leurs frais de séjour étant pris en charge par les caisses primaires d'assurance maladie.

L'agrément date de 1974 et l'ouverture de novembre 1982.

La population de l'établissement occupe surtout les lits de médecine aiguë, l'admission se faisant sur critères médicaux ; la durée moyenne du séjour est de 23 jours.

Le long séjour est une nécessité (50 à 70 lits prévus sur les 216). Les lits de long séjour ne seront ouverts que lorsque la convention, actuellement en cours d'élaboration, sera établie. La convention ne couvrira que la partie forfait soins.

Le prix de journée forfaitaire est fixé par la CRAM. Les honoraires médicaux sont payés à l'acte sur la base des tarifs de ville.

Il n'y a pas de problème aigu de personnel. Actuellement plus de 260 personnes sont employées dans l'établissement.

Ensuite, l'inspecteur de la D.D.A.S.S. a soulevé les problèmes posés par l'établissement avec le centre hospitalier régional de Nice. En effet, si le C.H.R. dispose de lits de médecine en nombre suffisant, un cruel besoin se fait sentir pour les lits de long et moyen séjours.

Sur les 216 lits de la clinique « Les Sources », 168 sont des lits de médecine dont le ministère, ainsi que la D.D.A.S.S. ont demandé la reconversion en lits de long et moyen séjours. Ainsi une convention avec le C.H.R. pourrait être envisagée. Mais cette reconversion ne semble pas souhaitée par l'organisme gestionnaire qui n'a pas encore fait connaître sa position.

Puis l'inspecteur de la D.D.A.S.S. a fait remarquer que s'il n'y avait pas de problème de personnel à la clinique « Les Sources », ce n'était pas le cas dans la majorité des établissements.

En 1980 une nette diminution des effectifs de première année des élèves des écoles d'infirmières est intervenue à la suite d'une circulaire ministérielle du 28 mai 1980. Depuis 1980 les effectifs se maintiennent aux normes fixées, avec toutefois une légère tendance à la baisse. Sur les quatre écoles du département on a constaté une chute de 23,6 % de l'ensemble des effectifs en 1980.

DÉPLACEMENT A MARSEILLE

I — PROGRAMME DE LA VISITE

Judi 21 avril 1983

- **Visite de l'hospice départemental de Montolivet**

- *Composition de la délégation :*

MM. Jean Colin, président.

Jean Chérioux, rapporteur.

Charles Bonifay,

Pierre Bouneau,

François Collet,

Alfred Gérin,

Mme Cécile Goldet.

MM. Pierre Matraja,

Pierre Christian Taittinger.

II — Données locales

Département des Bouches du Rhône

a) *Population totale* : 1 772 000 (à partir du recensement de 1982).

— plus de 65 ans : 231 630 (13,5 %)

— moins de 65 et de 74 ans : 128 900 (7,5 %)

— plus de 75 ans : 102 730 (6,0 %)

— plus de 85 ans : 10 216 (1,4 %)

b) *capacité d'hébergement* :

— en maison de retraite publiques : 1 758

— en hôpital

2 908

● long séjour public : 432

● section hospice : 718

CATEGORIES (public et privé)	13	
	Nombre d'établissement	capacité
Hospice	3	1 467
Maison de retraite	110	7 806
Hospice et maison de retraite indifférenciées		
Logement foyer pour personnes âgées	36	2 355
Foyer club	22	—
Foyer restaurant	70	—
Club	189	—
Service d'aide ménagère à domicile	40	—
Centre d'existence téléph. Service de soins à domicile pour personnes âgées	10	355
Centres de moyen et long séjour et public et privé	12	1 164
TOTAL	492	13 147

Pour les Bouches du Rhône, les demandes non satisfaites concernent l'ensemble des établissements du département. La presque totalité des établissements ayant un taux d'occupation de 100 %.

III — STRUCTURES JURIDIQUES ET DESCRIPTIF TECHNIQUE

a) Structures juridiques

Etablissement public départemental autonome administré par une commission administrative.

La composition, les attributions et le régime des délibérations de la commission administrative sont fixés par décret en Conseil d'État.

