

SYSTEME DE SANTE ET PERSONNES AGEES FRAGILES OU EN PERTE D'AUTONOMIE A L'HORIZON 2030

**Avis adopté à l'unanimité
le 22 novembre 2018**



Dans sa Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé¹ le HCAAM appelle à partir des services à rendre à la population et non de l'offre disponible. Ceci est d'autant plus important pour les personnes âgées fragiles² ou en perte d'autonomie que leur accompagnement nécessite de s'écarter de l'organisation historique de l'offre sanitaire conçue autour d'interventions ponctuelles destinées à résoudre un problème aigu³. En effet, la prévention joue un rôle essentiel dans la préservation de l'autonomie. En outre, les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie souffrent de multiples problèmes pour lesquels l'horizon n'est souvent pas la guérison mais la remédiation, la stabilisation voire une moindre dégradation, qui nécessitent des soins et services coordonnant l'intervention d'un ensemble d'acteurs dans la durée. Vulnérables, ces personnes sont particulièrement sensibles aux dysfonctionnements actuels de notre système. Faute de réponse de proximité organisée, elles se tournent, souvent par défaut, vers les acteurs aujourd'hui les plus structurés, établissements de santé et médico-sociaux, avec les mêmes inefficiences dans les champs sanitaire et médico-social. Pour répondre à leurs besoins, à la frontière de ces champs, le HCAAM appelle à un décloisonnement et à une simplification, pour mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens. Pour permettre aux Français de rester, comme ils le souhaitent dans leur grande majorité, à domicile, la priorité doit être donnée à une réponse de proximité renforcée et structurée, accessible partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées.

De quels services ont besoin les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?

La Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé affirme que la transformation du système doit s'appuyer non plus sur l'analyse de l'offre mais sur les services attendus par la population. Il ne s'agit pas d'organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des personnes âgées alentour mais d'organiser l'accès de ces personnes, sur chaque territoire, à des services pertinents et de qualité.

Pour la majorité des personnes âgées, disposer d'un accompagnement permettant de rester au domicile le plus longtemps possible constitue un service attendu fondamental, qu'il s'agisse d'un logement autonome ou collectif de type habitat intermédiaire. Il suppose de garantir la permanence et la même accessibilité et continuité des soins et services à domicile et en institution, y compris pour les soins non programmés, alors que ces personnes ont une mobilité réduite et un besoin de recours plus fréquent au système de soins. Il suppose aussi de garantir la qualité et la sécurité de ces soins. En effet, les phases de dégradation de l'autonomie trouvent parfois leur origine dans le système de soins : iatrogénie médicamenteuse, hospitalière (notamment suite au recours aux urgences)... Pour ces personnes, encore plus que pour le reste de la population, il convient de remettre en cause la logique de l'hyperspécialisation, qui

¹ <https://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

² La fragilité est définie comme une réduction multi systémique des réserves fonctionnelles limitant la capacité de l'organisme à répondre à un stress, même mineur. La littérature épidémiologique montre que la fragilité, associée à la survenue d'événements indésirables de santé (hospitalisation, chutes, etc.), est un important facteur de risque de perte d'autonomie. Les personnes âgées fragiles constituent à ce titre une cible prioritaire des actions de prévention.

³ A. Gawande, *Being Mortal*, 2014



se traduit par des épisodes d'hospitalisation évitables dont elles sortent trop souvent moins autonomes.

Pour décliner concrètement ces services attendus il convient de distinguer les personnes âgées :

- fragiles :
 - o pour lesquelles les concepts de prévention, de repérage précoce de situations susceptibles de se dégrader et de dépistage ont été bien développés dans la littérature notamment anglo-saxonne sous le concept de « high value care » que l'on pourrait traduire par des soins à haute valeur ajoutée. Il s'agit effectivement de populations exposées à de nombreux risques de complications et d'hospitalisation, qu'il convient de mieux repérer notamment pour les plus éloignés des systèmes sanitaire et social
 - o qui peuvent avoir des besoins sanitaires ponctuels de type opération dans un établissement de santé, pour lesquelles il convient de lutter contre la iatrogénie et de bien organiser, en proximité, l'amont et l'aval des interventions
- polypathologiques et en perte d'autonomie, qui ont besoin d'une équipe de proximité pluriprofessionnelle qui les suive et les oriente, en ambulatoire si elles sont mobiles, et autrement dans leur lieu de vie. Pour les cas les plus lourds, une permanence d'infirmier de nuit ou de professionnel soignant est nécessaire

tout en gardant à l'esprit que de telles distinctions, pour utiles qu'elles soient, établissent des différences entre des situations qui en réalité coïncident parfois. Dans tous les cas complexes, un professionnel ou une structure jouant le rôle de « coordonateur autonomie » (« case manager ») doit être en charge de la mise en œuvre de services décloisonnés.

Parmi les services de santé attendus en proximité et en recours figurent également :

- l'accès à des soins et actes spécialisés, notamment en ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie (ORL) et dentaire (ces derniers ayant un impact sur la nutrition en conditionnant la qualité de la mastication), avec la présence physique du médecin ou du dentiste lorsque nécessaire. Les personnes âgées qui ne sont pas capables d'utiliser correctement les aides auditives et prothèses dentaires ont besoin d'être aidées par d'autres professionnels, formés pour vérifier que les équipements sont en état de fonctionner et utilisés
- la prise en charge en proximité et dans des délais appropriés de besoins non programmés liés à l'apparition de problèmes de santé ou à des décompensations de pathologies existantes, notamment la consultation de spécialistes et des séries d'exams si nécessaire

Pour qualifier les besoins en matière sociale et médico-sociale, il est possible de s'appuyer sur les travaux en cours de modélisation fonctionnelle de dispositifs innovants de soutien à domicile⁴ portés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) :

- aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne : gestion du corps et des repas, entretien du logement, transport
- surveillance gériatrique et d'urgence (garde à domicile, hébergement d'urgence, re-layage...)

