



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Inspecteur de l'Action Sanitaire
et Sociale
Promotion 2006**

**La prise en charge des personnes âgées :
vers une meilleure articulation des champs
sanitaires et médico-sociaux**

Estelle PRELLI

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à mon maître de stage, Monsieur François de Martel, dont les conseils m'ont permis de cadrer le sujet de ce mémoire et de lui donner du sens.

Ensuite, je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées, dans le département des Côtes d'Armor et dans la région Bretagne, pour la disponibilité dont elles ont fait preuve à mon égard et pour le temps qu'elles m'ont consacré.

Sommaire

INTRODUCTION **1**

1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES : UNE MULTIPLICITÉ D'ACTEURS AUX CONFINS DE DEUX DOMAINES D'ACTION, POUR UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE **7**

1.1 LES PERSONNES AGEES : UNE HETEROGENEITE DE POPULATION **7**

1.1.1 LE SUJET AGE GERIATRIQUE ET FRAGILE : DEFINITIONS 7

1.1.2 DES BESOINS VARIES EN TERMES DE REPONSE ET D'INTERVENTION 8

1.2 UNE FILIERE GERIATRIQUE VASTE **10**

1.2.1 LE CHAMP SANITAIRE 11

A) Les consultations gériatriques avancées 11

B) Le pôle d'évaluation gériatrique 11

C) Les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques 12

D) Le court séjour gériatrique 12

E) L'équipe mobile gériatrique 12

F) L'hospitalisation à domicile 13

G) L'hôpital local 13

1.2.2 LE CHAMP MEDICO-SOCIAL 14

A) La prise en compte de la dépendance 14

B) Les services pour personnes âgées 15

a) Les services de soins infirmiers à domicile 15

b) Autres services 16

C) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées 17

D) La réforme de la tarification 17

1.3 UNE NECESSITE D'ARTICULATION DES DIFFERENTS CHAMPS DUE AUX CARACTERISTIQUES ET SPECIFICITES DE LA POPULATION ETUDIEE **18**

2 LES DIFFICULTÉS CONSTATÉES SUR LE TERRAIN, CONCOURANT A UNE ARTICULATION DÉFICIENTE ENTRE LES CHAMPS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX **21**

2.1 LIEES A LA MULTIPLICITE DE PARTENAIRES ET D'INSTANCES DE DECISION **21**

2.1.1 AU NIVEAU DE LA PLANIFICATION 21

2.1.2	AU NIVEAU DE LA TARIFICATION ET DU FINANCEMENT	22
2.2	LIEES AUX STRUCTURES ELLES-MEMES	23
2.2.1	LES SERVICES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	23
2.2.2	LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE	25
2.2.3	LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT	26
2.2.4	L'IMPACT DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE	27
2.3	LA PARTICULARITE DES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES SENILES	28

3 L'AMÉLIORATION DE L'ARTICULATION ENTRE LES CHAMPS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX : DIFFÉRENTS OUTILS À LA DISPOSITION DE L'INSPECTEUR ET DE SES PARTENAIRES **31**

3.1	LES OUTILS ET STRUCTURES EXISTANTS	31
3.1.1	LES CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION	31
3.1.2	LES RESEAUX DE SANTE	32
3.1.3	LES HOPITAUX LOCAUX	34
3.1.4	LES EQUIPES MOBILES GERIATRIQUES	34
3.2	LES NOUVEAUX OUTILS	35
3.2.1	LE SROS 3 ET L'APPROCHE TERRITORIALE	36
A)	Un nouveau cadre juridique	36
B)	L'approche territoriale	36
3.2.2	LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE ET LES PRIAC	37
A)	La CNSA et ses missions	37
B)	Les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie	38
3.3	LES PRECONISATIONS	39
3.3.1	CONCERNANT LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES	40
3.3.2	CONCERNANT LA FILIERE MEDICO-SOCIALE ET SOCIALE	42
3.3.3	CONCERNANT L'ARTICULATION ENTRE LES DEUX	45

CONCLUSION **49**

BIBLIOGRAPHIE **51**

ANNEXES **I**

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASH	Agent de Service Hospitalier
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ERSM	Échelon Régional du Service Médical
GIR	Groupe Iso Ressources
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation À Domicile
INSEE	Institut National des Statistiques et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SU	Service des Urgences
T2A	Tarifcation À l'Activité
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

La canicule d'août 2003. Ces quelques mots rappellent cet épisode tragique de l'été 2003, au bilan catastrophique, avec 15000 décès en excès par rapport à la mortalité attendue, et dont personne n'avait prévu l'ampleur. La France estivale a assisté, incrédule, à cette catastrophe nationale, qui a fait de l'été 2003 « l'été le plus meurtrier en France depuis la libération »¹.

Cependant, si tous les pays d'Europe ont été touchés par la vague de chaleur, les conséquences les plus graves en terme de mortalité ont eu lieu en France. Cela devait nécessairement nous amener à une réelle remise en question de notre système. En effet, face à ce genre de catastrophe, on ne devait pas se réfugier derrière la fatalité, mais au contraire, avoir une attitude volontariste pour repérer, analyser et comprendre les dysfonctionnements.

Cet événement tragique a amené sur le devant de la scène, le problème latent posé par le vieillissement de la population. Cette canicule a eu pour effet une prise de conscience collective, à la fois des citoyens et des hommes politiques de notre pays, de plusieurs faits qui pouvaient jusqu'alors passer inaperçus : une population française vieillissante, des filières de prise en charge dépassées et submergées dès qu'un phénomène d'une certaine ampleur se produit, un temps de réaction très long face à la crise.

Même si les démographes et les gériatres essayaient depuis longtemps d'attirer l'attention sur cette « bombe à retardement » qu'est l'augmentation du nombre de personnes âgées, il a fallu une catastrophe de cette ampleur pour qu'ait lieu une réflexion collective permettant de mettre en place une politique et des actions concertées en faveur des personnes âgées. Cependant, au-delà du choc que cela a provoqué dans l'opinion publique, il ne fallait pas que cette canicule soit un nouveau feu de paille : des actions concrètes et à long terme devaient suivre. Le premier effet médiatique d'apaisement a été la démission du Ministre de la Santé, Monsieur Mattei. Cela a été suivi par la commande de rapports et de commissions d'enquêtes parlementaires.

Ces études ont conduit à la présentation de deux plans à la fin de l'année 2003. Le plan « Vieillesse et solidarité » vise à réorienter la politique en faveur des personnes âgées par un renforcement des dispositions permettant de favoriser durablement la vie à

¹ Le Monde, 10 septembre 2003

domicile et par la médicalisation accrue des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes dépendantes. Le rapport rédigé en mai 2004 par R. Briet et P. Jamet intitulé « Mission de préfiguration de la CNSA : pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie » a prôné la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et de la « journée de solidarité nationale », instituées par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, dont la recette permettra, entre autres, de financer les actions de ce plan.

Le plan « Urgences » a une visée globale et concerne toute la chaîne des urgences : l'amont, avec l'organisation de la permanence des soins, *in situ*, la place et le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital, et l'aval, dans l'hôpital, dans les services de soins de suite, et jusqu'au retour à domicile. Ce dernier point est particulièrement important pour le sujet étudié ici : le développement des capacités d'aval et l'organisation en réseau de la chaîne des urgences sont fondamentaux pour éviter l'engorgement des urgences et pour permettre un retour à domicile des personnes les plus fragiles.

A travers le rappel de cet événement douloureux, on voit que l'on ne peut plus éluder **le phénomène de vieillissement de la population française**, processus qui va en augmentant, et qui est dû à l'augmentation de l'espérance de vie. En effet, en 2020, la France compterait 17 millions de personnes de 60 ans et plus, soit 1,4 fois plus qu'en 2000, et près de 4 millions de personnes de 80 ans et plus, soit 1,8 fois plus qu'en 2000. A l'horizon 2040, il y aurait près de 7 millions de personnes de 80 ans et plus².

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge, avec une large part de polyopathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de la vie. La survenue d'une maladie, d'un accident ou de toute perturbation peut rompre l'équilibre fragile en place et induire une dépendance qui sera généralement irréversible et ira en s'aggravant. La forte augmentation à venir du nombre de personnes très âgées fait de la prise en charge des personnes dépendantes un enjeu majeur de société pour les années futures, dans lequel l'État et ses services déconcentrés ont un rôle prépondérant à jouer.

² Projections démographiques de l'INSEE au début de l'année 2001, in DREES, *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, Études et résultats n°160, février 2002

Les personnes âgées nécessitent une prise en charge globale relevant à la fois des champs sanitaires et médico-sociaux. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale doit toujours mettre l'utilisateur ou le patient au centre des dispositifs. En conséquence, il faut veiller à ce que l'ensemble des organisations relatives à chacun de ces champs soit coordonné, afin que la cohérence d'ensemble permette de **garantir les principes de globalité et de continuité de la prise en charge**. En effet, la moindre rupture dans cette prise en charge peut avoir des conséquences préjudiciables pour la personne âgée et son entourage, en terme de perte d'autonomie. Les situations de rupture les plus communément observées sont :

- une hospitalisation non programmée
- un passage aux urgences
- la mauvaise préparation de la sortie de l'hôpital

Ces situations dénotent à la fois d'une insuffisante organisation de chaque secteur ainsi que d'une insuffisante coordination entre les différents domaines de la filière de prise en charge. Pour éviter ces situations de rupture aux conséquences désastreuses en terme de santé publique, il faut nécessairement améliorer l'organisation de chaque domaine, mais surtout articuler au mieux les champs sanitaires et médico-sociaux.

Cependant, en France, il y a **une opposition des différentes cultures sanitaires et médico-sociales**, renforcée par le fait qu'elles soient **sous des autorités différentes**, que sont l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et le Conseil général. Malgré cela, les principes de globalité et de continuité de la prise en charge doivent conduire à privilégier la cohérence et la coordination des démarches dans le domaine sanitaire avec l'ensemble des politiques menées au bénéfice des personnes âgées.

Le problème qui se pose alors est « Comment articuler au mieux ces deux domaines pour répondre aux besoins de cette population et éviter les ruptures de prise en charge, facteurs aggravants de dépendance ? », en tenant compte à la fois des caractéristiques des personnes âgées et de l'organisation sanitaire et médico-sociale en France.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale est aux confins des deux volets de la filière gériatrique, et à l'interface entre l'ARH et les Conseils généraux. Il se trouve donc au premier plan pour essayer de relever l'un des défis majeurs des politiques publiques d'aujourd'hui, à savoir :

- offrir aux personnes âgées de plus en plus nombreuses, des soins et des services adaptés à leur état de santé et à leurs attentes, au plus près de leur lieu de vie
- réussir le paradoxe d'une prise en charge globale et cohérente malgré l'éclatement des compétences dévolues aux pouvoirs publics, malgré l'intervention

de professionnels divers pas toujours bien coordonnés sur fond de réformes structurelles.

Pour mener à bien cette réflexion et avoir des éléments de réponse, j'ai procédé en 2 étapes. J'ai d'abord réuni des documents sur le sujet, pour affiner ma connaissance du domaine et de la problématique. J'ai ensuite procédé à des entretiens pour recueillir l'avis des professionnels. J'ai ainsi rencontré un gériatre, une directrice d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et d'une association d'aide à domicile, une infirmière coordinatrice d'une équipe d'appui gériatrique, des inspecteurs de Direction Départementale et de Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS et DRASS) travaillant sur le pôle médico-social, le service d'action sociale de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), une personne de l'ARH chargée du volet personnes âgées du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), le service de la Direction de la solidarité départementale du Conseil général, l'infirmière d'un service d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. J'ai aussi participé à une journée de formation au ministère, organisée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins, sur le volet personnes âgées du SROS 3. En outre, afin d'avoir une vision du modèle social scandinave, qui est actuellement mis en exergue par les médias et les politiques, et éventuellement de pouvoir m'en inspirer pour les préconisations, j'ai choisi d'effectuer un stage d'un mois en Suède, pour étudier la politique en faveur des personnes âgées dans ce pays.

Pour la réalisation de ce travail, j'ai fait le choix d'avoir une réflexion à portée générale. Ainsi, ce travail ne se présente pas comme une illustration locale, au niveau d'un département particulier, d'une problématique sanitaire et sociale nationale. Le sujet traité, étant donné son importance et son enjeu au niveau national, ne pouvait se limiter, à mon avis, à une réflexion sur une situation locale particulière. Il m'a semblé que les compétences de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale pouvaient être utilisées à une analyse de la situation générale, à un niveau régional, et devait lui permettre d'émettre des préconisations pouvant ensuite être appliquées à tout le territoire, cette problématique ayant une portée nationale.

Ainsi, même si les personnes que j'ai rencontrées exerçaient toutes dans les Côtes d'Armor ou au niveau de la région Bretagne, mon analyse du terrain m'a servi à éclairer un propos plus vaste.

