

Réunion plénière du 22 février 2018

Première ligne de prise en charge des personnes âgées

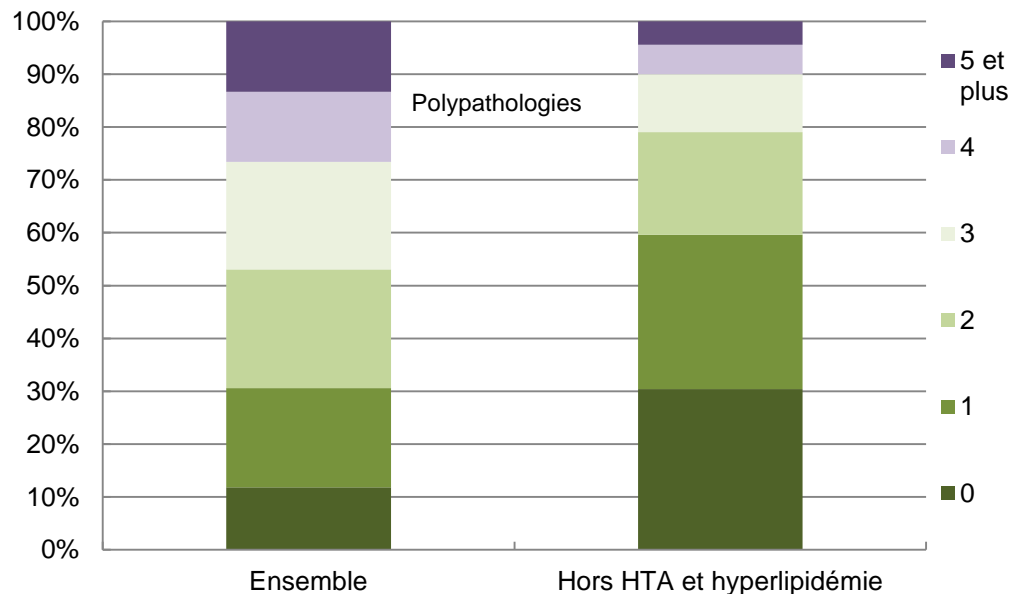
[HTTP://WWW.SECURITE-SOCIALE.FR/L-ACTUALITE-DU-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/l-actualite-du-hcaam)

Le HCAAM est membre du réseau



L'état de santé des plus de 75 ans (pour mémoire)

Graphique 5 – Nombre de pathologies pour les 75 ans ou plus par personne

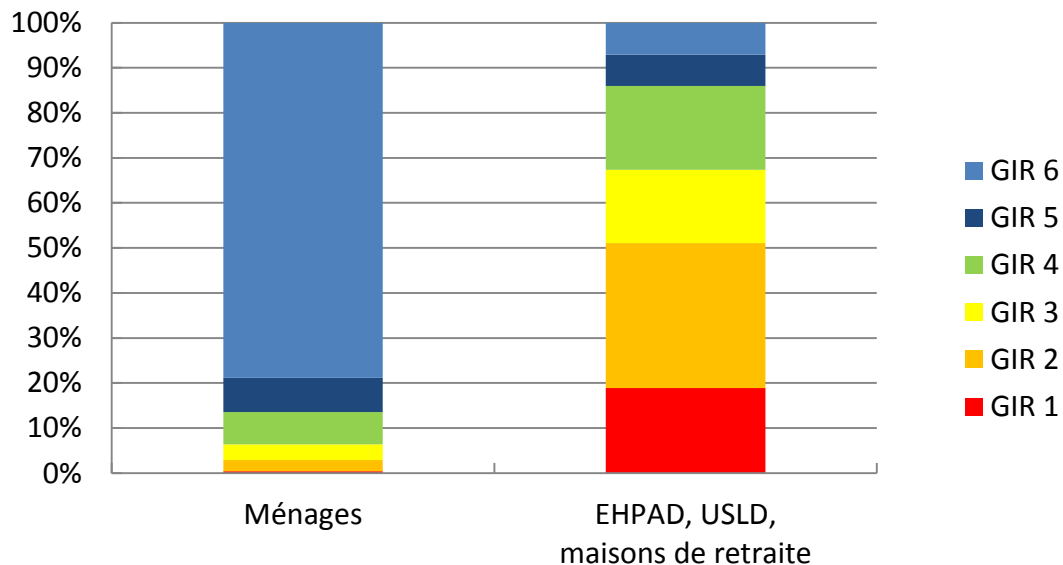


Champ : Consommateurs du RG (y compris SLM), de 75 ans ou plus, année 2010. Nombre de pathologies reconstituées via les ALD, les consommations médicamenteuses et la classification PMSI.
Sources : SNIRAM – Assurance Maladie et PMSI 2010
in Lucie Calvet. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus, Comptes nationaux de la santé – édition 2013.