⁴ Ce terme est utilisé de préférence à celui d'« EHPAD hors les murs », pour rendre compte du fait que ces dispositifs peuvent être portés par d'autres acteurs que des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

- 
- activités concourant au maintien et à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives (accueil de jour, pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), équipe spécialisée Alzheimer (ESA), actions de prévention...)
 - appui pratique : aide aux actes de gestion administrative (notamment pour l'accès aux droits, soins et aides), à l'utilisation des appareils et techniques de communication, conciergerie et organisation d'autres services (coiffeur...)
 - accompagnement des aidants, qui jouent un rôle clé dans le soutien à domicile (par le soutien qu'ils apportent eux-mêmes, leur fonction de repérage et de coordination...) et sont très souvent des femmes, notamment pour éviter les risques de désinsertion professionnelle
 - adaptation du logement : évaluation des adaptations nécessaires, aide au choix des prestataires, accompagnement des démarches administratives et du suivi de la réalisation des travaux
 - participation sociale : activités sociales et de loisir, temps de compagnie. Cette dimension est fondamentale compte tenu du rôle majeur de la lutte contre l'isolement dans le maintien de l'autonomie. Elle inclut des éléments liés aux soins et aux aides techniques, par exemple les aides auditives

Ces accompagnements doivent être construits avec les personnes et cohérents avec leurs projets de vie. Il faut pour cela donner aux personnes âgées et à leurs proches un rôle d'acteurs des prestations qui leur sont prodiguées, à des fins notamment de préservation de l'autonomie. Elles ont besoin pour cela d'une information accessible, lisible et compréhensible sur la santé, les services et les droits sociaux en général, ainsi que d'une information spécifique sur leur accompagnement et l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où elles vivent. Les outils d'information doivent être conçus pour, et avec, les personnes en situation de grand âge et mobiliser le potentiel des technologies actuelles.

Les personnes âgées doivent, si elles le souhaitent, finir leurs jours chez elles, dans la dignité et dans le respect de leurs droits et libertés, et y avoir accès à tous les services dont elles ont besoin pour cela, soins palliatifs notamment.

La variabilité des attentes par rapport aux services à rendre doit être prise en compte, même si la question du choix soulève, pour les personnes dont les fonctions cognitives sont les plus altérées, des questions éthiques difficiles. Les progrès remarquables de la médecine au cours du XXe siècle ont conduit à lui confier une place importante dans la prise en charge des problèmes liés au grand âge, mais cette médicalisation de la fin de vie est récente. Les besoins en la matière restent variables selon les représentations de la vieillesse et les projets de vie des personnes âgées. Certaines personnes préféreront ainsi des remédiations (solutions techniques, services) à des interventions visant à soigner des problèmes de santé, si ces interventions ont des risques d'échec et d'effets secondaires importants. De même, si certaines personnes âgées privilégient un environnement médicalisé et sécurisé, d'autres valorisent leur autonomie, certaines activités même risquées, le fait de vivre chez elles. L'environnement social, familial, amical, de voisinage, etc. modifie les termes de cet arbitrage. L'isolement est souvent un élément majeur empêchant de rester à son domicile. Si les proches apportent un soutien favorable au libre-arbitre des personnes âgées, ils peuvent privilégier, plus que les personnes âgées ne le feraient elles-mêmes, leur sécurité par rapport à leur liberté⁵. La question du niveau et de la nature des efforts que les aidants peuvent et veulent consentir pour permettre à leurs proches de rester dans leur domicile, de la substituabilité ou complémentarité entre aidants professionnels et non professionnels, doit par ailleurs être légitimement prise en compte.

⁵ A. Gawande, *op cit*



Le niveau de solvabilisation des dépenses liées au grand âge, et la cohérence des tarifications, entre le domicile et la palette des établissements et habitats pour personnes âgées, publics et privés, constituent également des sujets importants, pour le modèle économique des différentes structures et leur répartition sur le territoire, ainsi que pour la liberté de choix des usagers. Le reste à charge doit rester supportable pour les personnes âgées et leur famille et les conditions de financement de l'accompagnement doivent contraindre le moins possible leurs choix de résidence, même si cette liberté de choix trouvera toujours une limite. Ces sujets n'ont pas pu être traités dans le cadre de ce travail prospectif qui vise à éclairer les caractéristiques de l'offre répondant aux besoins en santé des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030, mais ils devront être instruits.

En termes quantitatifs, si les gains de longévité vont continuer à se traduire par une augmentation du nombre de personnes âgées, il convient de distinguer deux phases. Ce n'est qu'en 2030 que les premières générations de baby-boomers atteindront 85 ans, qui est aujourd'hui l'âge moyen d'entrée en EHPAD. D'ici là, la progression des besoins sanitaires liée à l'augmentation de la part des 65-84 ans dans la population constitue une fenêtre d'opportunité pour renforcer le réseau de proximité⁶.

Quelle réponse à ces besoins ?

La réponse aux besoins des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie passe par la mise en place d'un « bouquet de services organisés », associé à des solutions techniques, défini avec les personnes et leur entourage en mobilisant des modèles existants de « décision partagée en soins de santé ». Cette réponse doit s'organiser dans le temps dans une logique de « parcours ». L'égalité d'accès doit être garantie, partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées. La qualité des services rendus, à domicile ou dans les établissements médico-sociaux, doit être mieux évaluée, compte tenu des disparités existantes. Ceci permettrait d'éclairer les politiques d'amélioration de la qualité, et les choix des usagers et des régulateurs.

Un accroissement significatif des moyens de la proximité doit être consenti (nonobstant les besoins des établissements de recours et de référence) accompagnant la structuration des soins et services à domicile ou en ambulatoire et la mise à niveau des institutions. Cette progression doit intervenir dans un contexte de diminution temporaire attendue de la densité de médecins : corrigée pour tenir compte des besoins plus importants d'une population plus âgée, cette densité rejoindra autour de 2025 son niveau du milieu des années 1990, avant d'augmenter à nouveau⁷. Parallèlement, la démographie des autres professions, notamment infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, sera plus dynamique, allant dans un sens favorable à l'accompagnement des personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie. Ces dynamiques sont évidemment contrastées selon les territoires⁸ ; en particulier :

⁶ Notons que les projections épidémiologiques sont entachées d'une forte incertitude, avec notamment la question de la poursuite de la tendance, observée dans les pays à haut niveau de revenu, à la baisse de la fréquence des démences à un âge donné.

⁷ Le calcul est le suivant : le nombre de professionnels est rapporté à une population dans laquelle chaque tranche d'âges est pondérée par la part qu'elle représente dans les dépenses en médecins de ville. La densité standardisée ainsi calculée permet de mesurer à chaque date l'adéquation entre le nombre de médecins et les besoins de soins de la population, sous l'hypothèse que ces derniers sont essentiellement liés à l'âge des individus et sont stables dans le temps : *Portrait des professionnels de santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2016.

⁸ *Le vieillissement de la population et ses enjeux* Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017



- certaines régions peu denses notamment dans le centre de la France ont dès aujourd'hui une forte proportion de personnes âgées mais ne vieilliront plus ; elles sont confrontées à des problèmes d'isolement des personnes âgées et d'attractivité pour les professionnels

- d'autres régions vont en revanche connaître un vieillissement de leur population, en particulier certaines grandes villes comme Paris, Nantes, Rennes, Montpellier, Orléans, et les zones périurbaines des années 1970 restées jusqu'à présent assez jeunes, ainsi que les régions littorales du sud et de l'ouest qui ont déjà une population relativement âgée. L'enjeu sera d'adapter les capacités pour accompagner cette augmentation, dans des régions perçues, selon les cas, comme plus ou moins attractives par les professionnels.

