



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-064P

L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Établi par

Annie FOUQUET Jean Jacques TREGOAT
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Patricia SITRUK
Conseillère générale des établissements de santé

Synthèse

- [1] L'enquête menée par l'IGAS sur « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » montre qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées.
- [2] Les organisations coordonnées réinscrivent le parcours de la personne âgée au centre des interventions des acteurs et favorisent la montée en compétence des professionnels de santé et des professionnels sociaux grâce au décloisonnement des pratiques et au partage des savoir faire.

La prise en charge des personnes âgées : des enjeux sanitaires et éthiques

- [3] **La forte consommation de soins hospitaliers des personnes âgées est liée au nombre, à la fréquence et la gravité des maladies qui augmentent avec l'âge** : ce que reflètent les durées moyennes de séjour deux fois plus élevées après 85 ans que pour les adultes de moins de 65 ans et la part importante des personnes âgées en affection de longue durée¹.
- [4] Mais la surreprésentation des personnes âgées de 80 ans et plus, est encore plus marquée dans les entrées en hospitalisation par les urgences qui représentent en moyenne 41% des séjours et sont même majoritaires dans certaines régions, alors que pour les personnes âgées de 20 à 80 ans ces hospitalisations en représentent 24%.
- [5] **Ce recours élevé aux urgences est un marqueur visible d'une organisation des soins aux personnes âgées qui intègre encore difficilement leur spécificité.** Les poly-pathologies des personnes âgées fragiles rendent nécessaires une approche globale et transversale qui n'est pas naturelle à l'organisation de l'hôpital par spécialités. De même la complexité de leur prise en charge rend difficile une réponse isolée de la médecine de premier recours et du secteur médico-social.
- [6] **La prise en charge des personnes âgées pose également de façon particulièrement aigue des questions éthiques** tant dans la dimension individuelle de la relation de soin que dans les conceptions collectives du vieillissement. Quels sont les justes actes qui donneront de la qualité aux années à vivre de la personne âgée ? Quel équilibre trouver entre le *cure* et le *care* ? Ces questions sont très prégnantes parmi les professionnels de santé et les professionnels sociaux qui formulent une demande de réflexion éthique sur la prise en charge des personnes âgées sous des formes variées : création d'espaces éthiques physiques ou virtuels, organisation de formations.
- [7] A partir de ces constats et de l'hypothèse que des améliorations sont réalisables grâce à une coordination de l'ensemble des intervenants, l'étude s'est attachée à étudier dans les douze territoires retenus les modes de coopération entre les acteurs, les instruments de coopération mis en œuvre et leur impact sur la prise en charge des personnes âgées.

¹ Un tiers des personnes en affection de longue durée ont plus de 75 ans. Rapport HCAAM, 22 Avril 2010

Les organisations coordonnées améliorent la qualité de la prise en charge des personnes âgées, en dépit de difficultés persistantes

- [8] **La comparaison des douze sites enquêtés a permis d'établir une typologie de coordinations. Celles-ci prennent des formes diverses et parfois opposées.** Certaines modalités de coordination allient utilisation formelle des instruments réglementaires et ouverture sur « la ville » et le secteur social permettant des collaborations vivantes et effectives, tandis que dans d'autres territoires, les acteurs utilisent rigoureusement ces mêmes instruments mais restent sceptiques quant à leur efficacité.
- [9] Entre ces deux formes, certaines coordinations limitent dans un premier temps leur intervention à un secteur (l'hôpital ou le secteur médico-social), d'autres restent attachées à des pratiques nouées avec le temps, fondées sur des relations interpersonnelles et ne souhaitent pas la formalisation de leurs modes de collaboration. Enfin, dans certains territoires la signature de conventions est conçue comme l'aboutissement de pratiques de collaboration éprouvées pendant plusieurs années.
- [10] **Ces modes d'organisation s'accompagnent d'instruments de coopération permettant le partage progressif des cultures professionnelles :** de la fiche de liaison au dossier médico-social partagé, de l'inscription de la participation de l'hôpital à des réseaux gérontologiques dans le projet d'établissement aux interventions des équipes mobiles gériatriques, des moyens de communication entre médecins hospitaliers et médecins de ville aux expérimentations de télémédecine favorisant le déclouonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.
- [11] **A partir de cette typologie des modes de coordination et des moyens de coopération mis en œuvre, les effets de la coordination des organisations sur la prise en charge des personnes âgées apparaissent nettement et sont plus particulièrement marqués là où ces pratiques sont ancrées de longue date.**
- [12] Ces organisations coordonnées réduisent la durée moyenne de séjour et les entrées en hospitalisation par les urgences ainsi que de façon moins marquée, les transferts entre services de l'hôpital. L'écart entre les durées de séjours des adultes de 20 à 80 ans et celles des personnes âgées de plus de 80 ans est réduit de près d'un quart dans les territoires aux modes d'organisation coordonnés de longue date. S'agissant des entrées en hospitalisation par les urgences, elles diminuent de 24 à 36% dans les territoires coordonnés.
- [13] **Toutefois même dans les formes les plus avancées de coordination, des difficultés subsistent :**
- les différences de culture au sein du secteur sanitaire entre médecine hospitalière et médecine de ville et avec le secteur médico-social ;
 - le manque de médecins généralistes sur certains territoires auquel les formes les plus dynamiques de coordination ne peuvent remédier ;
 - les frontières administratives entre les différentes structures de soins à domicile, inadaptées à la réalité des situations évolutives des personnes âgées ;
 - le manque de solution d'aval à l'hospitalisation ;

- [14] Enfin deux sujets sont apparus de façon récurrente lors des enquêtes en régions. Le premier concerne le reste à charge de l'hébergement permanent ou temporaire qui freine la fluidité des parcours des personnes âgées. Cette question est traitée dans un rapport de l'IGAS d'août 2009². Le second est celui du niveau de médicalisation et du rôle des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) face à l'âge de plus en plus avancé d'entrée en établissement et à la complexité des pathologies rencontrées.
- [15] Ce dernier sujet devra faire l'objet d'une enquête spécifique conduite par l'IGAS.

Les propositions de la mission pour renforcer la coordination du parcours de soins des personnes âgées

- [16] Plus que tout autre patient, la personne âgée fragile, nécessite une prise en charge globale prenant en compte ses troubles mais aussi ses capacités et son environnement. Cette prise en charge au sein d'un parcours continu et coordonné est la condition pour assurer « le juste soin » aux personnes âgées.
- [17] C'est pourquoi, le rapport propose de mettre en place une palette d'instruments permettant d'améliorer la coordination des interventions sanitaires et sociales et recommande également de renforcer et de diffuser les bonnes pratiques relevées.
- [18] Les recommandations s'articulent autour de trois axes : l'organisation de parcours de soins coordonnés, l'ouverture de l'hôpital sur son environnement et l'amélioration de la fluidité des dispositifs de prise en charge.
- [19] **La mission recommande de faciliter l'organisation de parcours de soins coordonnés pour les personnes âgées** en s'appuyant sur les ARS dont les compétences ont été élargies aux secteurs médico-social et ambulatoire. Dans ce cadre, elles pourraient assurer le pilotage et l'animation stratégique de proximité des filières élargies au secteur médico-social, en lien et en cohérence avec les responsabilités confiées aux conseils généraux en matière de schémas médico-sociaux.
- [20] Ce rôle essentiel pour faciliter et inciter à la coordination des intervenants ne peut s'exercer qu'à la condition que des marges de manœuvre suffisantes soient octroyées aux ARS. Pour cela la mission recommande l'élargissement de l'utilisation des crédits transversaux au secteur ambulatoire et au secteur médico-social, l'expérimentation d'une tarification propre au CGSMS et l'utilisation de la procédure d'appel à projet pour orienter l'offre vers des parcours coordonnés.
- [21] **Le deuxième axe de recommandations porte sur l'ouverture de l'hôpital sur son environnement** en mobilisant tout d'abord l'ensemble de la communauté hospitalière à travers son outil stratégique, le projet d'établissement. Les rapporteurs recommandent l'inscription de la participation aux réseaux gérontologiques dans le projet d'établissement ainsi qu'une évaluation des résultats retirés de cette participation. De même, l'intégration dans la filière gérontologique des EHPAD, lieu de vie de près d'un demi-million de personnes âgées, participe de cette dynamique d'ouverture au secteur médico-social et favorise la fluidité du parcours de soins des personnes âgées.

² « Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD » Rapport IGAS- août 2009-

- [22] Au-delà, l'étude préconise de développer et de systématiser les bonnes pratiques relevées en ce domaine : une équipe mobile dans chaque hôpital disposant d'un service de court séjour gériatrique ainsi que le déploiement des technologies de l'information et de la communication en appui aux soins aux personnes âgées. Sur ce dernier volet, les expérimentations en matière de domotique pour le maintien au domicile, de télémédecine pour éviter les déplacements et faciliter l'accès aux soins spécialisés ainsi que la télésanté dans les zones isolées pour le développement de la formation des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux sont particulièrement convaincantes.
- [23] **Pour améliorer la fluidité des dispositifs de prise en charge**, le rapport préconise l'élargissement des publics pris en charge par « les gestionnaires de cas » au-delà des seules personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il recommande l'organisation de l'hébergement temporaire, solution d'aval du parcours hospitalier. Enfin, il suggère de généraliser une bonne pratique : un numéro d'appel téléphonique réservé aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD dans les hôpitaux disposant d'une filière gériatrique pour faciliter les échanges avec les médecins hospitaliers.
- [24] Pour conclure, le rapport attire l'attention sur la nécessité d'une mise en œuvre vigoureuse et immédiate des dispositions inscrites dans la loi HPST en matière d'exercice coordonné et groupé de la médecine, de délégation de tâches et de répartition territoriale de l'offre de soins. C'est à cette seule condition que l'architecture de la prise en charge sanitaire de la personne âgée qui confie au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot, est réaliste et réalisable.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	9
1. CONTEXTE ET METHODES DE L'ENQUETE.....	10
1.1. <i>Multiplicité des pathologies et complexité des prises en charge</i>	10
1.1.1. La prise en compte des poly-pathologies dans le système de santé	11
1.1.2. Une augmentation préoccupante des démences et autres troubles mentaux	12
1.1.3. Des chutes encore très fréquentes.....	14
1.1.4. Juste soin et perte de chance : des questions éthiques centrales.....	14
1.2. <i>Une augmentation du recours aux soins hospitaliers avec l'âge</i>	15
1.2.1. Une croissance régulière de l'hospitalisation avec l'âge	15
1.2.2. Une inflexion du recours aux urgences pour les plus âgés.....	17
1.2.3. Des disparités régionales fortement marquées	18
1.3. <i>Le choix des régions et les caractéristiques des territoires enquêtés</i>	20
1.3.1. Les régions retenues	20
1.3.2. Les territoires enquêtés.....	21
2. MODES D'ORGANISATION, MOYENS DE COOPERATION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.....	25
2.1. <i>De grandes disparités dans les modes de coopération entre acteurs de la prise en charge</i>	25
2.1.1. Quatre critères d'analyse des pratiques	25
2.1.2. Des exemples de coopérations abouties, formalisées et vivantes.....	26
2.1.3. Des modalités d'organisation opposées.....	27
2.1.4. Des signatures de conventions issues de pratiques réelles	28
2.2. <i>Une diversité dans les moyens de coopération mis en œuvre</i>	28
2.2.1. Des outils de coordination pour une culture partagée	28
2.2.2. Des outils de communication directe entre médecins hospitaliers et médecins traitants	29
2.2.3. Des équipes mobiles pour ouvrir l'hôpital sur son environnement	30
2.2.4. Des projets d'établissements hospitaliers ouverts aux partenariats	31
2.2.5. Les technologies de l'information et de la communication pour décloisonner le secteur sanitaire et le secteur social	32
2.3. <i>Les effets des organisations coordonnées sur la prise en charge de la personne âgée</i>	33
2.3.1. Une durée moyenne de séjour réduite	34
2.3.2. Des entrées en hospitalisation par les urgences fortement diminuées	35
2.3.3. Des transferts entre services plus difficilement mesurables	36
2.4. <i>Une persistance des difficultés même dans les formes les plus avancées de coordination</i> .	37
2.4.1. Le cloisonnement des cultures.....	38
2.4.2. La permanence des soins et la démographie médicale	39
2.4.3. Les hospitalisations de week-end et de nuit des résidents d'EHPAD	42
2.4.4. Les frontières entre les structures de prise en charge	44
2.4.5. Le phénomène des « bedblockers »	45
3. LES PROPOSITIONS POUR RENFORCER LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS	47
3.1. <i>Faciliter l'organisation de parcours de soins coordonnés</i>	47
3.1.1. Améliorer les incitations à la coordination.....	47

3.1.2. Confier aux ARS le pilotage et l'animation de proximité des filières.....	48
3.1.3. Accroître les marges d'action des ARS en faveur de la coordination des acteurs.....	49
<i>3.2. Développer les outils d'ouverture de l'hôpital sur son environnement.....</i>	<i>50</i>
3.2.1. Inscrire dans le projet d'établissement hospitalier la participation aux réseaux gériatologiques.....	50
3.2.2. Aller vers la personne âgée en favorisant le développement des structures mobiles	51
3.2.3. Intégrer les EHPAD dans la filière gériatrique.....	51
3.2.4. Soutenir le développement des technologies de l'information et de la communication pour les soins aux personnes âgées	52
<i>3.3. Améliorer la fluidité des dispositifs de prise en charge.....</i>	<i>53</i>
3.3.1. Développer les fonctions de « gestionnaire de cas »	53
3.3.2. Faciliter les contacts téléphoniques entre médecins traitants et médecins hospitaliers	54
3.3.3. Organiser les pratiques d'hébergement temporaire	54
CONCLUSION.....	55
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	57
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	59
LISTE DES ANNEXES	71
ANNEXE 1 : LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE : LES ETAPES D'UNE CONSTRUCTION REGLEMENTAIRE	73
ANNEXE 2 : LES RESEAUX DE SANTE EN 2009.....	77
ANNEXE 3 : VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DEPENSES DE SANTE.....	79
ANNEXE 4 : METHODES ET RECUEIL DES DONNEES DE SITES	83
ANNEXE 5 : LES DONNEES DE SITE RECUEILLIES PAR L'ENQUETE	91
ANNEXE 6 : UN IMPACT DE LA COORDINATION SUR LA TENDANCE A HOSPITALISER ?.....	101
ANNEXE 7 : DONNEES DE CONTEXTE : STATISTIQUES NATIONALES ET PAR REGIONS	103
ANNEXE 8 : BIBLIOGRAPHIE.....	111
ANNEXE 9 : LISTE DES SIGLES.....	117

INTRODUCTION

- [25] Cette enquête sur « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » pose comme hypothèse l'idée selon laquelle : *l'existence de coordination des acteurs améliore la prise en charge de la personne âgée en établissement de santé en évitant les hospitalisations inadaptées, et réduit les durées de séjour et les récurrences par un accompagnement adapté personnalisé*. C'est cette hypothèse qu'a voulu tester l'investigation, à la fois qualitative (entretiens) et quantitative (sur la base des données hospitalières). L'étude vise ainsi à éclairer un débat très nourri et documenté par de nombreux rapports récents³.
- [26] Après lecture de la documentation importante qui a été rassemblée⁴, l'enquête de terrain a exploré la question de la coordination de tous les acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social.
- [27] C'est pourquoi ont été rencontrés des représentants de toutes les catégories d'acteurs susceptibles d'intervenir sur le parcours de la personne âgée : services sociaux, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile, médecins traitants et professionnels de santé exerçant en libéral, pharmaciens, à côté des acteurs de l'hôpital et des autorités locales du Conseil général ou de l'Agence régionale de santé.
- [28] La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences).
- [29] La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soin de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de l'hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences....
- [30] A partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et réglementaire, notamment la loi HPST et la création des ARS dont la mission de coordination entre le secteur social et médico-social est très attendue.