Dans un premier temps, je m'attacherai à présenter la filière de prise en charge des personnes âgées, ainsi que les caractéristiques de cette population. Ensuite, je m'intéresserai aux difficultés rencontrées sur le terrain, au niveau de cette filière de prise en charge, difficultés qui concourent à une articulation déficiente entre les champs

sanitaires et médico-sociaux. Enfin, j'étudierai les dispositifs dont dispose l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale pour améliorer l'articulation entre les différents champs de la prise en charge, avant de finalement émettre des préconisations pour améliorer cette articulation.

1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES : UNE MULTIPLICITÉ D'ACTEURS AUX CONFINS DE DEUX DOMAINES D'ACTION, POUR UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE

1.1 Les personnes âgées : une hétérogénéité de population

On utilise souvent le terme générique de « personnes âgées » pour parler de la fraction de la population dont l'âge est supérieur à 75 ans. Cependant, dans les faits, cette population n'est pas homogène. En effet, le vieillissement est un processus progressif, propre à chaque individu, fonction de son environnement économique, socioculturel, familial, psychologique et aussi fonction de son état de santé. C'est pourquoi il est nécessaire de donner quelques définitions permettant de mieux préciser le thème et l'axe de mon étude.

1.1.1 Le sujet âgé gériatrique et fragile : définitions

Tous les patients âgés ne sont pas des malades gériatriques. En effet, le patient gériatrique est un sujet âgé (en général plus de 70 ans, mais surtout plus de 80 ans), atteint de polyopathologies responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles l'exposant, en cas d'événement pathologique nouveau, à des décompensations somatiques et/ou psychologiques, des modifications de son mode de vie en raison d'immobilisation ou de dépendance. Il s'agit d'une personne fragile nécessitant, dès le stade initial de sa prise en charge, l'identification des risques d'aggravation et les mesures de prévention en même temps que les décisions thérapeutiques que requière son état. Sa prise en charge nécessite de tenir compte des implications psychologiques de son état, ainsi que du contexte social dans lequel il vit. Il présente un fort risque de dépendance³ physique, psychique ou sociale et ne relève pas d'un service de spécialité d'organe.

³ En 1998, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a défini la dépendance comme « l'état dans lequel se trouvent des personnes, qui pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie ».

Par ailleurs, la conférence de consensus sur les urgences⁴ a défini la fragilité d'une personne âgée comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polyopathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être patente ou latente, et dans ce dernier cas, elle peut se révéler à l'occasion d'une situation de rupture. Les principaux marqueurs d'un état fragile sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions intellectuelles, la dépression et la démotivation, la dénutrition, l'instabilité posturale, les troubles neuro-sensoriels, la sédentarité, l'isolement socio-familial.

La gériatrie est la discipline médicale qui prend en compte l'ensemble des conséquences psychiques, fonctionnelles et sociales de l'état des patients âgés. Elle a pour objet d'appréhender l'ensemble des problèmes qui entraînent non seulement la dépendance mais aussi le désavantage social, qui apparaît quand font défaut les aides palliatives de la dépendance ; dès lors, la prise en charge en gériatrie vise à fournir non seulement la thérapie mais aussi les aides nécessaires.

A travers ces définitions données par des gériatres, apparaît une spécificité du patient gériatrique et fragile qui sera au cœur de mon étude : la nécessité, dès le stade initial de sa prise en charge, de ne pas séparer le volet sanitaire du volet social, puisque les deux sont liés et qu'ils concourent tous deux à limiter l'installation d'une dépendance.

1.1.2 Des besoins variés en termes de réponse et d'intervention

Il existe quatre types de populations de personnes âgées⁵, qui expriment des besoins différents et qui attendent, en conséquence, des dispositifs sanitaires et médico-sociaux des types de réponses et d'intervention distincts.

⁴ SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE, *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte de la Conférence de consensus*, 5 décembre 2003, Strasbourg

⁵ D'après ARH de Bretagne, *SROS en Bretagne, Prise en charge sanitaire des personnes âgées, document bilan et orientations stratégiques*, octobre 2002

- La population valide, mais qui, du fait de l'âge, subit une perte progressive d'autonomie :
 - L'intervention des services hospitaliers s'inscrit dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire⁶ (de la dépendance, de la crise et de l'urgence) en lien avec le médecin généraliste.
 - L'intervention du dispositif médico-social se traduit par la prévention primaire à domicile et secondaire en établissement.

- La population atteinte de dépendance :
 - L'intervention de l'hôpital consiste en un soutien au maintien et au retour à domicile, en lien avec le médecin généraliste et les services de soins à domicile, ou à l'hébergement en structures médico-sociales.
 - L'intervention du dispositif médico-social se traduit à domicile par une prise en charge des services d'aides ménagères et/ou des auxiliaires de vie, par les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), ou par un hébergement en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

- La population qui subit un incident, et qui présente de ce fait un risque de fragilité :
 - L'intervention de l'hôpital se situe au niveau de la prévention de l'hospitalisation, en lien avec le médecin généraliste et/ou au niveau de l'accueil de l'urgence, de l'évaluation, du diagnostic et de l'orientation, ainsi que des soins.
 - L'intervention du dispositif médico-social se traduit à domicile par l'intervention du SSIAD sur l'évaluation et l'orientation des patients chroniques qu'il a en charge.

- La population atteinte de pathologies relevant directement de la gériatrie et de la gérontopsychiatrie :
 - L'intervention de l'hôpital se situe essentiellement au niveau des soins spécifiques à la gériatrie et de la gérontopsychiatrie (aigus ou de suite) et de la préparation au retour à domicile ou en établissement d'hébergement.
 - L'intervention du dispositif médico-social se situe dans la prise en charge des démences et fins de vie.

⁶ La prévention primaire agit sur les facteurs de risques, afin que la maladie n'arrive pas. La prévention secondaire agit pour que la maladie ne devienne pas clinique, et tire parti des dépistages. Enfin, la prévention tertiaire agit pour que, une fois la maladie survenue, ses conséquences morbides soient limitées.

On constate qu'une personne peut passer très rapidement d'une catégorie à l'autre, que ses besoins sont en permanence susceptibles de se modifier, et que la réponse doit s'adapter en continu à cette évolution. C'est souvent la difficulté d'adaptation à l'évolution rapide ou imprévue des besoins qui est cause de crise ou de rupture. Les principes de globalité et de continuité des prises en charge doivent être respectés, essentiellement pour éviter les situations de crise et de rupture.

1.2 Une filière gériatrique vaste

Le grand âge pose des problèmes très divers auxquels on doit répondre par une approche globale de la personne imposant une organisation de la prise en charge graduée à la fois cohérente et fluide. Or cette prise en charge, telle qu'elle existe actuellement, fait apparaître une complexité du fait de la multiplicité d'intervenants et de l'enchevêtrement de leurs compétences préjudiciable à la prise en charge globale et coordonnée et à la prévention de la dépendance.

La filière gériatrique fait intervenir de nombreux acteurs : les ARH, avec les SROS et les dotations aux réseaux, les Conseils généraux avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), les CLIC et les schémas gérontologiques départementaux, les DDASS, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) avec les dotations aux réseaux et le fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) avec le portage de repas et les services d'auxiliaires de vie, les CRAM avec l'allocation de retour à domicile après hospitalisation, l'amélioration des conditions de logement.

Le médecin généraliste est un acteur incontournable de la filière gériatrique, et son rôle est capital. Il constitue le premier niveau de recours aux soins, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et son action est déterminante en matière d'orientation et de soins. C'est un acteur de proximité qui connaît très bien le patient, à la fois en ce qui concerne son dossier médical, mais aussi tout ce qui a trait à sa situation familiale et sociale. Sa parfaite connaissance des sujets le rend donc le plus apte à déceler les conditions ou événements qui pourraient avoir pour conséquence une diminution de l'autonomie.

Le médecin généraliste est amené à jouer un rôle prépondérant en ce qui concerne la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. Sa relation privilégiée avec la personne âgée, qu'il suit souvent depuis des années, la fréquence des consultations, notamment au travers des visites de renouvellement d'ordonnances

médicales, concourent à favoriser la mise en place d'une prévention effective. L'instauration du système du médecin traitant, par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ne peut que renforcer ce rôle privilégié du médecin généraliste.

1.2.1 Le champ sanitaire

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques reprend les composantes et les missions de cette filière sanitaire. Elle a pour missions essentielles l'accès aux soins, la continuité des prises en charge sanitaires, l'assurance d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne âgée tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Il lui appartient aussi de favoriser le retour à domicile, de faciliter les hospitalisations dans les structures de la filière gériatrique, et de prévenir la dépendance.

A) Les consultations gériatriques avancées

Elles ont pour mission d'accueillir toute personne âgée se plaignant d'un problème somatique, cognitif ou social, afin d'effectuer un premier bilan médico-psycho-social. Ce bilan, qui peut être demandé par le médecin traitant, la personne âgée elle-même ou son entourage, est effectué par un gériatre. Ces consultations permettent d'anticiper les limites du maintien à domicile, de proposer un plan d'aide, et si nécessaire, de programmer une hospitalisation adaptée.

Elles fonctionnent en lien étroit avec le CLIC, et se font sous forme de consultations externes dans un établissement de santé, tel un hôpital local ayant passé une convention avec le centre hospitalier de référence.

B) Le pôle d'évaluation gériatrique

Il est inséré en milieu hospitalier et permet de réaliser un bilan clinique sur les capacités cognitives, les capacités à exercer les activités de la vie quotidienne, les troubles de l'équilibre et de la motricité, l'état nutritionnel, etc. Il est chargé de réaliser des évaluations pluridisciplinaires, de poser un diagnostic, de collaborer au suivi du patient et de proposer les aides utiles à son entourage. Ces missions s'inscrivent dans un travail en réseau incluant les médecins généralistes et les services d'aide à domicile. Le pôle fonctionne comme une consultation relais pour les patients âgés hospitalisés au sein de l'établissement, pouvant intervenir en appui pour conseiller ou préparer les sorties d'hospitalisation. L'équipe est pluridisciplinaire (gériatre, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, infirmier, assistant social) et doit avoir une bonne connaissance de l'offre de soins et des services de proximité.

C) Les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques

Comme l'ensemble des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ils doivent mettre en œuvre les cinq fonctions suivantes, conformément à la circulaire du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation :

- la limitation des handicaps physiques
- la restauration somatique et psychologique
- l'éducation du patient et de son entourage
- la poursuite et le suivi des soins et du traitement
- la préparation de la sortie et la réinsertion.

En outre, ce service doit pouvoir réaliser ou compléter l'évaluation médico-psycho-sociale des patients accueillis. Il vise à prévenir des ré-hospitalisations prématurées. L'équipe du service est pluridisciplinaire : gériatre, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, travailleur social.

D) Le court séjour gériatrique

Il admet des malades âgés polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale, et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Il dispose d'un savoir-faire gériatrique permettant une prise en charge globale de la personne, qui est le fait d'une équipe pluridisciplinaire formée à la gérontologie. Ses missions sont de procéder à une évaluation médico-psycho-sociale globale et individualisée du patient âgé, d'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et de contribuer à leur organisation. L'équipe est pluridisciplinaire : gériatre, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, travailleur social, psychologue.

E) L'équipe mobile gériatrique

Elle permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée. Ses missions sont multiples :

- conseil, information, formation pour les équipes soignantes
- évaluation médico-psycho-sociale globale de la personne âgée pour une prise en charge adéquate de situations complexes
- participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie
- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière
- orientation à la sortie d'hospitalisation
- participation à l'organisation de la sortie

Elle intervient à la demande des services d'accueil des urgences et de l'ensemble des services hospitaliers. Elle doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue. Elle est composée au minimum d'un gériatre, d'un infirmier, d'un assistant social et d'un secrétariat accessible à tout moment.

F) L'hospitalisation à domicile

La circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile précise le rôle de l'Hospitalisation À Domicile (HAD). Elle est prescrite par un médecin hospitalier ou libéral, et permet de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Elle concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, et qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Elle a pour objectif d'améliorer le confort du patient, dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. Elle assure une prise en charge du malade avec une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, sociale, administrative et logistique.

Le malade est admis en HAD sur la base d'un projet thérapeutique qui formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite. Ce projet thérapeutique prend également en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide ménagère, repas à domicile, garde à domicile.

G) L'hôpital local

Son rôle et ses missions sont précisés par la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. C'est un établissement public de santé à part entière, mais parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales. A ce titre :

- il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de SSR et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD...).
- il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.

La prise en charge des personnes âgées est une activité importante des hôpitaux locaux, à partir de laquelle, ces établissements ont su développer différents métiers et compétences, ainsi qu'une palette très large de services contribuant au soutien à domicile

de la population (SSIAD, services d'aide à domicile, portage de repas, téléalarme...). L'hôpital local est un lieu où s'exerce une médecine polyvalente, d'orientation et de premier recours, permettant notamment de dispenser des soins de proximité aux personnes âgées et de réaliser des bilans gériatriques.