Domicile vs établissement selon le GIR

Graphique 7 – Répartition de la population de 75 ans ou plus par GIR à domicile et en établissement pour personnes âgées



Champ : France, Personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile ou en EHPAD, USLD ou maison de retraite.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet " ménage " et 2009, volet " Institution ", calculs DREES.

Lecture : En 2008, 79% des personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile sont en GIR 6 (les plus autonomes), contre seulement 7% des personnes vivant en établissement pour personnes âgées.

Où sont les personnes âgées quand elles sont en établissement?

A quoi il faut ajouter environ 50.000 places en résidences-services

	2003	2007	2011	2015
Nombre de places	674 782	684 160	719 790	751 990
Dont				
EHPAD	0	405 720	565 540	600 380
EHPA non EHPAD	434 700	88 780	9 570	8 500
Logements-foyers	154 851	121 250	108 680	109 250
USLD	82 337	66 440	34 720	33 860
Autres	2 887	1 810	1 280	0
Source : Drees, enquêtes EHPA				



Accessibilité aux soins

La personne âgée est tout d'abord un ressortissant du système de santé avec des problèmes d'accessibilité exacerbés

- **Accessibilité financière :**
 - un taux d'effort supérieur à celui du reste de la population (reste à charge après AMO, coût des complémentaires)
 - sans parler de la prise en charge dans le secteur médico-social
- **Accessibilité géographique :**
 - Répartition spatiale respective des personnes âgées et des soignants : une situation péjorative sur certains territoires
 - Problématique d'isolement
 - Problématique de mobilité



Evolution du maillage sanitaire

- **Les tendances à l'œuvre concourent à accentuer les difficultés de la population âgée :**
 - Dé-densification de la présence médicale sur le territoire, pour les généralistes comme pour les spécialistes et recul de la visite à domicile ;
 - Difficultés à pérenniser le tissu hospitalier de proximité ;
 - Evolution du réseau officinal ;
- **Les solutions palliatives ou les innovations ne manquent pas...**
 - Croissance des effectifs de paramédicaux, avec une implantation territoriale de proximité relativement plus favorable : *quid de l'évolution des tâches pour utiliser au mieux ce potentiel?*
 - Organisation des soins primaires et au-delà à travers les MSP, les CPTS... : *dans quelle mesure les nouvelles organisation de la production de soin rendent-elles compte des besoins des personnes âgées?*
 - Développement de la e-santé : *même question*

Conclusion en forme de paradoxe : la problématique « personne âgée » résume assez bien les maux du système mais les solutions apportées sont-elles appropriées?

Qu'en est-il du tissu médico-social?

- **une difficulté d'adressage** dans un système complexe de reconnaissance des droits et de dispersion des opérateurs : *d'où les avatars successifs des dispositifs d'information et d'orientation (CLIC de différents niveaux, MAIA...)* ;
- **une difficulté de coordination entre les opérateurs** : d'où les espoirs mis dans les structures existantes à des fins de coordination territoriale (hôpitaux locaux, EHPAD plateforme...) ou dans des opérateurs nouveaux (MSP?) ou des dispositifs spécifiques (PAERPA...)
- **l'absence de leadership institutionnel** : financements superposés (à domicile comme en établissement), tutelle dispersée : d'où l'idée à une époque (mi-2000) de délégation d'enveloppe à un seul régulateur et de « chef de file » (en l'occurrence le département pour la coordination gérontologique) ; la montée en puissance des ARS et la « prudence » des départements ont modifié la donne par la suite

Lieux clés : le domicile

Difficultés rencontrées :

- diversité des interventions et défaut de coordination
- carences dans la mesure de la qualité des interventions
- nécessité d'adapter le domicile, parfois dans l'urgence,
- soutenabilité en termes de bien être et en termes financiers

Solutions possibles :

- développer des capacités de projection et de coordination à domicile : EHPAD à domicile, quel bilan pour les Equipes spécialisées Alzheimer?
- l'évaluation qualité... enfin!
- adapter l'habitat plutôt que le logement
- gradation des services offerts et financement en conséquence



Lieux clés : les structures intermédiaires

Difficultés rencontrées

- Quelle frontière sanitaire pour les résidences services?
- Pérennité des résidences autonomie?
- Intérêt de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour pour les opérateurs?