³ Notamment le rapport de la Haute Autorité de l'Assurance Maladie (HCAAM) paru peu avant le lancement de la mission **Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations**. Avis du 22 avril 2010.

⁴ Bibliographie en annexe

Méthodologie de l'enquête

Douze territoires ont été analysés, deux à deux dans six régions (Picardie, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie), choisies pour explorer diverses configurations en matière de tendance à hospitaliser en général et en particulier les personnes âgées, au regard du vieillissement de la population de la région. Dans chaque région ainsi retenue, l'ARS a choisi deux sites contrastés en matière de coordination.

Compte tenu de sa spécificité, la région Ile de France n'est pas dans l'échantillon, cependant le repérage de bonnes pratiques a conduit la mission à rencontrer des acteurs locaux et à visiter des établissements de santé en région Ile de France. De même, des bonnes pratiques ont été recueillies dans les régions visitées au-delà des sites choisis par l'ARS.

L'enquête de terrain visait les personnes âgées dites fragiles au sens de la conférence de consensus de 2003, qui sont celles pour lesquelles se pose le problème de la continuité de la prise en charge. Ceci a conduit à choisir *le critère d'âge de 80 ans* pour définir la population sous revue, parfois qualifié de « grand âge », sur la base de trois indicateurs : c'est à la fois

- l'âge où les poly-pathologies deviennent particulièrement marquées (plus de six maladies),
- l'âge moyen d'entrée en EHPAD
- et l'âge d'entrée des 2/3 des bénéficiaires dans le dispositif de l'APA.

Ainsi toutes les données traitées par la mission ou à sa demande par la DREES et l'ATIH comportent les trois catégories : de 0 à moins de 20 ans, de 20 à moins de 80 ans, et 80 ans et plus.

Cependant les données de cadrage : taux d'hospitalisation, données démographiques ou d'autres non traitées spécifiquement pour l'enquête, sont calées sur les données du recensement à savoir 65, 75 et 85 ans.

1. CONTEXTE ET METHODES DE L'ENQUETE

[31] Les fortes variations dans la tendance à hospitaliser les personnes de tous âges et notamment les personnes âgées ont conduit à choisir les régions examinées en combinant trois critères : les taux d'hospitalisation standardisés tous âges, les taux d'hospitalisation des personnes âgées, et un indicateur démographique sur l'importance de la population âgée dans la région. Dans chacune des régions, deux territoires avec des modalités de coordination contrastées, ont été retenus.

[32] La coordination des organisations contribue-elle à répondre aux enjeux sanitaires de la prise en charge des personnes âgées dans les établissements de santé ? Le rapport dresse tout d'abord les constats les plus marquants de la spécificité des personnes âgées face à la santé et présente la complexité de leur prise en charge dans l'ensemble du système de soins.

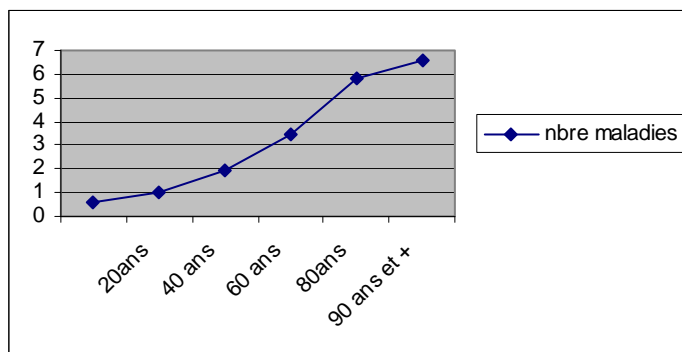
1.1. Multiplicité des pathologies et complexité des prises en charge

[33] Les pathologies et les risques présentés ici ne sont pas ceux qui affectent quantitativement le plus les personnes âgées mais ceux qui concernent le plus directement la collaboration des différents acteurs de santé autour de la personne âgée et le rôle des politiques de santé.

1.1.1. La prise en compte des poly-pathologies dans le système de santé

- [34] En 2008, 57 % du nombre total de journées d'hospitalisation en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et 38% du nombre de séjours ont concerné les personnes âgées de plus de 65 ans alors qu'elles représentaient 16,4% de la population⁵. Cet important recours aux soins hospitaliers est pour partie lié à la coexistence de pathologies souvent chroniques dont la fréquence augmente fortement avec l'âge pour atteindre plus de six pathologies au-delà de 80 ans.

Graphique 1 : Nombre de maladies selon l'âge



Source : IRDES (2006)

- [35] Dans son avis du 10 avril 2010, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) insiste sur l'inadaptation de l'organisation du système de santé à la fragilité de ces personnes âgées poly-pathologiques.
- [36] La médecine de premier recours reste insuffisamment formée à la complexité de ces cas et travaille encore trop souvent de façon isolée. En outre, le niveau global très élevé de l'effectif médical atteint fin 2008 (216 017 médecins en activité) recouvre d'importantes disparités dans les modes d'exercice et entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Ainsi entre 1995 et 2009, l'effectif des médecins généralistes passe de 95 351 à 104 225 soit une augmentation de 8,2 %, alors que la croissance de l'effectif des médecins spécialistes est de 17,3 % passant de 93 399 à 109 596. Sur cette même période, la croissance de l'exercice libéral n'est que de 0,6 % pour les médecins généralistes alors qu'elle est de 13,2 % pour les médecins spécialistes⁶.
- [37] S'agissant du secteur médico-social, les services d'aide à domicile rencontrés : Fondation Caisse d'épargne, Aide à domicile en milieu rural (ADMIR) de la Manche, Mutualité sociale agricole (MSA) à Limoges, se disent fortement touchés par l'épuisement professionnel de leurs personnels⁷ face à la complexité de l'accompagnement de ces cas, tandis que les EHPAD cherchent leur positionnement entre une demande de plus forte médicalisation et la volonté de préserver leur spécificité, à savoir être un lieu de vie où l'on *prend soin* des résidents.

⁵ Données PMSI-MCO / DREES - 2010

⁶ DREES – Répertoire ADELI 2009

⁷ Une étude de l'Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS) réalisée en 2005 montre que la profession d'aide à domicile connaît des problèmes de santé (pénibilités physiques et psychiques), un *turn over* et un absentéisme importants.

- [38] Enfin, comme noté par l'HCAAM, les soins hospitaliers sont marqués par une spécialisation et une technicité de plus en plus pointues. Le risque de cloisonnement inhérent à cette hyperspécialisation, répond plus difficilement à la transversalité nécessaire à la prise en charge des personnes âgées poly- pathologiques. Aux difficultés propres à chacun des secteurs s'ajoutent celles où plusieurs secteurs sont partie liée : séjours prolongés faute de solution d'aval, retours au domicile non préparés par nécessité de libérer un lit ou prises en charge inadaptées à l'environnement quotidien par manque de contacts avec les intervenants à domicile.
- [39] Si la prise en charge de la personne âgée fragile poly-pathologique met en évidence certaines insuffisances dans l'organisation sanitaire et médico-sociale, ce sont également les pratiques médicales qu'elle réinterroge. La personne âgée poly-pathologique ne peut être soignée sous le seul prisme des organes atteints. C'est la personne âgée fragile avec ses troubles mais aussi ses capacités physiques et psychologiques, dans son environnement, qui est à prendre en charge. Il s'agit là d'une évolution des cultures et des pratiques professionnelles vers plus de transversalité médicale, d'équilibre entre geste technique et dialogue mais aussi d'une approche plus ouverte sur la globalité de la personne et de son entourage.
- [40] Néanmoins, deux points positifs sont apparus lors des visites des structures hospitalières implantées sur les différents territoires :
- l'émergence d'une nouvelle génération de gériatres, majoritairement des femmes, inscrivant leur pratique professionnelle dans une démarche globale de prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital mais aussi avec les acteurs extérieurs, contribuant à valoriser la filière gériatrique au sein de l'hôpital mais aussi en externe ;
 - la traduction sur le terrain de l'augmentation des effectifs de gériatres hospitaliers, passés de 236 en 2006 à 373 en 2008, soit un taux de progression de près de 60% sur deux ans⁸, contribuant à conforter la reconnaissance de la discipline gériatrique.

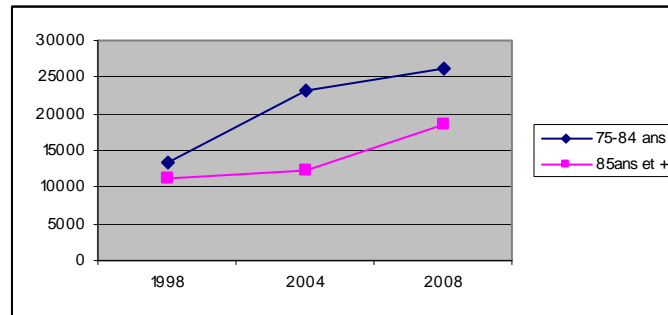
1.1.2. Une augmentation préoccupante des démences et autres troubles mentaux

- [41] Les démences, les troubles mentaux et comportementaux tiennent une place importante dans la difficulté de prise en charge médicale et sociale des personnes âgées. En effet, difficultés du dépistage, des soins et de l'accompagnement se cumulent. A partir des données PMSI de 2008 retraitées par la DREES, on constate que 6% des plus de 65 ans et 18% des plus de 75 ans sont atteints de démences. Parmi ces pathologies, la maladie d'Alzheimer est prédominante à partir de 75 ans et représente 80% des formes de démence.
- [42] Les données PMSI exploitées par la DREES montrent qu'entre 1998 et 2008 le nombre de séjours hospitaliers pour cause de démences a doublé pour les personnes âgées de 75 à 84 ans. Toutefois cette augmentation ralentit à partir de 2004. Elle n'est plus que de +3,5% en moyenne par an jusqu'en 2008 contre +11,5% par an entre 1998 et 2004. En revanche, au-delà de 85 ans, l'augmentation est plus nette chaque année entre 2004 et 2008 (+13%).
- [43] Les trois plans Alzheimer mis en place successivement pour les périodes 2001-2005, 2004-2007 et 2008-2012 avaient pour objectif de mobiliser les acteurs autour de la prévention, du soin et de l'accompagnement de l'entourage des malades. Toutefois lors des auditions dans le Nord-Pas-de-Calais, en Basse-Normandie et en Picardie, les acteurs ont évoqué un sous diagnostic de la maladie dans les zones rurales les plus pauvres qui connaissent des difficultés d'accès aux soins.

⁸ Source DREES champ SAE France entière

- [44] En outre, si la forte prise en compte de la maladie d'Alzheimer dans les politiques de santé publique depuis une décennie a permis de mettre en place des structures, des organisations et des savoir faire transférables, les psychiatres rencontrés ont fait observer à la mission qu'elle a dans le même temps pour partie occulté d'autres formes de pathologies fréquemment rencontrées comme la dépression.

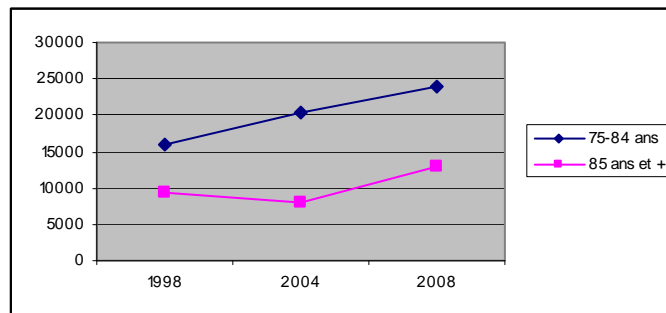
Graphique 2 : Evolution des hospitalisations pour causes de démences entre 1998 et 2008



Source : PMSI /DREES (2008)

- [45] Les séjours hospitaliers pour autres troubles mentaux (notamment les démences vasculaires et les démences mixtes) augmentent également entre 1998 et 2008 pour les personnes âgées de 75 à 84 ans. Cette augmentation est de 50% sur l'ensemble de la période avec une progression régulière chaque année. Au-delà de 85 ans, la situation devient très préoccupante. A partir de 2004, ces hospitalisations pour autres troubles mentaux augmentent de 20% en moyenne chaque année.

Graphique 3 : Evolution des hospitalisations pour autres troubles mentaux entre 1998 et 2008



Source : PMSI /DREES (2008)

1.1.3. Des chutes encore très fréquentes

- [46] Les chutes constituent la première cause de mortalité accidentelle pour les personnes âgées et une cause de morbidité importante : une personne sur quatre, entre 65 et 75 ans vivant au domicile tombe au moins un fois dans l'année ; au-delà de 75 ans ce risque augmente fortement. 450 000 passages aux urgences hospitalières sont dus à une chute accidentelle d'une personne âgée de plus de 65 ans et 37% sont hospitalisées⁹. Ainsi une étude du réseau « Sentinelle Urgences » présentée en 2007, montre qu'un quart des appels au 15 et un quart des passages aux urgences des octogénaires, ont pour cause une chute¹⁰. La France enregistre les taux de mortalité pour chute accidentelle parmi les plus élevés d'Europe avec plus de 4 000 décès annuels associés à une chute¹¹.
- [47] L'aménagement du logement mais surtout la prise de médicaments, particulièrement les hypotenseurs et les neuroleptiques qui sont fortement consommés, constituent les facteurs de risque principaux. Les conséquences des chutes sont physiques mais également, psychologiques. La crainte de la répétition de l'accident va induire un repli sur le domicile voire un confinement entraînant une perte d'autonomie.
- [48] Face à ce constat, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 de santé publique a fixé un objectif de réduction de 25% du nombre des personnes âgées de plus de 65 ans faisant une chute dans l'année. Cet objectif qui s'inscrit dans le prolongement des campagnes de prévention précédemment engagées, a été décliné dans les plans nationaux « Bien Vieillir » 2003-2005 puis 2007-2009. Depuis, l'INPES et la HAS ont établi des recommandations sur la prévention des chutes et plus récemment, la HAS a élaboré et diffusé des recommandations sur les chutes répétées. Ainsi dans les douze territoires étudiés de multiples programmes de limitation et de prévention des chutes ont été mis en place au plan local par les CLIC et les réseaux de soins ainsi qu'au plan régional dans les SROS.
- [49] L'évaluation de la loi de santé publique de 2004 présentée par le HCSP en avril 2010, note que l'objectif relatif aux chutes des personnes âgées fait partie des douze objectifs dont les résultats restaient indisponibles.
- [50] De plus les données PMSI-MCO ne fournissent pas de données sur les causes externes de traumatismes, au-delà des accidents de transports. Ce décalage entre données de diagnostics et données sur les causes externes est relevé depuis 2008 par la DREES. Le codage et le recueil de ces données permettraient un suivi plus rigoureux des chutes des personnes âgées.