La commission administrative comprend neuf membres (quatre élus par le conseil général, parmi lesquels la commission administrative doit désigner son président, un élu par le conseil municipal et quatre désignés par le préfet, nommés pour six ans, renouvelables par moitié tous les trois ans).

b) descriptif technique

A la suite d'une délibération de la commission administrative, la répartition des lits souhaitée en fonction des différents secteurs d'activité est :

- médecine gériatrique : 60 lits
- moyen séjour : 240 lits
- long séjour : 720 lits
- valide, maison de retraite : 180 lits

La capacité théorique actuelle est de 1 240 lits et se décompose ainsi : 60 lits gériatriques (dont 43 lits installés) et 1 180 lits de valides et invalides (dont 932 installés et 90 % affectés à des invalides). Il y a donc 975 lits installés.

Un service long et moyen séjour doit ouvrir au cours du troisième trimestre 1983 (80 lits moyen séjour et 160 long séjour).

En raison de la mise en service du MLS 240, de la réouverture de 64 lits et de la fermeture d'un pavillon, le nombre de lits passerait de 975 à 1 001.

IV — COMPTE-RENDU DE LA VISITE

Présents : membre de la délégation
directeur de l'établissement
médecin chef de l'établissement
un inspecteur de la D.D.A.S.S.

Avant d'aborder les problèmes de la maison départementale, le directeur de l'établissement a rappelé quelques points relatifs à son évolution.

L'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958, portant réforme de la législation hospitalière avait classé les établissements hébergeant des personnes âgées en deux catégories :

- les maisons de retraite, recevant uniquement des vieillards,
- et les hospices, accueillant non seulement des vieillards, mais aussi des infirmes et des incurables.

En dépit de son appellation de maison de retraite, l'établissement était, dès cette époque, un véritable hospice.

En 1963, le Directeur signalait dans son rapport annuel : " l'établissement reçoit de plus en plus d'invalides et il semble que l'on sera conduit dans un avenir prochain à une organisation orientée vers un fonctionnement plus médical de l'établissement ". De cette constatation, reprise et mise en évidence dans les rapports moraux des années suivantes, la Commission Administrative tira les conséquences nécessaires en ce qui concernait le personnel des services dits médicaux et le corps médical, mais les mesures prises furent limitées du fait du classement de l'établissement.

C'est pourquoi, le 16 mai 1969, le Directeur soumettait à la Commission Administrative un nouveau rapport dans lequel il indiquait en particulier : " Le rôle initial de la Maison de Retraite a été très sensiblement modifié au cours des années. Primitivement habilité à recevoir des personnes âgées valides, l'établissement se transforme peu à peu en une maison pour personnes âgées semi-valides, puis invalides, très souvent malades. " Aussi proposait-il, en même temps que la transformation d'un certain nombre de lits en service de médecine gériatrique, celle de la Maison Départementale de Retraite de Montolivet en " Centre Hospitalier de Gériatrie ". La Commission adoptait ses conclusions.

Le 20 mai 1970, la Commission Administrative s'orientait alors vers le classement de l'établissement comme " hôpital " et retenait la dénomination de " Centre Médical pour personnes âgées ".

Dans sa réponse du 26 janvier 1971, le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale ne se prononçait pas sur le classement sollicité car, indiquait-il " nonobstant l'approbation du nouveau programme de l'établissement qui a été notifiée le 2 novembre 1970, la question se pose de savoir s'il est opportun, d'envisager la création d'un hôpital départemental dans une zone où existe déjà un Centre Hospitalier Régional à vocation universitaire ".

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière était intervenue entre-temps, mais les dispositions de son article 4, qui créait notamment la catégorie des centres de convalescences, cure ou réadaptation, établissements ayant pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements importants comportant des périodes d'hospitalisation prolongée, devaient pour entrer en vigueur être précisées par des textes d'application, décret et circulaire.

Avant même que ces textes soient publiés, le Ministère, dans une circulaire du 24 septembre 1971, définissait les objectifs de la politique médico-sociale en faveur du troisième âge. Ceux-ci visant à " maintenir le plus possible l'autonomie et l'intégration sociale de la personne âgée, tout en faisant face à ses besoins particuliers de santé ", il convenait à la fois de " favoriser les politiques tendant au maintien à domicile et de développer les équipements collectifs d'hébergement et de soins ".

Après avoir enregistré l'accord donné le 31 janvier 1972 par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale pour la création de 60 lits de médecine gériatrique, accord dans lequel il était indiqué que l'ensemble de la Maison Départementale de Retraite de Montolivet pourrait constituer à terme un centre de gériatrie fonctionnant selon les dispositions de la circulaire du 24 septembre 1971, la Commission Administrative, dans sa séance du 6 octobre 1972, formula le souhait que l'établissement soit classé dans la catégorie des maisons de santé ou de cure médicales.

