



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



Centre collaborateur de l'OMS

**Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
Promotion (2006-2008)**

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DANS
LA REGION DU GRAND CASABLANCA
ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Santé publique

Elaboré par : Dr Loubna ABOUSSELHAM

Juillet 2008

RESUME

La prise en charge de qualité des soins de santé des personnes âgées requière une démarche et une organisation des soins spécifiques, qui tiennent compte de leurs particularités physiques, psychologiques et sociales.

Le Maroc a entamé sa transition démographique. L'augmentation du nombre personnes âgées dans la population s'accompagne de l'augmentation des besoins de soins gériatriques spécialement orientés vers cette catégorie de la population.

Notre étude s'est proposée d'établir l'état des lieux de l'offre de soins spécialement orientée vers les personnes âgées au niveau de la région du Grand Casablanca et de le confronter avec les besoins de soins de la population âgée de la région, dans le but de vérifier leur adéquation.

Afin d'évaluer les besoins de soins de cette catégorie de la population, nous avons exploré l'avis des gestionnaires des services de soins au niveau de la région : 106 questionnaires ont été distribué d'une façon exhaustive aux médecins chefs des circonscriptions sanitaires de la région. Ainsi que des entretiens avec les délégués et les directeurs des centres hospitaliers de la région.

Notre étude a révélé que les personnes âgées malades constituaient une proportion assez importante parmi les utilisateurs des structures de soins de la région. La démarche de soins actuelle connaît plusieurs insuffisances et dysfonctionnements relatifs au manque de formation du personnel soignant, à l'absence d'une démarche de soins spécifique et globale qui tient compte des particularités de ses personnes âgées malades.

L'obligation d'offrir aux personnes âgées des soins de santé accessibles et de qualité doit inciter les planificateurs et gestionnaires au niveau de la région du Grand Casablanca à inclure l'adaptation de l'offre de soins aux besoins spécifiques de la population âgée dans les priorités régionales.

Mots clés : Personnes âgées – soins de santé gériatriques – besoins de soins- SROS.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION :	1
II.	LA PROBLEMATIQUE ET SES JUSTIFICATIONS.....	2
III.	OBJECTIFS DE L'ETUDE :	4
	A. OBJECTIF GENERAL :	4
	B. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	4
IV.	ETAT DES CONNAISSANCES :	5
	A. EVALUATION DES BESOINS DE SOINS :	5
	B. RECENSEMENT DES ECRITS CONCERNANT LA PEC DES PERSONNES AGEES :	7
	1. <i>Quelques définitions :</i>	7
	2. <i>La fragilité et la vulnérabilité de la personne âgée :</i>	7
	3. <i>Les pathologies du sujet âgé :</i>	9
	4. <i>Médicaments et sujet âgé :</i>	9
	5. <i>La spécificité de la pratique gériatrique :</i>	10
	6. <i>Organisation des filières de soins et stratégies de prise en charge :</i>	13
	7. <i>L'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins :</i>	14
	8. <i>OMS et vieillissement :</i>	15
	C. OFFRE DE SOINS GERIATRIQUE AU MAROC :	17
	9. <i>Le vieillissement démographique au Maroc :</i>	17
	10. <i>Situation sanitaire des personnes âgées au Maroc :</i>	18
	11. <i>Politiques et actions de prise en charge des personnes âgées :</i>	19
	12. <i>Recommandations et perspectives :</i>	20
	D. SYNTHÈSE :	22
V.	CADRE D'ANALYSE :	23
VI.	METHODOLOGIE :	24
	A. SITE DE L'ETUDE :	25
	B. POPULATION A L'ETUDE :	25
	C. LA COLLECTE DE DONNEES :	26
	D. TRAITEMENT DES DONNEES :	27
	E. VALIDITE DE L'ETUDE :	27
	1. <i>Validité interne :</i>	27
	2. <i>Validité externe :</i>	27
	F. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE :	27
	G. CONSIDERATIONS ETIQUES :	28
VII.	PRESENTATION DES RESULTATS :	29
	A. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE :	29

1.	<i>Les répondants :</i>	29
2.	<i>La proportion des personnes âgées de plus de 60 reçus au centre de santé par rapport aux autres catégories d'âges :</i>	29
3.	<i>Les principaux motifs de recours des personnes âgées au centre de santé :</i>	30
4.	<i>Perceptions des médecins généralistes sur leur capacité de répondre aux besoins de soins des malades âgés :</i>	30
5.	<i>Problèmes qui entravent la PEC de qualité des malades âgés :</i>	31
6.	<i>Difficultés de communication avec malades âgés :</i>	32
7.	<i>Formation des médecins interviewés en gériatrie :</i>	32
8.	<i>Accessibilité :</i>	33
B.	RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES RESPONSABLES :	33
1.	<i>Prise de conscience du problème de vieillissement de la population :</i>	33
2.	<i>Niveau de préparation du système de soins :</i>	34
3.	<i>Actions entreprises et justifications :</i>	35
4.	<i>Quelques propositions et recommandations des responsables :</i>	36
VIII.	DISCUSSION :	37
A.	AUGMENTATION DES BESOINS :	37
1.	<i>Données sociodémographiques de la population âgée de la région du Grand Casablanca :</i>	37
2.	<i>Morbidité des personnes âgées :</i>	38
3.	<i>La couverture médico-sanitaire :</i>	40
B.	ADEQUATION ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS :	41
1.	<i>Utilisation des services de santé par les personnes âgées :</i>	41
2.	<i>Les activités de santé spécialement orientées vers les malades âgés :</i>	42
3.	<i>Les services de santé spécialement orientés vers les malades âgés :</i>	42
4.	<i>Les ressources humaines spécialisées en gériatrie :</i>	42
C.	DYSFONCTIONNEMENTS :	43
1.	<i>Prévention insuffisante :</i>	43
2.	<i>Carence en structures spécialisées:</i>	43
3.	<i>Longueur des délais :</i>	43
D.	PROPOSITION D'AMELIORATION :	44
1.	<i>Développer la prévention :</i>	45
2.	<i>Favoriser la formation, l'information et la communication :</i>	45
3.	<i>Améliorer et développer le système d'information :</i>	45
4.	<i>Structurer une filière spécialisée de prise en charge :</i>	45
5.	<i>Promouvoir le rôle des familles et de la société civile dans l'accompagnement des personnes âgées malades :</i>	46
IX.	CONCLUSION :	47

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Approches spécifiques du soin chez le sujet âgé fragile.

Annexe 2 : Document d'orientation pour action : Prise en charge des soins en santé des personnes âgées au Maroc.

Annexe 3 : Questionnaire.

Annexe 4 : Grille d'entretien.

LISTES DES ABREVIATIONS

CERED : Centre d'études et de recherches démographiques

CHP : Centre hospitalier provincial ou préfectoral

CHR : Centre hospitalier régional

ENSRS : Enquête nationale de santé et de réactivité du système de santé

ESSB : Etablissement de soins de santé de base

HTA : Hypertension artérielle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

SIAAP : Service d'infrastructure et d'action ambulatoire provincial/préfectoral.

SROS : Schéma régional de l'offre de soins

TOM : Taux d'occupation moyenne

I. INTRODUCTION :

A l'échelle mondiale, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus augmente plus rapidement que n'importe quelle autre tranche d'âge. Entre 1970 et 2025, le nombre des personnes âgées devrait augmenter d'environ 694 millions et le monde comptera environ 1,2 milliard d'habitants de plus de 60 ans. En 2050, ils seront plus de 2 milliards. 80 % d'entre eux vivront dans les pays en développement.¹

Le Maroc est également concerné par ce phénomène. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent une proportion de plus en plus importante de la population totale.

La projection des tendances démographiques, situe le Maroc parmi les pays où le phénomène de vieillissement de la population a commencé plus tard, mais qui semble devoir s'accélérer à un rythme significativement plus rapide dans les années à venir.²

Ce vieillissement de la population constitue un défi pour les systèmes de santé. La démarche médicale traditionnelle centrée sur la maladie et ses mécanismes a montré ses limites pour les malades âgés. Elle demande à être complétée par une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée sur le patient prenant en compte ses capacités physiques, ses difficultés psychologiques et sociales. En effet l'efficacité de la prise en charge globale et spécifique a été démontrée ; et la mise en place de programmes de soins gériatriques permet l'amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés, la réduction de la mortalité et la réduction des coûts inhérents à cette prise en charge.³

¹ Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action ; Document EB115.R7 ; OMS ; Janvier 2005.

² Rapport national sur la politique de population Personnes âgées au Maroc : Situation et perspectives ; Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques ; Commission Supérieure de la Population ; 2006

³ La personne âgée malade ; page 33-39 ; Corpus de Gériatrie - Janvier 2000

Au Maroc, malgré l'adoption de plusieurs réformes notamment celles du système de retraite et de la couverture médicale de base, qui devraient faciliter à terme la prise en charge sanitaire des personnes âgées, le système de soins n'est pas encore suffisamment préparé pour répondre aux besoins spécifiques de cette catégorie de la population. Il reste confronté à de nombreux défis dont :

- La prise en charge adéquates des personnes âgées malades ;
- La qualité des prestations de soins prodigués ;
- L'adaptation de l'offre de soins existante à ses nouveaux besoins de santé;
- Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé.

La thématique du mémoire « La prise en charge des soins de santé des personnes âgées dans la région du grand Casablanca » vise à mettre à la disposition des responsables régionaux et des professionnels, dans le cadre des réformes en cours du paysage sanitaire et social, un ensemble de données permettant d'apprécier la situation actuelle de l'offre de soins de santé pour les personnes âgées, dans la perspective de préparer au mieux la région à l'augmentation du nombre des personnes âgées qu'elle connaîtra dans les années prochaines.

II. LA PROBLEMATIQUE ET SES JUSTIFICATIONS

La direction régionale de santé du Grand Casablanca est en phase de préparer son Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) et de définir ses besoins en infrastructures, en moyens et en activités de soins qui lui permettraient de répondre de façon optimale aux besoins de santé de la population desservie en lui assurant un accès équitable et des soins de santé de meilleure qualité. Le choix des thématiques prioritaires est déterminant pour le choix des actions à entreprendre.

Les thématiques doivent émaner de l'analyse des besoins de santé de la population et leurs tendances, en tenant compte des orientations stratégiques ministérielles, de l'évolution des

données démographiques, épidémiologiques, socioéconomiques et des progrès de la médecine et de la technologie médicale.⁴

Par ailleurs, la confrontation des projections démographiques qui tendent vers un vieillissement de la population et l'offre de soins existante spécialement orientée vers les personnes âgées malades montre que cette dernière ne suffira pas à répondre aux besoins de soins engendrés par les maladies liées à l'âge. D'autant plus que la prise en charge des pathologies du vieillissement est complexe et génère des consommations médicales élevées.

Ceci nous amène à réfléchir sur la nécessité de réorganiser et d'adapter les services de santé en tenant compte des besoins spécifiques des patients âgés et d'adopter des stratégies préventives spécifiques pour réduire les pathologies liées à l'âge et d'instaurer une démarche de prise en charge globale ; diagnostique, thérapeutique et psycho-sociale spécialement orientée vers la personne âgée, dans le but d'améliorer la qualité de cette prise en charge à tous les niveaux, et de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de cette catégorie de la population très vulnérable.

La problématique des personnes âgées et de leur prise en charge sanitaire en tenant compte de leurs particularités physiologiques, psychologiques, économiques et sociale nous a interpellé et poussé à mener cette étude.

⁴ Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins ; Unité de Coordination Régionale du PAGSS / Région Orientale ; Novembre 2004 ; Edition 2005

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

A. OBJECTIF GENERAL :

Apporter des arguments qui appuieraient le plaidoyer pour faire admettre les soins de santé spécialement orientés vers les personnes âgées dans les orientations stratégiques de la région du grand Casablanca qui est en phase de préparer son SROS.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Analyser l'état actuel de la situation de la prise en charge des patients âgés à tous les niveaux du système de soins dans la région du grand Casablanca ;
- ✓ Explorer la perception de différents acteurs impliqués dans la gestion et la planification du système de soins régional sur les dysfonctionnements du dispositif actuel des soins orientés vers les personnes âgées et sur une éventuelle organisation d'une filière de soins gériatrique adaptée à la région et à ses particularités contextuelles ;
- ✓ Proposer quelques recommandations en vue d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux structures de soins de nos patients âgées.

IV. ETAT DES CONNAISSANCES :

A. EVALUATION DES BESOINS DE SOINS :

Le concept de “besoin de soins” est différent de celui de “besoins de santé” qui est une notion beaucoup plus large qui ne relève pas du seul système de soins.

La définition donnée par les anglo-saxons des besoins de soins (*Healthcare need*) renvoie directement à l'offre sanitaire et à la capacité d'une population à bénéficier de soins.

Cette définition des besoins de soins prend en compte d'une part l'existence d'un problème de santé et d'autre part le fait qu'une intervention sanitaire puisse réduire ou contenir ce problème (sa vulnérabilité). L'objectif est de développer une offre de soins adaptée aux spécificités de l'état de santé de la population considérée et aux connaissances médicales ainsi qu'à l'efficacité des prises en charge existantes.⁵

L'évaluation des besoins de soins collectifs dans une perspective de planification doit répondre à deux objectifs différents mais complémentaires : une meilleure répartition territoriale de l'offre et la détermination des priorités de santé.

L'identification des priorités de santé consiste à identifier des pathologies et/ou des populations spécifiques pour qui les besoins dans le domaine sanitaire semblent prioritaires, et ainsi de hiérarchiser les différentes actions à mener au niveau d'un pays, d'une région, ou même d'un échelon géographique plus petit.