1.1.4. Juste soin et perte de chance : des questions éthiques centrales

- [51] La vulnérabilité de la personne âgée, le lien entre la vieillesse et la mort posent de façon aiguë des questions liées à l'éthique médicale. Ces dernières années, plusieurs de ces questions éthiques ont fait l'objet de dispositions législatives inscrites dans les lois successives de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, de 2004 sur la bioéthique, de 2005 sur la fin de vie et de juillet 2009, loi HPST. En la matière la norme est loin d'épuiser la complexité et surtout l'évolution permanente des réalités de la relation de soin. Evaluation entre risque et bénéfique, accès équitable aux soins de santé ou problèmes de fin de vie sont les enjeux quotidiens du soin à la personne âgée.

⁹ Données DREES – INPES- 2004

¹⁰ Rapport OCTOPUS – Docteur Pierre Espinoza- CNAM- DREES- Décembre 2007

¹¹ L'état de santé des Français – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique- Rapport 2009-2010

- [52] Ces questions éthiques ne se posent pas uniquement dans la dimension individuelle de la relation entre le soignant et le malade, elles relèvent de conceptions collectives du vieillissement et du soin aux personnes âgées. Quels sont les justes actes qui donneront de la qualité aux années à vivre de la personne âgée ? Quel juste équilibre trouver entre *cure* et *care* ? Entre actes techniques et soins de support ?
- [53] Au sein des établissements de santé, ces questions se posent de façon spécifique. Les établissements de santé offrent une sécurité et une qualité des soins qui va conduire à des recours en situation de crise aiguë et pour des soins dont la nature justifie une technologie, une technicité et un environnement sécurisé adaptés.
- [54] Cependant l'hospitalisation d'une personne âgée fragile peut avoir des effets traumatisants immédiats (perte de repères, décompensation...) ou différés. La récente enquête du gérontopôle de Toulouse conduite auprès de personnes âgées résidentes de 300 EHPAD et présentée en juin 2010, note que « *trois indicateurs de fragilité : chutes (+5%), dénutrition (+14%) et contention (+23%) présentent une augmentation parallèle après une hospitalisation*¹² ».
- [55] Les questions du juste soin et de la perte de chance ont été extrêmement présentes lors des rencontres et des auditions organisées à Paris et dans les sites étudiés. Les nombreux professionnels rencontrés expriment une demande « de discussion éthique » sous des formes diverses : création d'espace éthique physique ou virtuel, formations, partage d'expériences ou développement de la pluridisciplinarité.
- [56] Ces demandes ne sont pas formulées par les seuls personnels médicaux, les professionnels du secteur médico-social au contact des personnes âgées ont ce même besoin. Ainsi l'ANESM élabore actuellement des recommandations sur la bientraitance des personnes âgées accueillies en établissements médico-sociaux, complétées par un document sur le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- [57] Au plan local, les réseaux et les coordinations sont devenus de fait le lieu privilégié d'une prise en compte explicite ou implicite de ce besoin de « discussion éthique ». Lieux d'échange et de partage d'expériences professionnelles, de formations croisées, ils répondent partiellement à cette demande de renforcement de la culture éthique. Au-delà de l'action des réseaux, il s'agit là d'une nécessité dont la prise en compte doit être améliorée dès la formation initiale et dans la formation continue des professionnels de santé et sociaux.

1.2. Une augmentation du recours aux soins hospitaliers avec l'âge

- [58] Entre 45 et 95 ans, le recours à l'hôpital présente une courbe à la croissance régulière et continue tandis que les données d'analyse des conditions de recours à l'hôpital, notamment les passages et les entrées par les urgences, montrent une inflexion à la hausse très nette entre 70 et 80 ans. Cette courbe se traduit dans les dépenses de santé. Les dépenses de santé d'une personne âgée de plus de 80 ans sont en moyenne de 3,2 fois supérieure à la moyenne et de 3,7 fois supérieure en ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation (Voir *Annexe 3 : vieillissement de la population et dépenses de santé*).

1.2.1. Une croissance régulière de l'hospitalisation avec l'âge

- [59] La progression du recours à l'hôpital est continue et régulière avec l'âge pour atteindre des taux importants au grand âge. Ainsi le tiers des personnes de 80 ans et plus est hospitalisé au moins une fois dans l'année.

¹² Etude PLEIAD, « Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée » – Juin 2010

[60] Selon l'HCAAM, cette progression est l'addition de deux phénomènes distincts qui croissent de façon linéaire en fonction de l'âge :

- a) la hausse de la prévalence des affections de longue durée (ALD) dans la population dont la croissance est très régulière à partir de 40 ans, sachant que les personnes en ALD ont un taux de recours à l'hospitalisation (entre 30% et 40%) qui varie relativement peu avec l'âge ;
- b) la hausse, elle aussi très régulière à partir de 40 ans, du recours à l'hospitalisation des personnes qui ne sont pas en ALD.

[61] Selon la DREES, le nombre de séjours d'hospitalisation complète (plus d'une nuit) rapporté à la population atteint 57% chez les personnes de 85 ans et plus, alors qu'il n'est que de 10,5 % chez les adultes de 15 à 65 ans. A côté de l'hospitalisation complète, les séjours ambulatoires en établissements de santé et les hospitalisations de jour pour des examens complémentaires ou des soins réguliers, voient leur part dans le total des séjours diminuer avec l'âge.

[62] Les durées moyennes de séjour s'allongent avec l'âge : à partir de 85 ans elles sont proches de 10 jours, soit le double de celles des adultes de moins de 64 ans.

Tableau 1 : Hospitalisation des personnes âgées : taux d'hospitalisation complète, part de l'ambulatoire, durées moyennes de séjour

Age	Taux d'hospitalisation complète (nombre de séjours / population) en %		Part des séjours ambulatoires (moins de 24 h) dans l'ensemble des séjours hospitaliers en %	Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en jours
Moins de 15 ans	6,3		44,9	3,1
De 15 à 64 ans	10,5		43,5	4,7
De 65 à 74 ans	28,5		36,3	6,5
De 75 à 84 ans	42,5	(45,9 pour les 75 ans et plus)	28,1	7,8
De 85 ans et plus	56,7		16,8	9,0
Tous âges France métropolitaine	14,2		38,2	5,8

Source : PMSI-MCO 2008. Exploitation DREES pour la mission. France métropolitaine Champ : hospitalisation en MCO toutes causes hors séances, hors hospitalisation pour grossesses et accouchement.

- [63] Le nombre élevé de séjours est également lié à des ré hospitalisations. Ces passages réitérés au cours d'une année concernent le quart (24%) des patients âgés de plus de 80 ans (37% des séjours), à comparer à seulement 7 % des séjours de patients hospitalisés de 20 à 80 ans¹³. Les soins de suite et de réadaptation sont les ré-hospitalisations les plus fréquentes.
- [64] Les deux tiers des séjours des patients âgés de 80 ans et plus sont réalisés dans les CH et les CHR¹⁴, où ils représentent 14% de séjours et occupent environ un quart des lits. Si les personnes âgées forment la clientèle principale des hôpitaux locaux dont elles font 72% des séjours, à l'inverse les établissements de santé du secteur commercial les reçoivent relativement peu (18% des séjours). L'hôpital public local est ainsi bien souvent un hôpital uniquement dédié à la gériatrie.
- [65] C'est ainsi le cas de l'hôpital local visité lors de notre enquête (Carentan, Basse-Normandie) où 67% des séjours annuels de plus d'une nuit sont le fait de personnes âgées de 80 ans et plus ; mais c'est également le cas des deux plus petits centres hospitaliers visités lors de l'enquête : le CH de Château du Loir (Pays de Loire) où sur un total de 1 230 séjours hospitaliers annuels de plus d'une nuit, 51% sont le fait de personnes âgées de 80 ans et plus, ou le CH de Saint Yrieix (Limousin) où sur 2256 séjours, la moitié des séjours sont le fait de personnes de 80 ans et plus.

1.2.2. Une inflexion du recours aux urgences pour les plus âgés

- [66] A partir de 70 ans, le taux de recours aux urgences augmente fortement pour atteindre et dépasser les 40% à compter de 80 ans alors qu'il n'est que de 15% pour toutes les tranches d'âge situées entre 30 et 70 ans.
- [67] **L'entrée en hospitalisation « par les urgences » n'est pas, par elle-même, le signe d'un dysfonctionnement du système de soins ou d'un défaut d'organisation.**
- [68] Le rapport de l'HCAAM tente de distinguer, d'un côté, les causes « légitimes » de la surreprésentation des passages par les urgences :
- beaucoup de troubles ou de malaises peuvent survenir à l'improviste dans l'espace public, et l'entrée à l'hôpital se fait alors par le biais d'un service de secours, et donc via les urgences ;
 - les affections de la personne âgée peuvent se décompenser rapidement ;
 - la difficulté à porter un diagnostic, autre que celui d'un risque vital global, conduit à passer par le service d'urgence comme par un sas de « tri » ;
 - les phénomènes psychologiques à l'œuvre chez la personne âgée et son entourage (par exemple : la résistance à quitter son chez soi tant qu'une urgence ne l'impose pas)
- [69] Et à l'inverse, des causes moins légitimes :
- la difficulté, pour le médecin traitant, de prendre contact dans de bonnes conditions avec les services de spécialité,
 - l'insuffisance de l'anticipation des risques de rechute, les carences dans le suivi de certaines insuffisances chroniques.

¹³ Source : ATIH, chaînage des bases PMSI-MCO, SSR, PSY, HAD 2008 et 2009. Age à l'entrée en MCO

¹⁴ Source : PMSI-MCO- 2008 ; exploitation DREES

[70] Le rapport montre alors que pour les motifs où l'urgence s'impose tels que brûlures graves ou troubles mentaux, le recours aux urgences est identique quel que soit l'âge du patient, et indépendamment de la fréquence de la pathologie due à l'âge. A l'inverse, les personnes les plus âgées recourent bien davantage aux urgences quelle que soit la «catégorie majeure de diagnostic» (CMD) considérée : par exemple, les affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche ou les affections du tube digestif présentent une augmentation nette des entrées par les urgences pour les personnes les plus âgées.

1.2.3. Des disparités régionales fortement marquées

1.2.3.1. ... dans les passages et les entrées par les urgences

[71] Sur près de 15 millions de passages aux urgences en France métropolitaine (qu'ils soient ou non suivis d'hospitalisation), les personnes âgées de plus de 75 ans en représentent 12 % alors qu'elles ne sont que 8 % de la population. Ce taux varie selon les régions du taux le plus faible de 8 % en Ile – de – France au taux le plus élevé (18%) en Poitou-Charentes.

Tableau 2 : Part des personnes âgées passées par les urgences dans quelques régions

Part des personnes âgées de 75 ans et plus	dans les passages aux urgences	dans la population régionale	surreprésentation de la PA aux urgences	surreprésentations régionales comparées
	(a) en %	(b) en %	(c) = a/b	(d) France metro = 1
Ile de France	8,3	6,2	1,34	0,93
Nord Pas de Calais	9,1	7,2	1,26	0,88
Picardie	11,3	7,5	1,51	1,05
Provence Alpes Côte d'Azur	11,6	9,8	1,18	0,82
France métropolitaine	12,2	8,5	1,44	1,00
Basse Normandie	13,7	9,6	1,43	0,99
Limousin	15,9	12,6	1,26	0,88
Pays de la Loire	16,9	8,8	1,92	1,34
Poitou Charentes	18,2	10,8	1,69	1,17

Source : (a) : DREES SAE 2008 Q13 ; (b) : Insee, recensement de population 2007(def)

[72] Ces disparités régionales ne sont pas seulement le reflet des disparités de la structure par âge de la population dans chaque région : la surreprésentation des passages de personnes âgées aux urgences diffère d'une région à l'autre.

[73] Ainsi, ce n'est pas en Poitou-Charentes mais en Limousin que la part de la population âgée est la plus forte, alors que c'est l'inverse pour les passages aux urgences.

[74] Plus généralement, c'est, en ordre décroissant, dans les Pays de la Loire et dans la région Poitou-Charentes, et en Picardie que la surreprésentation relative est la plus forte. A l'inverse, cette propension relative à hospitaliser les personnes âgées est la plus faible en Provence-Alpes-Côte d'azur, dans le Limousin et en Nord-Pas de Calais.

[75] Ces disparités régionales sont encore plus significatives dans les entrées en hospitalisation par les urgences. Les personnes âgées de plus de 80 ans représentent en moyenne 42 % des séjours entrés par les urgences (alors qu'elles ne représentent que 5% de la population), avec d'importants écarts régionaux. La part la plus faible est recensée en Haute Normandie avec 18% des séjours et la plus élevée en Bretagne avec 56 %.

- [76] En moyenne et dans toutes les régions en France, ce mode d'entrée en hospitalisation est nettement plus fréquent pour les personnes du grand âge que pour les 20-80 ans : 42% contre 24% avec des écarts qui vont de 1 fois et demi en Picardie au double en Haute Normandie (graphique ci-dessous).

Tableau 3 : Part des séjours entrés par les urgences

	20 à 80ans	80ans et +
Haute Normandie	9,6	18
Basse Normandie	16	27,2
France	24,2	41,8
PACA	24,6	42,7
Limousin	26,8	44,7
Picardie	30,3	45,2
NPDC	28,3	46,7
Pays de Loire	27,7	50,8
Bretagne	32,8	55,7

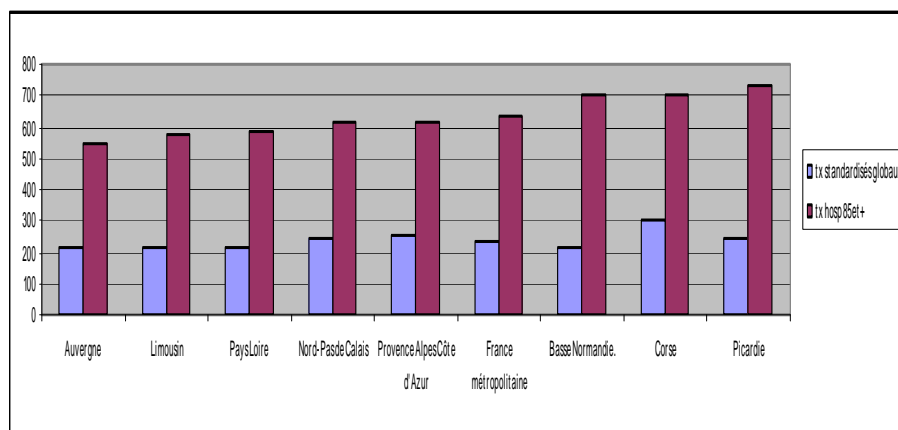
Source : ATIH 2009

1.2.3.2. ... et dans la tendance à hospitaliser selon les classes d'âges adultes

- [77] Les taux d'hospitalisation sont très variables par région, et notamment les taux d'hospitalisation des personnes âgées. La figure ci-dessous encadre les six régions retenues dans l'enquête par les régions où les taux sont respectivement les plus faibles et le plus fort. C'est en Picardie que le taux d'hospitalisation des personnes âgées est le plus fort et en Auvergne puis en Limousin que ce taux est le plus faible.

- [78] Mais ce ne sont pas les mêmes régions qui hospitalisent le plus en général : c'est en Pays de Loire que le taux d'hospitalisation standardisé global (tous âges) est le plus faible (212 pour 1000) ; et c'est en Corse (299), suivi par la région Provence Alpes Côte d'Azur que ce taux est le plus fort.