Dans le cadre de la réforme de la tarification, les hôpitaux locaux dotés d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et de maison de retraite ont vocation à signer une convention tripartite avant le 31 décembre 2007, au même titre que les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées.

1.2.2 Le champ médico-social

Je ne peux aborder le champ médico-social sans évoquer la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En effet, cette loi a permis des avancées notables en ce qui concerne le droit des usagers, avec la garantie de « l'exercice des droits et libertés individuels, pour toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médicosociaux (...) le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité » (art. L.311-3 du code de l'action sociale et des familles). De plus, cette loi a permis d'élargir le champ des missions de l'action médico-sociale, et certaines structures se sont ainsi vues attribuer une base légale qui leur faisait jusqu'ici défaut : ainsi, l'accueil à domicile des personnes âgées et handicapées et l'accueil temporaire ont été reconnus par la loi.

A) La prise en compte de la dépendance

Les personnes âgées en perte d'autonomie faisant face à d'importantes dépenses pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge, une grande avancée dans la prise en compte de la dépendance, a été l'instauration, par les pouvoirs publics, du principe de solvabilisation de ces personnes âgées dépendantes. Ainsi, la loi n°97-60 du 24 janvier 1997⁷ a mis en place une prestation spécifique dépendance, versée par les Conseils généraux, au titre de l'aide sociale. Cependant, son application a mis en évidence de fortes disparités dans ses conditions d'attribution et dans son montant, d'un département à l'autre. Cela a conduit, en 2001, à lui substituer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

⁷ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

L'APA a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. C'est une allocation destinée aux personnes âgées se trouvant dans l'incapacité d'assumer les conséquences de la perte d'autonomie liée à leur état physique ou mental, et leur permettant de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Pour pouvoir bénéficier de l'APA, la dépendance doit avoir été reconnue et évaluée par une équipe médico-sociale, en s'appuyant sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) qui constitue la base légale d'évaluation de la dépendance permettant l'attribution de l'APA. Le modèle AGGIR permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée par l'observation des activités que la personne effectue seule, puis de définir, en fonction des activités réalisées, le Groupe Iso-Ressources (GIR) auquel elle appartient. Cette grille permet de définir six niveaux d'autonomie, du GIR 1 (perte totale d'autonomie corporelle et mentale) au GIR 6 (aucune perte d'autonomie). Le GIR correspond donc à un ensemble de personnes nécessitant une même mobilisation de ressources pour faire face à leur dépendance. Seuls les quatre premiers niveaux permettent l'attribution de l'APA⁸.

Si la personne bénéficiaire vit à domicile, l'APA est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant du plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale du Conseil général. Si la personne est en établissement, l'APA est égale au montant des dépenses correspondant à son degré d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance. Cependant, les personnes âgées auront toujours à leur charge le ticket modérateur, du montant du tarif des GIR 5-6, et ce, quelque soit leur niveau de dépendance, l'APA ne solvabilisant la dépendance qu'au-delà de ce tarif.

B) Les services pour personnes âgées

a) *Les services de soins infirmiers à domicile*

Les SSIAD sont régis par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que par le décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

⁸ Au 31 décembre 2003, 765 000 personnes bénéficiaient de l'APA en France métropolitaine, et 17% des bénéficiaires avaient plus de 75 ans (source : Fondation Médéric Alzheimer, juillet 2005).

Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées.

L'équipe est composée au moins d'un infirmier coordonnateur assurant l'organisation des soins, d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques.

b) Autres services

L'hébergement temporaire, l'accueil de jour et l'accueil de nuit sont des modalités d'hébergement intermédiaires entre le maintien à domicile et l'hébergement permanent en institution. Fin 2003, environ 9000 personnes étaient ainsi hébergées de façon temporaire. Ces formules permettent de retarder l'entrée en institution. On recense 5000 places installées en accueil de jour en 2003. L'accueil de nuit n'est enfin proposé que par un très petit nombre d'établissements (moins de 1%)⁹.

Les services sociaux s'offrant aux personnes âgées concernent surtout celles vivant à domicile. Il peut s'agir d'aides à domicile, de portage de repas, de téléalarme etc. Ces services sont de statut très divers : associatif (comités cantonaux d'entraide, Croix Rouge...), public (CCAS, syndicats intercommunaux), privé commercial. Ils sont dispensés soit au titre de l'APA, soit au titre de l'aide ménagère, et financés par l'aide sociale ou les caisses de retraite, quelquefois par les personnes elles-mêmes.

En outre, la CRAM, dans le cadre du programme expérimental « Préservation de l'autonomie des personnes âgées », met en place de nombreuses actions sociales, avec des dispositifs en faveur du soutien à domicile (plan d'aide personnalisé, aide au retour à domicile après hospitalisation), entre autres. L'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) est un dispositif ayant pour but de faciliter le retour à domicile des personnes âgées après une hospitalisation par la mise en œuvre d'un plan d'aides destiné à leur permettre de retrouver une autonomie. Il s'accompagne d'une prestation financière qui a pour vocation de couvrir les dépenses entraînées par la mise en place de services (aides à domicile, aides à l'environnement).

⁹ DREES, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel*, Études et résultats n°379, février 2005

C) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Ils regroupent les maisons de retraite (65% des places), les logements-foyers (23% des places) et les USLD des hôpitaux (12% des places)¹⁰. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit. Ils regroupent une grande diversité de services adaptés à différentes situations :

- les résidences d'hébergement temporaire permettent à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence.
- les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Ils sont destinés principalement à l'accueil des personnes âgées autonomes.
- les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement, les repas et divers services spécifiques.
- les USLD constituent les structures les plus médicalisées et sont destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

Au 31 décembre 2003, les EHPA offraient 671 000 places. Le mouvement de médicalisation des capacités d'accueil en EHPA est important : 363 000 places peuvent être considérées comme médicalisées au 31 décembre 2003. Les personnes hébergées dans les EHPA sont de plus en plus dépendantes : en 2003, 81% sont classées dans les GIR 1 à 4, contre 57% en 1996 (hors logements-foyers)¹¹.

Les sections de cure médicale sont en cours de suppression, et depuis 1999, c'est à travers la mise en place progressive de la convention tripartite, accompagnée de la réforme de la tarification, que s'organise la médicalisation des établissements.

D) La réforme de la tarification

Dans le but d'homogénéiser et d'améliorer la qualité des prises en charge des résidents, la réforme de la tarification des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) a été initiée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance, puis complétée par les décrets d'avril 1999 (relatif

¹⁰ DREES, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel*, Études et résultats n°379, février 2005

¹¹ Id.

aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) et de mai 2001 (modifiant les décrets du 26 avril 1999). Selon ces textes, les prestations fournies par les établissements comportent 3 tarifs : un tarif afférent à l'hébergement, un afférent à la dépendance et un afférent aux soins.

L'un des principes de cette réforme est la mise en œuvre, par négociation locale, de conventions tripartites entre l'établissement, le Président du Conseil général, et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (le Directeur de l'ARH pour les USLD, et le Préfet de département dans les autres cas). Ce document, signé pour 5 ans, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées. Sur ce dernier point, la convention formalise les engagements pris par l'institution dans le cadre de la démarche qualité¹². La convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Une date butoir a été fixée au 31 décembre 2007 pour la signature de la convention tripartite : au-delà de cette date, l'établissement non signataire n'aura plus la possibilité d'accueillir des personnes dépendantes.

1.3 Une nécessité d'articulation des différents champs due aux caractéristiques et spécificités de la population étudiée

Près du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus, et cette part va croissante avec l'âge¹³. Dans le même temps, on constate une progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés. Le grand âge est fragile ; sans vigilance et sans conduite rééquilibrante, quelques heures d'attente dans un milieu inconnu, voire hostile, favorisent la perte de repères, aggravent un état de confusion et entraînent un risque de décompensation. A l'occasion de leur séjour hospitalier, les

¹² En ce qui concerne la démarche qualité, le cahier des charges se trouve en annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹³ Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent près de 39% de l'ensemble des patients hospitalisés à un moment donné (d'après P. PRÉVOST, *Étude PATHOS des personnes de 75 ans et plus hospitalisées en Bretagne : les personnes âgées fragiles hospitalisées*, DRSM Rennes janvier 2005)

patients âgés fragiles présentent des risques particuliers de voir s'installer ou s'aggraver une dépendance.

Par ailleurs, une large proportion des personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences¹⁴. Le nombre et la proportion de patients âgés fragiles admis de manière non programmée à l'hôpital, par la voie des urgences, sont en augmentation du fait du vieillissement de la population¹⁵, alors que l'on sait que dans le parcours hospitalier, les urgences sont une étape critique, un épisode souvent traumatisant, et ce, pour deux raisons principales :

- Hors risque vital, la personne âgée est rarement, voire jamais prioritaire, et les patients plus jeunes sont examinés d'abord. Ainsi, la personne âgée attend son tour, le temps passe sans que l'on ne s'occupe d'elle. Elle va perdre ses repères, ne saura pas dire quand et comment elle est arrivée là, et cet état confusionnel sera aggravé par son état de souffrance.
- L'absence d'avis gériatrique aux urgences peut conduire à des erreurs d'orientation dans la filière de soins, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. Cela conduit à une inadéquation fréquente des patients aux services d'hospitalisation, ayant comme conséquence, des séjours hospitaliers prolongés par des sorties retardées parce qu'elles n'ont pas été anticipées.

De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges. En effet, sur le terrain fragilisé du vieillissement, ces situations bouleversent complètement l'état pathologique du patient. Une personne âgée a en moyenne cinq pathologies, et le passage aux urgences va avoir un tel effet de perturbation sur la personne, que toutes les maladies jusque-là gardées sous sommeil par un équilibre précaire, vont décompenser en même temps, retentissant les unes sur les autres, et s'aggravant réciproquement. Ainsi, à titre d'illustration, une affection pulmonaire provoquera une défaillance cardiaque, qui déclenchera une insuffisance rénale engendrant elle-même la confusion mentale et la

¹⁴ 20% des personnes âgées hospitalisées en Bretagne sont entrées par le service des urgences (d'après Échelon Régional du Service Médical (ERSM), *Étude à partir d'une coupe transversale concernant la population de plus de 75 ans hospitalisée dans les établissements de santé en Bretagne, de janvier à mars 2002*)

¹⁵ F. SPINELLI, *Prise en charge des personnes âgées dans les services d'urgence de Bretagne, synthèse à partir de l'enquête régionale sur les urgences hospitalières d'avril 2004*, Service médical de Bretagne, janvier 2005

dénutrition. On comprend aisément que ces décompensations en cascade augmentent le temps de séjour à l'hôpital, et même, que cela puisse compromettre un retour à domicile.

En outre, il est fréquent que la personne âgée soit hospitalisée pour des problèmes d'environnement. Le problème social va souvent prolonger le temps d'hospitalisation car tout est saturé en aval, tant en structures d'hébergement, qu'en services d'aide à domicile¹⁶. Des hospitalisations sont faites alors que cela ne se justifie pas au niveau médical mais résultent uniquement d'une urgence sociale : maladie du conjoint ou de l'aidant principal, et impossibilité de trouver un hébergement temporaire en urgence, par exemple.

Dans la majorité des cas, les hospitalisations des sujets âgés comportent une situation complexe avec intrication de problèmes médicaux, psychiques, fonctionnels et sociaux, dont il est impératif de tenir compte.

On voit donc la nécessité d'une coopération entre les champs sanitaires et médico-sociaux : en amont pour préparer l'hospitalisation, et éviter ainsi le passage aux urgences, en aval pour préparer la sortie.

Cependant, en allant sur le terrain et en interrogeant les professionnels concernés, j'ai pu mettre en évidence un certain nombre de difficultés, qui concourent à une articulation déficiente entre les différents domaines de la prise en charge des personnes âgées.

¹⁶ Concernant le motif de maintien dans les services, si les déficits d'offre en aval constituent la principale cause de prolongation des séjours (71%), la complexité sociale et l'environnement sont bien une cause de ces prolongations non opportunes de séjour (15%) (d'après Échelon Régional du Service Médical (ERSM), *Étude à partir d'une coupe transversale concernant la population de plus de 75 ans hospitalisée dans les établissements de santé en Bretagne, de janvier à mars 2002*)

2 LES DIFFICULTÉS CONSTATÉES SUR LE TERRAIN, CONCOURANT A UNE ARTICULATION DÉFICIENTE ENTRE LES CHAMPS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX

2.1 Liées à la multiplicité de partenaires et d'instances de décision

Le dispositif d'intervention et de prise en charge des personnes âgées est caractérisé par la multiplicité des intervenants, le cloisonnement des réglementations et des financements. Ainsi les instances de décision sont multiples : l'ARH (pour le champ sanitaire et le SROS), l'État et le Conseil général (pour le champ médico-social et les schémas gérontologiques départementaux), l'URCAM (pour les réseaux), les mairies (pour le domaine social).