Le second objectif est de déterminer et répartir quantitativement et qualitativement l'offre de soins pour un meilleur accès aux soins. Il consiste à évaluer des besoins pour déterminer de manière quantitative et qualitative l'offre de soins à apporter et sa répartition géographique. Ceci dans le but d'arriver à une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins de soins.⁶

⁵ Candice, Estellat et Louis Lebrun, Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé ; DHOS-O1 ; Mai 2004

⁶ Chantal, Cases et Dominique Baubeau ; Peut-on quantifier les besoins de santé ? ; Solidarité et santé ; N°1 ; 2004

B. RECENSEMENT DES ECRITS CONCERNANT LA PEC DES PERSONNES AGEES :

1. Quelques définitions :

a) Le vieillissement :

Le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique. C'est un processus lent et progressif qui conduit à une diminution des réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies. Les personnes âgées ne vieillissent pas de manière uniforme. Certaines garderont un bon état de santé jusqu'à un âge très avancé, alors que d'autres subiront l'effet de maladies chroniques et évolueront vers la dépendance fonctionnelle ou le décès plus rapidement.⁷

b) La gériatrie :

La gériatrie est la médecine telle qu'elle doit être appliquée à la personne âgée, de la prévention au traitement et à la prise en charge. Une approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale de la personne âgée constitue la base de la pratique gériatrique. Elle doit se retrouver dans la démarche individuelle du médecin et se concrétiser dans la composition pluridisciplinaire des équipes sous des formes variées, aussi bien à l'hôpital qu'en milieu institutionnel ou à domicile.⁸

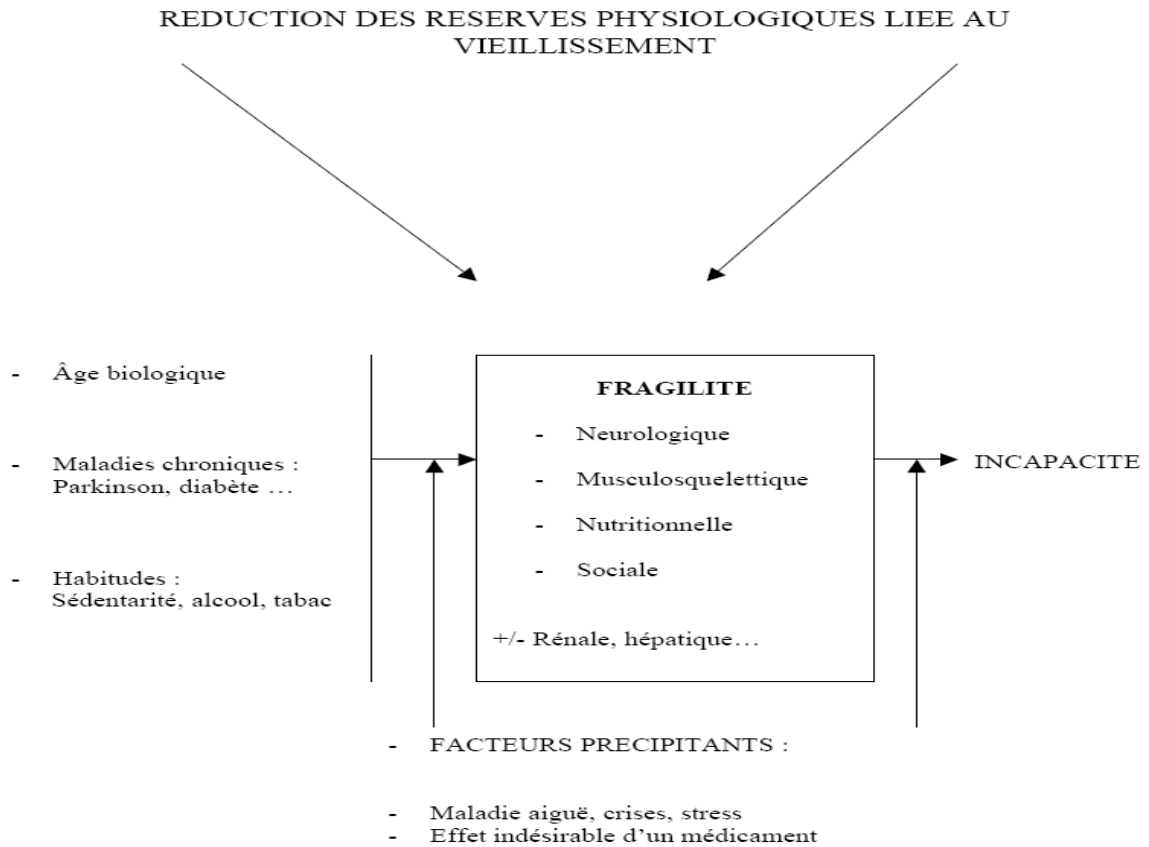
2. La fragilité et la vulnérabilité de la personne âgée :

La fragilité est un syndrome clinique qui se développe sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des habitudes de vie et des changements des déterminants socioéconomiques au cours de l'avancée en âge. Elle témoigne d'une réduction des réserves physiologiques et d'un amenuisement de l'efficacité des systèmes assurant l'homéostasie du milieu intérieur, limitant ainsi les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement, conférant à la personne âgée une vulnérabilité physiologique qui peut à

⁷ Jean-Claude, HENRARD et Joël ANKRI ; Vieillesse grand âge et santé publique ; Edition ENSP ; 2003 ; P 37- 40

⁸ Francis, KUNTZMANN. Définition de la gériatrie et de la gérontologie, www.gerosante.fr.

l'occasion d'un stress entrainer la personne âgée dans une trajectoire de vieillissement pathologique difficilement réversible et l'exposer à des décompensations fonctionnelles en cascade qui peuvent aboutir à un état morbide incapacitant. (Voir annexe 1)



Place de la fragilité de la personne âgée dans la survenue de l'incapacité et la dépendance⁹

⁹ Paul, Lebel ; Le concept de la fragilité selon les personnes âgées ; Gris R99-15 ; décembre 1999

3. Les pathologies du sujet âgé :

L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est l'augmentation rapide de la fréquence de plusieurs maladies et la fréquence importante de la polypathologie. Une grande majorité d'entre elles souffre simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques. Au fil des années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies, s'ajoutent à celles directement liées à la sénescence, favorisant ainsi la survenue de déficiences de différentes natures.

Les pathologies les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les maladies cardiovasculaires surtout l'HTA, l'arthrose, la surdité, la baisse de l'acuité visuelle, les problèmes nutritionnels, certains cancers, la dépression, la maladie d'Alzheimer¹⁰

Les affections aiguës constituent un risque de survenue du phénomène dit "de la cascade" lors du quel une affection aigu e entraine des décompensations organiques en série.

Le phénomène de la cascade, très particulier à la gériatrie, est d'autant plus dangereux qu'il constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement. Son pronostic est grave, surtout avec la survenue de facteurs prépondérants. Certaines situations à risque peuvent être identifiées : grand âge, polypathologie, polymédication, l'intensité du stress initial et la non-qualité de l'environnement.¹¹

4. Médicaments et sujet âgé :

La prise en charge médicale du sujet âgé est complexe. Le contexte fréquent de polypathologies chez ces personnes induit une polymédication souvent source d'effets iatrogènes. En effet, l'iatrogénie gériatrique est fréquente et grave. Elle est due en partie à

¹⁰ Maurice, Tubiana ; Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux ; C. R. Biologies 325 (2002) 699-717 ;  ditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

¹¹ La personne âgée malade ; page 33-39 ; Corpus de Gériatrie - Janvier 2000

des facteurs physiologiques intrinsèques au vieillissement mais aussi à des facteurs évitables liés notamment à la formation insuffisante des prescripteurs, à l'absence de recommandations professionnelles dans certains domaines et à une méconnaissance du comportement spécifique du médicament chez le sujet âgé.¹²

5. La spécificité de la pratique gériatrique :

La complexité et les difficultés de la prise en charge des personnes âgées malades ont rendu nécessaire la spécialisation de la démarche.

La prise en charge gériatrique est globale, elle prend en compte les particularités sémiologiques et les risques de décompensation fonctionnelle chez les personnes âgées. Elle s'occupe non seulement du diagnostic et du traitement des pathologies aiguës et chroniques mais aussi de la prévention des complications, la conservation de l'autonomie et du devenir social du patient.

Un cadre conceptuel est proposé pour situer les interventions préventives et curatives de telle sorte qu'elles soient adaptées aux besoins spécifiques des malades âgés.

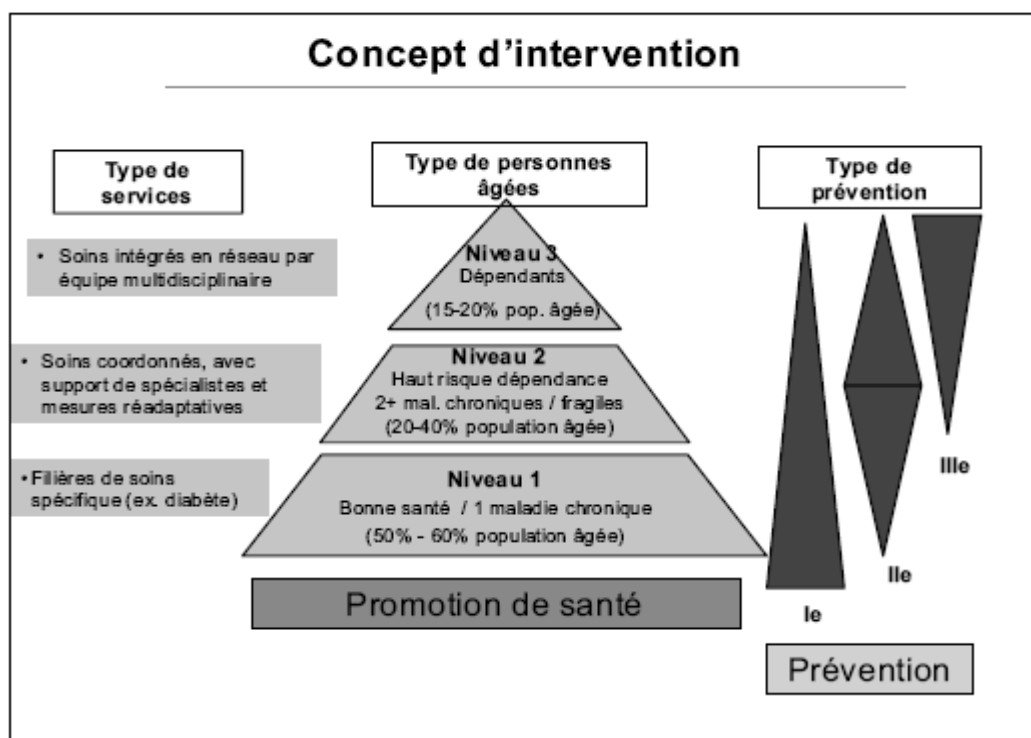
La population âgée est extrêmement hétérogène. Elle peut être divisée en trois grandes catégories :

- Personnes âgées en bonne santé ou souffrant d'une maladie chronique isolée.
- Personnes âgées souffrant de deux maladies chroniques ou plus, ou présentant des critères de fragilité.
- Personnes âgées avec incapacité fonctionnelle.

A chaque groupe correspond un type de services et de prise en charge adaptés et un gradient de mesures préventives primaires, secondaires, et tertiaires appropriées. Ce modèle rappelle aussi que les interventions de promotion de santé (alimentation adéquate, activité physique régulière, arrêt du tabac, etc.) restent une base interventionnelle adaptée pour une large majorité de la population âgée.¹³

¹² Véronique, Touilly et Al ; Les enjeux du vieillissement, quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ? ; Tableaux de bord santé N°3; Mai 2003

¹³ Stefanie, Monod-Zorzi et Al ; Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, données épidémiologiques et économiques de la littérature ; Observatoire suisse de la santé ; Document de travail 25 ; Novembre 2007.



Profil de personnes âgées et concept interventionnel

Une approche multidimensionnelle spécifique est recommandée pour les trois groupes de population. Elle permet d'évaluer la situation globale de chaque personne et de proposer des interventions ciblées :

Pour le niveau 1 : Personnes âgées en bonne santé ou avec une maladie chronique

- Diagnostic et traitement approprié de la maladie chronique ;
- Interventions de prévention primaire afin de prévenir l'apparition de nouvelles maladies.

Niveau 2 : Personnes âgées avec au moins deux maladies chroniques, ou fragiles

- Diagnostic et traitement approprié des maladies chroniques, avec gestion de la complexité ;
- Réduction du risque de déclin fonctionnel (par exemple réduction du risque de chute, de dépendance fonctionnelle, d'hospitalisation) ;
- Interventions de prévention primaire visant à prévenir l'apparition de nouvelles maladies ;
- Interventions de prévention secondaire visant à diminuer le risque de récurrences ou de décompensation (aggravation soudaine) des maladies chroniques présentes ;
- Interventions de prévention tertiaire (réadaptation) visant à limiter les conséquences des maladies sous-jacentes sur les capacités fonctionnelles.

Chez ces personnes, la coordination de la prise en charge devient critique. Il s'agit en particulier de définir des priorités d'investigations et de traitement parmi tous ceux qui seraient théoriquement recommandés. En effet, un traitement recommandé pour une maladie prise isolément peut avoir des conséquences délétères sur une autre maladie (par exemple, un traitement anti-inflammatoire pour une arthrose peut aggraver une insuffisance rénale ou une insuffisance cardiaque). Cela implique notamment la prévention de la fragmentation de la prise en charge par pathologie (par exemple, traiter le diabète chez l'endocrinologue et traiter séparément une insuffisance cardiaque chez le cardiologue).¹⁴

Niveau 3 : Personnes âgées avec dépendance fonctionnelle

- Prise en charge appropriée des pathologies au stade de la dépendance fonctionnelle dans le but de diminuer les conséquences fonctionnelles des maladies chroniques ;
- Interventions de prévention primaire, secondaire et surtout tertiaire. Les interventions de réadaptation occupent une place primordiale pour ces patients.

¹⁴ Stefanie, Monod-Zorzi et Al ; Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, données épidémiologiques et économiques de la littérature ; Observatoire suisse de la santé ; Document de travail 25 ; Novembre 2007, P33-34

Pour cette catégorie de personnes âgées, la coordination de la prise en charge est capitale. Elle devrait être intégrée, assurée par une équipe multidisciplinaire travaillant en réseau au travers des différentes structures et/ou filières de soins.

6. Organisation des filières de soins et stratégies de prise en charge :

De nombreux pays confrontés à ce phénomène de vieillissement démographique ont développé des stratégies et élaboré des politiques de prise en charge globales de la population âgée qui font intervenir tous les acteurs sociaux, sanitaires et économiques.

Dans le domaine sanitaire les filières gériatriques sont depuis quelques années au cœur de la réflexion. Elles permettraient la construction d'une offre de soins susceptible d'assurer aux patients âgés un parcours de soins sans rupture et sans risque d'aggravation de la dépendance. Elles peuvent, en outre, participer à la structuration de la prise en charge des patients âgés grâce à une logique de mise en réseau des professionnels. En effet, la filière de soins gériatriques vise à permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, d'accéder à une prise en charge médico-sociale graduée. Sur son territoire d'implantation, la filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé quel que soit son motif d'entrée dans la filière.