Aussi, malgré la parution des textes d'application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 : d'abord le décret du 6 décembre 1972, puis la circulaire du 29 octobre 1973, la situation de la Maison Départementale de Retraite de Montolivet ne pouvait-elle évoluer.

Il y a lieu de noter toutefois que la circulaire du 29 octobre 1973, tout en rappelant que " l'hospice, l'établissement d'hébergement, devait être rénové, modernisé, conçu désormais comme un établissement de soins pour infirmes et curables ", soulignait qu'un problème restait à résoudre, celui du prix de journée dans les maisons de santé et de cure médicale.

La loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, que l'on attendait depuis 1970, fut promulguée le 30 juin 1975. Nécessaire prolongement de la loi hospitalière, elle énumérait dans son article premier les organismes et établissements relevant de son domaine, au nombre desquels figuraient ceux hébergeant des personnes âgées, et en particulier les maisons de retraite.

Elle disposait, par ailleurs, dans son article 23, qu'avant dix ans, les hospices devraient être transformés selon les besoins :

— soit en unités d'hospitalisation ou en centres de cure régis par la loi du 31 décembre 1970 ;

— soit en établissements publics destinés à l'hébergement des personnes âgées ressortissant de la loi sociale.

Mais elle laissait en suspens la question de la prise en charge des frais de séjour des personnes âgées dans les maisons de santé et de cure médicale. Alors que depuis six ans la Commission Administrative avait manifesté à différentes reprises son intention de voir affirmer par un classement mieux adapté la vocation sanitaire

de la Maison Départementale de Retraite de Montolivet, elle estima alors, dans l'attente du règlement de ce point important, qu'il y avait lieu de surseoir à la présentation d'une nouvelle demande.

Les modalités de prise en charge des dépenses afférentes aux soins dispensés dans les services de moyen et de long séjours furent enfin définies par la circulaire interministérielle du 6 juin 1977 qui institua :

— pour le moyen séjour, un prix de journée opposable en totalité à l'Assurance Maladie ;

— pour le long séjour, un prix de journée comprenant des frais d'hébergement et un forfait journalier de soins, ce dernier seul étant susceptible de faire l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

Les dispositions de la circulaire du 6 juin 1977 furent d'abord commentées et précisées, dans un sens restrictif d'ailleurs, par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie les 22 juin et 22 décembre 1977. Elles furent ensuite confirmées par la loi du 4 janvier 1978 qui substitua aux centres de convalescence, de cure ou de réadaptation prévus en 1970 par la loi hospitalière :

— des centres de moyen séjour ayant " pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus " ,

— et des centres de long séjour ayant " pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien " .

La Commission Administrative détenait maintenant les informations lui permettant de faire, en pleine connaissance de cause, le choix prévu à l'article 23 de la loi du 30 juin 1975.

Depuis 1969, le pourcentage de pensionnaires invalides avait encore augmenté. Il atteignait 90 % environ de la population de la section " hospice " . La médicalisation et la paramédicalisation avait été accentuées par l'ouverture depuis le mois de mars 1977 du service de médecine gériatrique dirigé conjointement par M. le Professeur Pierre Bernard et M. le Docteur Robert Fenasse.

Ces éléments militaient en faveur d'un classement " sanitaire " , mais en sens inverse, il était indispensable de prendre en considération la présence à la Maison Départementale de Retraite de Montolivet, d'une part, de personnes âgées valides, d'autre part, de personnes handicapées de moins de 65 ans.

Puis ont été évoquées les problèmes de l'humanisation et de la rénovation de l'établissement. 240 lits sont en cours de finition. Dans certains pavillons le confort est souvent insuffisant (salles communes jusqu'à 22 lits, salles communes boxées).

L'importance des listes d'attente est fonction de la qualité des pavillons. S'il y a beaucoup de lits dans le secteur privé, la maison départementale de Montolivet est le seul établissement sur la commune de Marseille.

Le long séjour hospitalier tel qu'il est prévu par la loi n'existe pas à l'assistance publique de Marseille.

Il n'y a pas, au sens propre du mot, de plan d'équipement de la commune de Marseille pour l'hébergement des personnes âgées.

L'hébergement des valides qui deviennent invalides est un problème.

Le point abordé ensuite a été celui de la transformation en établissement sanitaire. Dans la perspective d'une telle transformation et d'une ouverture du service moyen et long séjour des créations d'emploi sont indispensables, et c'est un problème aigu :

Le budget établi pour 1983 prévoit la création de 95 postes non médicaux dont 82 affectés au nouveau bâtiment (la création de 82 postes est rendue indispensable pour la mise en service des 240 lits). Deux postes médicaux sont également prévus.