Le fait que le dispositif d'intervention et de prise en charge des personnes âgées soit morcelé entre des domaines aux cultures professionnelles très différentes, ainsi que le cloisonnement persistant des financements, amène à un défaut de communication persistant entre les différents secteurs. Ainsi, il est possible qu'un médecin généraliste qui pourra éprouver des difficultés à faire admettre son patient dans un service de soins à l'hôpital, ne soit pas informé de sa sortie, ni du traitement prescrit. De même, il persiste des difficultés pour la coordination des intervenants à domicile, ceux-ci agissant souvent l'un après l'autre, mais sans approche globale pourtant nécessaire à la mise en place d'un réel plan d'accompagnement.

2.1.1 Au niveau de la planification

Les ARH ont été créées par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Elles sont chargées de définir et mettre en œuvre les politiques régionales d'offre de soins hospitaliers, de coordonner l'activité de soins publics et privés et elles sont responsables de l'allocation de ressources aux établissements de santé. A ce titre, elles doivent organiser la planification sanitaire, à travers le SROS.

Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, ce sont les Conseils généraux qui sont chargés d'arrêter unilatéralement les schémas gérontologiques départementaux, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Ces schémas de planification permettent d'organiser l'offre médico-

sociale dans le département, tant au niveau de la gestion du nombre de places des établissements et services, que de la mise en œuvre et de la coordination d'actions en faveur des personnes âgées.

A ce niveau, se pose le cas des EHPAD et des USLD. Actuellement, il y a une différenciation entre les EHPAD ex-soins de longue durée placés dans le champ sanitaire et les EHPAD ex-section de cure médicale qui relèvent du champ médico-social. On se réfère donc à deux types de schémas pour une même population (l'un régional pour les soins de longue durée et l'autre départemental pour les lits à caractère médico-social) et on sollicite trois autorités différentes en matière d'autorisations (l'ARH pour les soins de longue durée, le Président du Conseil général et le Préfet de département pour le médico-social) et deux enveloppes différentes au sein de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

En outre, la planification sanitaire était organisée selon des secteurs sanitaires, et la planification médico-sociale selon des secteurs gérontologiques, sans qu'il y ait de correspondance entre ces deux niveaux de territoires, le secteur sanitaire étant beaucoup plus vaste que le secteur gérontologique. Ce décalage ne favorise pas non plus cette articulation si nécessaire entre les deux champs, puisque pour articuler des compétences et des actions, il faut avoir un référentiel commun, que serait ici un niveau de territoire commun. Cependant, le SROS de troisième génération se propose de remédier à ce défaut, en privilégiant un niveau infra-sectoriel commun à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées, pour les soins de proximité et pour le domaine médico-social.

2.1.2 Au niveau de la tarification et du financement

La réforme de la tarification des EHPAD entraîne le passage d'un système binaire à un système ternaire caractérisé par une étanchéité des sections tarifaires. Ainsi la section « hébergement » recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier et de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, aucune de ces prestations n'étant liée à l'état de dépendance des personnes accueillies. La section « dépendance » recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance (interventions relationnelles, animation et aide à la vie quotidienne et sociale). La section « soins » comprend les soins de base (soins d'hygiène et de confort) et les soins techniques, recouvrant les prestations liées aux affections somatiques et psychiques (actes et prescriptions médicales et paramédicales).

Le Président du Conseil général fixe les tarifs des sections « hébergement » et « dépendance », alors que le tarif « soins » est fixé par le Directeur de l'ARH pour les USLD et par le Préfet de département pour les autres établissements.

Cependant, à travers la description des prestations liées à chaque section tarifaire, on se rend compte que certaines fonctions émergent sur plusieurs sections. Ainsi les Aides Médico-Psychologiques (AMP) et les aides-soignants interviennent au niveau des prestations liées à la dépendance mais aussi au niveau de celles liées aux soins. De même, les Agents de Service Hospitalier (ASH) interviennent au niveau des prestations liées à l'hébergement et à la dépendance. Il a donc fallu fixer des règles d'imputation et de répartition des charges de personnel, sur les différents tarifs. La règle retenue est la suivante :

- les charges de personnel relevant des ASH, des agents de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas sont imputées pour 70% à la section hébergement et pour 30% à la section dépendance
- les charges de personnel relevant des aides-soignants et des AMP sont imputées pour 30% à la section dépendance et pour 70% à la section soins.

Si ce système paraît juste et logique dans son principe, on voit en revanche les complications qui se posent pour sa mise en œuvre. En effet, un établissement souhaitant recruter du personnel, peut n'obtenir l'accord que d'une seule des deux autorités de tarification, faute de financement disponible au niveau de l'autre autorité, ce qui bien évidemment bloque le processus de recrutement, et pénalise de fait l'établissement et ses résidents.

2.2 Liées aux structures elles-mêmes

2.2.1 Les services de soins de suite et de réadaptation

Les professionnels constatent une absence ou une insuffisance de lits de court séjour. En effet, une partie de l'offre en SSR ne correspond pas à sa vocation et dispense une activité de court séjour gériatrique, du fait de transfert de personnes âgées, à l'issue de séjours en service de médecine qui s'avèrent à la fois trop rapides et inadaptés. De plus, cette insuffisance de lits de court séjour conduit à un retour prématuré à domicile, ou de cas lourds en établissements médico-sociaux, du fait de la saturation des services de médecine.

Cette situation paraît liée à un défaut d'identification de lits de médecine gériatrique, permettant à la fois une prise en charge et une durée de séjour adaptées ; elle pose en conséquence la question de l'opportunité d'une transformation d'une partie de ce potentiel « inadéquat » de SSR, en médecine gériatrique.

Il est également constaté un problème concernant les gens qui ont une longue durée de séjour. On constate un « long » moyen séjour (en SSR) pour deux types de populations : celle nécessitant des soins médicaux et paramédicaux importants et celle pour laquelle se pose un problème d'aval. Le manque de structures d'aval se traduit par un séjour prolongé en SSR, et ce manque est particulièrement sensible pour les personnes qui devraient rentrer à domicile et dont l'état s'aggrave, en termes de dépendance et/ou de pathologies. Il manque pour ces personnes des places en USLD et en maisons de retraite médicalisées.

Ces séjours prolongés en SSR bloquent des places pour les patients nécessitant réellement des soins de SSR ; par conséquent, les hôpitaux locaux peuvent être amenés à pallier ce manque et à fournir des soins de suite et de réadaptation en aval des établissements de santé, sans disposer nécessairement du personnel adapté et du plateau technique requis.

Par ailleurs, un défaut d'articulation avec le médico-social alourdit les conditions de sortie des patients à l'issue d'un séjour en SSR. Il y a en effet un manque de places, mais aussi une disparité des critères d'admission en maison de retraite, ce qui induit une lourdeur administrative imposant notamment aux médecins de renseigner plusieurs types de questionnaires médicaux pour une même personne. Il y a de plus une certaine méfiance des maisons de retraite à l'égard de quelques diagnostics (démence, parkinson, diabète...). On constate aussi que les maisons de retraite n'anticipent pas assez le devenir des personnes et quand les résidents sont hospitalisés, ils ne sont pas repris. La pénurie d'infirmiers à domicile et l'insuffisance des services de soins à domicile constituent aussi un facteur de difficulté de sortie des SSR.

Ce défaut de mobilisation rapide de structures d'aval, notamment en USLD, pénalise toute la filière de soins non programmés ; à l'issue du passage aux urgences, des patients âgés, pour lesquels le problème médical est rapidement résolu mais pour lesquels aucune structure d'aval ne peut être trouvée dans des délais raisonnables du fait de leur degré de dépendance, séjournent de façon indue en médecine aiguë. À titre

d'illustration, cette situation peut entraîner une immobilisation de 20% des lits d'un service de médecine aiguë du centre hospitalier universitaire de Rennes¹⁷.

2.2.2 Les services de soins infirmiers à domicile

Globalement, lorsque la couverture des SSIAD est suffisante, le service est correctement assuré même si les différents professionnels qui interviennent s'ignorent encore trop souvent dans leurs interventions à domicile. La coordination entre SSIAD et services d'aide à domicile peut ainsi s'avérer difficile. Cela peut se traduire par une mauvaise coordination et des malentendus par rapport aux tâches que chacun est censé effectuer : certaines tâches pourront être effectuées deux fois alors que d'autres ne le seront pas, à la faveur d'un renvoi réciproque de responsabilité.

La population prise en charge à domicile évolue et les soins concernent de plus en plus des personnes atteintes de maladies invalidantes. Cela est lié à la fois au fait que les durées moyennes de séjour diminuent, que les progrès techniques facilitent les retours à domicile et que la durée de vie augmente, entraînant des invalidités chroniques.

Les SSIAD voient corrélativement leurs missions s'alourdir et doivent prendre en charge des populations, qui selon eux, relèveraient de l'HAD : le très faible développement de l'HAD amène les services de SSIAD à prendre en charge une population de plus en plus lourde.

Cependant, les SSIAD sont rémunérés par prix de journée et avec cet argent ils doivent rétribuer leur personnel. Dans le cas d'un patient très lourdement dépendant, le prix des soins dispensés est très supérieur au prix de journée, et l'activité n'est donc pas rentable. Ceci a une incidence sur la prise en charge, puisque cela peut se traduire par un refus fréquent de s'occuper de patients lourdement dépendants. Cet aspect financier limite donc le maintien à domicile de certains patients, faute de pouvoir bénéficier d'un SSIAD à leur sortie d'hôpital.

La prolongation de l'hospitalisation est souvent liée à des difficultés à mobiliser les aides nécessaires pour les soins de nursing ; les SSIAD étant saturés et les infirmières libérales n'acceptant pas toujours d'effectuer ces soins ou étant limitées par le quota des actes. Pour le retour ou le maintien à domicile, il manque des places de SSIAD, donc les personnes restent hospitalisées ou sont transférées en USLD.

¹⁷ ARH de Bretagne, *SROS en Bretagne, Prise en charge sanitaire des personnes âgées, document bilan et orientations stratégiques*, octobre 2002

De plus, avec les SSIAD se pose le problème de l'affectivité. Le recours au SSIAD est nécessaire pour un patient de GIR 3. Grâce aux soins, la dépendance du patient peut diminuer et il peut donc passer à un niveau de GIR 4 ou 5, pour lequel suffiraient des soins réalisés par une auxiliaire de vie. Cependant, dans ce cas, il est fréquent que le SSIAD ne veuille pas abandonner le patient âgé, car une relation affective s'est créée entre eux, mais cela entraîne un blocage de places de SSIAD.

2.2.3 Les structures d'hébergement

L'effectivité de la médicalisation apparaît souvent inférieure aux besoins, et elle paraît plus facile à assurer lorsqu'une structure sanitaire est proche. Il est à noter que la réforme de la tarification a favorisé une prise de conscience de la nécessité du partenariat entre les structures sanitaires et médico-sociales. Une difficulté particulière de coordination des soins concerne les foyers-logements qui sont peu médicalisés (7,63%)¹⁸.

De plus, les foyers-logements ont été à l'origine conçus et ouverts pour recevoir des personnes valides, et ils sont aujourd'hui de plus en plus confrontés à l'accueil d'un public en perte d'autonomie. Leur architecture n'est donc plus adaptée à l'état de dépendance des résidents, et les établissements souhaitant signer une convention tripartite se trouvent donc dans l'obligation d'adapter leurs locaux pour les mettre aux normes de sécurité et d'accessibilité. Cependant, dans les faits, cette adaptation architecturale ne se fait pas aussi rapidement qu'il le faudrait, du fait d'une limitation des crédits « logement » consacrés par l'État à ce type de structure. Par conséquent, le rythme de signature des conventions et d'attribution des moyens nécessaires à l'amélioration qualitative de l'accueil des résidents, au titre de la dépendance et des soins, est très différent de ce qui était prévu. Les Conseils généraux se trouvent alors souvent dans l'obligation d'adopter une politique d'aide à l'investissement prévoyant l'attribution de subventions pour l'aide au financement des travaux de sécurité et d'accessibilité prévus par tous les établissements prenant l'engagement de se transformer en EHPAD.

Un problème important soulevé par les gériatres et par les assistantes sociales des équipes mobiles gériatriques, est que, quand il n'existe pas de dossier d'inscription unique, ni de procédure uniformisée entre les différents EHPAD d'un département, il y a une grande perte de temps à renseigner tous les différents dossiers lorsque l'on prépare la sortie d'un patient qui ne pourra pas retourner à domicile.