Ses filières s'organisent en réseau autour d'un établissement "support", disposant d'un service de court séjour, d'une équipe mobile et d'un pôle ambulatoire gériatrique, adossés sur site ou par convention, à une structure d'urgences. La filière de soins gériatriques comprend également des soins de suite à orientation gériatrique et des soins de longue durée. Il est cependant nécessaire d'adapter cette offre de soins aux spécificités nationales, régionales et locales.¹⁵

En France, la prise en charge des problèmes de santé des patients gériatriques est faite dans le cadre d'une filière de soins intégrée. Cette intégration est réglementée par une circulaire

¹⁵ Régis, GONTHIER. Individualisation des personnes âgées fragiles en filière de soins, Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, volume 1, N°3, 187-96, Septembre 2003.

ministérielle qui institue le travail en réseau, l'intégration de la problématique dans le cadre du Schéma Régional de l'Offre des Soins (SROS) et des projets des établissements. L'infrastructure et les intervenants qui composent cette filière se présentent comme suit : le médecin généraliste, garant de l'approche de proximité et de l'intégration, les consultations et pôles d'évaluation gériatriques développés par les hôpitaux, l'hôpital local (en tant que premier maillon de soins hospitaliers de proximité), les services de médecine gériatrique existant dans les hôpitaux, les équipes mobiles gériatriques rattachées aux CHU, les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques implantés au sein d'établissements de santé publics et privés, l'hospitalisation et les services de soins infirmiers à domicile et le Programme national de développement des soins palliatifs.¹⁶

7. L'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins :

La question de l'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins fait l'objet d'opinions contrastées. Selon certains économistes de la santé, les évolutions démographiques des prochaines décennies seront insupportables pour les finances publiques et mettront inévitablement à mal le système de santé et les systèmes d'assurance maladie. Pour d'autres au contraire, le vieillissement n'aura finalement qu'un impact limité et très supportable sur les dépenses de santé.¹⁷

L'impact du vieillissement sur la dépense médicale dépend en fait de l'évolution future de la morbidité par âge. Si l'allongement de la vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé, l'accroissement de la proportion de personnes âgées conduira à une augmentation moindre de la dépense par tête. Réciproquement, si l'amélioration de l'état de santé par âge est accompagnée par un accroissement de l'intensité des soins, l'augmentation de la proportion de personnes âgées pourrait se traduire par une augmentation forte de la

¹⁶ Véronique, TOULLY et al. Les enjeux du vieillissement, quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2033 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?, Tableaux de bord santé N°3, Mai 2003.

¹⁷ Dominique, Polton ; L'économiste de la santé et la question du vieillissement de la population : du pain sur la planche ; La lettre du collège CES; Décembre 2006 - N° 4.

dépense par tête. En tout état de cause, le vieillissement n'augmente pas fatalement la dépense, par un processus inéluctable, mais est largement l'affaire de choix et de politiques sociales.¹⁸

8. OMS et vieillissement :

Il a été établi que la plupart des problèmes de santé des personnes âgées, surtout maladies chroniques, sont accessibles à des mesures de prévention primaire, notamment en adoptant certaines habitudes favorables à la santé. Une approche centrée sur la promotion de la santé et des modes de vie sains et sur la prévention devrait apporter les bénéfices les plus importants à long terme.

L'OMS définit le concept du programme « vieillissement actif », lancé par l'organisation en 1999 comme « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse ». Le cadre d'orientation tient compte des déterminants de la santé tout au long de la vie. Il a permis de définir des politiques concernant le vieillissement aux niveaux national et régional et à guider les travaux de recherche universitaire sur le vieillissement. L'objectif du projet est de développer une réponse intégrée des systèmes de soins de santé au vieillissement rapide de la population dans les pays en développement et de créer une base de connaissances destinée à aider les pays à réorienter leurs politiques vers des systèmes de soins de santé et de protection sociale intégrés au service des plus âgés.

Le docteur Alexandre Kalache, - coordonnateur du programme « OMS Vieillissement et qualité de vie »- souligne lors de la deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement (Madrid 2002) : « *Ce sont plutôt les incapacités et la mauvaise santé, que l'on retrouve souvent avec la vieillesse, qui coûtent cher. Une population âgée en bonne santé permet de faire des économies et de consacrer les ressources ainsi épargnées à*

¹⁸ Michel, Grignon ; Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé ; Bulletin d'information en économie de la santé ; n° 66 - Mars 2003

d'autres besoins. Le vieillissement en bonne santé joue donc un rôle central dans le développement.....Une bonne politique dans ce domaine bénéficie à tous. Elle permet en premier lieu de diminuer le nombre des décès prématurés aux stades les plus productifs de la vie. Elle entraîne également la réduction des incapacités et une augmentation du nombre des personnes jouissant d'une bonne qualité de vie et participant activement à leur société tout en vieillissant. Enfin, les dépenses de santé, frais médicaux et services de soins sont moindres. »

Dans ce cadre l'accent est mis sur les soins de santé primaires. L'OMS a lancé une série de projets complémentaires axés sur la prestation de soins intégrés qui se veulent à la fois disponibles et accessibles, complets, efficaces et adaptés aux problèmes spécifiques des personnes âgées des deux sexes.

En 2002, l'OMS a lancé un projet connexe intitulé « Des soins de santé primaires ouverts aux personnes âgées ». Le projet définit une série de principes devant permettre aux établissements de soins de santé primaires de mieux accueillir les personnes âgées et propose aux prestataires de soins travaillant dans ces centres une formation et du matériel d'information sur la manière de surmonter les obstacles.

Les objectifs principaux du programme sont :

- Améliorer l'accessibilité physique des personnes âgées (qui ont en générale des problèmes de mobilité, une baisse de l'acuité visuelle et de l'audition) aux structures de soins de santé de base.
- Adapter les systèmes de management des ESSB aux besoins des personnes âgées.
- Améliorer les attitudes et la formation des dispensateurs de soins sur les soins de santé orientées vers les personnes âgées.¹⁹

¹⁹ Towards age-friendly primary health care; Active ageing series; NLM classification: WT 31; World Health Organization 2004.

C. OFFRE DE SOINS GERIATRIQUE AU MAROC :

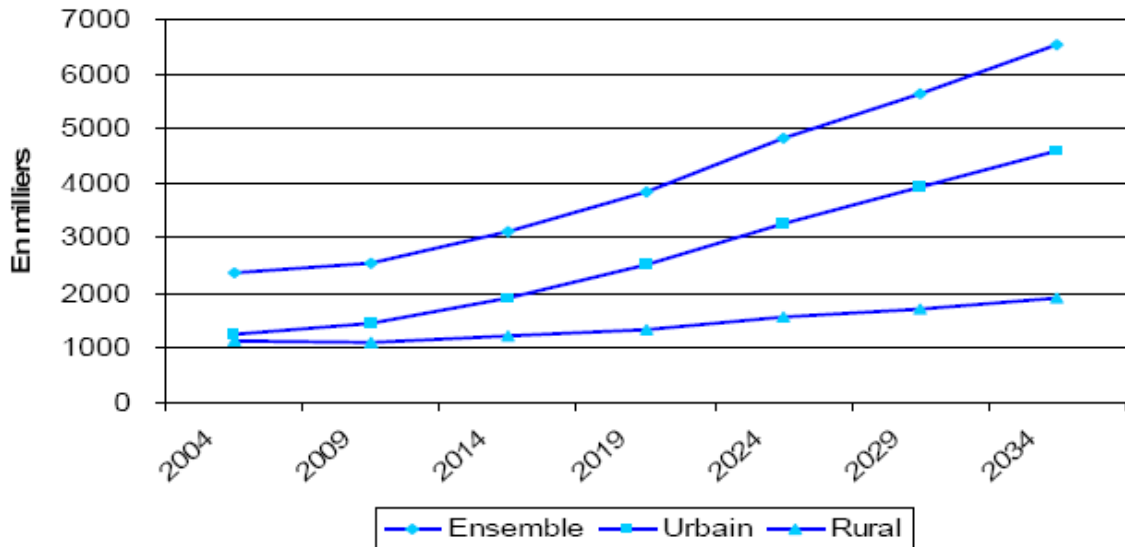
9. Le vieillissement démographique au Maroc :

La "révolution silencieuse" que connaît la pyramide des âges de la population marocaine prend place dans le cadre des changements politiques, économiques, sociaux, environnementaux et culturels que vit le pays. L'espérance de vie à la naissance qui ne cesse de croître, alliée à la baisse de fécondité, font que le processus de vieillissement de la population s'engage progressivement et va en s'amplifiant.

En effet, la proportion des personnes âgées dans la population est passée respectivement de 4% en 1960 à 6,4% en 1980 et à 7,7% en 2004. Dans le futur, la population âgée connaîtrait une évolution spectaculaire car elle serait multipliée par 2 aux environs de 2024 et par près de 3 fois en 2034. (Source protections du CERED)

Le phénomène de vieillissement présente de grandes disparités entre milieu urbain et rural et entre les régions. Il existe en effet des régions plus vieillissantes que d'autres du fait non seulement de la fécondité différentielle mais également de la migration entre les régions. Le vieillissement semble toucher plus les régions à faibles fécondités telle que Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, l'Oriental et le Grand Casablanca²⁰.

²⁰ Population du Maroc par groupe d'âge fonctionnel de 2004 à 2030 ; CERED



Evolution de la population âgée de 60ans et plus selon le milieu de résidence, 2004-2034

10. Situation sanitaire des personnes âgées au Maroc :

On note l'absence d'études épidémiologiques spécifiques sur les morbidités et les pathologies des personnes âgées au Maroc. Quelques études faites sur certaines villes décrivent la prédominance des pathologies chroniques surtout cardiovasculaires, les pathologies rhumatismales, le diabète, certaines maladies mentales surtout la dépression.

L'enquête nationale sur la santé et la réactivité du système de santé-Maroc 2003 montre qu'à partir de 60 ans, presque une personne enquêtée sur deux (46%) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique²¹.

Le taux de handicap retrouvé dans cette enquête augmente également de manière très nette au fur et à mesure que l'âge s'accroît. Il est de 33‰ à 60-69 ans et 73‰ à 70 ans et plus.

²¹ Rapport national sur la politique de population Personnes âgées au Maroc : Situation et perspectives ; Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques ; Commission Supérieure de la Population ; 2006

11. Politiques et actions de prise en charge des personnes âgées :

Depuis la fin des années 90, plusieurs actions ont été entreprises ; un comité national pour les soins aux personnes âgées a été mis en place et une politique nationale a été rédigée.

Le Service de Réhabilitation et de Gériatrie a été créé au niveau de la direction de la population pour assurer le développement, le suivi et la coordination des actions en faveur des personnes âgées.

Actuellement de nombreuses réformes de protection sociale (systèmes de retraite, assurance maladie obligatoire...) sont en cours et devraient faciliter à terme la prise en charge des personnes âgées. Il persiste cependant de nombreux problèmes liés à :

❖ Absence d'infrastructure sanitaire spécialisée:

Au niveau hospitalier, il n'y a à ce jour aucun service hospitalier formel ni aucune structure sanitaire prenant en charge spécifiquement les patients âgés. Une seule unité de gériatrie (de 3 lits) existe au niveau de l'hôpital Mohamed Sekkat à Casablanca. La réalisation d'un nouveau service exclusivement consacré à la gériatrie est en projet.

Quelques gériatres exercent la médecine gériatrique dans des services de médecine interne dans de nombreux hôpitaux du Royaume. Les hôpitaux IBN SINA, à Rabat et El FARABI à Oujda réfléchissent également à une organisation plus adaptée à l'accueil des personnes âgées.

Concernant la prise en charge sanitaire, des problèmes persistent en ce qui concerne l'accès aux soins, surtout en milieu rural, ainsi que l'accès aux médicaments et le manque d'adaptation de la prise en charge des personnes âgées répondant à leurs particularités physiques, psychologiques et sociales.

❖ Rareté des ressources humaines spécialisées :

L'insuffisance des ressources humaines spécialisées en géronto-gériatrie est également flagrante. Le personnel paramédical reçoit depuis 2002 un module d'enseignement de gériatrie, malheureusement le manque de terrain de stage limite la portée de cet enseignement.

Il n'y a toujours pas d'enseignement de la gériatrie au cours des études de médecine. On souffre également d'un manque de formation continue en matière de gériatrie pour les médecins généralistes ainsi que pour le personnel paramédical et les auxiliaires de santé.

Actuellement plusieurs médecins sont formés en gériatrie en France. L'objectif étant de disposer d'au moins un médecin gériatre par province dans les années à venir.

❖ **Prise en charge sociale inadaptée et insuffisante²² :**

Sur le plan social, une quarantaine de foyers hébergent environ 2200 personnes âgées sur tout le Maroc. Les problèmes majeurs de ces structures sont d'ordre sanitaire avec de gros problèmes de suivi et de formation de personnel. Le mélange de populations différentes (orphelins, enfants de populations défavorisées, patients psychiatriques, filles mères...) avec des patients âgés rend la prise en charge de ces derniers et la définition d'objectifs particuliers de prise en charge difficiles. Une mise à niveau de ces institutions est entreprise sous la responsabilité de l'Entraide Nationale.

L'orientation principale reste la solidarité familiale et la prise en charge des patients âgés dans leurs familles. Cependant l'urbanisation rapide de la société marocaine et la structure de plus en plus nucléaire des familles font que de plus en plus de personnes âgées vivront seuls dans l'avenir.

12. Recommandations et perspectives :

Deux missions d'expertises ont été réalisées par des consultants de l'OMS respectivement en 1999 et 2005. (voir annexe 2). Elles ont dégagé un certain nombre de recommandations qui se rejoignent vu que les acquis réalisés entre les deux missions sont très minimes²³. Il s'agit essentiellement de :

- Réaliser des études épidémiologiques et démographiques auprès des personnes âgées en vue d'une vision transversale du problème ;

²² Entraide Nationale. Bilan de l'action sociale 2004. Rapport disponible au site web : www.entraide.ma

²³ Marc, Verny ; Prise en charge des soins de santé des personnes âgées au Maroc ; Document d'orientation pour action ; Septembre 2005.

- Renforcer le service de réhabilitation et de prise en charge des personnes âgées en rôle et en moyens ;
- Améliorer l'accessibilité des personnes âgées aux soins et aux structures d'aides ;
- Mettre en place des unités de médecine de court séjour gériatrique ;
- Développer l'enseignement de la gériatrie dans le cursus médical de base et développer la formation continue en gériatrie ;
- Développer des activités IEC pour les personnes âgées, les aidants et le large public.