Le ratio agent/lit passerait ainsi de 0,521 en 1982 à 0,60 ou à 0,589 si seulement 82 postes sont accordés sur les 95 demandés.

Le prix de journée est de 147 F pour les valides et 276 F pour les invalides.

Enfin, le problème du financement du pavillon de moyen et long séjour de 240 lits a été abordé. Il se présente comme suit :

ÉTAT

- Subvention de 20 % sur 39 081 600 F 7 816 320 F

ÉTABLISSEMENT PUBLIC RÉGIONAL

- Subvention de 1 000 000 F

*CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DU SUD-EST*

- Prêt de 30 % sur 39 081 600 F 11 724 480 F

DÉPARTEMENT DES BOUCHES DU RHONE

- Prise en charge des annuités d'un emprunt auprès de la Caisse d'Épargne et de Prévoyance des Bouches du Rhône et de la Corse (10 % sur 39 081 600 F) 3 908 160 F

O.R.G.A.N.I.C.

- Prêt 2 400 000 F

*MAISON DÉPARTEMENTALE DE RETRAITE
DE MONTOLIVET*

- Prise en charge des annuités d'un emprunt auprès de la Caisse d'Épargne et de Prévoyance des Bouches du Rhône et de la Corse 18 642 840 F
- Fonds propres 1 715 255 F

47 207 255 F

Et c'est en définitive une dépense de 57 millions de francs qui a été engagée (construction + équipement), et la charge d'une telle dépense soulève un problème aigu pour l'avenir : sera-t-il possible de faire face à d'autres dépenses de rénovation ?

DÉPLACEMENT A BESANÇON

PROGRAMME DE LA VISITE

4 mai 1983

1. Visite du service municipal d'aide à domicile : La Maison du troisième âge, Besançon.

2. Visite de la maison de retraite, centre de cure médicale d'Avanne à Beure.

Composition de la délégation

M. Colin, président.

M. Cherioux, rapporteur.

MM. Bonifay, Gerin, Louvot, sénateurs.

DONNÉES LOCALES

Département du Doubs

Population totale

- 1975 = 471 850 000
- 1982 = 490 967 000

Population par tranche d'âges (1975), (1982 non encore disponible)

+ 65 ans	47 920 (10,15 %)	M 18 900 F 29 020
65/69	16 370 (34 %)	M 7 515 F 8 855
70/74	13 505 (28 %)	M 5 670 F 7 835
75/79	9 540 (19,9 %)	M 3 475 F 6 065
80/84	5 250 (10,9 %)	M 1 475 F 3 775
85 =	3 255 (6,7 %)	M 765 F 2 490

STRUCTURES JURIDIQUES DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS

La Maison du troisième âge de Besançon

A la suite d'un contrat conclu entre la ville, le centre communal d'action sociale et l'Office d'H.L.M., ce dernier est devenu propriétaire des lieux.

L'Office d'H.L.M. assure la gestion des logements (3 F1, 19 F1 bis et 6 F2) puisque les crédits de rénovation-construction ont fait l'objet d'un conventionnement d'aide personnalisée au logement (A.P.L.) ; toutefois, il a été entendu que le centre communal d'action sociale attribuerait les logements en aidant les plus défavorisés si besoin est.

La maison de retraite centre de cure médicale d'Avanne

La maison de retraite d'Avanne fait partie d'un ensemble de sept établissements regroupés au sein de « l'Hospice Maison de retraite départemental du Doubs » érigé en établissement public par décret du Premier ministre en date du 21 février 1981.

Actuellement, il comporte :

- 164 lits de long séjour avec un objectif de 80 lits supplémentaires dus à la fermeture de l'établissement de Tilleroyes. Age moyen : 83 ans. Ratio de personnel 0,49/lit. Taux d'occupation : 95 %.
- 158 lits de maison de retraite, section de cure médicale. Age moyen : 79 ans. Ratio de personnel : 0,17/lit. Le taux d'occupation est de 75 %.

L'effectif du personnel se décompose comme suit :

services administratifs	4
services généraux	4,5
services d'entretien	5
cuisine	10
buanderie	6,5
service de soins	116,5
téléphoniste	1
animation	0,5

Soit 148 postes. Il y faut ajouter un médecin-chef assisté de trois internes (un interne et deux faisant fonction).