¹⁸ ARH de Bretagne, *SROS en Bretagne, Prise en charge sanitaire des personnes âgées, document bilan et orientations stratégiques*, octobre 2002

Pour chaque EHPAD, on calcule le niveau de dépendance moyen de la population accueillie : c'est le GIR Moyen Pondéré (GMP)¹⁹. Ce GMP est établi annuellement ; c'est un indicateur global de la charge moyenne en soins de base nécessités par personne. Les établissements ayant signé une convention tripartite se sont vus attribuer des moyens nouveaux sur la base de ce GMP, au moment de la signature de la convention, mais l'adaptation de ces moyens à la montée du niveau de la dépendance intervenue depuis la transformation de l'établissement en EHPAD ne peut être prise en compte, faute de crédits suffisants sur l'enveloppe assurance maladie disponible. Il en résulte qu'un grand nombre de structures adaptent leur politique de « recrutement » de résidents de manière à maintenir le niveau de GMP. Or, les demandes d'accueil des personnes dépendantes et très dépendantes s'accroissent et les difficultés sont réelles pour ces personnes et leur famille pour trouver une place.

2.2.4 L'impact de la tarification à l'activité

Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la Tarification À l'Activité, ou T2A, est mise en place progressivement depuis le 1^{er} janvier 2004 pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), en remplacement de la dotation globale de financement. Il est prévu d'arriver à un financement total par la T2A en 2012.

Cette réforme de la tarification entraîne une gestion nouvelle des patients, en terme de durée de séjour. En effet, les actes effectués aux patients lors de chaque séjour sont, avec la T2A, exprimés en Groupes Homogènes de Séjour (GHS). A chaque GHS correspond un tarif national, et dès 2006, ce sera le niveau d'activité MCO qui déterminera les recettes (égales au nombre de GHS par le tarif du GHS). Ainsi le budget sera totalement lié à l'activité, ce qui a l'avantage d'éviter la constitution de rentes ou à l'opposé, le manque de financement, conséquences possibles du financement par dotation globale.

La conséquence de ce système est qu'à chaque GHS correspond une Durée Moyenne de Séjour (DMS), au-delà de laquelle il n'est pas rentable pour l'hôpital de garder un patient. Il y a donc une pression permanente sur les services pour libérer les lits. Ainsi les détracteurs de la T2A présentent sa logique comme étant : « il faut que ça

¹⁹ GMP : à chaque GIR correspond une valorisation en points. Le total des points dans les différents GIR de toutes les personnes âgées dépendantes hébergées dans un établissement divisé par le nombre de personnes hébergées permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Cette valeur est nommée GIR Moyen Pondéré de l'établissement.

sorte ». Cependant, avec cette réforme, se pose le problème des personnes âgées médicalement sortantes mais non socialement sortantes.

La T2A est un élément perturbateur, qui a aussi une incidence sur l'extérieur de l'hôpital, notamment en ce qui concerne les personnes âgées sortant de l'hôpital et, n'étant pas toujours prêtes socialement à retourner à domicile.

2.3 La particularité des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences séniles

Les démences sont définies comme l'ensemble des maladies caractérisées par des troubles du comportement et des fonctions intellectuelles associés à des lésions spécifiques du cerveau. Ce sont essentiellement des maladies de la vieillesse, et la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences. En 2004, on comptait près de 800 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés²⁰.

Les premiers signes à apparaître sont des troubles de la mémoire, la perte des repères dans le temps et l'espace, auxquels s'ajouteront progressivement des troubles du langage. Enfin, surviennent des troubles psycho-comportementaux avec agressivité, agitation, dépression et anxiété.

On prend aisément la mesure de la difficulté particulière que pose la présence de personnes atteintes de démence, dans un établissement ou service non adapté, difficulté liée à la fois aux troubles comportementaux du malade et à sa désorientation. Dans les services non spécialisés, le personnel n'est pas formé en gériopsychiatrie, et n'est donc pas toujours à même de répondre aux spécificités liées à la prise en charge de patients déments.

Au-delà, la cohabitation de diverses populations est génératrice de difficultés de fonctionnement pour ces mêmes services. Tous les SSR sont confrontés au problème de la cohabitation des personnes désorientées avec d'autres types de population. En effet, les personnes âgées désorientées déambulent énormément, ont des inversions du rythme veille/sommeil, effectuent des visites inopinées dans les chambres de leurs voisins. Certains services de spécialités tels que la neurologie alertent sur les difficultés de fonctionnement, affectant directement la prise en charge des patients relevant de ces

²⁰ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 »*

disciplines, induites par la charge croissante, perturbatrice et inadéquate des personnes âgées démentes.

En matière de prise en charge des problèmes psychiatriques, il doit être noté le manque crucial de structures de jour pour personnes âgées démentes et le caractère défavorable du « mélange » des dépressifs avec les patients déments.

Le plan « Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées 2004-2007 » prévoit la construction de 13 000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire d'ici fin 2007 pour répondre à une demande grandissante. Bien que cette mesure soit une avancée dans la prise en charge des personnes âgées démentes vivant à domicile, on ne peut manquer de souligner le fait que rien ne soit prévu pour faciliter l'accès à ces services, en terme de transport. L'absence de financement du transport pour se rendre dans ces accueils de jour est un frein important à leur fréquentation, notamment en zone rurale. En effet, de nombreux conjoints de malades sont âgés²¹ et ne peuvent plus conduire, et ils doivent donc faire appel à des compagnies de taxis pour emmener le malade à l'accueil de jour. Comme cette formule leur revient très cher, ils limitent la fréquentation à une journée par semaine. Ceci a deux inconvénients majeurs. D'une part, cela ne permet pas à l'aidant naturel de se reposer, ce qui est préjudiciable en terme de capacité à garder le malade à domicile. En effet, il a été montré que les aidants naturels consacrent en moyenne 42 heures par semaine à la personne malade, soit 6 heures par jour²². Et l'on peut facilement se rendre compte que cela ne peut se faire sur le long terme sans des moments de répit réguliers. D'autre part, les accueils de jour ont pour objectifs principaux de préserver, de maintenir, voire de restaurer l'autonomie des personnes atteintes de troubles démentiels. On peut là aussi facilement concevoir que ces effets sont conditionnés par une fréquentation régulière des services. Une visite occasionnelle ne permettra pas à la personne malade de pouvoir bénéficier du bienfait des accueils de jour.

Ces difficultés relevées, je vais maintenant m'intéresser aux dispositifs, déjà mis en place ou nouvellement créés, qui peuvent, à condition d'être bien utilisés, permettre une amélioration de l'articulation des différents champs.

²¹ Selon l'enquête nationale menée par France Alzheimer en 1995, les aidants sont les conjoints dans 72% des cas ; les enfants ne sont les aidants principaux que dans 20% des cas.

²² Enquête conduite en 1997-1998 auprès de 300 aidants de personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer en Europe, par l'Université de Paris IX-Dauphine, en collaboration avec l'unité 500 de l'INSERM à Montpellier.

3 L'AMÉLIORATION DE L'ARTICULATION ENTRE LES CHAMPS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX : DIFFÉRENTS OUTILS À LA DISPOSITION DE L'INSPECTEUR ET DE SES PARTENAIRES

3.1 Les outils et structures existants

Les outils présentés ici existent, sont déjà mis en œuvre et participent déjà à l'articulation des différents champs. Cependant, afin de répondre à la problématique mise en évidence dans ce mémoire, il est impératif de renforcer leur présence sur le territoire ainsi que leurs actions. Il faut pour cela que l'ARH, le Conseil général et les services déconcentrés de l'État agissent ensemble, puisque les quatre outils suivants se situent à l'interface des deux domaines constitutifs de la prise en charge des personnes âgées.

3.1.1 Les centres locaux d'information et de coordination

La circulaire n°2001/224 du 18 mai 2001 précise les missions des CLIC. Ils concourent à améliorer la qualité de la prise en charge fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins des personnes, associant prévention, accompagnement social et soins. Ils mobilisent autour des besoins individuels, dans une aire géographique définie, les ressources des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ils visent à garantir la continuité, la lisibilité, l'ancrage territorial et la cohérence des politiques publiques en direction des personnes âgées, dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits, et de réseau entre professionnels et acteurs locaux.

Les CLIC peuvent avoir trois niveaux de labellisation, en fonction de leurs objectifs :

- le niveau 1 : information, accueil
- le niveau 2 : évaluation des besoins
- le niveau 3 : suivi des situations complexes et mise en réseau des professionnels

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, il est mis fin au copilotage État/département du dispositif CLIC, le Président du Conseil général devenant le pilote unique et ayant vocation à autoriser les CLIC, après avis du CROSMS.

3.1.2 Les réseaux de santé

Ils sont définis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (...). Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, (...) des établissements de santé, (...) des institutions sociales ou médico-sociales (...) ainsi qu'avec des représentants des usagers » (Art L.6321-1 du Code de la Santé Publique).

Ce sont des organisations collectives qui doivent :

- répondre à un besoin de santé identifié, sur une aire géographique définie
- fixer des objectifs d'amélioration de la prise en charge
- impliquer les acteurs de ville, de l'hôpital, du secteur médico-social
- être formalisées, au niveau de leur structure juridique, de leur fonctionnement, et au niveau du circuit de prise en charge

Depuis décembre 2002, les réseaux de santé peuvent bénéficier d'un financement de la dotation de développement des réseaux²³ sur décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM. Les points clés identifiés par les promoteurs sont la nécessité d'une coordination, dans un objectif de permanence et de continuité des soins, l'échange d'informations médicales, l'amélioration des compétences des professionnels, notamment de ville, pour favoriser le maintien à domicile. Les réseaux doivent permettre l'articulation contractualisée autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aide et de soins aux personnes âgées, usagers et familles. Il est le plus souvent sollicité par le médecin traitant.

Lorsqu'une personne âgée est aux urgences, mais que peut être prise une décision médicale dans le sens d'un retour à sa structure d'origine (domicile ou autre), l'existence d'un réseau de soins et d'une filière hospitalière gériatrique permet au médecin du Service des Urgences (SU) de garantir à la personne âgée et à son entourage un retour avec l'assurance d'un suivi et d'une continuité des soins. La collaboration de l'équipe du SU avec une équipe gériatrique médico-sociale constitue le pivot d'un véritable réseau gérontologique ville-hôpital et permet de mieux organiser le retour vers la

²³ En 2003 et 2004, la dotation a été consommée à plus de 90%.

structure d'origine. Cette équipe participe à l'organisation de la sortie en prévenant et informant :

- le médecin traitant par contact direct des conditions de sortie et du plan d'aide et de soins mis en place
- la structure d'origine (foyer logement, EHPAD)
- le CLIC chargé d'informer et de coordonner les actions médico-sociales en faveur des personnes âgées.

Le réseau de santé permet d'associer véritablement les professionnels de santé libéraux, au premier rang desquels se placent le médecin généraliste, les professionnels de l'établissement de santé ainsi que ceux des institutions sociales et médico-sociales, autour de la personne âgée pour permettre son retour et son soutien à domicile. Le réseau de santé s'appuie sur l'hôpital ressource du territoire de proximité, bénéficie de l'apport de l'équipe mobile de gériatrie et associe les services sociaux des collectivités locales et les coordinations gérontologiques existantes sur le territoire, qui font le lien avec les acteurs du monde social.

Les CLIC et les réseaux de santé répondent à des objectifs communs : évaluation des besoins, réponses rapides, coordination des professionnels des champs sanitaires et médico-sociaux. Ils ont cependant des approches sensiblement différentes : les soins font partie intégrante de la prise en charge assurée par les réseaux, alors que les CLIC n'ont pas vocation à délivrer directement les soins et les aides. Les CLIC ont une mission d'accueil, d'écoute et d'information du public ; leur territoire d'intervention est infra-départemental et correspond aux bassins de vie des habitants.

Un point de comparaison entre les CLIC et les réseaux permet de mettre en évidence leurs différences :

- Les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées qui est définie dans le schéma gérontologique. Les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé qui est définie dans le SROS.
- Les CLIC ont vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes âgées et à leur entourage. Les réseaux de santé gérontologiques concernent les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.
- Le CLIC favorise l'accès au grand public pour le réseau, il facilite la mise en œuvre de l'accompagnement social et médico-social et contribue à faire émerger et développer des projets de réseaux gérontologiques et à promouvoir les réseaux existants. Le réseau de santé gérontologique offre au CLIC une expertise médicale facilement mobilisable, il permet aux personnes âgées atteintes de

polypathologies de bénéficier d'une prise en charge globale et continue, et il contribue à la promotion des CLIC existants.

3.1.3 Les hôpitaux locaux

Le cadre juridique et les missions de l'hôpital local ayant déjà été vus plus haut, j'aborderai ici son rôle et sa place dans l'articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux.

L'hôpital local permet de prendre en charge, au plus près de son domicile, un patient âgé ne nécessitant pas un plateau technique lourd, limitant ainsi d'inutiles ruptures avec son environnement habituel. Il permet le maintien du lien ville-hôpital grâce à l'intervention du médecin traitant en son sein, ce qui devrait faciliter le travail en réseau.