Actuellement une stratégie nationale en matière de gériatrie a été préparée. Le plan d'action est en cours de validation, ses principaux objectifs sont :

- Réduire la prévalence des maladies chroniques liées au vieillissement ;
- Réduire la prévalence de l'handicap lié au vieillissement ;
- Améliorer l'offre de soins en matière de prise en charge des personnes âgées;
- Renforcer les actions de réhabilitation et d'appareillage orthopédique;
- Renforcer les compétences des professionnels de santé en matière de prise en charge des personnes âgées ;
- Promouvoir le vieillissement actif.

D. Synthèse :

Les personnes âgées constituent un groupe de population vulnérable et à risque. Une des caractéristiques de la santé de cette catégorie de la population est l'association de pathologies multiples, chroniques et souvent invalidantes. Seule une démarche de prise en charge gériatrique spécifique, intégrée et globale, peut répondre aux besoins de soins de cette catégorie de la population.

De ce fait le vieillissement de la population met les systèmes de soins devant plusieurs défis dont :

- Le changement de la nature de la demande, caractérisé par un déplacement graduel vers une demande de soins liée aux problèmes de santé des personnes âgées ;
- La modification de l'offre associée à l'évolution des connaissances, des pratiques et des progrès technologiques ;
- L'augmentation des coûts inhérents à la prise en charge de cette catégorie de la population.

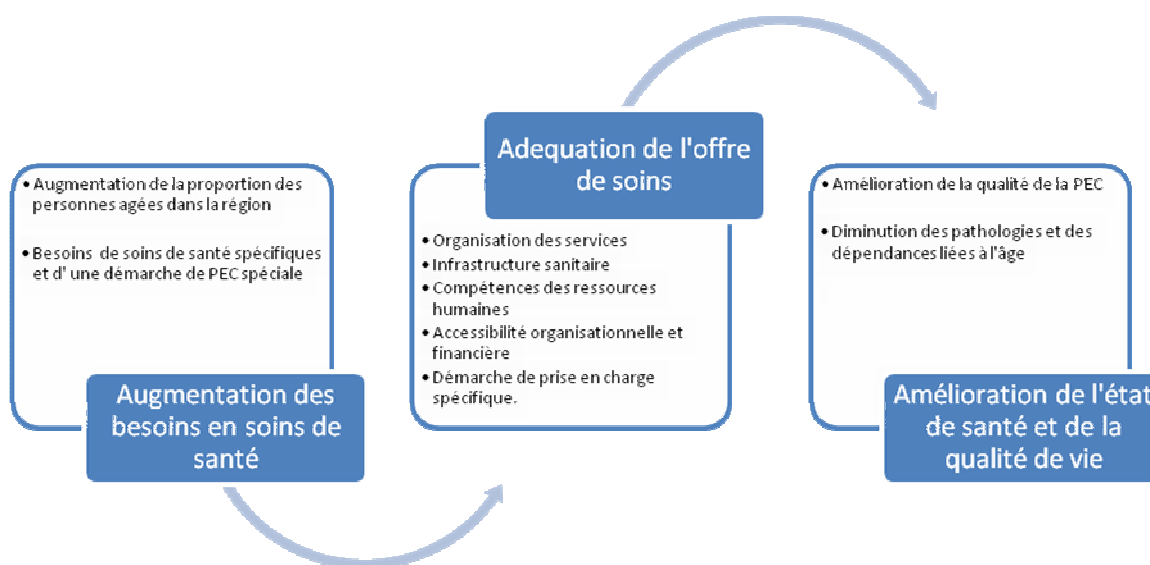
Le Maroc est donc tenu à l'instar des autres pays l'ayant précédé à adapter son offre de soins en matière de services et d'infrastructure sanitaire aux particularités physiques, psychologiques et sociale de cette catégorie de la population afin de lui assurer l'accès à des soins de santé de qualité et de répondre de façon optimale à ses besoins de soins spécifiques et sans cesse en augmentation.

V. CADRE D'ANALYSE :

La démarche du SROS est considérée comme une approche qualitative de régulation de l'offre de soins. Elle est construite sur la base de l'analyse des besoins de santé de la population et leurs tendances, compte tenu de l'évolution des données démographiques, épidémiologiques et socioéconomiques et en égard au progrès de la médecine et de la technologie médicale.

L'analyse des besoins débouche sur la définition du niveau de l'offre requis (théorique), qui est confronté à l'offre de soins existante (besoins couverts) pour identifier les écarts de couverture (besoins non couverts) et définir les mesures à prendre²⁴.

Le schéma suivant illustre le cadre d'analyse de notre étude qui établit la relation entre l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins spécifiques des personnes âgées malades et ses répercussions sur leur état de santé et leur qualité de vie.



²⁴ Les outils de la planification ; actualité et dossier en santé publique n° 11 juin 1995, pages IX – XIX

VI. METHODOLOGIE :

Différentes méthodes sont possibles pour évaluer les besoins de soins dans une optique de planification sanitaire.²⁵ Elles peuvent être utilisées séparément ou être combinées entre elles :

- La modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques ;
- La consultation d'informateurs clefs : usagers ou professionnels;
- Les enquêtes spécifiques;
- Les estimations de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle;
- La réalisation de normes et de guides de bonnes pratiques.

Nous avons opté pour notre étude, d'explorer les besoins de soins de la population âgée du grand Casablanca en combinant la première méthode basée sur l'analyse des données sociodémographique et la deuxième qui consiste à explorer l'avis des informateurs clés, notamment les professionnels de santé.

La première méthode consiste dans un premier temps à identifier des variables semblant être liées à la consommation actuelle de soins (âge, condition sociale, morbidité, ...) puis de les associer entre elles, pour déterminer des niveaux prévisibles de consommation de soins. Ces niveaux reflètent des niveaux de besoins de soins de la population. Cette démarche permet d'aboutir à une quantification relative des besoins.

La deuxième démarche consiste à consulter des informateurs clés. Elle est souvent utilisée en planification sanitaire dans une optique de détermination de priorités de santé et non de

²⁵ Chantal, CASES et Dominique BAUBEAU ; Peut-on quantifier les besoins de santé ? ; Solidarité et santé ; N°1 ; 2004

répartition géographique de l'offre. La quantification des besoins qui en résulte est le plus souvent relative.²⁶

Les informateurs clés peuvent être :

- des professionnels de santé : médecins, infirmiers, ... ;
- des usagers du système de soins : enquête au près de la population générale, enquête auprès de patients hospitalisés ou consultation de représentants associatifs ;
- des administratifs du secteur sanitaire.

A. SITE DE L'ETUDE :

Notre étude s'est intéressée à évaluer les besoins de soins de la population âgée de la région du grand Casablanca, qui est en phase de préparer son Schéma régional de l'offre de soins. La collecte de données sur le terrain a ciblé d'une façon exhaustive toutes les délégations des provinces et des préfectures d'arrondissements de la région.

B. POPULATION A L'ETUDE :

Le public cible de notre étude est représenté par les gestionnaires des services de santé de la région du grand Casablanca, qui sont interpellés par la planification et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et ses sous groupes spécifiques à savoir :

- Le directeur régional de la santé ;
- Les onze délégués des provinces, des préfectures et des préfectures d'arrondissements de la région du grand Casablanca ;
- Les directeurs du CHR et des 8 CHP de la région ;
- Le directeur du Centre hospitalier Ibn Rochd.

D'un autre coté, notre étude s'est intéressée aux prestataires de soins au niveau ambulatoire. En effet, le médecin généraliste dans les ESSB, en raison de sa proximité de la population desservie et des ses connaissances, apparaît comme un relais d'opinion non

²⁶ Candice, ESTELLAT et Louis LEBRUN, Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé ; DHOS-O1 ; Mai 2004

négligeable. Il détient une part de l'information sur la population et ses besoins en soins et santé.

Le choix d'adresser le questionnaire d'une façon exhaustive et exclusive aux médecins chefs des circonscriptions sanitaires de la région se justifie par leur double rôle de prestataire de soins et de gestionnaire au niveau local.

C. LA COLLECTE DE DONNEES :

Les données relatives aux caractéristiques sociales, démographiques et sanitaires de la population âgée du grand Casablanca ont été collectées grâce à une analyse documentaire ; des résultats d'enquêtes et études faites sur cette catégorie de la population ainsi que des supports informationnelles de certains établissements sanitaires de la région concernant l'utilisation des structures de soins par les personnes âgées.

D'autre part, un questionnaire préétabli été adressé aux médecins chefs des 106 centres de santé de la région du grand Casablanca (voir annexe 3). Après son pré-test qui était effectué auprès de six médecins travaillant dans différents centre de santé de la préfecture de Mohammedia, ce questionnaire a été diffusé grâce à l'appui des SIAAP des préfectures et des préfectures d'arrondissements de la région. Le questionnaire explorait l'utilisation des services de santé par les personnes âgées, les morbidités dominantes, la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées, les connaissances du médecin dans le domaine de la gériatrie et les problèmes rencontrés lors de cette prise en charge.

Les informations collectées ont été complétées par des entrevues avec les gestionnaires des services de santé de la région. Ces entretiens visés à recueillir leurs avis au sujet des besoins en soins de santé gériatriques, d'identifier les difficultés et contraintes perçues par ses acteurs, de connaître leur vision sur l'organisation des soins spécialement orienté vers cette catégorie de la population, ainsi qu'un nombre d'informations utiles qui ont enrichies notre analyse. Nous avons à ce sujet fait recours à des entretiens semi directifs conduits à l'aide d'un guide d'entrevue préétabli (voir annexe 4).

D. TRAITEMENT DES DONNEES :

Les résultats du questionnaire ont été traités en utilisant le logiciel Excel.

Pour les entretiens nous avons procédé à une analyse verticale de chaque entretien suivi par une analyse horizontale de l'ensemble des entretiens transversalement suivant les thèmes abordés lors des entretiens. La combinaison de ces deux modes d'analyse nous a permis de ressortir les points clés de chaque entrevue, de confronter et vérifier la convergence d'opinions entre les différents acteurs ciblés par notre étude.

E. VALIDITE DE L'ETUDE :

1. Validité interne :

La concordance du modèle d'analyse de notre étude avec les données tirées de la revue de la littérature, ainsi que des résultats obtenus confèrent à notre étude une bonne validité interne.

2. Validité externe :

Le déroulement de notre étude et les résultats obtenus ainsi que le mode d'analyse de ses résultats sont conditionnés par les particularités contextuelles de la région du grand Casablanca, ce qui limite sa validité externe et son potentiel de généralisation.

F. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE :

Le principal biais qui peut nuire à la précision de notre étude est le taux important de « non réponse » au questionnaire, qui était de 38.7%. De même que la subjectivité des données recueillies relativement aux outils de collecte de données utilisés.

On a également été limité par l'absence d'enquête de morbidité spécifique à la région de Casablanca.

G. CONSIDERATIONS ETIQUES :

Nous avons veillé en entamant la partie opérationnelle de l'étude et pour des considérations éthiques à obtenir les autorisations préalable des responsables régionaux pour la diffusion du questionnaire.

Une note expliquant l'objectif et la finalité de notre étude a été jointe au questionnaire. Ainsi qu'un engagement oral de notre part pour assurer l'anonymat des participants.

D'autre part nous avons veillé à respecter la volonté des personnes interviewées avant de procéder à l'enregistrement des entretiens.

VII. PRESENTATION DES RESULTATS :

A. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE :

1. Les répondants :

106 questionnaires ont été distribués. Les répondants étaient au nombre de 65 soit un taux de réponses de 61.3%.

Nombre de questionnaires reçus	Urbain	Rural
65	61	4
100%	90.7%	9.3%

La répartition par milieu des répondants concorde avec la réalité de la région qui est à prédominance urbaine.

2. La proportion des personnes âgées de plus de 60 reçus au centre de santé par rapport aux autres catégories d'âges :

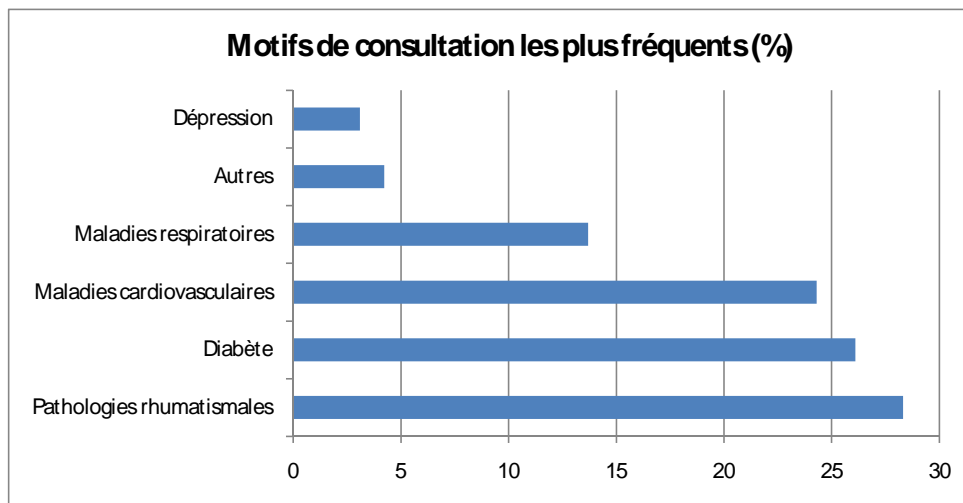
Les médecins ayant répondu au questionnaire ont estimé la proportion des PA fréquentant les ESSB :

- Entre 0- 19% dans 30.76% des réponses
- Entre 20- 39% dans 41.53% des réponses
- Entre 40- 59% dans 15.38% des réponses

Parmi les répondants au questionnaire 8 n'ont pas répondu à cette question, soit 12.3%.

3. Les principaux motifs de recours des personnes âgées au centre de santé :

Les pathologies rhumatismales apparaissent comme les motifs de consultation le plus fréquents, suivies par le diabète et les pathologies cardiovasculaires. D'autres pathologies viennent après, comme les pathologies respiratoires, les pathologies mentales surtout les dépressions et les déficits sensoriels.