Graphique 4 : Taux d'hospitalisation pour quelques régions, pour 1000 habitants



Source : DREES 2004 ; Le taux d'hospitalisation considéré ici rapporte le nombre total de séjours (en hospitalisation complète et en ambulatoire) à la population

1.3. *Le choix des régions et les caractéristiques des territoires enquêtés*

- [79] Les enquêtes de terrain ont pour objectif :
- de vérifier si l'existence d'une coordination des acteurs améliore la prise en charge de l'hôpital en évitant les hospitalisations en urgence, indues ou inadaptées, et réduit la durée de séjour et les récurrences par un accompagnement adapté personnalisé ;
 - d'observer les formes de coordination les plus efficaces (les « bonnes pratiques ») et de rendre compte des difficultés ou des facteurs favorables à la mise en œuvre de ces coopérations, afin d'en tirer des recommandations.
- [80] Pour cela la mission a utilisé plusieurs outils : sur un échantillon de régions construit à partir des données de la DREES puis de sites choisis par les ARS, des enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des acteurs; des données collectées auprès de l'ATIH ; des entretiens avec des représentants de tous les acteurs du parcours de soin de la personne âgée du domicile à l'hôpital et réciproquement ; le tout renforcé à mi-parcours d'une enquête spécifique auprès des EHPAD aux résultats qui demandent à être approfondis par une autre mission.

1.3.1. **Les régions retenues**

- [81] Six régions ont été retenues, au vu de trois indicateurs (voir *Annexe 4 Méthode et recueil des données de site*) : un indicateur démographique (la part des personnes âgées de plus de 75 ans), et deux indicateurs de comportement de santé : la tendance globale à recourir à l'hôpital (taux d'hospitalisation tous âges), et la tendance des personnes les plus âgées à recourir à l'hôpital (taux d'hospitalisation des personnes de plus de 85 ans)
- [82] Deux régions s'opposent en tout : le Limousin et la Picardie. Le Limousin est la région de France dans laquelle la population est la plus âgée, la Picardie est une des plus jeunes. Le Limousin est la région où la propension à hospitaliser est la plus faible, tant pour les personnes âgées qu'à tout âge. A l'inverse en Picardie, région jeune, le recours à l'hôpital a la fréquence la plus élevée de toutes les régions, tant pour les personnes âgées qu'à tout âge.
- [83] Le Nord-Pas-de-Calais est, comme la Picardie une région jeune, mais à l'inverse de cette dernière, la propension à hospitaliser les personnes âgées y est plus faible qu'en moyenne alors que la propension à hospitaliser à tous âges est supérieure à la moyenne nationale.
- [84] La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est la région où la moyenne d'âge est la plus élevée (comme le Limousin), mais elle présente le même contraste que la région Nord-Pas-de-Calais entre un relativement faible taux d'hospitalisation des personnes âgées en dépit d'un fort taux d'hospitalisation en général.
- [85] La Basse Normandie présente le contraste inverse aux deux régions précédentes (Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur) : c'est une région où le taux d'hospitalisation est moins élevé que la moyenne nationale, tous âges confondus, mais où il est plus élevé pour les personnes âgées.
- [86] Enfin la région Pays de Loire est une région proche de la moyenne : un peu plus âgée qu'en moyenne, elle hospitalise peu, que ce soit les personnes âgées ou à tous âges, comme le Limousin, mais dans des proportions bien moindres.

Tableau 4 : Comparaison des indicateurs dans les six régions sélectionnées

Régions	Part de la population âgée	Tendance à hospitaliser en général	Tendance à hospitaliser les personnes âgées
Limousin	+++	---	---
Picardie	---	+++	+++
Nord Pas de Calais	--	++	-
Provence Apes Côte d'Azur	++	++	-
Basse Normandie	+	--	++
Pays de Loire	+	-	--

Source : Mission Igas

1.3.2. Les territoires enquêtés

[87] Dans chacune des six régions retenues, la mission a demandé aux ARS de choisir dans leur région deux territoires différents, l'un avec une coordination structurée et ancrée de longue date sur le territoire, l'autre sans coordination ou avec des modes de collaboration moins formalisés et moins aboutis. C'est ce qui a conduit aux douze territoires choisis. L'analyse s'est focalisée sur les modes de coopération de chacun de ces territoires avec les compétences mobilisées, les outils et dispositifs mis en œuvre, les pratiques innovantes impulsées, les relations plus ou moins confiantes entre les acteurs, pour les comparer entre eux et en comparer les effets.

[88] Dans chaque territoire (bassin de vie ou territoire de santé selon les cas), l'enquête est partie d'un centre hospitalier, soit douze structures de taille variable allant de structures importantes à de plus petites (tableau ci-dessous).

Tableau 5 : Les douze sites visités en région

Site	Nombre de séjours de plus d'une journée en 2009	dont : séjours de patients âgés de 80 ans et plus
le CH Henri Duffaut d'Avignon (PACA)	33 000	15%
le Groupement inter hospitalier de l'institut catholique (GHICL) de Lille (Nord Pas de Calais)	29 000	13%
le CH de Beauvais (Picardie)	22 200	13%
le CH d'Arras (Nord-Pas de Calais)	20 600	14%
Le CH de Brive (Limousin)	16 800	26%
Le CH de Grasse (PACA)	16 100	17%
Le Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL), en Pays de Loire)	9 900	24%
Le Syndicat inter hospitalier du Bessin (SIHB), en Basse Normandie	7900	22%
Le CH de Péronne (Picardie)	4 700	20%
Le CH de Coutances (Basse Normandie)	4 300	41%
Le CH de Saint Yrieix (Limousin)	2 260	50%
Le CH de Château du Loir (Pays de Loire)	1 230	51%
L'hôpital local de Carentan (Basse Normandie) (en cours de rapprochement avec le CH de Coutances et Saint-Lô).	365	67%

Source : ATIH 2009

- [89] Sur chaque site, l'ensemble des acteurs qui concourent au parcours de la personne âgée ont été rencontrés, à l'exception des personnes âgées elles-mêmes : personnels de santé de l'hôpital, personnels de santé ambulatoire (médecine de ville), établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide à domicile (SAD), services sociaux...
- [90] Sur chaque site, les réunions organisées par l'ARS ont convié à notre demande les personnes concernées par la prise charge des personnes âgées
- à l'hôpital (pôle gériatrie, s'il existe, service des urgences, service social)
 - dans les EHPAD ou maisons de retraite
 - au Conseil général (services APA, et établissements pour personnes âgées)
 - les CLIC
 - les associations et services chargées du maintien à domicile, SAD, SSIAD et HAD,
 - les médecins de ville, via les URML.
 - le point de vue des personnes âgées elles-mêmes est recueilli par les acteurs les plus proches du domicile, EHPAD ou services d'aide à domicile.
- [91] Pour compléter les dires d'acteurs (qu'ils soient en position de financeurs, d'opérateurs, ou de représentants des usagers via les CLIC, les EHPAD ou les services du domicile), la mission a collecté des données factuelles auprès des ARS et des Centres Hospitaliers via deux questionnaires sous Excel, et les a complétées par une demande d'extraction de données à l'ATIH qui a pu nous les fournir pour l'année 2009 (Voir Annexe 5 : Les données de site recueillies par l'enquête).
- [92] En cours de mission il est apparu qu'il fallait aussi objectiver les dires sur l'hospitalisation d'urgence hors permanence des soins, par le recueil auprès des EHPAD, de données factuelles des hospitalisations sur une année (2009). Voir Annexe 4.
- [93] Les résultats de ces enquêtes de site sont relatées en tome II ; une synthèse en est donnée dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Tableau de synthèse des enquêtes de sites

Formes de coopérations (FG=filière gériatrique; RG=réseau gérontologique)		Collaboration /réseaux	Intra hospitalière (filière G)	Avec les EHPAD/ SSIAD	Avec Services sociaux / CLIC	Avec médecin de famille /soins de premier recours	Cultures sanitaires et sociale	Implication de l'hôpital	
Picardie : FG=1 RG=3 (600p)	T2	CH Péronne	Réseau de soins palliatifs + conventions récentes de personnes ds secteur sanitaire	En construction via coopérations entre hôpitaux	Via quelques médecins	Pas de spécificité affirmée	Via les personnes	Cultures sanitaires et sociales éloignées	Centré sur le sanitaire (yc de ville)
	T1	CH Beauvais	Ancienne, d'où projet de GCS	Filière structurée complète ; projet d'ouverture au Médicosocial via l'E.M.G. ; filière démente MAMA récente	conventions	Service social en charge du suivi du dispositif « Trajectoire »	Pas de spécificité	Cultures sanitaires et sociales éloignées	Forte dynamique vers un GCS
Basse Normandie: FG=1	T1	SI H Bessin (CH Bayeux, clinique, CH Aunay/Odon)	Réseaux de santé GIP, GIE et GCS "Soigner ensemble dans le Bessin"	Pôle organisé Filière en projet	Conventions actives; + réseau Hospipharm avec pharmaciens	Très forte : CLIC et GCS sur le même site Etroite relation avec ss	Très bonne coordination ville -hôpital en réseau Hospipharm avec les pharmaciens	Cultures partagées	Forte présence dans les réseaux
	T2	Centre Manche (Coutances, St Lo)	Collaboration très récente	Faible, projets vers une filière G élargie au médico-social	1 conv avec 2 EHPAD et 1 SSP	Pas de spécificité affirmée	Pas de spécificité	Eloignées	
Nord Pas de Calais : FG=3 RG=8 (300p)	T1	GHICL Lomme	Collaboration ancienne Plusieurs réseaux spécialisés collaborant entre eux	Filière G formalisée depuis 2007	Conventions actives	Pas de spécificité affirmée	Pas de réseau géronto ville hop	Partagées	Forte : porteur juridique du réseau de soins géronto avec CHU
	T2	CH Arras	Collaboration progressive depuis 2 ans	Pôle G ; Filière non formalisée	Conventions en cours de formalisation après aboutissements de projets communs	Pas de spécificité affirmée	Pas de spécificité		Forte présence dans les réseaux
Pays de Loire : FG=0 RG=4 (700p)	T1	CH Château du Loir	Anciennes + nouveau réseau gériatrique	Tous les éléments d'une filière + EHPAD SSIAD sur site. EMG au domicile	Conventions actives avec l'ensemble des EHPAD et les SSIAD	Forte intrication CLIC services sociaux hôpital	Appui à la permanence des soins : "maison de garde" à côté des urgences	Proches	Forte présence dans les réseaux
	T2	PSSL	Récente	Filière de création récente ; EMG immobile en CSG ; EHPAD et SSIAD sur site	Renouvellement des conventions après aboutissement de travail en commun	Collaboration avec service social	Pas de spécificité	Cultures éloignées	Forte pour recréer une filière
Limousin FG=2	T2	CH Brive	Plusieurs réseaux spécialisés : onco, soins palliatifs...	Filière (10 ans de construction)	Conventions	CLIC avec hôpital HAD et SSIAD	Pas de spécificité	Volonté de travailler ensemble affirmée	Forte volonté d'être un acteur central

RG=3 (500p)	T1	CH St Yrieix	Collaborations anciennes et formalisées : réseaux de santé et CLIC collaborent	Filière G en construction active depuis 5 ans et compétée en 2010 avec H de nuit et HAD	Conventions actives avec l'ensemble des EHPAD et les SSIAD	Forte avec service social et Clic sud sur le site du CH	Coordination gérontologique cantonale		Très forte au centre du projet G du territoire
PACA : FG=7 RG=11 (2100p)	T1	Ch Grasse	Collaboration ancienne	Filière G structurée	Conventions actives	Réseaux de santé et CLIC fusionnés	Présence au sein des réseaux	Cultures partagées	Très forte mais non porteur du réseau
	T2	CH Avignon	Réseaux spécialisés	Tous éléments présents. Filière G en projet	Conventions	Projet de renforcement du Pilotage des CLIC par le CG	Pas de spécificité	Volonté de travailler ensemble affirmée	

Source : Enquêtes de terrain : entretiens, et documentation recueillie auprès des acteurs et de l'ATIH.

- Les données régionales sur l'existence et le nombre de filières gériatriques (FG) proviennent de la DREES.

- Le nombre de réseaux gérontologiques (RG) provient de la CNAM qui les finance et nous a fourni une description précise donnée en en pièces jointes au

rapport.

2. MODES D'ORGANISATION, MOYENS DE COOPERATION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

[94] L'idée de coordination est très ancienne dans son affirmation, mais beaucoup plus récente dans sa mise en œuvre. Très ancienne, parce qu'énoncée dès 1962 dans le rapport de la « Commission d'études de la vieillesse », présidée par Pierre Laroque et récente parce que mise en œuvre de façon très progressive depuis une quinzaine d'années (Voir *Annexe 1 : Les étapes d'une construction réglementaire*).

[95] Les outils juridiques successifs : CLIC (centres locaux d'information et de coordination), réseaux de santé, filières gériatriques, groupements de coopération sanitaire ou sociale et médico-sociale (GCSMS), jusqu'à la création récente des communautés hospitalières de territoire (CHT), ont tenté d'organiser la coordination entre les acteurs. Cependant, leur usage effectif s'avère très disparate et des difficultés demeurent, largement évoquées par les acteurs rencontrés.

2.1. *De grandes disparités dans les modes de coopération entre acteurs de la prise en charge*

[96] Sur les douze territoires visités, la mission a rencontré des formes de coordination diverses, quant à leur degré de formalisation ou leurs modalités d'action.

[97] Respectant les textes, dans tous les territoires visités, les directeurs d'établissement de santé s'appliquent à une coordination minimale autour du parcours de la personne âgée ; les projets des établissements rencontrés en traitent (cf. § 2.2.4) avec des actions d'ampleur variable.

[98] Cependant la signature de conventions ne signifie pas nécessairement de meilleures pratiques, et réciproquement des coopérations réelles existent sans être formalisées dans des conventions. Le champ de ces coopérations peut se concentrer sur l'hôpital ou s'ouvrir sur les partenaires de l'amont et de l'aval, du secteur sanitaire (hospitalisation à domicile /HAD, médecine de ville, infirmières libérales) et des secteurs social et médico-social (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes /EHPAD, services de soins infirmiers à domicile /SSIAD, centres locaux d'information et de coordination /CLIC, services d'aide à domicile /SAD).

2.1.1. **Quatre critères d'analyse des pratiques**

[99] On peut caractériser les pratiques de coordination rencontrées par quelques traits (tableau ci-dessous) :

- leur aspect formel ou informel : de la signature de conventions entre établissements aux relations interpersonnelles,
- les pratiques réelles : y a-t-il ou non des collaborations effectives entre acteurs ?
- leur champ : la coopération est centrée sur l'hôpital, (qu'elle soit interne au groupe hospitalier ou élargie à d'autres centres hospitaliers), ou étendue à l'ensemble du secteur sanitaire incluant la médecine dite de ville et les soins de premier recours, ou encore au secteur médico-social (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes /EHPAD, services de soins infirmiers à domicile /SSIAD ...), voire social (centres locaux d'information et de coordination /CLIC, services d'aide à domicile /SAD...)