La structuration de l'offre de proximité

Le rapport du HCAAM *Assurance maladie et perte d'autonomie* (2011) rappelait que « les pathologies chroniques dont souffrent souvent les personnes très âgées privées d'autonomie, rendent nécessaire l'intervention de nombreux professionnels spécialisés. Afin d'évaluer le nombre de professionnels dont l'intervention est requise dans le traitement et le suivi du patient et d'étudier les éventuelles modalités de coordination préconisées, le HCAAM a analysé six guides médecins (et « listes d'actes et de prestations » - LAP) de la Haute autorité de santé (HAS) relatifs à des Affections longue durée (ALD) courantes chez les personnes âgées, en lien avec ou pouvant conduire à une perte d'autonomie. Cette étude met clairement en évidence le grand nombre d'intervenants impliqués dans le traitement et le suivi des malades : sur les 6 ALD étudiées, ce nombre va de 12 à 30 professionnels de santé différents, et de 1 à et 4 types d'intervenants sociaux différents. Cette observation simple induit un évident besoin de coordination, afin d'assurer une prise en charge efficace du patient. » Cette coordination est aujourd'hui rendue difficile par une organisation et des financements en silos, une absence de leadership et de capacité à investir, des difficultés à faire travailler les acteurs ensemble, et un système d'information encore insuffisamment interopérable.

Le réseau territorial de proximité doit dès lors s'organiser pour répondre aux besoins sanitaires, médico-sociaux ou sociaux des personnes âgées d'un bassin de vie⁹. Il doit intégrer les soins ambulatoires dont les spécialistes et les centres de santé, les pharmacies et les services de santé mentale de proximité, des services à domicile (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)) et des établissements médico-sociaux, en particulier les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) mais également toute l'offre de l'habitat intermédiaire tel que les habitats inclusifs. Intégrer les prestations sanitaires et médico-sociales suppose notamment d'harmoniser les outils sanitaires (plan personnalisé de santé (PPS)) et médico-sociaux (plans d'aide) et de coordonner les deux, pour disposer d'outils d'évaluation des besoins individuels et d'aide à la pratique clinique qui intègrent la dimension pluridisciplinaire du soin, l'environnement social des personnes, leurs attentes et celles de leur entourage. En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Il favorisera des formes plus abouties de coopération. Chaque professionnel devra ainsi contractualiser au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité. Les communautés professionnelles assureront l'interface avec les établissements en charge de la proximité et les établissements et les services d'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi qu'avec les acteurs de deuxième ou troisième ligne, en particulier les établissements de recours ou de référence.

Les établissements en charge de la proximité auront un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées. Il s'agit d'établissements de santé intervenant en proximité et d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), recentrés sur des activités de médecine polyvalente, en particulier en gériatrie. Ils doivent disposer d'un volant de lits permettant,

⁹ Au sens de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)



d'une part, de limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds, d'autre part, d'organiser les sorties d'hospitalisation dans le centre de recours, et enfin de faciliter la permanence et la continuité des soins. Ils peuvent inclure des équipes mobiles, des Unités de soins de longue durée (USLD) et certaines activités interventionnelles ; beaucoup sont associés à ou ont contractualisé avec un EHPAD. Les établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) sont parties prenantes de ces nouvelles organisations et ont vocation à voir leurs activités se développer en substitution à l'hospitalisation avec hébergement en établissement (séances de chimiothérapie, transfusion...). Ces établissements de proximité peuvent servir de point d'appui à la régulation des soins non programmés et des urgences, avec un plateau d'imagerie de proximité et de biologie de routine, en mobilisant des pratiques avancées en soins infirmiers, sous la responsabilité du médecin.

Le Haut Conseil considère que la coordination, essentielle pour l'accompagnement des personnes âgées, est d'abord une mission à part entière des offreurs eux-mêmes. Dès lors, le temps passé à des tâches administratives, qui est appelé à se développer, doit être externalisé et mutualisé pour une part, avec le développement des métiers d'assistants en cabinet de médecine générale, assistants administratifs, ingénieurs, gestionnaires de données, prestataires de services... afin de libérer du temps de soins pour les personnes âgées.

Les établissements et les professionnels de santé des niveaux de recours, dont les gérontopôles, devront fortement articuler leurs interventions avec celles des acteurs de la proximité pour prendre en charge une population vieillissante, dans le cadre de missions renouvelées et prenant en compte les missions à confier au réseau de proximité :

- expertise spécialisée, notamment géronto-psychiatrique, susceptible d'être mobilisée à l'initiative des acteurs de proximité, par demande d'avis ou de consultation, le cas échéant à distance
- développement d'activités multisites et d'équipes mobiles ou projetées sur le territoire, pour des patients soumis à des soins itératifs qui peuvent s'étaler sur de longues durées (séances notamment) ou pour certaines consultations
- attention très forte apportée à la dimension gérontologique qui justifie le développement d'organisations transversales nécessaires à la qualité de l'accompagnement des patients dans l'ensemble des services des établissements
- collaboration avec le réseau de proximité chargé de prendre en charge l'amont et l'aval des hospitalisations

La répartition des tâches entre les différents acteurs du réseau de proximité sera variable selon le territoire (degré d'organisation des équipes médicales ambulatoires, démographie médicale...), le contexte social et les caractéristiques du logement des personnes âgées. Le réseau de proximité pourra prendre en charge la médicalisation des EHPAD qui, du fait de leur petite taille, ne sont pas en capacité de l'organiser. Les établissements de santé de proximité pourront fournir un appui pour assurer l'accès aux soins lorsque c'est nécessaire, avec l'aide des nouvelles technologies et les possibilités offertes par la télémédecine.



Le rôle des EHPAD¹⁰

Les EHPAD sont un modèle de maison de retraite élaboré dans les années 1990 et déployé depuis lors, héritage de « l'humanisation des hospices », puis d'une politique de médicalisation construite à une époque où la charge en soin était encore modeste. La croissance du parc d'EHPAD est aussi le résultat d'une politique de création de places et de médicalisation, qui s'est renforcée après la canicule de 2003. Les objectifs quantitatifs quant au nombre de places ont pu être atteints, dépassés même, avec cependant un maintien de disparités territoriales. Il y a dix ans la question pressante était celle des listes d'attente. Cette question a quasiment disparu.