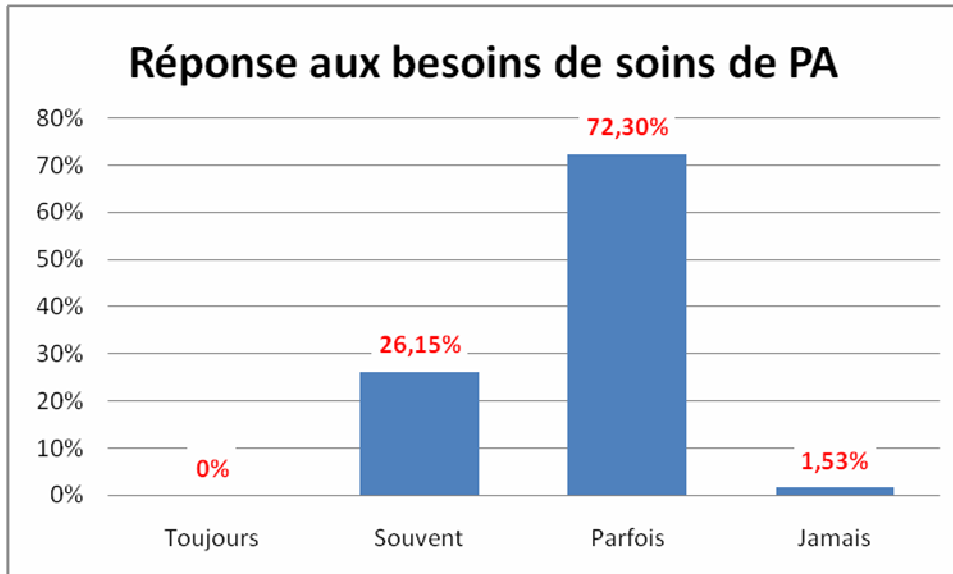


L'association de deux ou de plusieurs pathologies est rapportée dans 61% des cas.

4. Perceptions des médecins généralistes sur leur capacité de répondre aux besoins de soins des malades âgés :

- 17 des 65 médecins ayant répondu au questionnaire ont estimé arriver **souvent** à répondre aux besoins de leurs patients âgés. Soit 26.15%.
- 47 médecins ont déclaré ne parvenir à répondre à ces besoins que **parfois**. Soit 72.3%.

- Un seul médecin parmi les enquêtés a estimé qu'il n'arrivait **jamais** à répondre aux besoins de ses malades âgés. Soit 1.53%.
- Aucun médecin parmi les 65 n'a déclaré arriver **toujours** à satisfaire la demande de soins de ses malades âgés.

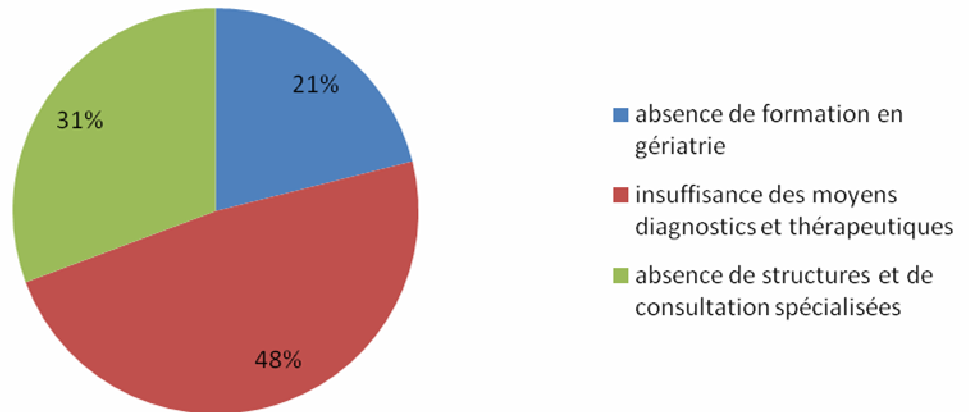


5. Problèmes qui entravent la PEC de qualité des malades âgés :

Les médecins enquêtés ont imputé le manque de qualité de la prise en charge des personnes âgées au niveau des ESSB aux raisons suivantes:

- Absence de formation en matière de gériatrie (21.05%).
- Insuffisance des moyens diagnostiques et thérapeutique mis à leur disposition (24%)
- L'absence de structure et de consultation spécialisée en gériatrie pour référer les patients âgés qui relèvent de cette spécialité (30.7%)

causes qui entravent la prise en charge de qualité des personnes âgées malades



6. Difficultés de communication avec malades âgés :

Concernant les problèmes de communication en rapport avec les particularités psychologiques et des déficits sensoriels fréquents chez les malades âgés :

- 46 répondants ont déclaré trouver des problèmes de communication avec leurs malades âgés, soit 70.7%.
- 18 médecins ont affirmé ne trouver aucune difficulté de communication avec eux, Soit 27.7%.
- 1 médecin n'a pas répondu à la question.

7. Formation des médecins interviewés en gériatrie :

Aucun des médecins enquêtés n'a déjà reçue de formation ou de formation continue dans le domaine de la gériatrie.

8. Accessibilité :

Concernant les délais de rendez vous pour les examens paracliniques et la consultation spécialisée :

- Les délais de rendez-vous lors de la référence des malades âgés pour examens complémentaire ont été jugés long par la majorité des médecins enquêtés (81.53%) ;
- L'accessibilité physique des établissements de soins de santé de base aux personnes âgées était qualifiée de bonne par 97% des médecins ;
- Les services offerts aux malades âgés ont été jugé d'insuffisants, non adéquats par la plus part des enquêtés (85%). Ils ont tous évoqué le problème de la disponibilité des médicaments;
- 12% des médecins ayant répondu au questionnaire ont estimé les programmes appliqués actuellement pour la PEC du diabète et HTA suffisants. Ils permettent de satisfaire les besoins de soins d'un grand nombre de patients âgés. Ils ont suggéré d'y ajouter un volet spécifique intégrant une démarche de prise en charge qui tient compte des spécificités physiologiques et psychologiques des personnes âgées.

B. RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES RESPONSABLES :

1. Prise de conscience du problème de vieillissement de la population :

Tous les responsables interviewés avaient conscience de cette tendance démographique vers le vieillissement de la population marocaine et sur ses répercutions sur la nature de la demande de soins de santé. Ils ont tous constaté une augmentation en nombre des personnes âgées malades qui fréquentent les structures de soins.

Plus de la moitié des directeurs d'hôpitaux (5/9) de la région ont remarqué l'émergence d'une demande de soins d'une autre nature et le début de changement dans la nature des prestations offertes en rapport avec les personnes âgées et leurs pathologies.

Dans ce sens un directeur a déclaré « *on a remarqué l'augmentation de la demande de certains soins et interventions pour les malades âgés, exemple des prothèses du genou : on faisait une à deux interventions par mois et actuellement en fait plusieurs par semaine.* »

Un autre directeur d'un centre hospitalier de la région a constaté l'augmentation significative de la fréquentation de l'hôpital par des malades âgés « *En ce moment même, plus de la moitié des personnes hospitalisées dans le service de cardiologie sont des patients âgés. Le service de réanimation reçoit de plus en plus de malades âgés pour des AVC ischémiques ou hémorragiques, leurs prise en charge est lourde. Elle demande de grand moyens dans la phase aigue de leur maladie mais surtout après pour la prise en charge des séquelles*».

2. Niveau de préparation du système de soins :

Sur le plan quantitatif, tous les responsables au niveau de la région se sont accordés sur le fait que l'offre de soins existante correspondait aux besoins de la population y compris la population âgée. Ceci est valable pour le nombre d'établissement de soins de santé de bases de la région, le nombre de lits d'hôpitaux, les effectifs des médecins généralistes et spécialistes. La pénurie de personnel paramédical est cependant importante.

La majorité des directeurs des hôpitaux interviewés (5/8) ont estimé que les équipements disponibles au niveau de leurs établissements ne correspondaient pas du tout aux particularités des personnes âgées.

Exemple :

- Des douches et toilettes spéciales qui répondent aux particularités des personnes âgées.
- Literie spéciale...

Du point de vu qualitatif, nous avons noté que la majorité des responsables n'étaient pas pour l'adoption d'une démarche de prise en charge spécialisée au niveau de leurs structures. Sur un autre volet, tous les responsables interviewés ont évoqué l'absence de structures de prise en charge sociale comme des maisons de repos qui devraient prendre le relais des services sanitaires.

Un délégué préfectoral a dit « *il faut éviter à tout prix de transformer nos hôpitaux en structures sociales qui accueillent les personnes âgées démunies, le relais doit être assuré par des structures de prise en charge sociale* »

3. Actions entreprises et justifications :

La seule délégation qui a pris des mesures concrètes pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées au niveau de la région est la délégation de Ain Chock.

Une unité de gériatrie a été créée au niveau de l'hôpital Med SEKKAT. La construction d'un service de gériatrie est en projet. Les responsables des autres délégations ont justifié l'absence de mesures concrètes par la limitation des ressources financières dont ils disposent. Egalement par le manque de formation du personnel soignant en les soins de santé gériatriques.

La majorité (12/18) des responsables ont évoqué la présence d'autres priorités plus urgentes sur les quelles il faut se pencher vue que la problématique du vieillissement de la population n'est pas encore très pesante.

Cette problématique souffre également d'un manque d'information de la part des professionnels en effet, une partie des responsables interviewés ignoraient la présence d'une stratégie nationale orientée vers la personne âgées en cours de validation.

Un responsable s'est franchement opposé à la possibilité d'organiser un service ou même une unité de gériatrie, qui serait selon lui une forme de marginalisation et de stigmatisation des malades âgés. Il a insisté sur la nécessité d'hospitaliser les personnes âgées malades avec les autres catégories d'âges sans aucune distinction.

4. Quelques propositions et recommandations des responsables :

Les responsables interviewés ont émis un certain nombre de recommandations:

- Insister sur la prévention comme seule action qui permettrait dans le futur de limiter le nombre de personnes âgées malades. De même que sur des actions de promotion des modes de vie sains.
- Créer à l'instar des centres de diabétologie qui assurent le dépistage, le traitement et le suivi des malades diabétiques, des centres de références gériatriques qui vont assurer la prise en charge spécialisée des malades âgés, et le suivi de leurs pathologies.
- Créer quelques unités hospitalières gériatriques de courts séjours. Et éviter au maximum le long séjour gériatrique qui serait trop coûteux pour notre système de soins.

VIII. DISCUSSION :

Nous nous sommes basés dans notre analyse des résultats obtenus sur le cadre d'analyse adopté pour notre étude et nous nous sommes donc intéressé à:

- L'augmentation des besoins en soins de santé de la population âgée de la région du grand Casablanca.
- Le degré d'adaptation et d'adéquation de l'offre de soins de la région avec ces besoins.

A. AUGMENTATION DES BESOINS :

1. Données sociodémographiques de la population âgée de la région du Grand Casablanca :

La population âgée de 65 ans et plus au niveau de la région du grand Casablanca est de 283 642 habitants soit 7.8% de la population de la région. (Recensement 2004)

Les plus de 75 ans sont au nombre de 66 428 soit 23.4 % des personnes âgées de la région.

Une étude réalisée au niveau du grand Casablanca en Novembre 2004 à recenser 11536 personnes âgées de 65 ans et plus vivant sans aucune ressource dans la précarité²⁷.

Les projections démographiques à l'horizon 2030 réalisées par le CERED pour chaque région du Royaume avec les mêmes hypothèses qu'au niveau national (prolongement des tendances de la fécondité et de la mortalité, et maintien des comportements migratoires) montrent l'augmentation assez importante de la population âgée de la région du grand Casablanca au cours des trente prochaines années. Elle va donc doubler à l'horizon 2020 et tripler en 2030.

²⁷ Programme de lutte contre la précarité ; INDH, Août 2005, disponible sur : www.indh.gov.ma/fr/imgs/INDH_Pr%C3%A9carit%C3%A9_fr.pdf.

Du point de vue économique et social, la population âgée au niveau de la région connaît comme dans le reste du royaume une grande disparité :

- 11538 personnes âgées de plus de 65 ans vivent sans aucun revenu et donc dans la précarité.
- 260 vivent en institution dans de mauvaises conditions sanitaires.

De même le Maroc se caractérise par un faible taux de couverture retraite, seule 20% de la population est couverte par le système obligatoire de retraite. Ce niveau de couverture est le même pour la région du grand Casablanca même si elle regroupe plus de 49% de la population active du royaume du fait que la couverture des salariés n'est pas exhaustive au niveau du secteur privé pour diverses raisons qui s'expliquent pour l'essentiel par l'importance du secteur informel.

2. Morbidité des personnes âgées :

L'enquête nationale sur la santé et la réactivité du système de santé²⁸ réalisée par le Ministère de la Santé en 2003, montre une tendance à la hausse des proportions des maladies chroniques au fur et à mesure que l'âge augmente. A partir de 60 ans, 46% des personnes enquêtées ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique.

Seul 10 % des répondants âgés de 80 ans et plus ont estimé être en bonne santé alors que plus du deux tiers (69 %) ont déclaré avoir un mauvais ou très mauvais état de santé.

La prévalence de l'handicap augmente aussi avec l'âge révélant ainsi clairement le lien entre l'handicap et le vieillissement. Elle est de 5,2% au sein de la tranche d'âge 15-59 ans, atteint 21,4% au sein de la population de 60 ans et plus. Elle dépasse les 31% chez les personnes âgées de plus de 70 ans.²⁹

²⁸ Enquête sur la santé et la réactivité du système de santé – Maroc 2003; Direction de la Planification et des Ressources Financière ; Service des Etudes et de l'Information Sanitaire ; Octobre 2007

²⁹ Rapport national sur la politique de population Personnes âgées au Maroc : Situation et perspectives, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques, Commission Supérieure de la Population, 2006

Dans l'absence d'études épidémiologiques sur la morbidité spécifique de la région du Grand Casablanca, nous nous sommes contentés de rapporter les résultats de quelques études qui se sont intéressées spécifiquement à la population âgée.

Dans ces études, les causes de morbidité reportées sont variables en fonction des circonstances de la consultation et du niveau de recours. L'étude faite en 2003 dans un centre de santé à Fès a montré que les motifs de recours à la consultation médicale sont dominés par les douleurs de toute nature (30%) et les pathologies chroniques (diabète, HTA...) (25%) (Sniter K, 2004).

L'analyse de l'étude réalisée à Larache a montré que les motifs de consultation les plus fréquents sont les pathologies cardiovasculaires et traumatologiques (Ouahiri M, 2005).