Solutions :

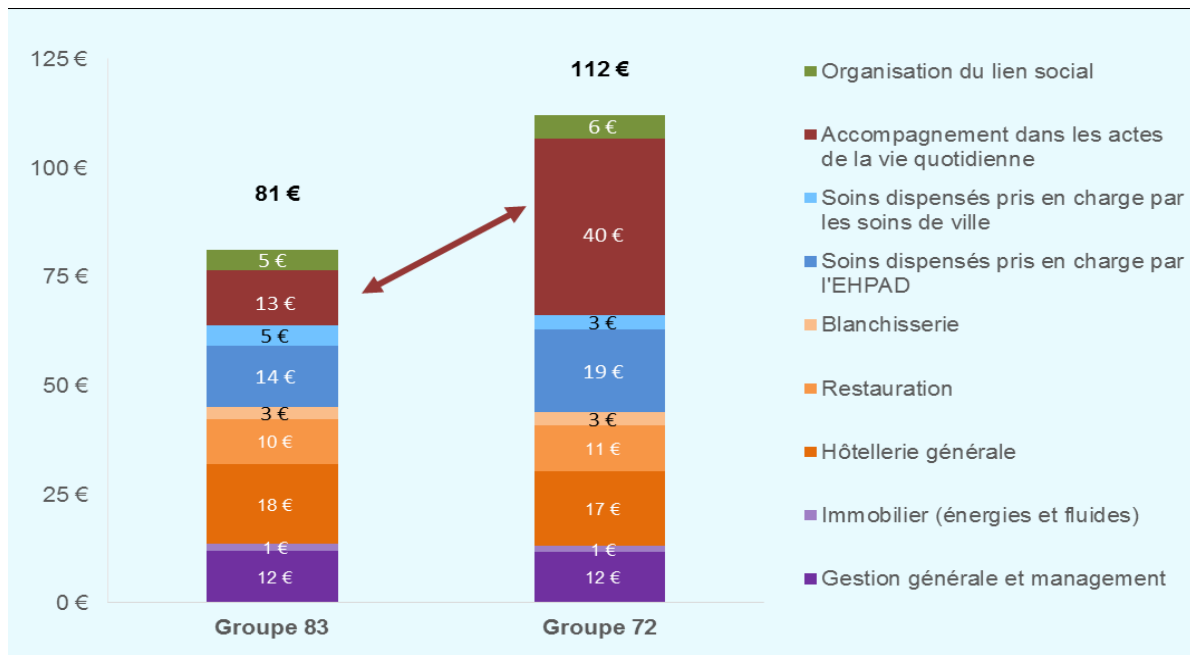
- mise en réseau des résidences services... compatible avec le modèle économique et les modalités de constitution de l'offre ?
- quelle cible populationnelle pour les résidences autonomie? Quels porteurs de projets ?
- au-delà du volontarisme, quelles solutions pour développer les formules de répit?