Il existe une très forte disparité des situations entre les EHPAD des secteurs public, privé lucratif et associatif. L'implantation, la dimension, le degré de perte d'autonomie des résidents varient selon le type d'EHPAD même s'il existe d'importants recoupements. Alors que le secteur associatif et le secteur privé lucratif se sont fortement concentrés et sont entrés dans une logique de groupe, le secteur public reste très atomisé. La majorité des EHPAD publics relèvent de la fonction publique hospitalière (FPH), où ils sont soit autonomes, soit gérés directement par un hôpital, auquel cas la coordination interne, la mutualisation des moyens sont déjà en place. Les autres établissements publics sont des EHPAD territoriaux généralement rattachés aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Concernant les effectifs employés en EHPAD, on a créé un volume d'emplois important au cours des dernières années et les pouvoirs publics ont de fait consacré beaucoup d'argent à la création de places et à la médicalisation. La qualité a progressé, le bâti également. Pour autant, les attentes des usagers semblent avoir progressé plus rapidement que les avancées.

Le projet était médico-social à l'origine, d'où l'insistance sur les projets de vie et d'établissement. Cet ordonnancement a été percuté par la déformation de la population hébergée : un accueil plus tardif, plus court, un taux de prévalence très important des maladies neuro-dégénératives de type Alzheimer ou apparenté avec des troubles du comportement nombreux et parfois sévères et une charge en soin croissante, laquelle a annihilé pour une part les efforts dits de « médicalisation », ne permettant pas un accompagnement plus dense à niveau de perte d'autonomie donné. De fait, la charge de travail objective a beaucoup crû et c'est notamment ce que mettent en évidence les mouvements sociaux récents dans les établissements.

Une étude de la DREES¹¹ indique en effet : « Les professionnels rappellent les menaces déjà identifiées : croissance de la charge de travail et risque que celle-ci devienne littéralement insupportable, évolution du secteur médico-social vers un modèle plus sanitaire, raréfaction des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, tendance de fond à l'individualisation de la prise en charge – plus conforme aux attentes des « nouvelles générations » de personnes âgées dépendantes, mais difficilement conciliable avec les contraintes de l'organisation en collectivité – ou encore renforcement des exigences des usagers (en matière de présence, de disponibilité, de pratiques d'hygiène, etc.). [...] Enfin, la médicalisation croissante des établissements, en réponse à des niveaux de dépendance plus élevés des résidents, constitue une inquiétude forte de la part des professionnels, notamment parce qu'elle se heurte à leur identité professionnelle telle qu'ils aiment à la définir, faisant primer le « care », l'accompagnement global, la relation humaine sur la technicité des soins. C'est une bataille qui semble

¹⁰ Les analyses développées ci-dessous doivent beaucoup aux deux séances de séminaire d'experts sur les perspectives d'accompagnement, avec notamment la participation, aux côtés des membres du HCAAM et du HCFEA, de Marie-Anne Montchamp, Geneviève Manarino, Joël Ankri, David Causse, Marc Bourquin, Xavier Dupont, Benoît Péricard, Luc Broussy, Philippe Denormandie, Michel Ballereau.

¹¹ Rémy Marquier et alii., « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Les dossiers de la DREES n°5, Septembre 2016



s'engager entre l'EHPAD et l'hôpital, le médico-social et le sanitaire. Le sentiment prime ainsi que les évolutions en cours vont à rebours de ce que les soignants apprécient de leur métier et de ce qui leur permet de continuer à s'investir malgré des conditions de travail qu'ils estiment difficiles. ».

La question de la taille optimale des EHPAD est également liée à celle de l'articulation des différentes dimensions de ces établissements, médico-sociale, mais aussi sanitaire et sociale. Les contraintes normatives, de management, foncières et économiques ont pu pousser à la création d'établissements de grande taille, souvent implantés en périphérie, parfois moins favorables à l'émergence de communautés de résidents et de professionnels. L'émergence de petites unités dans de grands ensembles constitue une voie de conciliation possible.

On a également affirmé l'importance des formes d'hébergement temporaire pour contrecarrer l'irréversibilité du « placement » et fournir un répit aux familles. Contrairement à certains pays étrangers, ces hébergements n'ont jamais vraiment trouvé leur modèle économique en France et n'ont guère eu de promoteurs durables parmi les opérateurs. Les accueils de jour et les hébergements temporaires se développent avant tout là où les subventions publiques valident un modèle économique spécifique et prennent en compte certaines difficultés (en matière de transports notamment). Or, ce type d'accompagnement mériterait d'enrichir l'ensemble de nos dispositifs, dans le cadre d'une approche graduée.

En outre, les expérimentations conduites dans certains territoires tendent à consolider le rôle des établissements d'hébergement aux fins de fluidifier les parcours et d'éviter les hospitalisations inappropriées, en décrivant par-là l'intérêt médico-économique d'organisations alternatives, qu'il s'agisse de réduire le recours aux urgences ou les réhospitalisations évitables, de désengorger l'aval des établissements de santé en fournissant un accueil temporaire en établissement d'hébergement, de retarder l'entrée en établissement. On a pourtant globalement une grande difficulté à fabriquer de vraies articulations sur le terrain, à lever certains blocages. En particulier, l'HAD en EHPAD représente un progrès considérable mais lent à se déployer. En outre, les expérimentations évoquées ci-dessus démontrent le potentiel d'une organisation à partir des EHPAD... et la réalité présente : à taux d'encadrement donné (en particulier en ce qui concerne les personnels soignants), à organisation constante, il est assez illusoire d'assigner de tels objectifs aux EHPAD.

La priorité donnée au domicile, conforme aux préférences exprimées par une grande majorité de Français, suppose de faire du développement de services à domicile médicosociaux et sociaux convenablement articulés avec les services sanitaires de proximité le choix privilégié dans une perspective de moyen terme. En effet, dans les EHPAD, le « lieu de vie » est souvent perçu comme un décor aménagé pour compenser l'impensé – sanitaire, voire hospitalier – du modèle, alors que les résidences services et les résidences autonomie ont retrouvé et crédibilisé à nouveau le concept de domicile au sein d'une institution collective. De fait, la question du domicile est structurante pour la transformation du modèle d'établissement : fonctionnalités domiciliaires, centralité de la personne, respect des droits, expression de la citoyenneté, etc. Il faudra également tenir compte des attentes des résidents de 2030, probablement différentes de celles des résidents actuels.

Si le pari d'une structuration et d'un renforcement d'une telle ligne de proximité est réussi, alors l'évolution déjà à l'œuvre se renforcera, conduisant les EHPAD à se concentrer toujours plus sur les personnes âgées les moins autonomes, pour lesquelles la vie au domicile est devenue impossible du fait de troubles du comportement ou cognitifs, voire de problèmes de santé nécessitant un accompagnement et une surveillance intensifs. Or, si le nombre de ces personnes va continuer à augmenter d'ici 2030 du fait de la poursuite des gains de longévité, l'accélération liée à l'arrivée des générations du baby-boom aux âges auxquels ces problèmes deviennent plus fréquents n'aura lieu qu'après 2030.