L'étude réalisée au CHU de Rabat en 1999 montre que les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les maladies digestives (24,93%), les maladies hématologiques (21,22%), les cancers (14,42%), les maladies cardiaques (8,86%), les maladies rénales (4,46%), les maladies respiratoires (4,39%) et les maladies endocriniennes (4,32%) (Harmouche H, Ghadouane M, Aouni M, 1999).

Ces résultats concordent avec les résultats de notre étude qui a trouvé comme principaux motifs de recours à la consultation médicale au niveau des ESSB : les pathologies rhumatismales, le diabète, les pathologies cardiovasculaires.

Sur un autre volet, la dépression et les troubles cognitifs sont des pathologies fortement associées à l'avancée en âge. Ils ont un potentiel invalidant important.

L'ENSRS a révélé que la dépression touchait toutes les tranches d'âge avec un pic pour la tranche 60-69 ans. Une autre étude réalisée au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd a révélé que 54% des consultants âgés de 60 ans et plus, pendant la durée de l'étude, présentaient un syndrome dépressif. La symptomatologie atypique du syndrome dépressif chez ces patients âgés rendait difficile le diagnostic.³⁰

³⁰ Enquête sur la santé et la réactivité du système de santé – Maroc 2003. Direction de la Planification et des Ressources Financière, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, Octobre 2007

La maladie d'Alzheimer, dont la fréquence augmente significativement avec l'âge, est considérée comme la première cause de dépendance chez les personnes âgées. Au Maroc, la maladie d'Alzheimer reste largement méconnue et nettement sous-médicalisée. Le constat flagrant est l'absence de données concernant le nombre de personnes atteintes, et la méconnaissance de sa symptomatologie. L'évolution de cette maladie dégénérative est intimement liée au diagnostic précoce et à la qualité de prise en charge.³¹

3. La couverture médico-sanitaire :

Les dépenses consacrées aux soins de santé sont généralement plus élevées chez les personnes âgées, du fait de l'augmentation des besoins en soins de santé relatifs à la fréquence des pathologies chez cette catégorie de la population.

En effet, les résultats de l'Enquête Nationale sur les niveaux de vie des ménages l'ont confirmé puisque plus de 31% parmi la population âgée de 60 ans et plus ont déclaré tomber malades durant les quatre semaines précédant l'enquête. Une proportion réduite de moitié pour les autres catégories d'âge (16,5%).³²

Malgré ce niveau de morbidité relativement élevé chez les personnes âgées, le taux de consultation ne semble pas présenter une différence notable s'il est comparé à celui affiché au niveau national. Ceci reste valable quelque soit le milieu de résidence. La population urbaine âgée demeure, toutefois, plus privilégiée pour bénéficier de la proximité des services sanitaires en affichant un taux de consultation de plus de 70% contre 58% pour la population rurale âgée.

Cette situation de morbidité aux âges avancés devient plus critique si l'on sait que la couverture par un système d'assurance médicale fait défaut. En effet, cette couverture n'existe que pour une population très réduite. Selon l'enquête sur les niveaux de vie des

³¹ Régis, GONTHIER. Individualisation des personnes âgées fragiles en filière de soins, Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, volume 1, N°3, 187-96, Septembre 2003.

³² Enquête Nationale sur les niveaux de vie des ménages, Direction de la Statistique, Ministère du Plan 1998-1999.

ménages, seule une proportion de 7% des personnes âgées ont déclaré bénéficier d'une couverture médico-sanitaire, sachant que c'est une frange de la population qui, de par son âge, est plus exposée à la maladie que le reste de la population.

B. ADEQUATION ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS :

1. Utilisation des services de santé par les personnes âgées :

Les centres de santé constituent généralement le premier niveau de recours des personnes âgées avec le système de soins public. C'est principalement au niveau de ces centres que se font le dépistage précoce, la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques, ainsi que toutes les interventions qui vont de paire.

Selon l'étude réalisée à Fès, un patient sur quatre qui consulte était une personne âgée. Le nombre de contact par personne âgée par médecin est relativement élevé par rapport à la moyenne nationale qui est de 0,8 contact /an. Il est de l'ordre de 2 à 3 contacts par personne âgée par médecin et par an.

Au niveau hospitalier les personnes âgées constituent une part non négligeable parmi les usagers des urgences. 7,5% des admissions aux urgences à Fès et 9,12% à Larache. Les personnes âgées sont les plus hospitalisées : 28,8% contre 6% chez les adultes jeunes.

Une part importante des hospitalisations des personnes âgées est notée au niveau du service de cardiologie à Fès et le service de chirurgie vasculaire à Rabat étant donné la fréquence des pathologies cardiovasculaires chez les personnes âgées. La durée moyenne de séjour est élevée, elle varie de 14 à 21 jours dans les services hospitaliers étudiés à Rabat et 7,7 à 11 jours à Fès.

Une faible proportion des personnes âgées est hospitalisée dans les services de psychiatrie (1,85% à Salé et 2,5% à Fès). Ce pourcentage faible est due au fait que le patient âgé n'est hospitalisé que dans des conditions extrêmes.

D'autre part les résultats de l'ENSRS trouvent que le recours aux services ambulatoires est presque identique quel que soit le groupe d'âge et varie entre 37% et 43%. Par contre lorsqu'il s'agit du groupe d'âge de plus de 60 ans on remarque une prédominance recours aux soins en milieu hospitalier, 14% pour les tranches d'âges de 60-69 ans et 70 ans et plus, contre un pourcentage cumulé de 6.3 pour les tranches de 18 à 44 ans.

2. Les activités de santé spécialement orientées vers les malades âgés :

Il n'existe aucun programme de santé spécifique pour la PEC des personnes âgées. Les prestations de services offertes sont conformes aux directives et aux priorités ministérielles. Les programmes de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques, notamment l'HTA et le diabète recrutent un grand nombre de malades âgés. On note cependant l'absence de démarche de prise en charge spéciale qui tient compte les besoins spécifiques de ses personnes.

Seul la délégation de Ain chock, qui dispose de deux médecins gériatre, à instauré une consultation spécialisée gériatrique.

3. Les services de santé spécialement orientés vers les malades âgés :

Au niveau du territoire du grand Casablanca il n'existe aucun service formel de gériatrie. Une unité de trois lits a été créée au niveau du service de médecine de l'hôpital Mohammed Sekkat. C'est une unité de cours séjour qui a réalisée en 2007 un TOM de 62%.

La construction d'un service de gériatrie est en projet dans le même hôpital.

4. Les ressources humaines spécialisées en gériatrie :

La région du grand Casablanca ne dispose que de deux médecins spécialistes en gériatrie.

Aucun des autres médecins n'a déjà reçu de formation en gériatrie à l'exception des quelques infirmiers nouvellement recrutés qui ont reçu un module de gériatrie au cours de leur formation.

C. DYSFONCTIONNEMENTS :

La comparaison de l'état actuel de la prise en charge des personnes âgées malades au niveau de la région du Grand Casablanca avec les éléments nécessaires à une prise en charge adéquate et de qualité recueillies de la littérature, nous a permis de mettre la main sur un certain nombre de dysfonctionnements :

1. Prévention insuffisante :

Bien qu'il existe des programmes bien structurés de prévention des maladies chroniques surtout l'HTA et le diabète, on note l'absence de mesure d'adaptation de ces stratégies de prévention aux particularités des personnes âgées surtout cognitives et psychologiques.

2. Carence en structures spécialisées:

La carence en structures spécialisées en gériatrie constitue le dysfonctionnement majeur dans la prise en charge des patients âgés.

Le bénéfice de ces structures en termes de diminution des séjours hospitaliers pour les malades âgés, de diminution de la durée de séjour, d'amélioration du pronostic générale et surtout de la diminution de la fréquence de survenue de décompensations majeures pouvant aboutir à un état de dépendances, lourd de conséquences pour la personne elle-même, son entourage et le système de soins en général.

Dans toute la région qui compte neuf hôpitaux en plus du Centre hospitalier Ibn Rochd (capacité litière de 3439 lits) on ne compte qu'une seule unité de gériatrie de 3lits.

3. Longueur des délais :

Ce dysfonctionnement découle en très grande partie du précédent. La longueur des délais se remarque à toutes les étapes de la prise en charge des personnes âgées porteuses de

pathologies chroniques. L'étude réalisée à Fès montre qu'en dehors des urgences vitales, les délais de prise en charge des épisodes maladifs chez la population étudiée aussi bien en ambulatoire qu'au niveau hospitalier sont relativement longs. Ce délai long se justifie par :

- Les difficultés d'accès, surtout aux structures hospitalières (délai des rendez-vous) ;
- Les problèmes d'orientation à partir du réseau de soins de santé de base ;
- Les frais élevés des soins dans le secteur privé.

Les principales raisons qui sous tendent ces dysfonctionnements :

Les dysfonctionnements constatés ci-dessus ne sont pas spécifiques de la région du grand Casablanca, mais caractérisent l'offre de soins au niveau de tout le pays. Ils sont en partie dus à une méconnaissance du problème causé par le vieillissement démographique et de la complexité de la PEC des personnes âgées malade et de l'approche multi disciplinaire qu'elle requière.

- La méconnaissance de la démarche gériatrique par les professionnels de santé et ses répercutions sur l'amélioration de la PEC des malades âgés et sur leur qualité de vie.
- La présence d'autres priorités pour le système de santé national à savoir essentiellement la réduction du taux de la mortalité maternelle et infantile relègue la problématique de la santé de nos aînés au second plan.
- La crainte d'un surcoût dû à une activité vécue comme nouvelle et la crainte de transformer nos hôpitaux en structure d'accueil de personnes âgées démunis.

D. PROPOSITIONS D'AMELIORATION :

Le principal dysfonctionnement objectivé par la comparaison de l'offre de soins existante et les besoins en matière de prise en charge des malades âgés est l'insuffisance quantitative et qualitative en structures et en activités dédiés à cette catégorie de la population.

On propose pour y remédier :

1. Développer la prévention :

La prévention en gériatrie repose pour l'essentiel sur la prévention des maladies chroniques et la lutte contre leurs facteurs de risques surtout maladies cardiovasculaire, le diabète...

Il faut également veillé à adapter les messages et les mesures de préventions aux particularités des personnes âgées.

2. Favoriser la formation, l'information et la communication :

La méconnaissance des spécificités physiologiques et psychologiques des personnes âgées et de la démarche de soins gériatriques spécifique qu'ils requièrent, tant de la part du grand public que des professionnels de santé, demande des efforts de formation et d'information ciblés pour sensibiliser les acteurs concernés sur cette problématique.

3. Améliorer et développer le système d'information :

Le système d'information sanitaire disponible actuellement, tant au niveau des ESSB qu'au niveau hospitalier, ne fournit pas les informations concernant les prestations de soins assurées aux personnes âgées. Ce système doit être développé pour fournir des informations spécifiques concernant les personnes âgées, leurs morbidités et leur utilisation du système de soins.

4. Structurer une filière spécialisée de prise en charge :

L'inadéquation majeure que nous avons constaté, d'une part entre l'offre de soins actuelle et les besoins de personnes âgées, et entre la démarche de prise en charge au Maroc et celle rapporté dans les écrits d'autres pays montre que beaucoup reste à faire pour organiser la prise en charge gériatrique.

Le chemin pour accomplir et finaliser cette démarche sera long et nécessite le travail de toute une équipe, il serait judicieux d'entamer cette réflexion dès maintenant pour préparer notre système de soins à temps.

Dans ce sens la direction régional de la santé devrait penser à :

- Développer la formation du personnel médical et paramédical, l'initiation et la coordination de protocoles de prise en charge, la communication vis-à-vis des

professionnels de santé et du grand public et la gestion des cas relevant de la démarche gériatrique tant au plan diagnostique que thérapeutique.

- Constituer des équipes médicales et paramédicales multidisciplinaires motivées pour prendre en charge les personnes âgées malades (médecins, infirmiers, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute, assistante sociale).
- Créer au niveau hospitalier, comme c'est prévu pour les autres disciplines, un pôle d'excellence gériatrique qui sera la première structure spécialisée dans la région et qui nous permettra d'évaluer les résultats de la démarche gériatrique spécialisée en termes de coût, de qualité de soins et de qualité de vie de nos aînés malades.

5. Promouvoir le rôle des familles et de la société civile dans l'accompagnement des personnes âgées malades :

L'urbanisation rapide du mode de vie et la structure familiale marocaine de plus en plus nucléaire risque de générer un grand nombre de personnes âgées isolées. Il est donc nécessaire d'accompagner les familles et de promouvoir leur rôle dans la prise en charge des personnes âgées.

IX. CONCLUSION :

Au terme de notre étude, il apparaît que les personnes âgées constituent une catégorie non négligeable des usagers des structures de soins. L'amélioration de la prise en charge sanitaire de cette catégorie de la population requière au préalable la structuration et l'organisation d'une filière de soins spécialisée englobant tous les éléments de la démarche de prise en charge depuis les activités de dépistage , le traitement et le suivi des maladies courantes, la prise en charge des épisodes aigus, les soins de suites et de réadaptation ainsi que l'accompagnement de ses malades quand c'est nécessaire. La démarche la plus adéquate serait d'individualiser une filière de soins spécialisée gériatrique pour nos malades âgés.

L'amélioration de cette prise en charge ne peut relever d'une approche purement hospitalière et curative. Le rôle des ESSB dans le suivi régulier des malades âgés et surtout dans la prévention et le dépistage est également à promouvoir.

L'adaptation d'une démarche spécialisée correcte et bien structurée permettrait outre l'amélioration de la qualité la prise en charge, la rationalisation des ressources disponibles. En effet, elle aboutirait à la diminution du nombre de personnes âgées malades, la diminution du nombre d'hospitalisation, la diminution de la durée de séjour

s hospitaliers et à la diminution des PA souffrant d'incapacité et dépendants qui nécessitent des soins plus lourds.

Le vieillissement de la population sera certes progressif mais l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résultera constitue un phénomène inéluctable qui doit être anticipé. Seule, une politique construite sur un consensus large et soigneusement préparée peut aider à relever ce défi à la fois médical, social et économique.