- l'ancienneté des relations entre les acteurs : cela va d'une pratique ancienne qui a permis aux acteurs d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble pour aller vers une culture partagée, au cas opposé, où la nouveauté de la collaboration n'a pas encore dissipé la méconnaissance, voire la méfiance entre acteurs.

Tableau 7 : Les pratiques de collaboration

	Formalisme des relations:	Effectivité des conventions	Champ couvert	Ancienneté	Cultures
<i>Codage</i>	+ : conventions ++ : réseaux +++ : GCS	++ : vivante + en construction	<i>Un + par champ (hôpital, médico social, méd. de ville, services sociaux)</i>	-- : < 3ans + : entre 3 et 6 ++ >6 et <10 +++ : >10 ans	+ : partagées - : cloisonnées
SIH Bessin	+++	++	++++	+++	+
St Yreix	++	++	++++	+	+
Grasse	++	++	+++	++	+
Château du Loir	++	++	++++	++	+
GHIC Lille	+++	++	+++	+	+
Beauvais	+++	++	++	++	-
Avignon	+++		++		-
PSSL	+	+	+++	--	-
Brive	++	+	++	--	-
Arras	++	+	++	-	+
Péronne	+		++	-	-
Centre Manche	+		+	--	-

Source : Mission IGAS 2010

2.1.2. Des exemples de coopérations abouties, formalisées et vivantes

2.1.2.1. Des coopérations au large spectre : ouvertes sur la « ville » et le secteur social

[100] Les pratiques de coopération les plus abouties sont celles qui s'appuient sur une histoire construite dans la durée. Dans le Bessin (Basse Normandie), le Groupement de coopération Sanitaire « Soigner ensemble dans le Bessin » a pu s'appuyer sur l'expérience acquise de coopérations existantes (GIE, GIP et réseaux de santé). Le champ de la coopération déborde largement l'hôpital. La coopération inter hospitalière, formalisée en syndicat inter hospitalier regroupant deux centres hospitaliers et une clinique, s'étend avec des conventions à des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). Elle est également élargie grâce au réseau HOSPIPHARM, monté dès 1999 à l'initiative d'un pharmacien en partenariat avec l'URML (union régionale des médecins libéraux) ainsi qu'aux nombreux réseaux de santé existants (cancer, diabète, gérontologique...). Des coopérations anciennes existaient via ces réseaux ; aujourd'hui les réseaux dépassent l'approche par public ou par pathologie.

- [101] De même dans le Limousin, le CH de St Yrieix appuie ses conventions actives avec tous les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) de son territoire sur une collaboration ancienne et formalisée, notamment entre réseaux de santé et CLIC (centres locaux d'information et de coordination. Le champ de la coopération est largement ouvert aux acteurs du territoire : le service social et le CLIC sud sont hébergés sur le site de l'hôpital et une convention est signée avec l'instance de coordination gérontologique cantonale.
- [102] A Grasse, le CH a une filière structurée et des conventions vivantes. Les réseaux de santé et les CLIC se sont regroupés dans une association commune.
- [103] A Château-du-Loir enfin, les coopérations avec tous les acteurs, (EHPAD, SSIAD, médecine de ville) s'appuient sur des pratiques anciennes que formalise la signature de conventions. L'appui à la permanence des soins de premier recours, qui peut éviter une hospitalisation inutile, va jusqu'à l'ouverture d'une « maison de garde » à côté du service des urgences, garde assurée de 20 à 24 heures par une rotation des médecins libéraux. Les éléments d'un pôle gériatrique sont en place.

2.1.2.2. Des coopérations au champ plus limité

- [104] A Brive la prise en charge des personnes âgées est bien organisée au sein de l'établissement de santé sans être encore ouverte au secteur médico-social ni à l'ambulatorio. Quelques conventions ont été signées avec les EHPAD (plans bleus) sans pour autant générer une dynamique de collaboration. S'agissant des relations avec les médecins de ville, aucun réseau gérontologique impliquant l'hôpital n'existe ; seules des relations informelles ont été nouées.

2.1.3. Des modalités d'organisation opposées

2.1.3.1. Des conventions formelles

- [105] Sur le territoire d'Avignon, des conventions ont été signées systématiquement entre toutes les structures. Cependant les acteurs s'interrogent sur l'efficacité d'une multiplication de réseaux spécifiques par public ou par pathologie.
- [106] Dans le territoire du Centre Manche, les deux centres hospitaliers qui doivent se regrouper ont du mal à organiser leur coopération hospitalière dans un climat délicat qui mobilise toute leur énergie et les éloigne de fait du médico-social (à l'exception de l'EHPAD intégré à l'hôpital local).

2.1.3.2. Des pratiques effectives de collaboration sans formalisation

- [107] Des coopérations réelles peuvent aussi se nouer à travers des appartenances multiples de personnels médicaux ou de la direction dans des établissements différents (directeur de deux établissements hospitaliers, ou médecin à l'hôpital et en EHPAD, ou en EHPAD et en libéral, ou les trois – comme à Château du Loir). Ces appartenances multiples ainsi que les relations interpersonnelles (CH de Péronne ou du Groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille - GHICL) facilitent la mise en place d'une relation de confiance qui permet d'installer des modalités de coopération.
- [108] C'est souvent le cas des centres hospitaliers de proximité comme le CH de Péronne qui signe 50 conventions annuelles de mise à disposition croisée de personnels. Ces conventions sont autant de liens avec les structures signataires, sans pour autant porter sur le parcours de la personne âgée, sinon de façon implicite.

2.1.4. Des signatures de conventions issues de pratiques réelles

- [109] Au CH de Beauvais, la signature de conventions vient entériner, et non précéder, un processus réel de coopération. La signature n'en est pas le déclencheur. Souvent, pourtant les conventions sont signées entre directeurs d'établissement de santé et d'établissement médico-sociaux sans impliquer les acteurs de terrain qui n'en sont pas toujours informés, et qui ni ne se rencontrent ni ne se connaissent.
- [110] L'exemple du nouvel établissement de santé du Pôle Santé Sarthe Loir est éclairant. Avant même son ouverture, l'hôpital a passé en 2006 de nombreuses conventions avec des acteurs concernés par les personnes âgées. Une évaluation faite en 2008 n'a pas convaincu de l'efficacité de ces conventions. Sur la base des conclusions de cette évaluation, le pôle de gériatrie du CH organise des réunions régulières pour tenter de convaincre les acteurs non hospitaliers de la volonté réelle du CH, en formalisant des « fiches d'incident » et en y répondant rapidement avec la prise de mesures appropriées. Les acteurs rencontrés affirment ne vouloir signer de conventions qu'après avoir expérimenté sur la durée les collaborations.
- [111] Parmi les facteurs facilitant les collaborations, les relations personnelles et la connaissance réciproque des acteurs sont apparues très importantes. Ainsi à Arras, Lille et St Yrieix, c'est à l'occasion de la formation médicale continue ou des formations conjointes ouvertes aux acteurs de la filière que se sont noués les premiers contacts qui ont permis « l'appropriation » réciproque, un début de coopération, transformé plus tard en signature de convention formelle.

2.2. Une diversité dans les moyens de coopération mis en œuvre

- [112] Le partage des cultures professionnelles a pour condition le respect de la spécificité de la culture de chacun. Les coordinations les plus abouties ont construit et surtout ont consolidé leurs modes de collaboration sur ce principe quelquefois présenté comme fondateur. Dans les territoires sous revue c'est notamment le cas des acteurs du territoire du Bessin-Pré bocage, du réseau de la ville de Grasse, également du réseau Lille-Hellemes-Lomme, bien que pour ce dernier la coordination soit un peu plus récente.
- [113] Ce partage des cultures professionnelles s'est traduit par l'élaboration d'instruments concrets, notamment les outils de partage des connaissances et de suivi des personnes âgées décrits ci-après ainsi que des outils de communication directe entre médecins hospitaliers et médecins traitants. La transversalité et l'implication dans les réseaux gérontologiques des équipes mobiles gériatriques ainsi que les expérimentations de télé-médecine largement ouvertes aux partenariats participent également de cette dynamique de coopération.

2.2.1. Des outils de coordination pour une culture partagée

- [114] Ces outils partagés ont toujours fait l'objet de longs échanges voire de négociations serrées entre partenaires. Spontanément évoqués, montrés, remis ou transmis à la mission par les acteurs lors des auditions en régions, ils sont la preuve tangible de l'aboutissement d'un travail commun de décloisonnement des cultures et des pratiques professionnelles.
- [115] La mission a relevé des outils divers des plus artisanaux aux plus technologiques, toutefois encore rares :
- La fiche de liaison papier : outil le plus fréquemment partagé qui permet l'échange d'informations sur l'identification de la personne âgée, les services intervenant et la nature de l'intervention ; ces documents sont utilisés par les partenaires des CLIC de Péronne, Grasse, St Yrieix.

- La fiche de dysfonctionnement : outil élaboré par l'établissement de santé permettant d'améliorer ses relations avec les services médico-sociaux du territoire ; ce document est utilisé au PSSL dans la Sarthe.
- Un guide de prescriptions spécifiques pour les personnes âgées : outil technique élaboré par l'hôpital et partagé avec les médecins de ville et les professionnels médico-sociaux pour sécuriser la prise en soins ; ce document est utilisé sur le territoire de Saint Yrieix Le Perche.
- Le « cahier rouge » : simple cahier, il est l'outil central du lien entre le service des urgences, l'équipe mobile gériatrique et tous les services du centre hospitalier d'Arras.
- Des protocoles de prise en charge des personnes âgées : ces protocoles proches du guide de prescriptions de Saint Yrieix, sont élaborés par l'établissement en direction des professionnels médico-sociaux et proposent des repères techniques et des recommandations pratiques pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de certaines pathologies. Ces protocoles sont utilisés sur le territoire de Lille-Hellemes-Lomme.
- Le dossier médical et social partagé : ce dossier est utilisé au sein de l'établissement de santé de Grasse. Pour les échanges avec les partenaires extérieurs à l'établissement de santé, une fiche de liaison moins renseignée est utilisée. En Picardie, cinq établissements de santé ont élaboré un dossier médical informatisé partagé, sans attendre le DMP national.
- Un dossier patient informatisé pour suivre le parcours du patient hospitalisé : il s'agit d'un dossier spécifique de suivi pour l'équipe mobile gériatrique de l'établissement de santé. Cet outil partagé par tous les services au sein du centre hospitalier permet de suivre à partir de l'admission, le parcours du patient et surtout de repérer les ré-hospitalisations ; cet outil est utilisé, par exemple, au CH d'Arras.
- L'outil informatisé TRAJECTOIRE : cet outil expérimental permet de suivre en temps réel le parcours du patient dans les différentes unités de l'établissement de santé ainsi que les places disponibles dans chacune des unités ; cet outil est utilisé au CH de Beauvais après une première expérimentation en Rhône-Alpes.

2.2.2. Des outils de communication directe entre médecins hospitaliers et médecins traitants

- [116] Parmi les médecins généralistes rencontrés par la mission, plusieurs ont évoqué leur perception de l'hôpital comme un univers complexe et trop peu accessible. Cette distance entre les établissements de santé et la médecine de premier recours s'inscrit dans les relations inégales et complexes des deux secteurs, ancrées de longue date.
- [117] Cependant ces perceptions ne reflètent pas les réseaux relationnels efficaces également constatés par la mission dont un des moyens a été la mise en place par les établissements hospitaliers d'un dispositif de communication directe et immédiate entre médecins hospitaliers et médecins de ville.
- [118] Dans certains des territoires enquêtés, cette communication s'appuie sur des contacts et des échanges téléphoniques par réseaux inter personnels pour des médecins coordonnateurs d'EHPAD qui ont exercé en hôpital comme à l'hôpital Bon Secours à Paris, ou y exercent encore comme au centre hospitalier de Château du Loir.
- [119] D'autres établissements hospitaliers ont organisé un dispositif de communication directe entre médecins hospitaliers et médecins de ville. Trois configurations ont été rencontrées :
- les numéros de téléphone des médecins hospitaliers mis à disposition des médecins de ville à leur demande, avec des réticences à l'organisation d'une permanence téléphonique formalisée,
 - une permanence téléphonique unique et commune à tous les services de l'hôpital pour les médecins du secteur géographique comme au CHU de Lille,

- une permanence téléphonique gériatrique, réservée aux médecins de ville et à ceux des EHPAD comme au Groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille.

[120] Dans ce dernier cas, la permanence téléphonique prend la forme légère d'un téléphone portable que se transmettent les médecins hospitaliers successivement en charge de la permanence. Les questions posées par les médecins, souvent factuelles, permettent de dénouer ponctuellement une situation complexe et de tisser sur le long terme des relations de confiance.

2.2.3. Des équipes mobiles pour ouvrir l'hôpital sur son environnement

[121] La circulaire de la DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques diversifie les missions des équipes mobiles gériatriques et encourage les équipes mobiles à organiser des consultations avancées dans les hôpitaux locaux, à expérimenter des consultations au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à collaborer avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les réseaux de soins gérontologiques.

[122] Sur les 264 équipes mobiles gériatriques recensées en 2008 par la DREES, 5 sont implantées en Picardie, 6 en Basse Normandie, 10 dans le Nord Pas-de-Calais, 15 en Pays de la Loire, 7 en Limousin et 21 en Provence-Alpes-Côte-D'azur, régions sous revue. Sur les 16 établissements hospitaliers étudiés par la mission, 7 disposent d'une équipe mobile gériatrique.

[123] Selon les organisations, les équipes mobiles sont implantées et interviennent :

- soit dans un seul service, aux urgences comme au CH d'Avignon ou au court séjour gériatrique comme au PSSL de Bailleul ;
- soit, prioritairement rattachées au service des urgences, elles interviennent à la demande dans les services spécialisées comme aux CH d'Arras, de Lille, de Grasse ou au CHU de Limoges.

[124] Certaines équipes sont constituées de 2 professionnels de santé pour 1,5 ETP comme à Lille, ou au contraire les compétences mobilisées se situent au-delà des indications de la circulaire de 2007¹⁵, avec un gériatre et d'autres médecins spécialistes dédiés ou ponctuellement sollicités, ainsi que des personnels paramédicaux et sociaux, comme à Arras et à Château du Loir.

[125] Les bilans d'activités recueillis font apparaître une diversification des services spécialisés demandeurs d'évaluation et d'avis au sein de l'hôpital et certaines équipes mobiles interviennent hors les murs. Ainsi à l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), deux équipes fonctionnent : l'une est interne à l'hôpital, l'autre intervient dans les EHPAD conventionnés. Ou encore au CH de Château du Loir, l'équipe mobile peut intervenir jusqu'au domicile privé de la personne âgée à la demande et avec l'accord du médecin traitant.

[126] Si dans un premier temps, les équipes mobiles gériatriques ont dû concentrer leurs activités au sein de l'hôpital afin d'obtenir la reconnaissance de leurs pairs, elles se sont parallèlement et rapidement investies dans la formation et la diffusion des bonnes pratiques gériatriques. L'examen des rapports d'activités montre une participation des EMG aux réseaux gérontologiques et aux CLIC et la réalisation d'actions de formation interne aux personnels hospitaliers mais également en direction des personnels des structures médico-sociales et sociales partenaires.