Ainsi, à l'horizon 2030, la priorité pour les EHPAD ne doit pas être un accroissement du nombre de places (sauf dans les zones aujourd'hui sous-dotées) mais un renforcement de l'accompagnement leur permettant de prendre en charge dans des conditions convenables leurs résidents et de faire face à des situations de plus en plus lourdes. La spécialisation et la diversification de l'offre des établissements en fonction des niveaux de perte d'autonomie des résidents est une question. Elle peut être de nature à améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes concernées, mais suppose, si c'était une voie retenue, de concevoir une gestion des ressources humaines la rendant soutenable.

La question de l'articulation entre EHPAD et USLD doit être reposée dans cette perspective : les deux types d'établissement, héritage de la séparation entre le sanitaire et le médico-social introduite par loi dans les années 1970, se distingueront-ils principalement par le niveau de difficultés des publics accueillis, tout en se rapprochant sur le fond via une médicalisation des EHPAD et une meilleure prise en compte de la dimension hôtelière et sociale dans les USLD ? Ou leur activité se différenciera-t-elle au contraire, les USLD s'orientant vers des unités de soins prolongés complexes ? Du fait de la transition démographique attendue, on pourrait pencher pour la première option, dans un souci de simplification du système de santé pour les concitoyens et de cohérence d'offre au regard des besoins des publics accueillis.

La structuration sanitaire de proximité doit être conçue dans une articulation avec le médico-social et le social pour répondre aux besoins des personnes âgées. La réflexion méritera d'être approfondie dans le cadre de travaux futurs du HCAAM. De même, comme indiqué précédemment, la question des tarifications, au domicile et au sein de la palette des établissements et habitats pour personnes âgées, publics et privés, ne relève pas du travail prospectif sur l'offre adressée aux personnes âgées à l'horizon 2030 mené ici, mais elle constitue un sujet important à instruire.

Il est cependant d'ores et déjà clair que les EHPAD vont être amenés à mobiliser plus d'aides-soignants, d'infirmiers, de spécialistes des troubles cognitifs, voire de personnels formés davantage au soin « relationnel » qu'au soin technique. Selon la taille des établissements et le contexte (urbain, rural...) les ressources médicales et infirmières nécessaires peuvent être totalement internalisées ou résulter de la mobilisation organisée de ressources du réseau de proximité, à l'image des permanences d'infirmier de nuit et des consultations de télé-médecine organisées par certains établissements de santé de proximité pour les EHPAD de leur entourage. Le HCAAM considère dans cette perspective que le rôle du médecin coordonnateur doit être élargi, pour les patients dont il n'est pas médecin traitant, à un droit de prescription dans les situations d'urgences non vitales, et que la fonction d'infirmier coordonnateur, interlocuteur privilégié du médecin, doit être mieux définie.

La question est enfin posée de la capacité des EHPAD à proposer des services aux non-résidents voire de l'opportunité du développement d'un modèle faisant de l'EHPAD le centre ou le point d'appui d'une diversité d'activités y compris à domicile. Ce modèle peut être pertinent lorsque l'établissement est le seul élément de plateau technique et gériatrique du territoire. Par contre, des services à domicile au fonctionnement intégré (SSIAD et SAAD regroupés en SPASAD) lorsqu'ils existent peuvent tout à fait remplir ce type de missions. Leur activité peut s'exercer dans le cadre d'un partenariat avec un EHPAD pour favoriser la continuité et les économies d'échelle, voire permettre de diversifier les activités des personnels. Une diversité de modèles d'organisation est bien sûr concevable et relève de l'initiative et de la responsabilité des porteurs de projet. Il est indispensable de continuer de promouvoir dans le cadre des établissements des possibilités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire qui doivent être pensés comme des dispositifs de soutien au domicile.

Comment traiter le développement des dispositifs innovants de soutien à domicile ? Doit-on en laisser la responsabilité aux acteurs en charge de ce soutien, doit-on promouvoir des solutions mutualisant sur un territoire des ressources en établissement et en dehors ? Ce sont des questions qui devront être instruites. La réponse est d'ailleurs probablement variable selon les territoires. Une difficulté tient cependant à ce que la ressource soignante est relativement modeste



au sein des EHPAD (avec souvent des problèmes d'absentéisme, de turn-over, d'attractivité), et que les EHPAD sont parfois isolés sur leur territoire. La thématique des établissements plateformes de services est ancienne ; elle faisait déjà l'objet de recommandations, suivies de décisions, dans les rapports du milieu des années 2000, sans que les mesures prises alors aient permis de concrétiser ce rôle d'organisation des EHPAD sur leur territoire et une responsabilité territoriale.

Mieux définir le rôle des différents intervenants

Pour donner corps à la notion primordiale de travail en équipe, il faut clarifier le rôle de chacun, en tenant compte des évolutions possibles des outils numériques et en particulier du déploiement du dossier médical partagé (DMP) ; c'est primordial pour réussir l'accompagnement à domicile des personnes âgées. Les lignes qui suivent ne font qu'esquisser un sujet qui sera traité de manière approfondie par le HCAAM en 2019, en lien avec les acteurs concernés et notamment l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS). Il s'agit d'anticiper des évolutions nécessaires, pour les accompagner et éviter qu'elles ne soient déstabilisantes :

- les infirmiers : il convient d'approfondir le champ de compétences conféré par le rôle propre infirmiers et de renforcer leur autonomie en ce qui concerne le métier socle, en parallèle à l'émergence de pratiques infirmières avancées. Cette profession doit voir ses missions évoluer pour jouer un rôle central dans l'accompagnement des patients et dans la coordination des intervenants auprès des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, dans le cadre du premier recours et de la collaboration avec le médecin traitant, qui est responsable du diagnostic et de l'élaboration du programme de soins, l'infirmier ayant en charge l'élaboration de la démarche de soins infirmiers¹², intégrant le programme de soins, soumis à l'avis du médecin traitant. Les évolutions des missions des infirmiers doivent leur permettre de différencier les interventions relevant de leurs compétences de celles, comme certains soins d'hygiène, qu'ils pourraient organiser et coordonner avec d'autres intervenants comme les auxiliaires de vie ou les aides-soignants, sous des conditions qui restent à définir
- le rôle du médecin traitant doit être recentré sur l'expertise médicale grâce aux postes d'assistant en cabinet et à l'appui des professions paramédicales. Ceci afin que cette expertise puisse se développer, non seulement à travers sa responsabilité diagnostique, thérapeutique et de coordination médicale des intervenants auprès de ses patients, mais désormais aussi à travers sa contribution à l'organisation de la relation entre ville et établissement de santé, entre soins primaires et secondaires, pour l'articulation médico-sociale, les soins de santé populationnels... Les médecins devront consacrer plus de temps aux patients, à l'analyse et à la décision, et moins à la mise en œuvre de ces décisions, qui pourrait être organisée notamment par des infirmiers dans le cadre de la coordination clinique de proximité. Les conditions de mises en œuvre de la sédation profonde par les médecins généralistes devraient faire l'objet de recommandations précises et opérationnelles, si l'on veut rendre effective la priorité donnée au soutien à domicile
- les professionnels de la rééducation : ils jouent un rôle déterminant dans le maintien de l'autonomie et le cadre de leurs interventions doit être considéré dans cette perspective
- les autres médecins spécialistes doivent, au-delà de leurs missions d'expertise et de soins spécialisés, contribuer dans leur champ de compétence à la définition des conditions de mise en œuvre des référentiels d'accompagnement (notamment en cas de