BIBLIOGRAPHIE

- Candice, ESTELLAT et Louis LEBRUN. Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé, DHOS-O1, Mai 2004.
- Chantal, CASES et Dominique BAUBEAU. Peut-on quantifier les besoins de santé ? , Solidarité et santé, N°1, 2004.
- Claude, JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER et Philippe VIGOUROUX. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, Avril 2006.
- Christiane, DRESSEN et Hélène PERRIN. La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans, Baromètre santé 2000, P 425-436.
- E. E. GAKIDOU ; C. J. L. MURRAY et J. FRENK. Définir et mesurer les inégalités de santé : approche basée sur la distribution de l'espérance de santé, Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1) : 42-54.
- Dominique, POLTON L'économiste de la santé et la question du vieillissement de la population : du pain sur la planche, La lettre du collège CES, Décembre 2006 - N° 4.
- Francis, KUNTZMANN. Définition de la gériatrie et de la gérontologie, www.gerosante.fr.
- Jean-Claude, HENRARD et Joël ANKRI. Vieillesse grand âge et santé publique, Edition ENSP, 2003, P 37- 40.
- Jean-louis, SALOMEZ et Olivier LACOSTE. Du besoin de santé au besoin de soins : La prise en compte des besoins en planification sanitaire, disponible sur : www.sante.gouv.fr/html/dossiers/ebs_sros/biblio/ebs_2quantification_besoins_sante_2004.pdf

- Nicole, LEDUC et al. Enquête nationale sur la santé de la population : l'étude des déterminants de la fragilité chez les personnes âgées, Gris R01-14, Décembre 2001.
- Marc, VERNY. Prise en charge des soins de santé des personnes âgées au Maroc : Document d'orientation pour action, Septembre 2005.
- Maurice, Tubiana. Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux, C. R. Biologies 325 (2002) p 699-717.
- Marie-Pierre, HERVY. Le vieillissement : de qui est-ce l'affaire ?, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Michel, COQUILLION. L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins, Avis et rapports du conseil économique et social, 2007.
- Matthieu, DEBRAY. Personnes âgées malades : particularités sémiologique, psychologique et thérapeutique, Corpus médical de la faculté de médecine de Grenoble, octobre 2004.
- Michel, GRIGNON. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, Bulletin d'information en économie de la santé, n° 66 - Mars 2003.
- Paul, LEBEL. Le concept de la fragilité selon les personnes âgées, Gris R99-15, décembre 1999.
- Régis, GONTHIER. Individualisation des personnes âgées fragiles en filière de soins, Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, volume 1, N°3, 187-96, Septembre 2003.
- Khalid, Sniter. La réponse du système de soins aux besoins des personnes âgées- Cas de la Ville de Fès, mémoire INAS, 2004, p 55-77.
- Stefanie, MONOD-ZORZI et al ; Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, données épidémiologiques et économiques de la littérature ; Observatoire suisse de la santé ; Document de travail 25 ; Novembre 2007.

- Véronique, TOULLY et al. Les enjeux du vieillissement, quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?, Tableaux de bord santé N°3, Mai 2003.
- Enquête Nationale sur les niveaux de vie des ménages, Direction de la Statistique, Ministère du Plan 1998-1999.
- Bilan de l'action sociale 2004, Entraide Nationale, Rapport disponible au: www.entraide.ma
- Enquête sur la santé et la réactivité du système de santé – Maroc 2003. Direction de la Planification et des Ressources Financière, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, Octobre 2007.
- Growing older – staying well: ageing and physical activity in everyday life, WHO/HPR/AHE/98.1, World Health Organization, Ageing and Health Programme.
- La personne âgée malade, Corpus de Gériatrie - Janvier 2000, page 33-39.
- Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins, Unité de Coordination Régionale du PAGSS / Région Orientale, Novembre 2004, Edition 2005.
- Programme de lutte contre la précarité ;INDH, août 2005, disponible sur : www.indh.gov.ma/fr/imgs/INDH_Pr%C3%A9carit%C3%A9_fr.pdf.
- Population du Maroc par groupe d'âge fonctionnel de 2004 à 2030, CERED.
- Rapport national sur la politique de population Personnes âgées au Maroc : Situation et perspectives, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques, Commission Supérieure de la Population, 2006.
- Résultats RGPH 2004. HCP, www.recensement.hcp.ma.
- Santé publique et grand âge, Actualité et dossier en santé publique, N°20 et N°21, Septembre et Décembre 1997.

- Social development and ageing, crisis or opportunity?, Special panel at Geneva 2000, World Health Organization 2000.
- Les outils de la planification, actualité et dossier en santé publique n° 11 juin 1995, pages IX – XIX.
- Towards age-friendly primary health care; Active ageing series, NLM classification: WT 31, World Health Organization 2004.
- Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, WHO/NMH/NPH/02.8.
- Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action, Document EB115.R7, OMS, Janvier 2005.

ANNEXE 1

Approches spécifiques du soin chez le sujet âgé fragile

A. Prévention de l'incapacité irréversible

Un événement stressant ou une pathologie aiguë est susceptible de générer des incapacités irréversibles lors d'une prise en charge tardive ou inadaptée. Pour limiter les phénomènes de cascade et corriger la perte d'autonomie transitoire, il faut, lors d'une hospitalisation, réunir les éléments suivants :

1) Une prise en charge médicale rapide lors de toute affection aiguë. La rapidité d'intervention évite au sujet de puiser dans ses réserves physiologiques qui sont réduites.

- Un traitement étiologique de l'affection ayant déstabilisé l'état fragile, associé à une supplémentation protéique qui va ralentir l'hypercatabolisme et ainsi éviter de puiser dans les réserves de glycogène musculaire.

- Une réduction de la polymédication. Il faut limiter les médicaments à élimination rénale en adaptant les posologies à partir du calcul de la clairance (formule de Cockcroft) et non de la valeur de la créatinine sérique ; on doit aussi préférer les médicaments faiblement liés aux protéines plasmatiques.

- Une « réafférentation » du sujet. Il faut corriger les troubles neurosensoriels du sujet par le port de ses lunettes ou de son appareil auditif et en lui donnant des repères spatiotemporaux.

- Une lutte contre le repos abusif. Il faut réduire au maximum la durée de l'alitement et instaurer une kinésithérapie précoce. La conservation d'une autonomie motrice est primordiale et passe par une aide pour les transferts lit - fauteuil, un travail de la statique du tronc en position assise, la prise des repas assis au fauteuil, une aide à la déambulation dans la chambre, puis dans les couloirs, la réalisation de la toilette corporelle.

2) Une instauration d'une rééducation spécifique de reconditionnement à l'effort. Après une affection aiguë, le sujet âgé fragile doit bénéficier d'une rééducation progressive et tenant compte de ses aptitudes physiques, sachant que certaines incapacités sont réversibles dans le temps [52].

3) Un plan de soins médico-social est crucial pour assurer la continuité entre les intervenants. La mise en place d'un plan de soins médico-social adapté au patient et à son environnement est nécessaire pour une coordination de la prise en charge à domicile avec :
– intervention quotidienne programmable d'un ou de plusieurs professionnels de la santé ;

- contrôle de la prise médicamenteuse, visites de suivi périodiques par un médecin ;
- évaluation de la situation sociale et familiale par une assistante sociale pour faciliter la mise à disposition d'aide financière en fonction des revenus du patient (prestation spécifique dépendance, allocation logement).

B. Prévention à distance d'une décompensation

Des actions de prévention sont possibles en ambulatoire lorsque le sujet vit à domicile. Une partie d'entre elles sont des actions de bon sens qui améliorent largement la qualité de vie et la santé subjective (ou perçue). Elles associent essentiellement :

- la lutte contre la sédentarité avec la pratique d'une activité physique. La sédentarité et le manque d'exercice apparaissent de plus en plus comme des facteurs majeurs du vieillissement accéléré des fonctions musculaires et de l'aptitude physique. Le manque d'exercice provoque le déconditionnement qui peut conduire à la sarcopénie. À l'opposé, l'exercice physique ou le réentraînement aérobique compense les effets du déconditionnement et participe à l'intégrité fonctionnelle des systèmes cardiaque et respiratoire, des muscles squelettiques et des os. Les exercices doivent être d'intensité basse avec des paliers longs en évitant les sports avec impact important sur le système locomoteur. La marche reste un exercice de choix pour le sujet âgé fragile ;
- la lutte contre l'isolement et la dénutrition ;
- la lutte contre la polymédication et l'automédication ;
- la réduction de l'impact des maladies « incapacitantes » pour une prévention secondaire adaptée telle que le contrôle de l'hypertension artérielle systolique, la néphroprotection par un inhibiteur de l'enzyme de conversion chez le diabétique ;
- le contrôle de la déficience visuelle et auditive par le port de prothèses ;
- les vaccinations ayant fait preuve de leur efficacité, antigrippale pour l'ensemble des sujets, antipneumococcique en cas d'insuffisance pulmonaire chronique, de diabète, d'insuffisance cardiaque.

C. Distinguer les objectifs de récupération fonctionnelle chez les sujets âgés fragiles de la prise en charge des patients qui ont un état de santé très altéré avec incapacité sévère non réversible

Parmi les sujets âgés hospitalisés, il existe une population de malades âgés avec un état de santé très altéré, souvent polyopathologique, avec un handicap non réversible. Ces patients ont souvent un pronostic fatal à court terme et sont souvent hospitalisés en urgence lors de rupture ou de crise du maintien à domicile. Ces patients ne relèvent pas d'une évaluation

gérontologique à la recherche des facteurs de fragilité, car ils sont trop malades (*too sick* selon la terminologie anglosaxonne) pour mettre en place des actions préventives de l'incapacité [20]. Dans ce groupe, il existe souvent une phase terminale d'une maladie incurable et malheureusement, ces patients âgés trouvent exceptionnellement une place dans des unités de soins palliatifs. Pour certains, plutôt que de développer les lits fixes de soins palliatifs, il est préférable de maintenir ces patients dans leur lieu de vie habituel, domicile ou maison de retraite, et d'adjoindre les compétences d'une unité mobile de soins palliatifs. Quoi qu'il en soit, on ne peut extrapoler, pour les sujets en phase terminale, les réponses du système de soins, l'organisation des aides formelles et de la prévention mises en place pour les *frail elderly*, car les problématiques sont différentes.

ANNEXE 2

Document d'orientation pour action

Prise en charge des soins en santé des personnes âgées au Maroc

Résumé d'orientation :

Le professeur **Marc VERNY**, a été missionné par l'OMS à la demande du Ministère de la Santé du Maroc pour aider à la mise en place d'une stratégie nationale en matière de soins de santé aux personnes âgées. Cette mission s'est déroulée du 12 au 23 septembre 2005 à Rabat.

Constat :

Une précédente mission a été effectuée par le Dr Anthony FIORINI en Février 1999 à la demande de l'OMS pour le compte du Ministère de la Santé Marocaine.

Un Comité National pour les soins aux personnes âgées avait été mis en place et une politique nationale avait été rédigée. L'activité de ce comité n'apparaît plus. Comme en 1999 en regrette l'absence de données spécifiques par des études épidémiologiques sur les besoins sociaux et sur tout sanitaires des personnes âgées au Maroc. Le Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie tente de développer des actions, mais les moyens humains n'ont pas été augmentés. En pratique tout repose sur une seule personne. Actuellement de nombreuses réformes de protection sociale (systèmes de retraite, assurance maladie obligatoire...) sont en cours et devrait faciliter à terme la prise en charge des personnes âgées.

Il n'y a toujours aucun Service hospitalier ni aucune structure sanitaire prenant en charge spécifiquement les patients âgés. Il y'a des institutions gérant les populations démunies parmi les quelles des. Ces foyers pour personnes âgées sont au nombre de 36 à 40 établissements sur tout le Maroc qui gèrent 2200 pensionnaires âgés. Les problèmes majeurs de ces structures sont d'ordre sanitaire avec de gros problèmes de suivi et de formation de personnel. Le mélange de populations différentes (orphelins, enfants de populations défavorisées, patients psychiatriques, filles mères...) avec des patients âgés rend la prise en charge de ceux-ci et la définition d'objectifs particuliers difficiles. Une mise à niveau de ces institutions est entreprise sous la responsabilité de l'Entraide Nationale avec un renforcement des subventions. L'orientation principale reste la prise en charge des patients âgés dans les familles.

Le personnel paramédical reçoit depuis 2002 un enseignement de gériatrie par un module de 18 heures faites en 2ème année. Malheureusement le manque de terrain de stage par

rapport aux données théoriques limite la portée de cet enseignement. Il n'y a toujours pas d'enseignement de la gériatrie au cours des études de médecine. Un projet est en cours pour mettre cela en place pour l'année universitaire 2006-2007 à la Faculté de Médecine de Rabat.

Des médecins internistes marocains ont reçu une formation pratique et théorique en France à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans le cadre d'une Attestation de Formation Spécialisée Approfondie: 4 en 2003-2004 et 3 en 2004-2005 (fin de formation en Novembre 2005). Ces médecins peuvent constituer des personnes ressources. L'Association marocaine de gériatrie créée il y a quelques années ne s'est pas réunie depuis 2 ans.

III- Recommandations :

1- Le Comité National pour les soins aux personnes âgées doit être relancé. Il doit comporter des représentants de chaque ministère concerné et des différents directions de ces ministères, mais aussi des agences sous tutelle (comme l'Entraide Nationale par exemple), le Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques, des représentants des ONG (notamment association de bienfaisance, de retraités etc.), le directeur de l'institut national d'administration hospitalier, le représentant de la société marocaine de Gériatrie et éventuellement quelques médecins fortement impliqués dans le développement de cette discipline, des formateurs de personnel paramédical, des doyens et présidents d'universités... le rôle de cette instance doit être d'analyser, de proposer, de mettre en place et de suivre les projets. Elle doit se réunir de manière régulière et éventuellement constituer des groupes de travail sous la responsabilité du service de Réhabilitation et de Gériatrie du Ministère de la Santé.

2- Les efforts entamés de la politique nationale d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées doivent être poursuivis. Pour chacune des actions menées, notamment sur le plan social (système des retraites, couverture maladie, AMO-RAMED...), la place des personnes âgées doit être précisée et les problématiques spécifiques de cette population doivent être prise en compte la possibilité d'intervention à domicile.

3- Le Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie du Ministère de la Santé doit être renforcé dans son rôle et dans ses moyens. Il doit pouvoir coordonner les différentes actions entreprises aussi bien par les différentes directions du Ministère de la Santé que par les autres Ministères et agences. Une augmentation des moyens humains apparait indispensable et une formation de ce personnel éventuellement par des voyages d'étude à l'étranger semble incontournable. Les missions de ce service doivent être repréciser et il doit être étroitement associé au fonctionnement du Comité National pour les soins aux personnes âgées.