COMPTE RENDU DE L'ENTRETIEN A AVANNE

Présents :

- les membres de la délégation,
- le conseil d'administration de l'établissement (cinq membres sur six dont le président et le médecin-chef),
- un représentant de la D.D.A.S.S.

COMPTE RENDU

Le principal problème évoqué par les gestionnaires de l'établissement d'Avanne est relatif au vieillissement accéléré de la population des personnes âgées. Ce phénomène se produit dans des structures qu'il faut adapter à cette situation non seulement en ce qui concerne le côté matériel (création de lits de longs séjours) mais aussi pour les questions de personnel dont le nombre est à ce jour insuffisant.

Aujourd'hui l'établissement devrait se transformer pour accueillir 80 lits supplémentaires de long séjour et se voir attribuer 28 postes supplémentaires.

D'autre part, il faut aussi souligner que le vieillissement de la population de la région provoque la constitution de listes d'attente ; pour Avanne — en prenant en compte qu'il y a 60 décès par an — le nombre de demandes non satisfaites se montent à 20.

En ce qui concerne les conditions d'admission, le conseil d'administration a soulevé les problèmes suivants :

— d'une part, il a constaté un accroissement de la démence sénile doublé par la politique de redéploiement des hôpitaux psychiatriques. Ces phénomènes amènent à faire cohabiter des personnes âgées saines d'esprit avec des malades psychiques. Le conseil a souligné que ce problème n'était en aucun cas lié à des problèmes de taux de tolérance entre ces deux catégories ;

— d'autre part, le conseil a regretté qu'aujourd'hui pour les admissions en long séjour, il faille l'accord préalable du médecin-conseil. C'est là une directive de la caisse d'assurance maladie. La proportion des admissions en long séjour, à la suite de cette procédure, est de un cas sur quatre. La conséquence de cette situation est une surcharge pour le personnel puisque ces personnes âgées ne sont, en fait, plus valides.

Pour ce qui intéresse les questions de personnel proprement dites, les membres du conseil ont abordé les problèmes suivants :

— Ils ont souligné que leur demande de création d'un deuxième poste de médecin n'a toujours pas été satisfaite. En outre, il n'y a que trois internes, dont deux faisant fonction, pour l'ensemble de l'établissement.

— D'autre part, il a été indiqué les difficultés de recrutement en ce qui concerne les postes d'infirmières. Le représentant de la D.D.A.S.S. a indiqué qu'il n'y avait pas de « numerus clausus » dans les écoles ; mais le nombre d'élèves qui sont reçues est lié aux créations de postes. Par ailleurs, il a été indiqué que la durée de vie professionnelle est de cinq ans et que cette profession essentiellement féminine avait un fort taux d'absentéisme. Enfin, il est à noter que les infirmières ont une préférence pour le travail en hôpital.

Pour ce qui concerne les problèmes spécifiques de personnel :

- le conseil d'administration a indiqué que la région de Montbéliard peu attractive pour cette profession, connaissait un problème particulier de recrutement ;
- d'autre part, le nouvel établissement de Blamont qui doit se substituer à l'ancien hospice n'est toujours pas ouvert, bien que terminé depuis deux ans, faute de personnel. Il faudrait, à ce jour, créer 28 postes ; la décision ministérielle a été favorable mais la décision administrative n'est pas encore intervenue. Cet établissement avec les 28 postes accordés pourra fonctionner, avec difficultés, et à la condition que la Sécurité sociale octroie le long séjour.

ANNEXE III

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AMD : aide-ménagère à domicile.

CANTOU : centres d'animation naturelle tirée d'occupations utiles.

CMLS : centres de moyen et long séjours.

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse.

CPA : club de personnes âgées.

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie.

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie.

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie.

CRH : commission régionale hospitalière.

CRIS : commission régionale des institutions sociales.

DDASS : direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

DMS : durée moyenne de séjour.

HAD : hospitalisation à domicile.

HCMSS : haut comité médical de la Sécurité sociale.

LSH : long séjour hospitalier.

MAD : maintien à domicile.

MAPA : maisons d'accueil pour personnes âgées.

MSH : moyen séjour hospitalier.

SCFL : section de cure en foyer-logement.

SCM : section de cure médicale.

SIMR : section invalides en maison de retraite.

V 120, V 240, V 360 : établissements comprenant 120, 240 ou 360 lits de moyen et long séjours pour « vieux » (« programme de relance » de 1975).