¹² à laquelle devrait succéder, sous réserve de son adoption dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles, le Bilan de soins infirmiers (BSI), qui permet de mesurer la charge journalière en soins infirmiers.



polyopathologies) et d'organisation des relations entre ville et établissement de santé ainsi qu'avec les autres professionnels. Pour un certain nombre d'entre eux ils ont un rôle à jouer dans la facilitation de l'accès des patients âgés aux plateaux techniques et aux expertises les plus spécialisées de leur champ

- le rôle des pharmaciens doit intégrer un rôle de conseil associé à la dispensation, facilité par le fait que les personnes âgées vont presque toujours chez le même pharmacien. Ils ont, en particulier, un rôle à jouer dans la conciliation médicamenteuse et la lutte contre la iatrogénie dans le cadre de coopérations entre pharmacies, professionnels de ville, établissements de santé et médico-sociaux. En effet, les patients polyopathologiques et en particulier les personnes âgées sont le plus souvent polymédicamentés. De plus ces ordonnances ont souvent des prescripteurs divers : médecin traitant, spécialistes, établissements de santé voire autres professionnels hors remboursement ou automédication. Malheureusement si la formation des pharmaciens est tout à fait cohérente pour analyser les risques des associations, leur niveau de connaissance médicale et en particulier du dossier médical du patient et des différentes indications est insuffisamment documenté pour être totalement pertinent. Une confrontation régulière entre les différents prescripteurs est indispensable. Ainsi, le pharmacien pourrait organiser, pour ses patients âgés, une revue de leurs médicaments, en demandant à tous les intervenants de valider, de manière dématérialisée et asynchrone pour faciliter l'organisation, une ordonnance consolidée. Cette revue pourrait avoir lieu annuellement, ainsi qu'à la sortie d'épisodes de soins (sortie d'hospitalisation pour un événement intercurrent avec une ordonnance du prescripteur chirurgien ou anesthésiste par exemple ne tenant pas compte ou ne reprenant pas le traitement de fond). Cet acte devrait s'intégrer dans une tarification forfaitaire dans le cadre d'une extension/adaptation de l'avenant 6 sur la télémedecine, soit par la création d'un acte nouveau, soit par une assimilation type téléconsultation concernant chacun des acteurs y ayant participé
- les aides-soignants ont aujourd'hui un rôle essentiel en EHPAD, où ils sont souvent seuls la nuit. Leur place est en revanche limitée dans le champ ambulatoire. Elle est appelée à se développer, dans des cadres à définir (statut libéral, embauche par des cabinets infirmiers, SSIAD), de même que la reconnaissance dont bénéficie cette profession
- l'intervention de professionnels du secteur social (assistants sociaux accompagnant les personnes âgées dans la mobilisation d'aides sociales, de déductions fiscales et sociales, de prestations de service, etc., aide-ménagères, auxiliaires de vie, accompagnants éducatifs et sociaux, éducateurs médico-sportifs ou animateurs) fait partie intégrante du protocole d'accompagnement, notamment en contribuant à permettre de rester à domicile¹³. En particulier, les auxiliaires de vie et les aides ménagères assurent une fonction de surveillance et de repérage, en lien avec les aidants et le personnel soignant : en communiquant régulièrement avec l'infirmier ou le médecin ils peuvent les alerter à temps de ce qu'ils observent au quotidien, ces derniers intervenant alors à meilleur escient

Les formations des différents professionnels doivent mieux intégrer la polyvalence et la dimension gérontologique, ainsi que le travail pluridisciplinaire, notamment en assurant des formations jointes et en intégrant plus d'enseignements en sciences sociales. Compte tenu du temps nécessaire pour former des professionnels de santé, ces réformes doivent être mises en œuvre sans tarder.

Les rôles doivent être articulés, au niveau local, dans le cadre de protocoles pluri-professionnels de soins de premier recours (PPSPR)¹⁴ établis par les équipes de proximité. Les groupes territoriaux initiant des PPSPR peuvent être formalisés (CPTS, Maison de santé pluri-professionnelle

¹³ HCAAM 2011, *op cit*

¹⁴ Ces protocoles ont fait l'objet d'une méthodologie proposée par la HAS : Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours, Novembre 2011



(MSP), Centre de santé, Etablissement de santé...) ou non formalisés (groupe de permanence des soins ambulatoires (PDSA)...); dans ce dernier cas les PPSPR peuvent être à l'origine d'un travail coordonné et ainsi débiter un travail en équipe voire une CPTS. Les PPSPR reflètent l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de soutien aux patients et favoriser l'harmonisation des pratiques. Cette protocolarisation doit décrire les conduites à tenir pour les situations les plus courantes qui appellent une réponse coordonnée. Elle doit préciser comment les professionnels, et en particulier le médecin, l'infirmier et le pharmacien s'organisent pour recueillir les données relatives aux patients, les analyser et déterminer s'il faut intervenir et comment. Elle doit être réalisée par l'équipe elle-même à partir des données de la science et des recommandations tenant compte des considérations inhérentes à l'équipe, aux caractéristiques populationnelles de la patientèle, aux ressources, aux caractéristiques du territoire et surtout aux problèmes identifiés par l'équipe dans leur exercice ou par les patients. Elles peuvent par exemple définir la conduite à tenir par un biologiste qui détecte un problème dans une analyse de sang, alors que ses interlocuteurs ne sont pas équipés de messagerie sécurisée. Ou encore ce que doit faire un intervenant à domicile lorsqu'il constate une chute d'une personne âgée. Cette contractualisation concerne également les liens entre médecine ambulatoire et EHPAD.

Comme indiqué précédemment, ce travail de définition des rôles et des missions de coordination (médicale d'un côté, soignante et sociale¹⁵, de proximité, de l'autre), des différents professionnels sera poursuivi et approfondi en 2019.

Les travaux de la HAS sur l'accompagnement des personnes âgées fragiles en ambulatoire

La HAS a réalisé un certain nombre de travaux sur l'accompagnement des personnes âgées fragiles en ambulatoire.