4- La réalisation d'études épidémiologiques et de démographie spécifiquement centrées sur les personnes âgées est nécessaire pour avoir une vision transversale du problème. Se

préoccuper de la place de la population gériatrique dans l'étude des maladies chroniques est insuffisant. Ces études doivent permettre de dresser un état des lieux et indiquer les priorités de santé publique de cette population. Elles pourront également servir d'indicateurs de suivi de l'efficacité de la politique mise en œuvre. Il faudrait notamment se préoccuper de l'incidence et de la prévalence des démences et des accidents vasculaires cérébraux qui génèrent une perte d'autonomie et des handicaps importants. L'état de santé psychique et les besoins des personnes les aidants doivent être précisés.

5- Une présentation officielle de la stratégie arrêtée doit être proposée pour toutes les personnes amenées à s'occuper des personnes âgées : administratifs, gestionnaires, personnels soignants, travailleurs sociaux, ONG et société civil... cela pourrait prendre la forme d'un séminaire avec des experts internationaux et d'un travail en ateliers pour préciser les priorités et les modalités de mise en œuvre concrète des décisions prises. Un des objectifs serait de préciser ce qu'est la Gériatrie et d'étudier l'ensemble des composantes nécessaires à une bonne prise en charge des personnes âgées. L'aide de l'OMS pourrait être sollicitée pour la mise en œuvre de ce projet.

6- Les actions de formation doivent aussi consister en la mise en œuvre d'actions de formation continue par les instituts de formation des carrières de santé et l'institut national d'administration sanitaire. Pour les médecins, il s'agit du rôle des sociétés savantes (société marocaine de médecine interne, société marocaine de Gériatrie ...).

7- L'enseignement de la gériatrie au cours des études de médecine doit impérativement être mis en place. Les médecins internistes marocains formés à la Gériatrie peuvent aider à l'élaboration du programme et des objectifs. Pour le personnel paramédicaux qui reçoivent déjà une formation théorique, il faut étudier toutes les possibilités d'avoir des stages dans des structures s'occupants des personnes âgées.

8- La spécialisation en gériatrie doit être instituée au Maroc. Elle pourrait se baser sur la formation requise pour la médecine interne (durée de 5ans) en prévoyant de consacrer, par exemple, la dernière année aux stages en gériatrie. Le recrutement de médecins pour cette discipline pourrait être incité par des mesures favorisant l'accès à des postes de la fonction publique en milieu hospitalier pour les médecins ayant suivi cette formation. Le système actuellement en place avec une formation à l'étranger doit être maintenu jusqu'à ce que les ressources au Maroc soient suffisantes, ce qui nécessite la formation d'universitaires en gériatrie.

9- Le fonctionnement de la Société Marocaine de Gériatrie, dont les objectifs sont scientifiques, doit être dynamisée et des communications consistants en une session individualisée doivent être proposées pour chaque réunion de vue la Société Marocaine de Médecine Interne. Des experts étrangers pourraient être sollicités dans un premiers temps. L'association Marocaine de Gérontologie, dont les objectifs sont plus médico-sociaux, doit être renoncée.

10- La mise en place d'unités de médecine de court séjour gériatrique est indispensable et prioritaire. Cela doit passer par une étape de projets pilotes installés dans les sites où les conditions sont favorables à leur création (médecins formés avec un minimum de 2 par unités, locaux adaptés, plateau technique suffisant, volonté loco-régionale...). Ces unités seront les structures ressources au niveau loco-régional et seront la cheville ouvrière de la structure de la prise en charge des patients âgés. Outre la prise en charge sanitaire habituelle (hospitalisation, consultation), elles permettront d'orienter les aidants vers les aides au domicile existantes. Elles auront aussi un rôle de proposition et d'incitation à la mise en place des structures nécessaires (portage de repas, centres de jours, interventions aux domiciles...) avec l'aide des responsables sanitaires et sociaux à l'échelon loco-régional. Après avoir vérifié l'efficacité de ce modèle, ces projets pourront être étendus à l'ensemble du territoire.

11- La volonté de maintenir les personnes âgées dans leur milieu familial doit s'accompagner de la mise en place de structures d'aide aux aidants avec notamment des programmes d'éducation et la mise à disposition de Service d'intervention à domicile favorisant le maintien en soulageant les aidants.

12- Les unités de médecine gériatrique devront assurer des actions de formation des médecins de ville (généralistes et spécialistes concernés éventuellement) et des personnels paramédicaux. Ces actions auront aussi pour but de créer un réseau de professionnels ayant des compétences en gériatrie et pourront ainsi adresser les patients aux plus compétents en fonction du problème identifié.

13- La mise en place de structures pluri-disciplinaires en ville (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux...), capables de prendre en charge des patients âgés à domicile doit être encouragée. Ces structures devront travailler en réseau avec l'unité de médecine gériatrique et pourront être amenés à prendre les patients en relais de en relais l'unité de médecine gériatrique selon un plan de soins établi. Elles pourront intervenir dans les foyers de personnes âgées.

14- Le fonctionnement des foyers de personnes âgées doit être amélioré avec notamment des bâtiments spécifiquement dédiés pour cette population. Il faut prévoir la rédaction de texte réglementaire régissant le fonctionnement général de ces établissements. L'une des priorités est de séparer les différentes populations existantes dans ces institutions pour en faciliter la prise en charge. Des règles d'admissions dans ces établissements doivent être édictées ainsi que les objectifs de prise en charge aussi bien sanitaire que de qualité de vie. Des procédures écrites doivent être disponibles concernant notamment les soins et les recours à des équipes ressources. Les certificats « d'indigence » doivent permettre le recours aux consultations et hospitalisations sans problèmes financiers pour la structure. Les

personnes âgées doivent être incitées à avoir des activités, à chaque fois que cela est possible.

15- La place dans ce dispositif des ONG doit être réaffirmée. Elle doit aussi être précisée et encadrée. Des actions de formation pour les membres de ces associations serait souhaitable afin de présenter les problématiques et les besoins particuliers de la population âgée. Ces formations pourraient aussi porter sur les outils existants pour aider à la gestion et à la mise en œuvre de programmes d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Des contrôles réguliers du fonctionnement des foyers pour personnes âgées par des représentants du Ministère de la Santé et de l'Entraide Nationale permettraient de s'assurer du respect des réglementations et recommandations.

16- Des campagnes d'information doivent être instaurées visant les professionnels et le grand public en terme de structures et moyen existants pour aider à la prise en charge des personnes âgées. Il faut développer des campagnes de prévention ayant pour but d'améliorer l'état de santé et de favoriser un vieillissement réussi (nutrition, prise en charge de maladies chroniques, activité physique...).

17- L'amélioration de l'accès aux soins et aux structures d'aide aux personnes âgées, qu'elle que soit leur condition de vie, doit être systématiquement envisagée.

III- PLAN D'ACTION :

Activité	Responsabilité	Calendrier
<p>1. Comité National pour les soins aux personnes âgées composition et missions à fixer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernement 	<p>Le plus tôt possible entre fin 2005 et début 2006</p>
<p>2. Politique nationale d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées A finaliser et préciser les problèmes spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernement - Comité national 	<p>Le plus tôt possible Entre fin 2005 et début 2006</p>
<p>3. Service de Réhabilitation et de la Gériatrie A renforcer dans son rôle et dans ses moyens pour coordonner et mettre en œuvre les décisions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernement - Comité national - Ministère de la Santé 	<p>Dès que possible 1^{er} semestre 2006</p>
<p>4. Réalisation d'études centrées sur les personnes âgées Identifier les problèmes, fixer les priorités et servir d'indicateur de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direction de l'épidémiologie - CERED - Institut National de l'Administration Sanitaire (INAS) - Service de Réhabilitation et de la Gériatrie 	<p>Durant l'année 2006 Processus continu</p>
<p>5. Actions de formation Séminaires et actions de formation continue pour administratifs, gestionnaires, personnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Divers département ministériels - Service de la Réhabilitation et de 	<p>Courant l'année 2006 Processus continu</p>

soignants pour préciser les priorités et les modalités de mise en oeuvre	<p>la Gériatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) - INAS - Organisations internationales 	
6. Enseignement de la gériatrie Module à introduire dans les études de médecine et trouver des terrains de stages pour les para-médicaux étudiants	<ul style="list-style-type: none"> - Universités - Instituts de formation - Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie 	<p>Année universitaire 2006-2007</p> <p>Processus continu</p>
7. Créer la spécialité de Gériatrie Favoriser le recrutement des médecins et former des universitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la santé - Ministère de l'Enseignement - Universités et Facultés de Médecine 	<p>Année universitaire 2006-2007</p>
8. Mise en place d'unités de médecine de court séjour gériatrique Structures ressources loco-régionales à développer comme projet pilote et extension selon résultats et moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé - Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie 	<p>Entre fin 2005 et début 2006 et efforts à poursuivre sur plusieurs années</p>
9. Mise en place de structures d'aide aux aidants Favoriser le maintien dans les familles des personnes âgées ; programme	<ul style="list-style-type: none"> - Différents ministères concernés - Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie 	<p>Durant 2006 et 2007</p> <p>Processus continu</p>

d'éducation des familles.	<ul style="list-style-type: none"> - Délégués coordonnateurs régionaux - Unités de médecine gériatrique - Société Marocaine de Gériatrie - Association Marocaine de Gériatrie 	
---------------------------	---	--

Activité	Responsabilité	Calendrier
<p>10. <i>Mise en place de structures pluridisciplinaires en ville</i></p> <p>Relais des unités de médecine de gériatrique avec un fonctionnement en réseau</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ministère de la Santé -Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie -Délégués coordonnateurs régionaux 	<p>Durant 2007-2008</p> <p>Processus continu</p>
<p>11. <i>Fonctionnement des foyers pour personnes âgées</i></p> <p>Proposer une réglementation. Séparer les populations gériatriques des non gériatriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie -Entraide Nationale -Délégués coordonnateurs régionaux -ONG -INAS 	<p>Durant 2006 pour la réglementation</p> <p>2007-2008 pour les restructurations</p> <p>Processus continu</p>
<p>12. <i>Place des ONG</i></p> <p>A réaffirmer. Actions de formations et encadrement</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie -Entraide Nationale -INAS 	<p>Durant 2006</p> <p>Processus continu</p>

<p>13. <i>Education de la population</i> Campagne d'informations sanitaires et sociales</p>	<p>-Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie -Direction de l'épidémiologie</p>	<p>Réflexion 2006-2007 Mise en œuvre 2007-2008 Processus continu</p>
--	---	--



Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Institut national d'administration sanitaire

La prise en charge des personnes âgées
dans la région du grand Casablanca
Etat des lieux et perspectives

QUESTIONNAIRE (Annexe 3)

Elaboré par : Dr ABOUSSELHAM. L

Ce questionnaire rentre dans le cadre de la recherche opérationnelle du mémoire de fin d'étude à l'INAS. Le sujet du mémoire est «La prise en charge des personnes âgées dans la région du grand Casablanca. Evolution et perspectives de prise en charge».

Le vieillissement de la population est une préoccupation et un enjeu qui commence à se poser d'une façon insistante et nous incite à questionner notre système de santé sur son degré de préparation pour répondre aux besoins de ces personnes âgées.

Le présent questionnaire tente d'explorer la **perception** des prestataires de soins de santé au niveau des ESSB de la **prise en charge** des soins de santé des personnes âgées et leurs particularités.

Nous vous prions de bien vouloir y répondre en cochant la ou les réponses ou en notant votre réponse.

Le questionnaire est réparti en trois parties :

1. Des généralités sur les personnes âgées malades reçues dans la consultation médicale.
2. La deuxième partie essaye d'exploiter les dimensions de l'accessibilité des soins de santé de base pour les personnes âgées malades.
3. Les données générales concernant le répondant.

A noter que :

- la participation à cette étude est volontaire avec le consentement du répondant.
- Ce questionnaire est anonyme.

Nous vous remercions pour votre généreuse collaboration.

SECTION 1 : concerne des généralités sur les personnes âgées malades reçues dans la consultation médicale du centre de santé.

a) Recevez-vous dans la consultation curative au niveau du centre de santé des personnes âgées malades ?

Oui

Non

b) A combien estimez-vous leurs pourcentages par rapport au reste des consultants ?

.....%

c) Quels sont d'après vous leurs principaux motifs de consultation ?

Maladies cardio-vasculaires

Diabète

Maladies rhumatismales

Pathologies respiratoires

Maladies mentales

Autres

.....

d) Etes-vous confrontez au problème de polypathologie chez les malades âgés ?

Oui

Non

SECTION 2 : concerne la réponse aux besoins en soins de santé des personnes âgées malades au niveau des ESSB.

a) Avez-vous déjà reçue une formation en PEC des malades âgés ?

Oui

Non

b) Avez-vous déjà trouvé des problèmes de communication avec vos patients âgés ?

Oui

Non

c) En cas de besoin d'investigations paracliniques ou de références :

- Les délais de rendez-vous sont : Courts Longs
- Les examens complémentaires : disponibles Non

d) D'une façon générale comment qualifiez-vous les services offerts au niveau des centres de santé pour les personnes âgées concernant leurs qualités, efficacités, accessibilités et efficience ?

.....

.....

.....

.....

SECTION 3 : concerne des données générales concernant votre profil.

a) A quelle tranche d'âge vous appartenez ?

- 20 – 25 ans 25- 30 ans 30 – 35 ans 35- 40 ans
 40 – 50 ans 50 – 55ans 55 – 60 ans

b) De quel sexe êtes-vous ?

- Masculin Féminin

c) Quel est votre fonction au CS ?

- Médecin chef Médecin consultant

e) Dans quel milieu travaillez-vous ?

- Rural Urbain

Vos suggestions et commentaires

Nous vous invitons à faire part de vos réflexions concernant cette étude. Votre avis nous est précieux, et nous lirons tous vos commentaires et suggestions avec intérêt :

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre

Collaboration

Grille d'entretien (annexe 4)

Les entretiens avec les responsables au niveau de la région du grand Casablanca sont menés en suivant les thématiques suivantes :

- Quel est l'avis et le degré de prise de conscience du responsable interviewé du phénomène de transition démographique que vit le pays actuellement ?
- Existe-t-il actuellement une grande demande de soins de santé de la part des personnes âgées ?
- Quel est le degré de préparation de notre système de soins afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins relative aux maladies liées à l'âge ?
- Quelles sont les actions entreprises à l'échelle régionale et même locale ?
- Quelles sont les raisons qui sous-tendent soit la présence d'actions entreprises ou leurs absences ?
- Quelques propositions et recommandations afin d'améliorer l'état de santé des personnes âgées au niveau de la région.