L'hôpital local doit constituer un réseau de soins formels avec les professionnels de santé du secteur qui contribuent au soutien à domicile ou aux soins dans les EHPAD avoisinants. Dans ces derniers, des consultations d'évaluation gériatrique avancées pourront être proposées, par convention, par les gériatres intervenant à l'hôpital local, pour instaurer une démarche où l'offre vient aux patients. L'hôpital local est un maillon important des réseaux de coordination gérontologiques.

Les activités médico-sociales de l'hôpital local concernent tant l'hébergement des personnes âgées que les actions contribuant à un soutien à domicile de qualité : SSIAD, accueil de jour ou de nuit, hébergement temporaire, portage de repas, etc. Grâce à ces activités, l'hôpital local a un rôle prépondérant à tenir, à l'interface des différents champs constituant la filière de prise en charge des personnes âgées.

3.1.4 Les équipes mobiles gériatriques

De même que pour l'hôpital local, je n'aborderai ici que le rôle et la place des équipes mobiles gériatriques dans l'articulation entre les différents champs, son cadre juridique et ses missions ayant été vus précédemment.

Lors de l'admission d'une personne âgée à l'hôpital, l'équipe mobile gériatrique et/ou l'équipe d'appui et d'orientation gériatrique doivent intervenir le plus tôt possible, idéalement dans les 48 heures suivant l'admission, et ce d'autant plus que la sortie est à préparer avec anticipation, car à cause de la T2A, il y a une pression permanente des services pour libérer les lits.

Le rôle de ces équipes est de déterminer la meilleure orientation possible pour les patients. Elles doivent élaborer un plan d'aide (dont la base est une évaluation médico-

psycho-sociale pour une prise en charge adéquate) et l'initier très tôt, en lien avec les comités cantonaux, les SSIAD, les infirmiers libéraux, les CLIC, les associations de soins palliatifs, entre autres. L'équipe d'appui gériatrique est l'interface entre le CLIC et l'hôpital ; elle facilite l'intervention auprès des personnes âgées. Ainsi, le CLIC a un seul intervenant, l'infirmière coordonnatrice de l'équipe, et non pas une infirmière de chaque service par lequel passe la personne âgée.

Cependant, il reste malgré tout une difficulté inhérente à la fonction de soins, à savoir l'impossibilité de prévoir avec certitude le moment de la sortie des patients. Sachant cela, il est impératif que les équipes mobiles soient appelées dès l'arrivée de la personne âgée dans les services. Ainsi, elles pourront dès ce moment prendre contact avec les CLIC, qui sont leurs interlocuteurs privilégiés, pour commencer à préparer la sortie, en se basant sur l'évaluation médico-psycho-sociale du patient. Ainsi, quand la personne sortira, tout sera organisé à l'avance. Mais dans la pratique, ce contact entre les CLIC et les hôpitaux se fait beaucoup plus tardivement, en général dans les 24 heures précédant la sortie. Ceci n'est pas apprécié par les CLIC qui doivent alors travailler dans l'urgence et ne peuvent donc pas toujours effectuer une prestation à la hauteur de ce qui serait nécessaire, car tous les services et établissements médico-sociaux sont submergés de demandes, et des places ne peuvent pas se dégager sous 24 heures.

Dans ce cas, on est confronté à une situation où les outils permettant de mettre en place une articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux existent et sont efficaces, mais la concordance n'est pas réalisée dans le temps. Il est donc indispensable que les CLIC et les équipes mobiles gériatriques d'un même secteur travaillent ensemble pour mettre en place des procédures écrites de fonctionnement et d'action. Afin que ces procédures permettent d'améliorer cette coopération entre les deux champs, et qu'elles reflètent bien les volontés de chaque partie d'y participer, il est nécessaire que des membres des CLIC et des équipes mobiles gériatriques travaillent ensemble à leur élaboration, pour que les membres de chaque partie puissent se les approprier.

3.2 Les nouveaux outils

Les outils développés dans ce paragraphe viennent d'être créés et doivent atteindre leur plein essor en 2006. Ils ont été créés dans le but de contribuer pleinement à l'articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux.

3.2.1 Le SROS 3 et l'approche territoriale

A) Un nouveau cadre juridique

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé fait du SROS l'outil unique de planification.

« Le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale (...). Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social (...). Il est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution (...) après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante » (Art L.6121-1 du code de la santé publique).

Les SROS de troisième génération, qui doivent être adoptés au plus tard le 31 mars 2006, doivent contribuer à l'identification des territoires d'accès aux soins de proximité et de premier recours, et promouvoir l'articulation entre soins hospitaliers, ambulatoires et services médico-sociaux. C'est sur ces territoires que doit s'organiser la permanence des soins, la continuité de la prise en charge ville-hôpital et les réseaux de santé.

La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération fixe des priorités stratégiques pour l'organisation des soins, et notamment, le développement de l'accès aux soins de proximité. En ce qui concerne les personnes âgées, il s'agit :

- en lien avec les schémas départementaux, de définir quelles activités offrir en proximité, en s'appuyant sur les médecins généralistes, les hôpitaux locaux et les établissements de santé de proximité et de mettre en place un réseau santé/social.
- de structurer la filière gériatrique : les filières courtes et coordonnées, améliorer les réponses d'aval à l'hospitalisation en court séjour : HAD, SSR, SSIAD, EHPAD.

Plus généralement, l'accès aux soins de proximité suppose de développer l'hôpital local, l'HAD et les réseaux de santé.

B) L'approche territoriale

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé remplace les secteurs sanitaires par les territoires de santé. L'objectif d'une telle réforme est de permettre d'identifier des territoires

pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives.

Pour cela, doit avoir lieu une démarche d'identification de territoires d'accès aux soins de proximité ou de premier recours. Au sein du SROS 3, l'articulation entre les soins hospitaliers, le secteur ambulatoire et les services médico-sociaux doit faire l'objet d'un travail spécifique en lien avec tous les acteurs concernés. Ce niveau de proximité doit permettre de répondre aux besoins de la population tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention et de la réadaptation. En milieu rural, les hôpitaux locaux, les établissements de santé privés de proximité et les services médico-sociaux y trouvent naturellement leur place. Ce niveau est particulièrement fondamental pour assurer aux personnes âgées une prise en charge globale coordonnée sanitaire et médico-sociale, dans le cadre de réseaux de santé.

Les principes de proximité de la prise en charge et de maintien à domicile des personnes âgées conduisent à identifier des territoires pertinents. Le secteur sanitaire semble un ensemble trop vaste pour répondre aux besoins de prévention. Pour une appréciation plus fine des besoins, et pour une organisation plus pertinente des réponses, il s'avère nécessaire de privilégier un niveau infra-sectoriel. L'approche territoriale pertinente pour le repérage des besoins, pour l'organisation de réponses adaptées reposant sur la coopération des différents acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées, peut s'appliquer aux secteurs gérontologiques²⁴.

3.2.2 La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les PRIAC

A) La CNSA et ses missions

C'est un nouvel établissement public administratif créé par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, et dont la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées précise et renforce les missions.

L'ensemble des missions de la CNSA fait l'objet d'une convention d'objectifs et de gestion conclue entre la CNSA et l'État. Ces missions sont :

²⁴ ARH de Bretagne, *SROS en Bretagne, Prise en charge sanitaire des personnes âgées, document bilan et orientations stratégiques*, octobre 2002

- Financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

La CNSA rassemble au sein d'un même organisme, l'essentiel des moyens de l'État et de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : la contribution sociale autonomie (journée de solidarité), 0,1% de la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution des caisses de retraite, les crédits d'assurance maladie destinés aux personnes âgées et ceux destinés aux personnes handicapées.

Elle délègue aux départements une partie de ces ressources qui financent ainsi : l'allocation personnalisée d'autonomie, la nouvelle prestation de compensation pour les personnes handicapées, la création et le fonctionnement de maisons départementales des personnes handicapées.

Le reste des crédits est destiné aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées.

- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps

La CNSA doit assurer la répartition équitable entre les régions, des enveloppes financières destinées au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation

La CNSA apporte son expertise pour construire les référentiels nationaux d'évaluation de la perte d'autonomie, les outils de programmation du financement des établissements et services, entre autres.

- B) Les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Pour répartir de manière équitable les ressources entre les régions et les départements, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a été créé, par cette même loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, afin d'assurer la lisibilité des choix, l'équité de traitement dans l'allocation budgétaire.

Établi par le Préfet de région, en lien avec les Préfets de départements, c'est un nouvel outil de programmation, s'appuyant à la fois sur la programmation départementale

(pour le médico-social) et sur la planification régionale (pour le sanitaire). Il s'agit d'un instrument qui décrit pour l'année en cours et les années suivantes, les priorités de financement des crédits administrés par l'État, en matière de créations, extensions ou transformations des établissements et services d'accompagnement pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Les premiers PRIAC devront être élaborés en 2006.

Les PRIAC permettront d'appuyer la démarche de structuration du secteur médico-social et du domicile, tout en tenant compte de la place-clé de l'hôpital, en ne perdant pas de vue l'impératif de caler l'évolution des besoins au point de vue qualitatif et quantitatif.

Dans le processus de dialogue des PRIAC, il faudra insister sur l'évolution de capacité du médico-social, mais aussi sur la structuration de l'offre : il faudra réfléchir à l'articulation avec le secteur sanitaire gériatrique. Il faudra installer une complémentarité des services et des gammes de services très diversifiées. On parle du même patient, qu'il soit à l'hôpital ou à domicile ; il est donc nécessaire de travailler sur les interfaces entre les domaines sanitaires et médico-sociaux.

Les PRIAC, de par leur nature et leur fonction, vont nécessairement entraîner une collaboration étroite entre la CNSA, les services déconcentrés de l'État et les Conseils généraux. Le rôle de l'État est primordial puisqu'il a un lien avec le sanitaire mais a aussi un regard interdépartemental en ce qui concerne le médico-social, au contraire du Conseil général. C'est donc tout naturellement que l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale sera partie prenante dans la réalisation et la mise en œuvre de ces programmes.

3.3 Les préconisations

Les filières sanitaires et médico-sociales prenant en charge les personnes âgées, sont en étroite interaction, même si elles relèvent d'autorités de planification et de tarification différentes. Afin d'améliorer la prise en charge générale des personnes âgées, il faut à la fois améliorer la filière de soins gériatriques, la filière médico-sociale et l'articulation entre elles. En effet, toute tension dans un des constituants de cette filière de prise en charge a des répercussions sur les autres constituants.

Comme je l'ai évoqué précédemment, les personnes âgées constituent une population fragile très sensible, notamment aux modifications de leur environnement. Il est donc souhaitable, chaque fois que cela est possible, de traiter les problèmes sanitaires de ces personnes, en les maintenant dans leur cadre habituel. Par conséquent,

les préconisations et pistes d'action suivantes s'inscrivent dans ce principe de proximité et de moindre déracinement.

C'est dans la réflexion sur les préconisations pouvant permettre d'améliorer l'articulation entre les différents champs et dans la mise en place de ces axes d'amélioration sur le terrain, que se situe le travail de l'inspecteur.

3.3.1 Concernant la filière de soins gériatriques

- 1^{er} axe d'amélioration

Les SSR gériatriques doivent retrouver leur vocation sanitaire, c'est à dire la poursuite des soins le temps nécessaire à la restauration d'une autonomie suffisante pour un retour à domicile ou dans l'institution d'origine, afin de prévenir des ré-hospitalisations prématurées.

Le SSR n'est ni un hébergement temporaire, ni une salle d'attente de places en USLD ou EHPAD. En amont, la fonction des services de SSR ne peut plus se définir seulement en terme de « déchargement » des services de soins de courte durée. En aval, ses missions n'incluent pas le rôle de salle d'attente des services de soins de longue durée. Dans ce cas, les SSR sont embolisés par l'attente pour les places en EHPAD, et par conséquent, ils ne peuvent plus prendre en charge des patients nécessitant réellement des soins de SSR (par exemple, les patients ayant besoin de rééducation suite à une fracture du col du fémur).

Pour éviter aux personnes âgées en difficulté une rupture avec leur environnement, facteur de risque supplémentaire, les SSR doivent se situer à proximité de leur lieu de résidence. Ils doivent être développés sur l'ensemble du territoire, à un bon niveau de proximité.

- 2^{ème} axe d'amélioration

Il est important de ne pas occulter le fait qu'une part très importante de la population prise en charge en USLD est « hospitalo-requérante », c'est à dire susceptible de solliciter l'intervention de l'hôpital. En conséquence, il est opportun de maintenir ces structures dans le cadre d'une gestion hospitalière.

De plus, il convient de souligner l'importance des USLD sur l'activité des services de court séjour. En effet, la réduction de la DMS en court séjour entraîne un recours plus rapide vers les lits de soins de suite pour les patients de tout âge.

Afin de faire face à cette demande, les responsables des soins de suite transfèrent les personnes âgées demandant des soins techniques vers les USLD.