Dans un premier travail, « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » (mai 2013), plusieurs outils de repérage sont discutés (la fragilité dépendant de la définition utilisée), l'enjeu étant de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès ou d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. Le champ du repérage proposé porte sur les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans perte d'autonomie avérée, à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.

Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un PPS.

Dans un deuxième document, « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? » (décembre 2013), la HAS précise :

« Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche, avec l'appui des autres professionnels de santé primaire et en lien avec une expertise gériatrique.

L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluri-professionnelle. Elle peut être réalisée dans différents contextes : soins ambulatoires, hôpital de jour, etc.

Un plan personnalisé de santé (PPS) peut être élaboré pour coordonner la prévention. Celle-ci vise à réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité.

Les principaux axes médicaux portent sur :

- la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité
- le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée
- la réduction du risque iatrogène lié aux médicaments

¹⁵ HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, 2010

- l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation. »

De la même manière le risque de réhospitalisation doit faire l'objet d'un dépistage systématique et de mesures préventives avant la sortie, au moment de la sortie et après la sortie du patient de l'établissement hospitalier (« Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? », juin 2013).

Aller vers des patients moins mobiles

Moins mobiles, les personnes âgées de 70 ans ou plus se déplacent moins souvent au cabinet des professionnels, et une part importante de leur recours aux soins se fait via des visites des professionnels à leur domicile. Ceci concerne particulièrement les infirmiers libéraux, dont la pratique est presque exclusivement tournée vers les visites, quel que soit l'âge du patient. Par ailleurs, lorsque les personnes âgées de 70 ans ou plus résident en établissement, ce sont souvent les professionnels qui se déplacent s'ils ne sont pas déjà sur place (comme dans la plupart des EHPAD). La question se pose aujourd'hui de l'organisation des visites à domicile de personnels soignants, y compris de médecins dans un contexte où le nombre de leurs visites a beaucoup diminué ces dernières années, et de la capacité de délivrer dans ce cadre des soins divers y compris complexes.

Ici le numérique est un élément important de réponse à apporter aux personnes âgées. Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité comme des structures de recours ou de référence dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale. Les équipements nécessaires à la mise en œuvre de services de télésanté (télésuivi de constantes biologiques, télésurveillance, téléconsultation) doivent être mis en place dans des structures des communautés professionnelles mais aussi, pour les personnes à mobilité réduite vivant à domicile ou en établissement d'hébergement, dans leur lieu de vie, ce qui suppose d'équiper leur domicile d'un moyen de communication haut débit simple (type box 4G par exemple) et de l'interface de communication (tablettes... et bientôt téléviseurs « internet »).

Concernant les téléconsultations, dans le cadre du suivi chronique ou d'éléments intercurrents ne nécessitant pas un examen clinique approfondi (par exemple changement de traitement-titration ou adaptation des doses de médicament-, prise de connaissance de résultats d'exploration complémentaire), le médecin traitant peut initier lui-même un rendez-vous de téléconsultation soit directement avec le patient, soit avec un aidant familial, soit avec un paramédical ou même un auxiliaire de vie à la condition que les uns et les autres aient été formés. Dans le cadre de demande d'avis spécialisé de recours, le médecin traitant peut soit initier la téléconsultation hors sa présence avec le spécialiste concerné, soit programmer une consultation conjointe à son cabinet en présence du patient et à distance du spécialiste afin de pouvoir compléter l'examen clinique ou paraclinique nécessaire (électrocardiogramme (ECG), spirométrie...)- situation prévue et financée dans l'avenant 6. Concernant les soins dentaires, des expérimentations de téléconsultations en EHPAD portant sur le pré-diagnostic et le suivi post-traitement sont en cours. Pour les consultations non programmées (par exemple des « petites urgences » dermatologiques), le médecin traitant, voire le spécialiste de recours, peuvent après un interrogatoire succinct décider si une téléconsultation est suffisante. Un examen et une évaluation physique dans des délais établis par le médecin traitant dans le cadre d'un protocole de prise en charge sont indispensables. La capacité de la personne âgée à se déplacer en cabinet de ville, alors qu'une visite préalable en présentiel datant de moins d'un an est nécessaire pour pouvoir engager une séance de téléconsultation, doit cependant être évaluée. Cette visite doit être adaptée au contexte et le plus souvent accompagnée d'un aidant ou d'un paramédical. Notons que le programme étapes concerne un champ pathologique très réduit,



puisque'il ne concerne que cinq pathologies et repose exclusivement sur le télésuivi de paramètres biologiques ou paramétriques (poids, glycémie, HbA1C, créatininémie, spirométrie, ECG) et non sur des critères de surveillance clinique particulièrement importants sur ce type de population. Il apparaît donc indispensable d'étendre les programmes forfaitisés de télésurveillance à d'autres champs (polypathologies, soutien à domicile, cancérologie ...) que ceux du programme étapes.

Le Danemark fournit des exemples de mobilisation de tels outils pour accompagner les personnes âgées à domicile et éviter les déplacements à l'hôpital, et permettre notamment une surveillance de leur état de santé (mesures prises selon un calendrier personnalisé) et de leurs déplacements (détecteur de mouvements, de chute, système de localisation...) – cf. annexe.

Il est par ailleurs possible que les nouvelles technologies telles que les voitures autonomes redonnent à l'avenir plus de mobilité aux personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, sans qu'il soit possible d'en anticiper ici les conséquences en termes de services à rendre et d'organisation de cette réponse.



Conclusion

Cet avis constitue un approfondissement du schéma proposé en mai dans la Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, qui préconisait de partir des services à rendre à la population et de constituer un réseau d'acteurs articulés en proximité. S'agissant des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, la problématique de l'intégration sanitaire et médico-sociale, et des services délivrés à domicile, est majeure.

Ce n'est qu'en 2030, horizon de cet exercice de prospective, que les premières générations de baby-boomers atteindront 85 ans, qui est aujourd'hui l'âge moyen d'entrée en EHPAD. D'ici là, ce sont les 65-84 ans dont la part dans la population va fortement augmenter. A ces âges les problèmes de santé et la fragilité deviennent plus fréquents, mais la majorité des personnes reste autonome. La progression attendue des besoins à cet horizon relève donc avant tout de la prévention, du dépistage, du suivi de pathologies chroniques et de besoins sanitaires ponctuels, auxquels on doit répondre en prêtant attention à la iatrogénie, à l'amont et l'aval des interventions. Cette période constitue une fenêtre d'opportunité pour renforcer le réseau de proximité. Si la progression des besoins à l'horizon 2030 est avant tout sanitaire, il convient également de développer et mieux coordonner l'accompagnement médico-social dont bénéficient à domicile les personnes en perte d'autonomie.