¹⁵ Selon la circulaire de la DHOS du 28 mars 2007, une équipe mobile de gériatrie comprend au minimum 1 ETPT gériatre, 1 ETPT IDE, 1 ETPT assistant social, des temps de psychologue, ergothérapeute et secrétaire

[127] Les partenaires des sept établissements de santé rencontrés disposant d'une EMG ont exprimé leur satisfaction quant aux apports des interventions des équipes mobiles gériatriques. Les équipes mobiles sont perçues comme : « un interlocuteur disponible », « un lien avec l'hôpital », « une équipe attentive à la globalité de la personne âgée », « une équipe qui apaise le stress aux urgences », « une équipe qui permet que chacun fasse son travail et que la personne âgée soit à la bonne place ».

2.2.4. Des projets d'établissements hospitaliers ouverts aux partenariats

[128] Le projet d'établissement est l'instrument qui fixe la stratégie de l'hôpital dans l'évolution de ses structures internes et de ses relations avec l'extérieur. Parmi les projets d'établissement, l'enquête a relevé deux actions concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement et dans son environnement : la prise en compte des personnes âgées dans tous les services et dans toutes les activités de l'établissement, la participation de l'hôpital aux réseaux de soins gériatriques et aux coordinations gérontologiques.

[129] Sur le premier point, l'HAS a complété la dernière version du manuel de certification avec trois indicateurs de qualité spécifiques aux sujets âgés :

- la gestion des points de transition : entrées, transferts, sorties,
- le suivi de la prescription du médicament,
- la mise en œuvre d'une politique centrée sur la qualité des soins aux personnes âgées dans l'ensemble des services de l'établissement.

[130] S'agissant de la participation aux réseaux gérontologiques, sur les 13 centres hospitaliers étudiés en régions et les 3 centres hospitaliers visités¹⁶ en Ile de France, 11 établissements participaient à un réseau de santé gérontologique et 12 à un CLIC. Il est à préciser que dans deux territoires, il n'existait pas de réseau de santé.

[131] L'examen des projets d'établissements du groupement inter hospitalier de l'institut catholique de Lille et du CHU de Limoges montre une prise en compte du vieillissement de la population, conçue de façon à la fois spécifique et transversale et avec une ouverture marquée aux partenariats.

[132] Le projet d'établissement du CHU de Limoges est en ce sens exemplaire. Après une première étape où la mise en place d'une filière de soins gériatriques a constitué l'axe prioritaire du projet d'établissement 2001-2005, le projet 2007-2011 intègre la question du vieillissement de la population dans l'ensemble des domaines d'activité : les soins, l'éducation thérapeutique, la prévention, la recherche.

[133] De même dans une région moins marquée par le vieillissement de sa population, le Groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL) a fait de la prise en charge des personnes âgées un axe prioritaire de son projet d'établissement depuis 2005, formulé ainsi : *Assurer une prise en charge pluridisciplinaire dans une filière continue de soins, jusqu'à ce que la solution la plus adaptée, compte tenu de l'état de santé, de la situation sociale de l'individu et, le plus possible, de son souhait, soit trouvée.*

[134] Ainsi la mise en place d'une filière de soins gériatriques, s'accompagne d'un projet de formation mis en place en lien avec l'Université catholique et d'une réflexion éthique autour de la personne âgée et de la prise en charge pluridisciplinaire. En outre, au-delà du fonctionnement interne à l'hôpital, le projet d'établissement insiste sur l'ouverture de l'établissement aux médecins libéraux et sur la participation aux réseaux de soins.

¹⁶ Hôpital européen Georges Pompidou à Paris, Hôpital gériatrique « Les magnolias » dans l'Essonne, Centre hospitalier Corentin Celton à Issy les Moulineaux

2.2.5. Les technologies de l'information et de la communication pour décloisonner le secteur sanitaire et le secteur social

[135] En Picardie, Limousin, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur diverses modalités d'utilisation des technologies de l'information et de la communication sont expérimentées pour la prise en charge des personnes âgées. Ces expérimentations concernent les domaines de la domotique, de la télémédecine qui relève strictement de la pratique médicale et de la télésanté qui couvre l'ensemble des champs sanitaire et médico-social.

2.2.5.1. La domotique au domicile des personnes âgées

[136] L'expérimentation menée en région Limousin depuis 2008, a pour objectif de faciliter le maintien à domicile et de réduire les hospitalisations. Elle est le fruit d'une collaboration entre le CHU de Limoges, le Conseil général de Corrèze et une entreprise locale de téléassistance.

[137] L'expérimentation a été conduite sur le département de la Corrèze auprès de 200 personnes très âgées en perte d'autonomie dont 100 équipées de dispositifs domotiques couplés à la téléassistance. Les packs domotiques se composent de chemins lumineux, de systèmes d'alerte et de détecteurs de fumée. Les premiers résultats montrent que l'incidence des chutes à domicile est significativement moins élevée pour le groupe équipé (31% contre 50%). L'impact du dispositif sur la réduction du risque d'hospitalisation est très nettement marqué avec 9,5% d'hospitalisations pour les personnes âgées équipées contre 25% pour les autres.

[138] Outre ses premiers résultats particulièrement convaincants en matière de réduction des hospitalisations, cette expérimentation conçue de façon pluridisciplinaire mobilise les acteurs des champs économique, social et sanitaire. Elle est à la fois illustrative de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement et de pratiques décloisonnées entre secteur sanitaire et secteur social.

2.2.5.2. La télémédecine entre hôpitaux et EHPAD

[139] L'hôpital européen Georges Pompidou mène depuis mai 2009 une expérimentation de télémédecine, Télégéria, qui comporte un dispositif de visioconsultation et de téléexpertise. L'objectif de cette expérimentation est d'éviter le déplacement du sujet fragile et de faciliter l'accès à des avis spécialisés et à un plateau technique. Télégéria associe de nombreux partenaires : collectivités locales concernées, entreprises spécialisées, grandes écoles d'ingénieurs.

[140] L'expérimentation est conduite sur 10 sites dont 6 en Ile de France et 4 en Franche Comté. Le dispositif francilien relie 2 hôpitaux et 4 EHPAD et permet une visioconsultation de face à face pour 13 spécialités dont principalement la gériatrie, l'orthopédie et la cardiologie. Avant la programmation de la consultation, le consentement du patient est systématiquement requis et une charte éthique définit les règles pratiques et juridiques de la consultation. Dans l'EHPAD, la visioconsultation se déroule avec la présence systématique auprès de la personne âgée d'un personnel soignant de l'établissement

[141] Les éléments recueillis auprès des professionnels participant à cette expérimentation et lors d'une visioconsultation à laquelle la mission a pu assister avec l'accord du patient, rejoignent les résultats de l'évaluation conduite par plusieurs laboratoires de recherche. Le dispositif permet une transmission des savoirs et des savoir faire, le partage et l'échange d'expertise et une meilleure coordination des équipes médicales et médico-sociales. En outre, les précautions éthiques accrues dues à l'utilisation de cette technologie, remettent cette dimension au centre de la relation de soin.

2.2.5.3. La télésanté dans les zones isolées

- [142] Le département des Alpes Maritimes, Médecin@Païs a mis en place une expérimentation de télésanté depuis 2006 dans. L'objectif est de désenclaver le haut et moyen pays. Cette expérimentation comporte trois volets : la téléexpertise, la téléconsultation et la téléformation. Le Conseil général pilote l'expérimentation en lien étroit avec le CHU de Nice. Cette expérimentation mobilise de nombreux partenariats dont l'Union européenne, l'Etat et les collectivités territoriales.
- [143] Hormis le CHU, quatre centres hospitaliers de Nice répondent aux demandes de téléexpertise et de téléconsultation en provenance des sept hôpitaux locaux et des deux EHPAD équipés. La téléexpertise entre le CHU de Nice et les hôpitaux locaux concerne des spécialités très variées auxquelles s'ajoutent des spécialités gériatriques (gérontologie et consultation mémoire) pour la téléconsultation. Onze cabinets médicaux sont équipés d'une «e-valise» permettant de pratiquer les examens courants pour les adresser à un spécialiste pour avis. La téléformation est utilisée dans le cadre de la formation médicale continue et pour les formations professionnelles et qualifiantes des personnels paramédicaux et sociaux.
- [144] L'expérimentation Médecin@Païs a fait l'objet de deux évaluations, la dernière date de mai 2010. Ces évaluations montrent une montée en charge très lente de la visioconsultation avec un niveau d'acceptabilité encore faible parmi les médecins généralistes. En revanche les dispositifs de téléexpertise et de téléformation ont plus rapidement convaincu. Les échanges de la mission avec les acteurs et les partenaires de l'expérimentation confortent ces conclusions.

2.3. Les effets des organisations coordonnées sur la prise en charge de la personne âgée

- [145] Outre les bénéfices qualitatifs cités par les acteurs, les effets de la coordination peuvent être objectivés par quelques indicateurs.
- [146] Les conclusions s'appuient sur des « faisceaux d'indices » tirés des observations de terrain qualitatives et quantitatives. Les résultats portent sur douze sites comparés deux à deux, puisque dans chaque région, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a choisi deux sites contrastés en matière de coordination et d'organisation des acteurs du champ sanitaire (y compris médecins de ville) et médico-sociaux (établissements et services).
- [147] L'analyse s'appuie sur l'observation de doubles différences entre indicateurs (de durée moyenne de séjour, d'entrée par les urgences, de transfert entre unités médicales) : différence entre les patients de tous âges et les patients de plus de 80 ans d'un part, et écart de cette différence entre les deux territoires ; plus précisément entre la différence de traitement que fait l'établissement enquêté du territoire T1 supposé être mieux coordonné et celle de l'établissement du territoire T2 décrit comme moins coordonné.
- [148] Pour avoir des données comparables entre établissements, l'étude s'appuie sur les extractions particulières de données de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ceci conduit à privilégier les indicateurs qui figurent dans les systèmes d'information, tels que la durée moyenne de séjour, les passages et les entrées aux urgences, ou encore les transferts entre services. A eux seuls, ces indicateurs ne permettent pas d'apprécier la qualité de la prise en charge : ils n'en sont que des indicateurs partiels, mais bien souvent concordants entre eux et avec les observations qualitatives.

2.3.1. Une durée moyenne de séjour réduite

- [149] Dans toutes les régions sous revue (excepté en Picardie), la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est inférieure dans les territoires avec coordination à celle observée dans les territoires moins organisés, et ce en dépit de DMS très différentes d'une région à l'autre.
- [150] Parmi les établissements examinés, les durées moyennes de séjours *tous âges confondus* s'étagent entre 5 (la durée moyenne la plus courte au CH de Péronne) et 9 (la durée la plus longue au CH de St Yrieix), la durée moyenne pondérée de ces 12 établissements étant de 6, très proche de la moyenne nationale de la France métropolitaine qui est de 5,9. *Pour les personnes âgées de 80 ans et plus*, cette durée moyenne de séjours va de 7,5 pour la plus courte – toujours à Péronne – à 10,8 au CH de Brive, soit une durée plus élevée que la durée moyenne nationale qui est de 9.
- [151] Dans les établissements des territoires moins coordonnés, la DMS des patients de 80 ans et plus est 1,7 fois plus élevée que la DMS de ceux âgés de 20 à 80 ans; elle n'est que de 1,3 fois plus élevé dans des territoires coordonnés comme celui du CH de St Yrieix dans le Limousin ou 1,2 fois autour du CH de Château du Loir (Pays de Loire).

Tableau 8 : La coordination réduit les durées moyennes de séjour

ATIH année 2009			Durées moyennes de séjour			Effet de la coordination : écart T1/T2
			tous âges	80 ans et plus	ratio (80/tous âges)	
Picardie	T2	CH Péronne	4,93	7,53	1,78	
	T1	CH Beauvais	6,15	10,54	1,72	-0,06 (ns)
Basse Normandie	T1	SI H Bessin	5,95	8,82	1,55	-0,10
	T2	CH Coutances	7,85	10,32	1,65	
Nord Pas de Calais	T1	GICL Lomme	5,15	7,8	1,58	-0,10
	T2	CH Arras	5,14	8,11	1,68	
Pays de Loire	T1	CH Château du Loir	7,66	8,47	1,23	-0,51
	T2	PSSL	5,97	9,4	1,74	
Limousin	T2	CH Brive	7,29	10,78	1,70	
	T1	CH St Yrieix	8,91	9,99	1,27	-0,43
PACA	T1	Ch Grasse	5,13	8,04	1,65	0,05 (non
	T2	CH Avignon	6,38	10,43	1,60	Significatif)

Source : Données ATIH (PMSI MCO hors séances et séjours de 0 nuits). Traitement IGAS

- [152] En outre, la comparaison des indices (ratio) d'allongement de la DMS pour les personnes âgées, entre les deux territoires d'une même région montre que la coordination s'accompagne d'une diminution de la différence dans les durées de séjour entre les personnes âgées et les adultes de 20 à 80 ans. Si l'écart interne à la région est faible et peu significatif pour les territoires de Picardie et ceux de Provence-Alpes-Côte d'Azur, il est de 10 points pour ceux de Basse-Normandie et pour ceux du Nord-Pas-de-Calais. Il atteint près de 50 points pour ceux des Pays de Loire et du Limousin, deux régions où se trouvent les deux organisations coordonnées les plus anciennes (CH de Château du Loir et CH de Saint Yrieix).
- [153] La durée moyenne de séjour ne mesure pas, à elle seule, la qualité de la prise en charge. Bien d'autres éléments y contribuent. On pourrait parfois même s'interroger sur la trop faible durée de certaines prises en charge qui conduiraient à des réhospitalisations. L'examen des données statistiques transmises par l'ATIH sur les trajectoires des patients selon l'âge, notamment les réhospitalisations sur une même catégorie d'activité de soins, ne permettent pas de tirer des conclusions affirmées.
- [154] Certains interlocuteurs ont expliqué la réticence à prendre en charge correctement les personnes polypathologiques âgées par une inadaptation de la tarification à l'activité qui favoriserait le raccourcissement des durées de séjour et rendrait non rentable l'accueil des ces personnes aux durées de séjour nécessairement plus longues. D'autres considèrent que la dernière version (V11) de la tarification qui intègre l'âge comme complément de complication et morbidité associée (voir encadré) permet tout au contraire une prise en charge adaptée. Les observations de la mission qui portent sur des moyennes par établissements et non sur des dossiers individuels, ne permettent pas de trancher ce débat.

Prise en compte de l'âge dans la T2A

1) L'utilisation de l'âge comme complément de CMA (complication et morbidité associée), s'explique par le constat d'une DMS plus longue, des patients de >69 et désormais de >79 ans.

Pour prendre en compte les diagnostics associés qui ne répondent pas individuellement aux critères de CMA, mais dont la fréquence et l'association augmentent avec l'âge, celui-ci devient la seule variable utilisable en sus des diagnostics et des actes marqueurs.

Actuellement, en hospitalisation complète, 196 « racines » de GHM soit 32% des 611GHM concernant les séjours d'adulte (à l'exclusion des grossesses et accouchements et de la périnatalogie) sont concernés par un effet âge : 55 à 69 ans, 141 à 79 ans.