Ainsi, au lieu de transférer les lits d'USLD vers le médico-social, il est possible qu'il faille au contraire les renforcer en moyens sanitaires, en particulier en personnels soignants, car ces lits deviennent essentiels à l'activité des services de court séjour.

Lors de la discussion précédant la signature des conventions tripartites, pour évaluer les besoins des USLD en personnel soignant, on pourrait généraliser l'utilisation de l'outil Pathos²⁵. En effet, cet outil permet de confronter les besoins réels des populations aux moyens disponibles et aux moyens mis en œuvre, par une évaluation des niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées. L'utilisation de cet outil permettrait donc d'avoir une base à partir de laquelle pourrait s'engager la négociation préalable à la signature des conventions tripartites, en ce qui concerne l'éventuel recrutement de personnel supplémentaire.

▪ 3^{ème} axe d'amélioration

Chaque centre hospitalier doit développer une filière gériatrique complète, ouverte sur la ville et permettre un accès direct aux patients âgés, à la demande de leur médecin traitant. Cette filière doit intervenir :

- en amont de l'hôpital, soit pour éviter l'hospitalisation, soit pour faciliter l'accès direct et rapide à l'hospitalisation adaptée, en évitant le passage par le service des urgences, très souvent facteur de décompensation. L'expertise gériatrique doit pouvoir être obtenue par accès au pôle ambulatoire ou par venue du gériatre ou de l'équipe pluridisciplinaire sur le lieu de vie du patient, notamment en institution médico-sociale.
- au sein de l'hôpital pour faire en sorte que le passage aux urgences, s'il n'a pu être évité, soit limité dans le temps mais aussi l'occasion d'une orientation pertinente, fondée sur un avis gériatrique.

²⁵ Le modèle Pathos est un outil de description des pathologies et des soins requis, propre à la gériatrie. Il permet d'identifier sur une liste pré-établie de 50 états pathologiques, celui ou ceux présentés par le patient le jour de l'enquête, et de compléter la description de l'état clinique par un « profil de soins nécessaires » choisis parmi 12 profils possibles. Chaque profil combine de soins médicaux, paramédicaux et techniques.

Dans le cadre de l'ouverture sur la ville, l'équipe mobile gériatrique doit pouvoir intervenir dans les autres structures gériatriques et gérontologiques, notamment dans les hôpitaux locaux. L'intervention systématique du gériatre doit se faire à un rythme défini en fonction de la taille de l'hôpital local. L'intervention dans les structures d'aval périphériques du réseau gérontologique, comme les EHPAD, doit pouvoir être envisagée de façon ponctuelle, mais normalisée au sein de conventions.

Un travail de collaboration est indispensable avec le médecin généraliste, et l'évaluation gérontologique est un avis qui est donné au médecin. Il reste responsable des prescriptions et il est donc libre de tenir compte en totalité ou non des recommandations qui lui auront été faites. Le médecin généraliste, n'étant souvent pas spécialisé en gériatrie, doit être en mesure d'avoir accès en permanence à un avis gériatrique, au niveau de la filière gériatrique hospitalière.

3.3.2 Concernant la filière médico-sociale et sociale

- Créer des places temporaires au niveau des SSIAD

L'hôpital a une politique de réduction des durées de séjour, donc les personnes âgées rentrant à domicile peuvent avoir besoin de SSIAD pendant quelques temps, pour récupérer.

L'idée est de pouvoir bénéficier pendant un mois de SSIAD temporaire, durée renouvelable une fois. La personne âgée rentre à domicile, et pendant le premier mois bénéficie du SSIAD. Après ce mois, il y a évaluation de la situation par l'infirmière coordonnatrice du SSIAD :

-si la personne âgée a récupéré, un infirmier libéral ou une auxiliaire de vie prend le relais

-s'il n'y a pas reprise de l'indépendance, il y a une recherche de relais : infirmier ou SSIAD définitif

Le SSIAD temporaire permet donc de réaliser une transition et de sécuriser le retour à domicile.

A Guingamp, dans les Côtes d'Armor, 10% des places de SSIAD pour personnes âgées sont temporaires, soit 4 places sur 44. Si les personnes âgées bénéficient de ce service pendant un mois, 48 personnes par an peuvent bénéficier du SSIAD temporaire. Si tous les SSIAD développaient ce concept, il y aurait un nombre important de personnes âgées à pouvoir rentrer dans ce relais.

Ce système temporaire privilégie les personnes âgées sortant de l'hôpital, mais pas seulement. Le bénéficiaire peut aussi être une personne âgée, qui, pour soulager son conjoint ou lors d'une hospitalisation du conjoint, va passer un mois chez ses enfants qui travaillent, et pendant ce temps va bénéficier du SSIAD temporaire, dans la ville où réside sa famille.

L'inspecteur peut avoir un rôle très actif à ce niveau, auprès des promoteurs et des associations, pour leur présenter cette innovation, ses avantages, afin de mettre en place ce concept dans le département. L'idée est, en outre, de promouvoir systématiquement la création de places temporaires auprès de tout promoteur ou association présentant un dossier de création ou d'extension de capacité de SSIAD.

- Mettre en place un service auxiliaire de nuit

L'intérêt des services auxiliaires de nuit réside dans le fait qu'ils permettent de pouvoir planifier des interventions entre 20h30 et 1h pour des personnes âgées à coucher tardif. En effet, certaines personnes ont naturellement tendance à se coucher tard, et pour elles, il peut être très désagréable, voire perturbant de devoir se coucher avant 20h, heure à laquelle passe l'aide à domicile. Ces personnes ont de plus l'impression de ne plus avoir aucun rôle de décision sur la manière d'organiser leur vie, ce qui peut être extrêmement mal supporté. Lors du passage, relativement tôt, de l'aide à domicile, la personne âgée va refuser de se coucher à cette heure-là, et va rester à passer la nuit sur sa chaise, car elle n'est pas forcément capable de se coucher seule plus tard. En pleine nuit, pour une raison quelconque, elle va vouloir se lever ou se coucher seule, et à ce moment risque de tomber, ce qui pourra être la source d'une admission aux urgences suivie éventuellement d'une hospitalisation.

Ce service de nuit permet ainsi de calmer les angoisses, de sécuriser le coucher des personnes âgées à domicile. Il permet d'éviter les conflits et limite par conséquent le risque de chute, souvent facteur d'hospitalisation et de perte d'autonomie.

Il n'y a pas beaucoup de demandes pour des passages programmés après 1h. Passée cette heure, il existe un système d'astreinte de professionnels, prévenus par téléalarme par les personnes âgées elles-mêmes. Il y a donc l'assurance que quelqu'un pourra se déplacer en cas d'appel. Ces deux systèmes permettent d'éviter les hospitalisations, mais leur seule limite est que ce sont des systèmes payants.

Là aussi il appartient à l'inspecteur de travailler avec les associations et les promoteurs pour mettre en place ces services.

- Développer l'aide aux aidants naturels de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Il faudrait développer les prises en charge temporaires, notamment avec hébergement. Sur un secteur géographique donné, il pourrait y avoir un centre « Alzheimer » d'hébergement temporaire avec du personnel en nombre et bien formé. Ainsi, une structure pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pourrait avoir 10 à 12 lits d'accueil temporaire. Cela permettrait aux aidants naturels de pouvoir bénéficier de périodes de repos, ou par exemple, de subir une hospitalisation programmée qu'ils avaient jusque-là repoussée, ne sachant que faire de leur parent malade pendant cette période.

Pour que les problèmes de transport ne soient pas un frein à la fréquentation des services d'accueil de jour par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, on pourrait s'inspirer de l'exemple de la Suède. En effet, dans ce pays, les services d'aide aux personnes âgées sont gérés par les municipalités, qui établissent un programme d'aide selon les besoins de la personne. Les différentes aides sont prises en charge par la municipalité, et en fonction de ses revenus, la personne âgée aura à s'acquitter d'un droit. Par contre, le transport entre le domicile et le service d'accueil de jour est entièrement organisé et à la charge des services municipaux pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, le manque de revenus n'est jamais la cause d'une non fréquentation d'un accueil de jour.

- Développer les familles d'accueil

Il faut développer la prise en charge des personnes âgées par des familles d'accueil. Ce sont des solutions qui peuvent être envisagées à la sortie de l'hôpital, à titre temporaire ou définitif, et qui permettent de solutionner la sortie d'hôpital. L'accueil temporaire sera utile dans deux situations : pour permettre à une personne âgée de récupérer progressivement une certaine autonomie avant de retourner à son propre domicile et pour permettre à une personne âgée dépendante pour laquelle aucune amélioration n'est prévisible d'attendre la libération d'une place en EHPAD.

L'accueil en famille peut aussi s'avérer être une solution très utile pour les personnes vivant seules à leur domicile, dont le degré d'autonomie ne leur permet pas, par mesure de sécurité, de continuer à vivre seules, mais qui ne répondent

pas encore aux critères d'entrée en EHPAD. Cette solution permet en outre de rompre l'isolement social dont sont très fréquemment victimes les personnes âgées seules.

- Développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Pour développer les solutions intermédiaires et alternatives entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution, il faudrait favoriser l'accès à l'hébergement temporaire, à l'accueil de jour.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale et les services du Conseil général ont un rôle très important à jouer dans le développement de ces services. En effet, la création de places d'hébergement temporaire pourrait être promue systématiquement auprès de tout établissement présentant un dossier pour signer une convention tripartite avec l'État et le Conseil général. L'obligation de création systématique de ce type d'accueil ne peut cependant pas être retenue, car il peut exister pour certains établissements des obstacles incontournables : non adaptation des locaux, insuffisance de surfaces pour permettre un aménagement.

De même, la création de places d'accueil de jour pourrait être systématiquement encouragée dans le cadre de l'adoption des projets d'établissement pour la transformation en EHPAD. Par ailleurs, dans le cadre du plan national pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, les établissements sont sollicités par l'État et le Conseil général pour l'implantation d'unités d'accueil de jour spécialisés dans l'accueil des personnes désorientées.

- Créer un passeport médico-social de la personne âgée

Il serait très opportun de créer un passeport médico-social de la personne âgée, en partenariat avec le Conseil général, afin de faciliter l'accès à l'ensemble des services aux personnes âgées, quel que soit le statut de ces services. Ce passeport permettrait de pallier aux difficultés de communication ou de coordination entre les services d'aide à domicile.

3.3.3 Concernant l'articulation entre les deux

- 1^{er} axe d'amélioration

Il faut envisager de délivrer dans les EHPAD les consultations avancées quand il n'y a pas d'hôpitaux locaux, car les EHPAD maillent le territoire de manière plus uniforme que les hôpitaux locaux. Les équipes mobiles de gériatrie peuvent créer cette interface entre les filières hospitalières et les EHPAD.

L'évaluation est impérative et elle doit être précoce et préventive. La notion d'équipe mobile est évoquée pour exporter l'évaluation à l'extérieur du service de gériatrie : dans les autres services hospitaliers (notamment urgences), dans les autres hôpitaux (notamment hôpitaux locaux), dans les structures médico-sociales et les EHPAD, voire au domicile. En effet, en gériatrie on essaie davantage de faire se déplacer les professionnels que la personne âgée.

Il faut développer les liens entre les EHPAD et l'hospitalisation de jour : il faut une approche sanitaire régulière pour éviter et prévenir les décompensations, ainsi que les dégradations les plus fréquentes. Il ne s'agit de rien de moins que d'effectuer de la prévention pour ces populations fragiles.

Ces questions d'évaluation, de prévention devraient être inscrites dans les conventions tripartites, afin de fixer des protocoles d'intervention, et des fréquences, pour être certain que les modalités d'intervention choisies soient effectives et respectées.

Pour ce qui est de la personne âgée vivant à son domicile, c'est le rôle du médecin traitant d'organiser et de définir ces visites d'évaluation, soit à l'hôpital local, soit en EHPAD, en fonction de l'organisation choisie localement.

Pour cela, il faudra développer le travail en réseau. Les médecins généralistes ont une place privilégiée au sein des réseaux gérontologiques, mais d'autres professions sont amenées à y être représentées (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues).

La formation et l'information des médecins traitants et des différents partenaires, y compris les services à domicile et les aides ménagères, sont indispensables pour que la filière gériatrique fonctionne au sein du réseau gérontologique. La professionnalisation des intervenants est une condition de la réussite de la prise en charge de qualité en faveur des personnes âgées. Elle passe par la promotion de l'approche gériatrique auprès des médecins, mais également des professionnels paramédicaux. La formation en gériatrie et en gérontologie intéresse l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées, quelle que soit leur profession. Cette formation serait à réaliser sous forme de formation continue.

L'hôpital local pourrait être la plate-forme d'un réseau associant à côté des hôpitaux et des structures de soins privées, les médecins spécialistes libéraux et les généralistes. Les hôpitaux auront à sortir de leurs murs et à répondre aux besoins recensés localement, voire à s'inscrire dans des réseaux gérontologiques.