Difficultés rencontrées

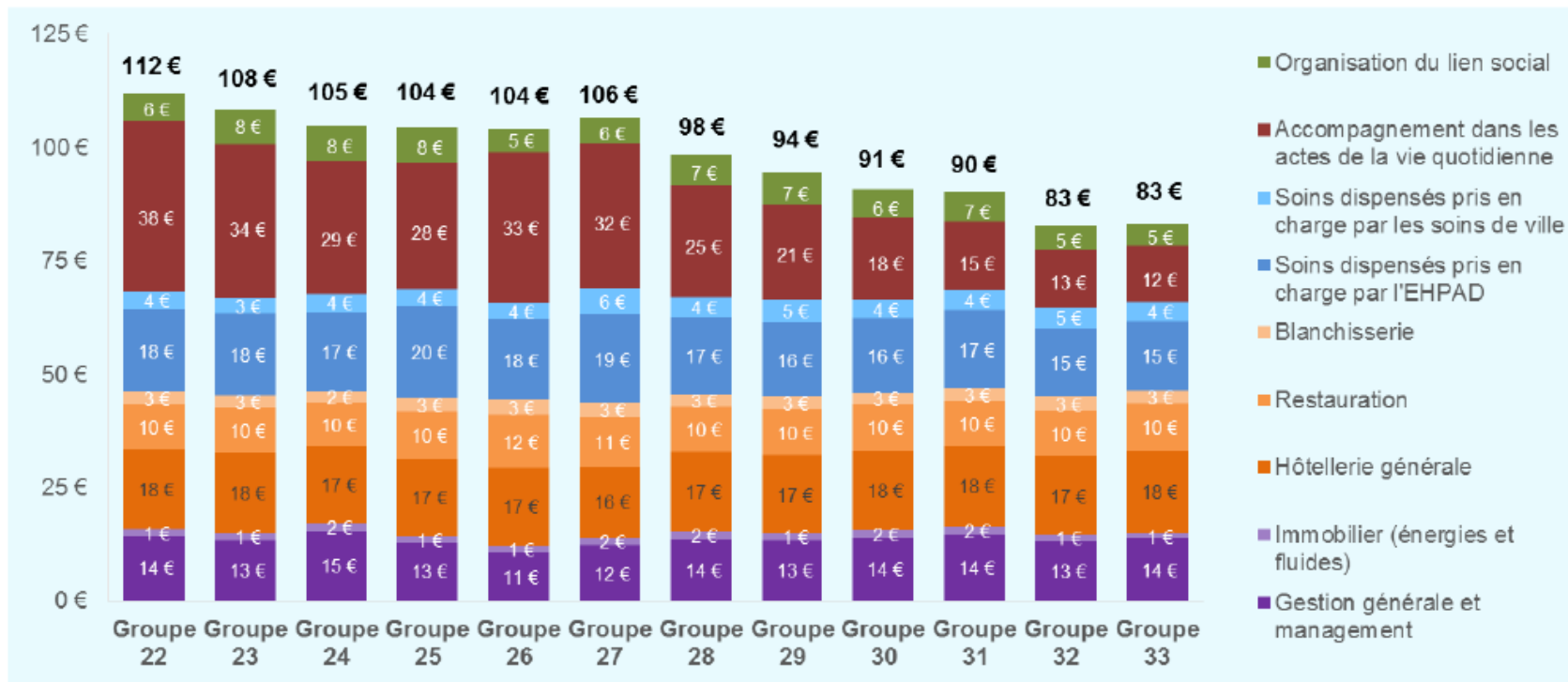
- Déformation de la population accueillie... Les taux d'encadrement n'ont pas suivi.
 - La dotation soin a crû avant de ralentir très significativement sa progression ;
 - Le financement de la compensation (à la charge du département) a été durablement contraint (hormis la création de places nouvelles) ;
 - La croissance du reste-à-charge de l'utilisateur (section hébergement) n'a bénéficié que de façon marginale à l'encadrement en personnel
- Des disparités persistantes d'implantation territoriale
 - Il y a des formes de spécialisation territoriale et des transferts de population entre territoire ;
 - Dans quelle mesure la procédure d'appel à projets ARS-Départements a-t-elle permis de se rapprocher des besoins?
 - Au total, a-t-on profité de l'évolution très substantielle du parc pour corriger les disparités territoriales?

Etude de coûts en EHPAD (ATIH) - Comparaison des groupes-types



Le groupe d'EHPAD 83 est composé de résidents dont l'état de santé est stable et pour lesquels il y a nécessité d'aide pour la toilette et les activités. Le groupe 72 est constitué de résidents dont l'état de santé est stable et pour lesquels il y a une nécessité de présence continue.

Comparaison de l'ensemble des groupes-types

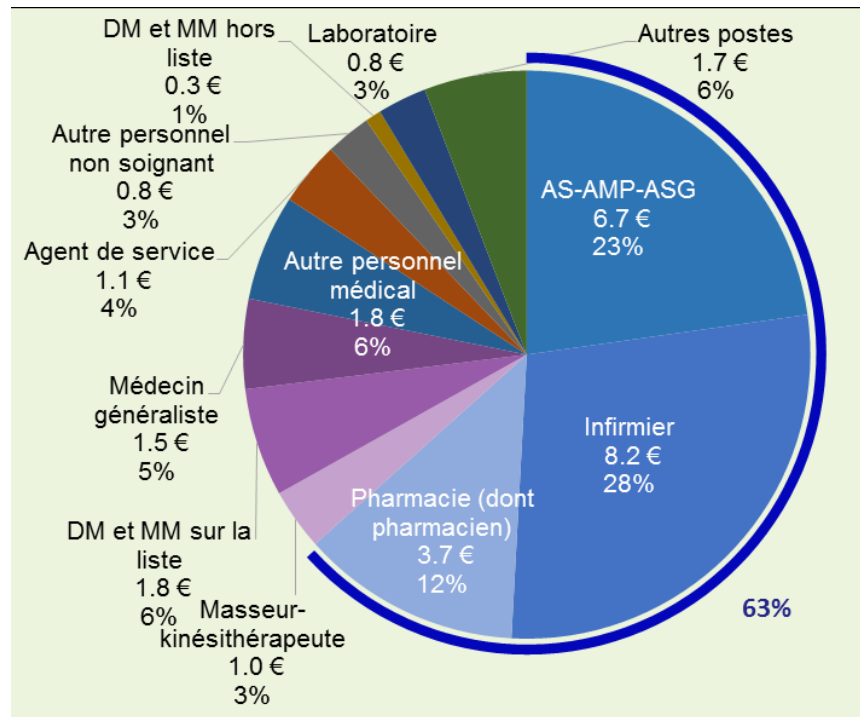


La « médicalisation » des EHPAD : quel bilan?