Si ce renforcement est réussi, compte tenu du souhait d'une grande majorité des Français de rester à domicile le plus longtemps possible, alors l'évolution déjà à l'œuvre se poursuivra, conduisant les EHPAD à se concentrer sur les personnes âgées les moins autonomes. Ainsi, la priorité pour les EHPAD doit être un renforcement de l'accompagnement de leurs résidents, dont les situations sont et seront de plus en plus lourdes, et une gestion des ressources humaines rendant ces évolutions soutenables. Cette priorité n'est pas, à l'horizon 2030 et compte tenu des évolutions démographiques rappelées ci-dessus, un accroissement du nombre de places.

Le travail prospectif mené ici vise à éclairer les caractéristiques de l'offre répondant aux besoins en santé des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030. C'est pourquoi un certain nombre de questions majeures n'y sont pas traitées : le niveau de solvabilisation des dépenses liées au grand âge, la cohérence des tarifications, entre le domicile et la palette des établissements et habitats pour personnes âgées, publics et privés ; par ailleurs, la redéfinition des métiers et la clarification des rôles des différents professionnels de santé n'y est qu'esquissée. Ces questions feront l'objet de travaux ultérieurs.

Annexe : Au Danemark, une stratégie intégrée d'accompagnement des personnes âgées à domicile, qui s'appuie sur les outils technologiques¹⁶

Dès les années 1970, le Danemark a fait du soutien à domicile une priorité pour les personnes âgées. Depuis 1987, les maisons de retraite sont considérées comme un habitat ordinaire : les droits et devoirs des personnes en institution sont alors très proches de ceux du reste de la population. Plus aucune maison de retraite n'a été créée depuis cette date et les places dans ces établissements ont chuté (d'environ 27 600 en 2001, elles sont passées à 9 400 en 2009). Des formes de logements intermédiaires, adaptées aux besoins des personnes connaissant des pertes d'autonomie ont alors été développées (par exemple, des résidences-services, connectées à une offre de service de soins, de télésurveillance, de portage de repas, etc.). Cela s'est accompagné par une augmentation très forte du nombre d'infirmiers à domicile et de personnes employées par les municipalités qui assurent des services à domicile.

Au Danemark, c'est en effet la municipalité qui est responsable de l'organisation de l'accompagnement des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en institution. Une des particularités de la stratégie danoise est de proposer un accompagnement intégré de ces populations fragiles : la municipalité a ainsi un devoir de proposer des adaptations du domicile de la personne ou, à défaut, un logement adapté à ses besoins, ainsi qu'une offre de services d'aides et de soins. En particulier, ce sont les services municipaux qui doivent proposer une solution à la sortie de l'hôpital. Des incitations fortes ont été prises en ce sens : si le patient doit prolonger son séjour à l'hôpital faute de solution adaptée pour sa sortie ou parce qu'il y a un délai d'attente, c'est la municipalité qui supporte les coûts liés aux journées d'hospitalisation supplémentaires. Comme les services sociaux relèvent de la municipalité et que les services de santé sont financés et organisés par le niveau régional, un système de case management a été introduit pour favoriser une meilleure coordination, à plusieurs niveaux.

A un premier niveau, un « care manager » des services municipaux est chargé d'évaluer les besoins de la personne et de proposer un ensemble d'aides susceptibles de permettre le soutien à domicile. Pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, cette évaluation est notamment réalisée lors de la visite annuelle dite de prévention que la municipalité a l'obligation d'organiser à leur domicile. Au-delà de la grande diversité des pratiques selon les municipalités, on observe que les évaluations sont en général multidimensionnelles : elles couvrent tant les aspects relatifs au bien-être de la personne (capacités fonctionnelles, mode de vie, conditions de logement, possibilité d'expression d'un choix libre...), que les aspects relatifs à l'état de santé (traitements médicamenteux en cours, aides à la rééducation,...). Notons qu'il n'y a pas au Danemark de niveau prédéfini de perte d'autonomie (contrairement à la grille AGGIR utilisée en France) : les besoins de l'individu sont évalués au cas par cas et les aides en assistance sont proposées en conséquence et peuvent être réajustées au fur et à mesure.

Ce rôle d'évaluation des besoins est le plus souvent assuré par les infirmiers de secteur, mais également parfois par des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes ou encore des travailleurs sociaux. Pour tenir ce rôle, ces professionnels doivent déjà avoir travaillé plusieurs années dans le secteur des services à domicile et avoir suivi une formation spécifique (deux semaines en général). Le médecin généraliste de la personne âgée transmet en général des éléments d'information au care manager de la municipalité : celui-ci s'assurera que le dossier est complet et informera le patient (et sa famille) sur les différents aspects de l'accompagnement.

Une fois que l'évaluation est réalisée, la municipalité propose un logement adapté (ou un aménagement du logement) et un large ensemble de services (système de téledétection, télésurveillance, aide pour le ménage, portage des repas, aides à la personne, aides au transport, exercices physiques adaptés, etc.). A cela s'ajoutent les services de santé proposés

¹⁶ Cf. « Le Danemark, un exemple de stratégie de déploiement des outils de télésanté et de prise en charge globale des personnes âgées », Secrétariat général du HCAAM, 2015, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_11_-_le_numerique.pdf. Ces éléments s'appuient sur : Schultz E. (2010), The Long-term Care System in Denmark, Contribution to Work Package 1 of the research project "Assessing Needs of Care in European Nation (ANCIEN)", DIW Berlin



essentiellement par les équipes de soins à domicile (infirmiers), en continu (24h/24) : soins et traitement, éducation du patient, aides pour remplir les dossiers administratifs de demande pour des besoins variés (par exemple, changement d'appartement, aides d'urgence, accès à un centre pour personnes âgées, etc.). En plus, des équipes gériatriques ou des gériatres exerçant à l'hôpital assurent des consultations médicales d'appui, en particulier pour les personnes âgées qui présentent des situations très complexes ou pour lesquelles un placement en institution serait indiqué. Professionnels de santé (infirmiers, éventuellement médecins généralistes, gériatres) et pourvoyeurs d'aides concrètes (aides à domicile, femmes de ménage ou encore bénévoles) travaillent ensemble afin de se coordonner. A ce second niveau de coordination, c'est l'équipe de soins à domicile – les infirmiers – qui joue un rôle clé au quotidien.

Cependant, même si le système danois propose un accompagnement relativement bien intégré, il faut noter que des problèmes de coordination peuvent apparaître, notamment entre les services de soins hospitaliers administrés au niveau régional et les services sociaux qui relèvent des municipalités.



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

**Dernières publications
et actualités du HCAAM**
[www.securite-sociale.fr/
L-actualite-du-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM)

Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14



FRANCE STRATÉGIE