Le maintien ou le retour à domicile restera possible si l'offre de proximité est suffisante, en nombre et en qualité.

Dans tous les hôpitaux, il est nécessaire de mettre en place un pôle ambulatoire comprenant des consultations, un hôpital de jour et une équipe mobile, rattachée à un secteur de gériatrie aigu et travaillant en lien avec le secteur médico-social afin de proposer des alternatives à l'hospitalisation.

- 2^{ème} axe d'amélioration

Il faudrait que les directeurs d'établissements médico-sociaux et sanitaires (centres hospitaliers, centres hospitaliers spécialisés, cliniques) travaillent avec les SSIAD pour élaborer une fiche de liaison aller-retour commune : fiche d'hospitalisation, fiche de suite de soins pour le retour. Cependant, si l'intérêt d'une telle fiche est reconnu, il se pose souvent le problème de savoir qui se charge du suivi de cette fiche.

Il est aussi nécessaire de favoriser la circulation des informations pertinentes, par la généralisation d'un dossier d'admission commun à tous les SSR voisins, par la création d'un dossier commun pour tous les EHPAD d'un même secteur de proximité, par la généralisation du dossier médical unique. Ces harmonisations ne peuvent qu'aller dans le sens d'une meilleure articulation entre les différents domaines de la prise en charge des personnes âgées.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, se trouvant à l'interface de tous ces acteurs peut avoir un rôle d'impulsion à donner pour initier les travaux dans ces domaines.

- 3^{ème} axe d'amélioration : les urgences

Les personnes âgées sont accueillies dans les Services d'Urgences (SU) sans discrimination. Cependant, le recours aux SU ne doit être décidé que s'il constitue la filière de soins la plus efficace pour répondre aux besoins de la personne âgée. Dans certaines circonstances, c'est le recours au réseau gérontologique, et non pas l'admission aux urgences, qui constitue la solution la plus adaptée. Des conventions associant EHPAD et établissements de santé doivent préciser les conditions de recours à l'hospitalisation, privilégiant notamment les admissions directes sans passage par le SU. Il est recommandé une information large et actualisée sur les filières de soins gériatriques et leur utilisation. Cette information, coordonnée par les CLIC doit se faire en direction des médecins généralistes, des médecins régulateurs des SAMU/centre 15, des

institutions et des établissements de soins. Un document informatif devrait accompagner le patient.

Pour la sortie des urgences, il faut mettre en place une fiche de sortie pour réunir l'ensemble des données recueillies lors du passage au SU de la personne âgée afin d'informer le médecin traitant du plan de soins et des consignes de suivi.

Pour éviter les réadmissions précoces aux urgences, il y a nécessité d'un recueil d'informations complet à l'admission, de faire un bilan social complet à la sortie avec un plan d'aide pour organiser le retour à la structure d'origine avec les aides adaptées, de s'assurer de la permanence des aides le week-end, de coordonner la sortie par contact téléphonique avec le médecin traitant ou le médecin de la structure initiale pour l'informer du projet de soins, les soignants du domicile ou de la structure initiale, l'assistante sociale du conseil général et/ou l'équipe du CLIC.

CONCLUSION

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, selon son poste et ses fonctions, peut intervenir aussi bien dans le domaine sanitaire que dans le domaine médico-social, et sa spécificité est d'avoir une vision globale des problèmes abordés. A travers la mission générale des DDASS et DRASS qui est de coordonner et d'harmoniser les différentes politiques menées par l'État, l'inspecteur est chargé de veiller à la cohérence de ces politiques avec celles menées par les partenaires institutionnels. Il doit rappeler aux partenaires les orientations définies au niveau national et s'assurer que leur déclinaison par chaque acteur local est en cohérence avec le dispositif global. C'est par une connaissance des politiques respectivement menées, par une compréhension des logiques qui président à l'action de chaque acteur, que l'inspecteur peut s'assurer de cette cohérence.

De par sa position à l'interface des domaines sanitaires et médico-sociaux, l'inspecteur est un partenaire privilégié des acteurs de terrain, en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées fragiles. A ce titre, il doit mettre en place une réelle dynamique locale, en favorisant la coordination des différents acteurs œuvrant dans le même sens, à savoir une politique globale centrée sur la personne, en vue d'une prise en charge la mieux adaptée et la moins pourvoyeuse de risque de rupture qui soit.

Pour cela, l'inspecteur doit utiliser tous les outils et compétences à sa disposition pour favoriser une meilleure articulation des champs sanitaires et médico-sociaux. En tant qu'acteur pivot, bénéficiant d'une vision globale, il lui appartient d'organiser les conditions d'un échange entre les professionnels pour assurer la diffusion des expériences menées sur le territoire concerné, susciter la réflexion d'autres promoteurs et permettre aux porteurs de projets de se rencontrer et de s'appuyer sur le savoir-faire acquis. Il doit mobiliser les acteurs, créer des dynamiques sur le terrain. L'inspecteur a un rôle incitatif fondamental, dans l'appropriation des mesures nouvelles par les acteurs de terrain, et son action passe par une information de ces acteurs.

Cependant, dans la cas de la problématique abordée ici, toutes les fonctions décrites et toutes les actions à mettre en œuvre pour améliorer l'articulation entre les différents domaines de la prise en charge des personnes âgées ne peuvent être assumées par un seul inspecteur, puisque les inspecteurs auront en charge soit le domaine médico-social, soit le domaine sanitaire. Par conséquent, les réflexions menées dans ce mémoire s'appuient sur une complémentarité des inspecteurs au sein des DDASS et DRASS.

Au long de ce travail, j'ai mis en évidence la nécessité de renforcer l'articulation entre les domaines constitutifs de la prise en charge des personnes âgées fragiles, afin de limiter les facteurs et les risques de rupture, péjoratifs au grand âge. Afin de mener à bien cette tâche, les inspecteurs ont à leur disposition toute une batterie de structures et d'outils qu'il leur appartient de développer, d'organiser et d'articuler entre eux. En effet, si les textes créent les dispositifs, ce sont inspecteurs qui les font vivre, et ce sont eux qui sont garants de leur application sur le terrain. Leur rôle est donc primordial dans la prise en charge de nos aînés.

Bibliographie

OUVRAGES

- ANKRI J. et HENRARD J.C., *Grand âge et santé publique*, édition ENSP, Rennes 1999, 230 p.
- BOURDELAIS P., *Le nouvel âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*, édition Odile Jacob, Paris 1993, 441 p.
- COLLET V., *Canicule 2003, origines sociales et ressorts contemporains d'une mort solitaire*, édition L'Harmattan, Paris 2005, 185 p.
- ENNUYER B., *L'objet « personne âgée »*, in Être vieux, de la négation à l'échange, collections Mutations, n°124, Paris : Autrement, 1991, pp.14-28
- GUILLEMARD A.M., *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, PUF, Paris 1986, 384 p.

RAPPORTS ET ÉTUDES

- ARH de Bretagne, *Schéma régional d'organisation sanitaire, prise en charge des personnes âgées 2003-2007*, juin 2003
- ARH de Bretagne, *SROS en Bretagne, Prise en charge sanitaire des personnes âgées, document bilan et orientations stratégiques*, octobre 2002
- ARH de Bretagne et URCAM de Bretagne, *État des lieux et diagnostic partagé ARH/URCAM, préalable à l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire 3^{ème} génération de Bretagne*, avril 2005
- ARH des Pays de la Loire, *Rapport du Comité technique régional « SROS personnes âgées »*, octobre 2004
- DRASS de Bretagne, *Démarche interdépartementale de coordination des politiques des personnes âgées en Bretagne, orientations régionales*, mars 2003
- DRASS de Bretagne, *Schéma interdépartemental d'organisation sociale et médico-sociale en Bretagne*, travaux préparatoires, mai 2002

- DREES, *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, Études et résultats n°160, février 2002
- DREES, *Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002*, Études et résultats n°263, octobre 2003
- DREES, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel*, Études et résultats n°379, février 2005
- Échelon Régional du Service Médical (ERSM), *Étude à partir d'une coupe transversale concernant la population de plus de 75 ans hospitalisée dans les établissements de santé en Bretagne, de janvier à mars 2002*
- P. PRÉVOST, *Étude PATHOS des personnes de 75 ans et plus hospitalisées en Bretagne : les personnes âgées fragiles hospitalisées*, DRSM Rennes, janvier 2005
- P. PRÉVOST et S. BOURIC, *Comment évaluer l'offre et les besoins dans le domaine gériatrique ? La situation en Bretagne en 1999*. Rapport de l'ERSM Rennes, pour le compte de l'URCAM de Bretagne, décembre 2000
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE, *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte de la Conférence de consensus*, 5 décembre 2003, Strasbourg
- F. SPINELLI, *Prise en charge des personnes âgées dans les services d'urgence de Bretagne, synthèse à partir de l'enquête régionale sur les urgences hospitalières d'avril 2004*, Service médical de Bretagne, janvier 2005

TEXTES JURIDIQUES

- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1997. - Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. *Journal officiel de la République française*, 25 janvier 1997, p.1280
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001. - Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation

personnalisée d'autonomie. *Journal officiel de la République française*, 21 juillet 2001, p.11737

- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République française*, 3 janvier 2002, p.124
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République française*, 5 mars 2002, p.4118
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées ou handicapées. *Journal officiel de la République française*, 1^{er} juillet 2004, p.11944
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. *Journal officiel de la République française*, 17 août 2004, p.14545
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal officiel de la République française*, 17 août 2004, p.14598
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2005. - Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal officiel de la République française*, 12 février 2005, p.2353
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003. - Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel de la République française*, 6 septembre 2003, p.15391
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1999. - Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. *Journal officiel de la République française*, 27 avril 1999, p.6223
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001. - Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des

établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hospices et hôpitaux publics. *Journal officiel de la République française*, 6 mai 2001, p.7175

- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatifs aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. *Journal officiel de la République française*, 27 juin 2004, p.11713
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997. - Circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000. - Circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001. - Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002. - Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003. - Circulaire n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003. - Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2004. - Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- Ministère de la santé et de la protection sociale, de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, de la famille et de l'enfance, 2004. - Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination et aux réseaux de santé gérontologiques

AUTRES

- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *Plan « Urgences »*
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, *Plan « Vieillesse et solidarité »*
- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 »*

Annexes

L'outil AGGIR

AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) est un outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée.

Il comprend 10 variables discriminantes :

- cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée
- orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
- toilette : assurer son hygiène corporelle
- habillement : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements
- alimentation : se servir et manger les aliments préparés
- hygiène de l'élimination : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- transferts : se lever, se coucher, s'asseoir
- déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution (éventuellement avec canne, fauteuil roulant ou déambulateur)
- déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée, à pied ou en fauteuil
- communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette)

Chaque variable a 3 modalités :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement
- C : ne fait pas

AGGIR comprend aussi 7 variables illustratives : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi des traitements, activités de temps libre.

À partir des réponses aux 10 variables discriminantes (notes A, B, C), un algorithme attribue des points, calcule un score, et en fonction de celui-ci, attribue à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR). En pratique, dans AGGIR, seules les 8 premières variables discriminantes sont utiles pour le calcul du GIR. Il existe 6 groupes, qui sont censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacités différents, mais ont besoin d'une même quantité d'heures de soins.

Le modèle Pathos

Mis au point en partenariat par le Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), le modèle Pathos permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées en établissement ou à domicile.

Le modèle consiste à identifier sur un thésaurus de 50 états pathologiques, tous ceux dont souffre la personne le jour de l'évaluation, chaque état pathologique étant qualifié par un profil de soins ou profil de stratégie thérapeutique choisi parmi 12 profils de soins possibles indiquant la « gravité » de la pathologie. 240 « couples état pathologique–profil » décrivent l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie.

Les 12 profils de stratégie thérapeutique ou profils de soins du modèle :

- T1 Pronostic vital en jeu au quotidien
- T2 Équilibration et surveillance rapprochée d'un état aigu ou instable
- P1 Prise en charge psychiatrique d'un état de crise
- P2 Prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique
- R1 Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
- R2 Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinue ou allégée
- CH Soins locaux complexes et lourds (opérés récents, plaie importante)
- DG Pathologie froide non encore diagnostiquée
- M1 Accompagnement d'un mourant lucide : soins palliatifs
- M2 Accompagnement d'un mourant non lucide : soins de confort
- S1 Surveillance épisodique programmée des affections chroniques
- S0 Aucun soin médical ou technique

In fine, un algorithme mesure, pour l'ensemble des couples état pathologique – profil présentés par un patient, les niveaux de soins nécessaires pour assurer les besoins réels dans 8 postes ressources : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

Ces 8 indicateurs, calculés pour une population sur la base de niveaux moyens de soins nécessaires par personne (comparables au GMP du modèle AGGIR), sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de ressources, rapportés à une valeur maximale 100. Ils sont habituellement illustrés par un graphique polaire dit « en radar » où chaque axe représente un poste de soins.

L'organisation territoriale de la prise en charge