Rappelons les objectifs :

- Dans la suite du processus dit d'« humanisation des hospices », il s'agissait de prendre en compte les nouvelles caractéristiques de la population accueillie en maison de retraite ;
- Il s'agissait de le faire à la faveur d'un effort d'intégration, incarné notamment par la figure du « médecin coordinateur »
- Effort d'intégration interne mais aussi effort de rationalisation par rapport à la consommation de soins de ville ;
- Ce processus a connu une amplification considérable après la canicule de 2003;
- Il a en outre focalisé les efforts d'aménagement des financements : appréciation de la charge en soin, révision des dotations...

Les principaux postes du coût de l'activité de soins dispensés pour le groupe 22 (regroupe des personnes âgées confinées au lit et au fauteuil et avec troubles psychiatriques)



La « médicalisation » des EHPAD : quel bilan? (2)

- **Quel bilan peut-on tenter ?**
 - À n'en pas douter, le paysage des « maisons de retraite » a été transformé en une vingtaine d'années à coup de création nouvelles, de restructurations ou d'intégration
 - Quel bilan pour les médecins coordinateurs?
 - Que sait-on de l'évolution de l'enveloppe des soins de ville?
 - Quid de l'articulation entre l'EHPAD et l'environnement soignant extérieur? Quelle est la situation et quelle est la trajectoire en la matière?
 - Quel bilan pour les dispositifs des Plans Alzheimer : PASA (pôle d'accueil et de soins adaptés), UHR (unités d'hébergement renforcé), unités spécialisées au sein des services de SSR...?

■ L'intégration par la filière...

S'agissant des patients « gériatriques », l'offre hospitalière est censée comporter plusieurs dispositifs : pôle d'évaluation pluridisciplinaire ; court séjour gériatrique ; soins de suite et réadaptation appropriés aux patients gériatriques ; équipe mobile de gériatrie ; soins de longue durée.

Dans quelle mesure l'évolution du tissu hospitalier rend-elle compte de ces besoins?



Quels scénarios organisationnels pour demain?

- Qu'en sera-t-il des **populations accueillies** respectivement à domicile et en établissement? Polarisation continue ou rapprochement?
- Qu'en sera-t-il de la **division du travail entre les soins de ville et les soins en institution**? Médicalisation des EHPAD ou intégrations médico-sociale et sanitaire?
- **Pour les personnes les moins autonomes, quel modèle de prise en charge ?** À quelle échelle? Avec quelle efficacité?
- **Quel rôle pour l'hôpital dans la prise en charge de la perte d'autonomie?** Séjour / filière (expertise) / réseau (organisation territoriale)



Programme de travail conjoint HCAAM - HCFEA

Thème	Forme de travail	Calendrier
Prévention et perte d'autonomie : état des savoirs	Séance plénière Conseil de l'âge	15 février 2018
Première ligne de prise en charge	Séance plénière HCAAM	22 février 2018
Evolution des maladies neuro-dégénératives et potentiel d'innovations	Séminaire Panel d'experts – Invités Conseil de l'Age et HCAAM	21 mars 2018
L'évolution des populations accueillies en institution et les moyens mis en œuvre	Séance plénière Conseil de l'âge	29 mars 2018
Le potentiel et les limites du maintien à domicile et la question des innovations technologiques ou organisationnelles	Séminaire Panel d'experts – Invités Conseil de l'Age et HCAAM	Avril 2018
Le potentiel de développement des formes intermédiaires de prise en charge	Séance plénière Conseil de l'âge	17 mai 2018
Les déterminants de l'entrée en institution	Atelier (ouvert aux membres du HCAAM et du Conseil de l'Age) puis Séance plénière	Atelier : février – mai 2018 Séance plénière Conseil de l'âge 17 mai 2018
Pérennité du modèle d'EHPAD des années 2000	Atelier puis Séance plénière	Atelier : mai – juin 2018 Séance plénière Conseil de l'âge : 21 juin 2018
Projections	Atelier puis séances plénières	Atelier : mai – juin 2018 Séance plénière Conseil de l'âge : 21 juin 2018 Séance plénière HCAAM : juillet 2018