2) Pour quelques racines, l'âge entraîne une modification d'activité

Les racines concernant les personnes âgées sont :

- Maladies dégénératives du système nerveux, âge > 79 ans ou < 80 ans ;
- Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères pré cérébrales, âge >79 ans ou < 80 ans;
- Troubles mentaux d'origine organiques, retards mentaux et autres psychoses âge > 79 ans ou < 80ans ;

2.3.2. Des entrées en hospitalisation par les urgences fortement diminuées

- [155] Tous les établissements n'ont pas déclaré la part des personnes âgées dans les passages aux urgences suivies d'hospitalisation¹⁷. Les pratiques des établissements sont très variables : pour certains le passage par les urgences est « la porte d'entrée » de l'établissement de santé, comme cela nous a été dit par exemple au CH de Beauvais ou à celui d'Arras. La part des séjours (tous âges) entrés par les urgences va de 34% au CH de Coutances, à 85% au CH de Château du Loir par exemple.

¹⁷ A la différence des données DREES SAE du § 1.2.3 qui retracent l'ensemble des passages aux urgences, cette donnée de l'ATIH ne concerne que les passages aux urgences suivis d'hospitalisation

Tableau 9 : La coordination réduit la part des entrées par les urgences

ATIH Année 2009			Part des séjours entrés par les urgences			
			Personnes âgées de 20 à 80 ans	PA de 80 ans et plus	Surreprésentation des PA : ratio 80/ (20-80) :	Effet de la coordination : écart T1/T2
Picardie	T2	CH Péronne	Nr	Nr	Nr	
	T1	CH Beauvais	52,7	82,3	1,56	
Basse Normandie	T1	SI H Bessin	Nr	Nr	nr	
	T2	CH Coutances	33,5	35,8	1,07	
Nord Pas de Calais	T1	GICL Lomme	49,1	63,2	1,29	-0,36
	T2	CH Arras	45,1	74,3	1,65	
Pays de Loire	T1	CH Château du Loir	83,6	86,1	1,03	-0,25
	T2	PSSL	63,6	81,6	1,28	
Limousin	T2	CH Brive	48,3	68,4	1,42	
	T1	CH St Yrieix	68,4	80,6	1,18	-0,24
PACA	T1	CH Grasse	64,4	85,0	1,32	0,02 (non
	T2	CH Avignon	51,4	66,7	1,30	significatif)

Source : Données ATIH 2009 (PMSI MCO hors séances et séjours de 0 nuits). Traitement IGAS

[156] Quelle que soit l'importance des entrées en hospitalisation par les urgences de chaque établissement, la part des personnes âgées est toujours bien supérieure à celle des 20-80 ans, sauf à Château du Loir où elle est proche (ration proche de 1). Dans les centres hospitaliers de Beauvais et d'Arras la surreprésentation des personnes âgées aux urgences est la plus forte : leur part est 1,6 fois supérieure à celle des 20 à 80 ans (au CH de Beauvais, c'est là que se fait l'évaluation gériatrique). Il est à noter que le CH d'Arras a réalisé une étude sur le fonctionnement de son service des urgences afin de prendre les mesures nécessaires à l'amélioration de cette situation¹⁸.

[157] A côté de ces écarts internes à chaque établissement, la comparaison entre établissements par type de territoire indique l'effet de la coordination. La coordination réduit de 24 à 36 points de pourcentage la surreprésentation des entrées des personnes âgées par les urgences. Autrement dit, la coordination diminue d'un quart, voire d'un tiers, la tendance des personnes âgées à passer par les urgences pour entrer en hospitalisation.

2.3.3. Des transferts entre services plus difficilement mesurables

[158] L'enquête tente de mesurer les transferts entre services dans l'hôpital. par un indicateur : celui du nombre d'unités médicales décomptées au cours d'une même hospitalisation. Cet indicateur est un minorant de ces transferts car tous les mouvements entre services ne sont pas enregistrés dans le logiciel de saisie, surtout si le passage est inférieur à la journée.

[159] Au cours d'un séjour hospitalier, selon cet indicateur, les patients passent par un peu plus d'une unité médicale en moyenne. Ce nombre d'unités médicales fréquentés lors d'un séjour est légèrement plus élevé pour les personnes âgées de plus de 80 ans ; l'effet le plus visible est au GHICL de Lille-Lomme, plus léger à St Yrieix, et très tenu à Château du Loir (notamment en lien avec sa bien moindre taille et sa quasi spécialisation gériatrique de fait).

¹⁸ Etude sur les délais d'hospitalisation des patients admis aux urgences : épidémiologie analytique. Docteur Bilal Majed, juin 2010

Tableau 10 : Les transferts entre services

ATIH année 2009			Nombre d'unités médicales			
			Adultes âgés de 20 à 80 ans	Personnes âgées de 80 ans et plus	ratio 80/ 20- 80	Effet de l'organisation écart T1/T2
Picardie	T2	CH Péronne	1,34	1,15	0,86	
	T1	CH Beauvais	1,32	1,67	1,27	0,41
Basse Normandie	T1	SI H Bessin	1,12	1,18	1,05	0,06
	T2	CH Coutances	1,12	1,11	0,99	
Nord Pas de Calais	T1	GICL Lomme	1,15	1,33	1,16	-0,12
	T2	CH Arras	1,32	1,68	1,27	
Pays de Loire	T1	CH Château du Loir	1,07	1,06	0,99	-0,03
	T2	PSSL	1,1	1,12	1,02	
Limousin	T2	CH Brive	1,21	1,32	1,09	
	T1	CH St Yrieix	1,17	1,18	1,01	-0,08
PACA	T1	Ch Grasse	1,17	1,32	1,13	0,09
	T2	CH Avignon	1,2	1,24	1,03	

Source : Données ATIH 2009 (PMSI MCO hors séances et séjours de 0 nuits). Traitement IGAS

[160] Les transferts entre services sont plus difficilement mesurables mais également complexes à analyser. En effet, lors d'une hospitalisation, l'accès ou le transfert du patient vers le service spécialisé dans la pathologie diagnostiquée est une réponse adaptée qui s'avère d'autant plus nécessaire pour les personnes âgées, la coexistence de pathologies augmentant fortement avec l'âge.

[161] En revanche, parfois ces transferts résultent soit de difficultés de gestion des lits disponibles, soit de difficultés liées à la complexité des cas des personnes âgées polypathologiques. Pour ces personnes âgées fragiles, en l'absence de service dédié de court séjour gériatrique, aucun service spécialisé n'est totalement approprié ou plusieurs le sont partiellement. Une intervention spécialisée risque d'engendrer une décompensation liée à une autre pathologie, alors qu'une prise en charge globale dans un même service aurait permis de mieux gérer la globalité du patient polypathologique fragile.

2.4. Une persistance des difficultés même dans les formes les plus avancées de coordination

[162] Certaines difficultés ont été particulièrement relevées : les cultures restent cloisonnées, que ce soit à l'intérieur du secteur sanitaire ou entre secteurs sanitaire et social ; faire du médecin traitant le « pivot » de la coordination se heurte dans certains territoires à la question de la démographie médicale ; les liens entre hôpital et EHPAD sont difficiles le week-end et la nuit ; les frontières entre structures de prise en charge rendent les parcours peu fluides ; le manque de solutions d'aval bloque des sorties d'hospitalisation adaptées aux situations des patients.

2.4.1. Le cloisonnement des cultures

2.4.1.1. A l'intérieur de l'hôpital

- [163] La coordination commence à l'intérieur même de l'hôpital. L'étude des équipes mobiles gériatriques implantées dans les hôpitaux des territoires étudiés le montre.
- [164] Alors que la circulaire du 28 mars 2007 diversifie largement les missions des équipes mobiles gériatriques et ouvre leur champ d'intervention sur l'environnement de l'hôpital et sur les acteurs de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, la mission a constaté que les interventions restent encore majoritairement intra-hospitalières.
- [165] La prédominance de ces interventions à l'intérieur de l'hôpital n'a pas pour seule explication le niveau des financements obtenus. Les équipes mobiles gériatriques rencontrées expliquent cette situation par la nécessité de concentrer au départ leurs activités sur l'hôpital pour convaincre leurs pairs souvent sceptiques : à l'instar de toutes les équipes transversales intervenant dans une organisation verticale, elles ont dans un premier temps bousculé les modes de fonctionnement en vigueur.
- [166] Parfois, selon leurs dires, les collègues côtoyés quotidiennement au sein de l'hôpital ont été les plus difficiles à convaincre et c'est également avec eux que la relation confiante a été la plus longue à construire.

2.4.1.2. Entre l'hôpital et l'ambulatoire

- [167] Le cloisonnement des cultures internes au secteur sanitaire s'observe aussi entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. L'hôpital a souvent été qualifié de « boîte noire » par les médecins généralistes rencontrés. De leur côté, les médecins hospitaliers perçoivent les médecins généralistes comme des « adresseurs » qui soupèsent insuffisamment la décision d'hospitalisation et négligent de transmettre les informations médicales indispensables à la prise en soins. Les outils de coordination manquent ; le médecin traitant ne sait pas à qui adresser son patient poly-pathologique et dit le « perdre » dans les services. Toutefois, le lien ville-hôpital fonctionne mieux dans les hôpitaux de petite taille où les échanges de personnel sont fréquents, comme à Péronne ou à Château du Loir (encadré).

Dans les petits hôpitaux, des liens facilités par le partage de temps de personnels

1) Exemple du Centre hospitalier de Château du Loir (Sarthe)

Le CH tend à se spécialiser dans la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques avec pour objectif la structuration d'une filière gériatrique complète. L'hôpital offre d'ores et déjà un large panel de spécialistes, par accord de temps partagé avec d'autres établissements ou structures ambulatoires. A ce jour, les compétences au service des personnes âgées sont : des gériatres, un neurologue, un ergothérapeute, un neuropsychologue, des psychologues, une référente handicap vieillesse, un ostéopathe, un référent douleur, un référent soins palliatifs, des diététiciennes, une assistante sociale, des kinésithérapeutes.

Deux praticiens hospitaliers du CH sont médecins coordonateurs d'EHPAD.

Un bureau de permanence médicale de nuit tenue par les médecins de ville (de 20h à 24 heures), dite Maison de permanence des soins de garde, est installé dans un local mitoyen au service des urgences de l'hôpital. La désertification médicale risque de mettre cette permanence en péril : la permanence était répartie sur 25 médecins libéraux en 2003 ; ils ne sont plus que 12 en 2010.

2) Exemple du Centre Hospitalier de Péronne (Picardie)

La collaboration entre les acteurs passe beaucoup par les personnes que ce soit dans le secteur sanitaire, grâce aux temps partagés de médecins entre structures, notamment avec le CH de Saint Quentin, le CHU d'Amiens, des structures privées (la plupart des praticiens du service de chirurgie travaillent aussi ailleurs), ou la médecine libérale ; ou que ce soit avec le secteur médicosocial : par exemple temps partagé d'un médecin entre la direction d'un EHPAD et l'exercice libéral.

Les formations sont aussi des moments de rencontres utiles, tels le réseau de formation post universitaire avec tous les généralistes où les hospitaliers interviennent, ou via la Fédération de Gériatrie, facilitant le lien avec les SSR.

Deux fois par an, les « Nocturnes » de l'hôpital sont l'occasion d'échanger avec les médecins libéraux sur les projets, notamment le projet d'établissement.

•

2.4.1.3. Entre le sanitaire et le social

[168] Le cloisonnement entre les cultures est plus marqué encore entre l'hôpital et le secteur médico-social, ou avec les services sociaux. L'ignorance des ressources de chacun va alors de pair avec une certaine défiance.

[169] Pour la dépasser, le volontarisme des directeurs de centres hospitaliers pour nouer des partenariats, volontarisme qui a été rencontré partout à des degrés divers, nécessite pour se concrétiser, d'aller de pair avec leur capacité à faire se rapprocher tous les acteurs (Beauvais, Lille).

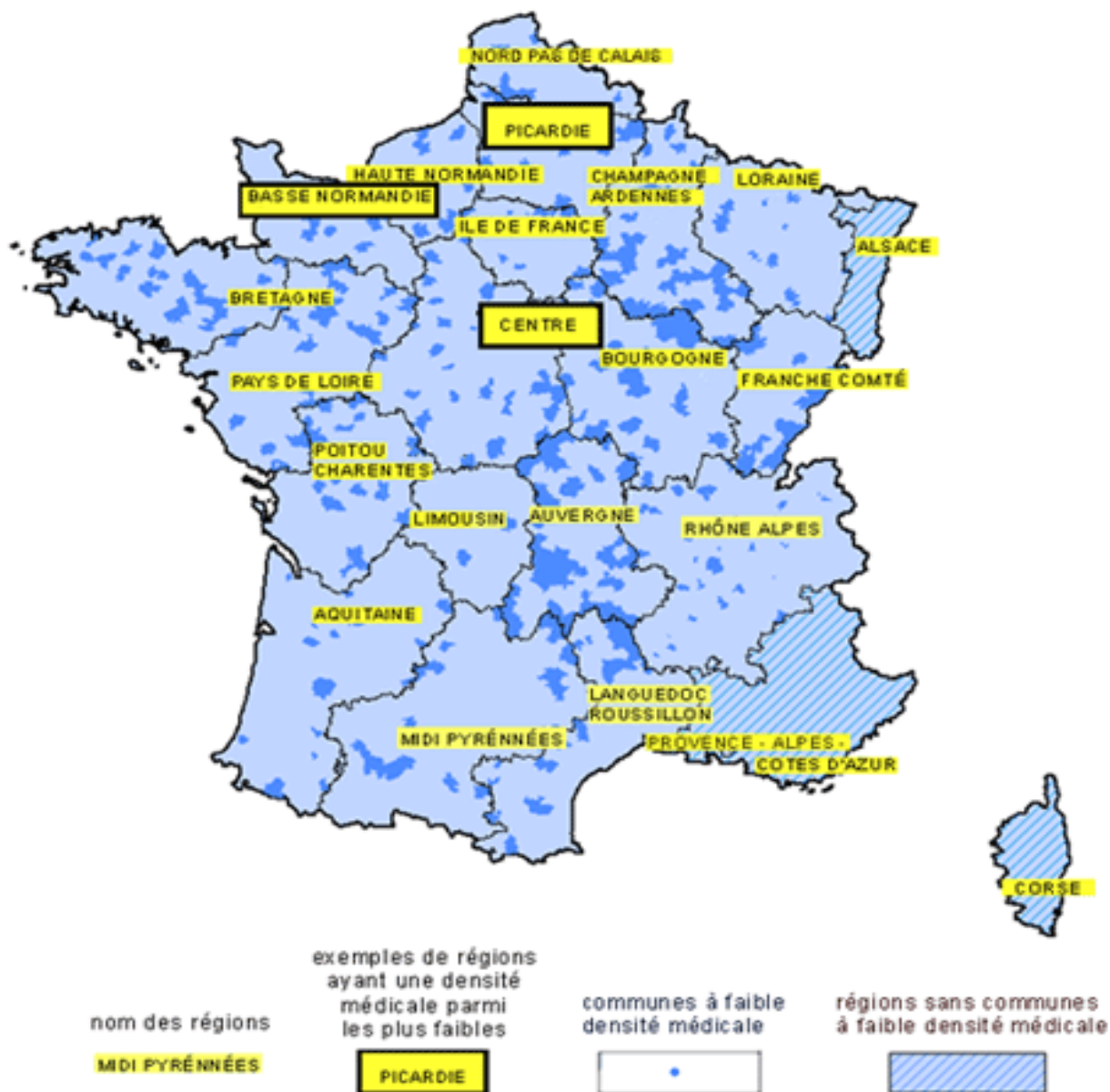
[170] Pour créer des relations de confiance, plusieurs établissements de santé ont organisé des **formations ouvertes aux divers acteurs de la filière**, ce qui favorise les rencontres et interconnaissances. C'est par exemple le cas des formations dispensées à travers les équipes mobiles gériatriques (Arras, Lille) ou par ouverture aux partenaires externes (EHPAD, SSIAD ou CLIC) du plan de formation interne du Centre Hospitalier comme dans le Limousin et à Château du Loir.

2.4.2. La permanence des soins et la démographie médicale

[171] Mettre le médecin traitant au cœur du dispositif pour réguler le parcours de soins de la personne âgée reste un vœu pieux, irréaliste dans les zones en voie de désertification médicale rencontrées par la mission (cantons ruraux de la Sarthe, de Basse-Normandie, de Picardie, ...).

[172] Parmi les régions sous revue, deux se situent en positions extrêmes pour leur densité médicale : la Picardie où la densité est la plus faible (238/100 000) et PACA où elle est la plus élevée (375/100 000). La région Basse Normandie, est une des trois régions aux densités médicales les plus faibles après la Picardie et le Centre.

Graphique 5 : Carte des zones de faible densité médicale



Source : DGOS(2008)

- [173] Comment concilier le manque de médecins généralistes libéraux dans certains territoires avec les missions qui leur sont dévolues ?
- [174] Sur les territoires enquêtés les médecins généralistes auditionnés n'ont pas manqué de pointer ces contradictions : «*manque de concertation lors de la discussion sur le décret relatif aux rôles du médecin traitant et du médecin coordonateur en EHPAD*», «*tarification des visites en EHPAD*», «*tarification de la visite à domicile, instrumentalisation du rôle du médecin traitant lors d'une HAD*», «*difficulté à dégager le temps nécessaire à une consultation pour une personne âgée fragile*».
- [175] Des pratiques volontaristes ou innovantes de coordination, de **travail sur projet collectif** peuvent rendre attractive l'installation de jeunes médecins ou assurer la pérennité de l'implantation de professionnels en exercice sur des territoires a priori moins incitatifs que d'autres.

- Ainsi, en Basse-Normandie, le président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) milite pour la création de pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA)¹⁹ concourant à « favoriser notamment le regroupement pluri-professionnel, valoriser la qualité et développer l'attractivité pour les jeunes professionnels de santé désireux de travailler de manière regroupée ».
- Dans le Bessin, les acteurs du Groupement de coopération sanitaire (GCS) « Soigner ensemble dans le Bessin » et du réseau de santé du Bessin (RSB), retirent du bilan de leur coopération un « bénéfice collatéral » à savoir l'attractivité des professions de santé non médicales (installation de diététiciennes et podologues) comme médicales (cinq médecins spécialistes installés dans le Bessin en raison de l'organisation et du maillage ville-hôpital).
- De même, dans le Limousin, la coopération entre ville et hôpital attire des médecins qui s'installent : il n'y a pas de pénurie médicale.
- Dans une autre région peu dotée, la Picardie, au CH de Beauvais, la dynamique du projet de coopération hospitalière Oise Ouest est un des atouts de la stratégie de recrutement pour l'hôpital parmi les étudiants en médecine accueillis en stage ; alors que jusqu'alors, les stagiaires repartaient dès que possible pour la région parisienne toute proche.

[176] Par ailleurs organiser un parcours de soins à travers les structures cloisonnées requiert une compétence autant administrative que sanitaire, ce qui n'est pas le cœur de métier du médecin traitant, par ailleurs rare et débordé. **La délégation de tâches** et la montée en charge de la fonction de « **gestionnaire de cas** », sont des premières réponses à ces difficultés (voir recommandation § 3.3.1).

[177] Expérimenté dans le cadre des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), le dispositif des « gestionnaires de cas » a fait l'unanimité des responsables des quatre sites visités où il était mis en place (Bouches du Rhône, Nord, Pas de Calais, Sarthe)²⁰ sur les 17 lieux expérimentateurs de MAIA.

[178] En Ile-de-France, la Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon, visitée par la mission, est expérimentatrice d'une MAIA portée par un groupement de coopération sociale et médico-social (GCSMS). Ce groupement qui couvre le 20^{ème} arrondissement de Paris et comprend cinq acteurs des secteurs sanitaire et médico-social privés et publics. Le gestionnaire de cas inscrit son action au sein d'une structure implantée sur un territoire de proximité où les acteurs se coordonnent de façon renforcée pour traiter les prises en charge des personnes âgées les plus complexes.

¹⁹ L'URML Basse-Normandie et la démographie médicale Politique régionale des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires juin 2009

²⁰ Institut de la maladie d'Alzheimer de Marseille (Bouches du Rhône) ; association EOLLIS (Nord) ; CLIC de Montreuil soutenu par le réseau Méotis (Pas de Calais) ; Centre Départemental d'information pour Personnes Agées (Sarthe)

L'expérience québécoise

Les Québécois partant du constat que l'allongement de l'espérance de vie, le développement des maladies chroniques, la prévalence des problèmes de santé et de perte d'autonomie de longue durée, en tirent la conclusion qu'il convient de passer d'un « modèle hospitalo-centrique dédié aux maladies aiguës à un modèle domicilo-centrique voué aux soins chroniques ». Ils lancent alors une expérimentation permettant une intégration structurelle et fonctionnelle de tous les acteurs à partir d'un modèle novateur appelé PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie)²¹. Ce modèle se base sur six éléments : concertation locale, guichet unique pour l'accès aux services, attribution à chaque client d'un gestionnaire de cas, mise en place d'un plan de services individualisé, adoption d'un outil unique d'évaluation et utilisation d'un dossier clinique informatisé.

Si d'autres expériences de ce type ont été menées à l'étranger (*Community matrons* au Royaume-Uni, programme *Evercare* aux Etats-Unis), c'est le programme québécois qui fait référence²². Il fait ainsi depuis 2005 l'objet d'une expérimentation en France (programme de recherche Prisma France²³). Selon Réjean Hébert, gériatre, l'étude d'impact réalisée sur plusieurs années sur 1 500 personnes âgées montre que celles qui bénéficient de l'expérimentation font preuve de plus d'autonomie dans leur choix de santé mais également qu'elles connaissent une réduction significative de la perte d'autonomie et de l'institutionnalisation et qu'enfin, on note une réduction de 10% des consultations des urgences et de 5% des recours à l'hospitalisation²⁴.

2.4.3. Les hospitalisations de week-end et de nuit des résidents d'EHPAD

- [179] De façon récurrente, la question de l'hospitalisation le week-end ou la nuit a été posée, et dans les deux sens. Les hospitaliers pointent le manque de personnel soignant des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) la nuit ou le week-end (Arras, Château du Loir). Inversement, les directeurs d'EHPAD font état de sorties imprévisibles des urgences vers le domicile la nuit rendant le retour problématique.
- [180] Ces affirmations récurrentes croisées demandaient à être objectivées.
- [181] Dans deux régions, Pays de Loire et Nord Pas de Calais, la mission a réalisé une enquête spécifique sur les hospitalisations la nuit et le week-end au cours de l'année 2009, des résidents des EHPAD. Une vingtaine d'EHPAD ont répondu soit en remplissant le tableau statistique proposé, soit en adressant les données individuelles d'hospitalisation. L'ensemble des données exploitables sous forme statistique concerne 14 EHPAD : 7 en Pays de Loire, 7 en Nord Pas de Calais (Voir *Annexe 4 : Méthodes et recueil des données de site*). Des données qualitatives ont également été fournies par des EHPAD en Picardie, et en Basse Normandie.
- [182] Ces données ont permis d'établir une corrélation entre le temps de présence de médecin coordonnateur par résident, et la fréquence des hospitalisations hors permanence des soins. Plus le temps de médecin coordonnateur est important (ratio par résident), plus la part des hospitalisations en urgence hors permanence des soins est faible. Il s'agit ici du temps de présence effective qui est souvent inférieur à celui inscrit dans les conventions, faute de médecin disponible.

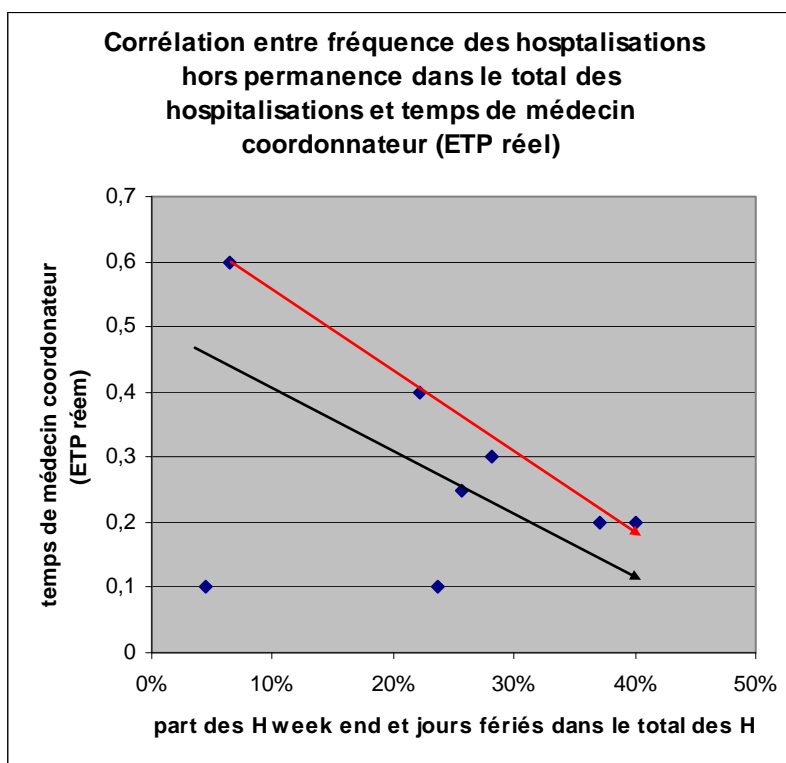
²¹ Rejean Hébert « La transition démographique De l'hospitalocentrisme vers les soins à domicile, une transition nécessaire du système de santé » Actes du Forum Franco-québécois sur la santé septembre 2005

²² Centre d'analyse stratégique « vivre ensemble plus longtemps » juillet 2010

²³ Rapport Prisma France « Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action » décembre 2008 - recherche financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA), la direction générale de la Santé (DGS) et le régime social des indépendants (RSI)

²⁴ Rejean Hébert, *op cit*

Graphique 6 : Hospitalisations d'urgence et temps présence du médecin coordonnateur



Source : Enquête mission IGAS septembre 2010

[183] Cette analyse mériterait d'être reprise de façon plus systématique et approfondie en tenant compte également du GMP de chaque établissement.

[184] Sur la question des hospitalisations du week-end et de la nuit, il ressort que les cas dramatiques qui se produisent, déforment la perception d'une réalité qui n'est ni si fréquente, ni injustifiée. Trois résultats :

- seulement un quart des hospitalisations parmi les EPHAD qui ont répondu (Pays de Loire, Nord-Pas-de-Calais essentiellement) se sont passées la nuit ou le week-end ;
- d'après les informations qualitatives collectées, la plupart sont justifiées ; un cas sur dix est inadéquat et résulte d'une inquiétude par manque de compétence médicale ;
- le temps de présence d'un médecin coordonnateur tend à diminuer les hospitalisations non justifiées (cf. ci dessus).

[185] Les acteurs de l'hôpital considèrent qu'une plus forte médicalisation des EHPAD éviterait de nombreuses hospitalisations, et que les EHPAD ne font pas assez appel à l'HAD qui serait une alternative utile (par exemple pour une perfusion régulière). Certains EHPAD avancent qu'une HAD lourde coûte beaucoup plus cher à la collectivité qu'une hospitalisation.

- [186] Le rapport récent de l'IGAS sur l'hospitalisation à domicile²⁵ précise que si le coût d'une journée en HAD est nettement inférieur à celui d'une journée en médecine chirurgie obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR), l'intérêt médico-économique de l'HAD « doit cependant s'apprécier par rapport à la trajectoire complète des patients. Ainsi, dans les cas où elle est nettement plus longue, une prise en charge en HAD peut se révéler plus coûteuse qu'une hospitalisation classique ».
- [187] De même l'ATIH²⁶ a montré que « le montant moyen d'un séjour en soins palliatifs est moins coûteux en MCO qu'en HAD (7185 € contre 8160 €) ». Pour conclure sur ce point des tarifs, le rapport de l'IGAS indique que « si l'hospitalisation à domicile doit s'étendre en direction d'une patientèle âgée faisant l'objet de soins lents et coordonnés, il faut que les tarifs prennent en compte la durée et répercutent et définissent le niveau de charge en soins et de complexité qui hiérarchise les interventions pratiquées soit en SSIAD soit en HAD soit en SSIAD dits lourds... ».

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les 6 900 EHPAD sur l'ensemble du territoire accueillent au 31 décembre 2007 environ 495 000 personnes âgées dépendantes, parfois très dépendantes. Des créations de places ont été engagées avec le « Plan vieillissement et solidarités » puis le « Plan solidarité grand âge », au rythme de 7 500 par an contre 5 000 à l'origine. Le taux d'encadrement a été renforcé parallèlement en personnels soignants (aides-soignants, infirmières et aides médico-psychologiques) passant de 22 pour 100 places fin 2003 à 25 fin 2007, tout comme pour l'ensemble des personnels dont le taux d'encadrement passe sur la même période pour les EHPAD à 57²⁷.

Le rôle et la place des médecins coordonnateurs avaient été réaffirmés par un décret du 11 avril 2007. Un nouveau décret relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant en EHPAD renforce leur place. Enfin, la circulaire budgétaire 2010 de la DGCS et de la DSS²⁸ lance une expérimentation de la présence d'infirmières de nuit dans les EHPAD au titre des soins palliatifs, financée sur les crédits ONDAM personnes âgées.

Dans les territoires visités, la mission a constaté d'importantes différences de couverture en places d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ainsi, pour une moyenne nationale de 78,5 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans²⁹, l'amplitude va de 58,8 en Nord Pas de Calais à 112,7 en Picardie pour 85,3 en Limousin. La diversité est très grande aussi en types de dispositifs offerts : accueil de jour, hébergement temporaire, ou service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) rattaché ainsi qu'en temps de présence des médecins coordonnateurs.

2.4.4. Les frontières entre les structures de prise en charge

- [188] Les diverses structures de prise en charge des personnes âgées, l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide à domicile (SAD) présentent des frontières inadaptées aux situations rencontrées. Ce qui les distingue en principe est le degré de charge de soins, et le mode de facturation. Mais en réalité, bien souvent, c'est la disponibilité des services qui fait la décision.

²⁵ L'hospitalisation à domicile. Rapport établi par Nicolas Durand, Christophe Lannelongue, Patrice Legrand, membres de l'IGAS et le Dr Vincent Marsala CGES juillet 2010

²⁶ ATIH. Analyses de données PMSI 2008 relatives à l'activité de l'HAD- Août 2009

²⁷ Source Etudes et résultats DREES n° 689 mai 2009 L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

²⁸ Circulaire interministérielle n°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

²⁹ Source Ecosanté 2008

- [189] De l'HAD au SSIAD, la prise en charge sanitaire décroît. L'HAD est en principe une hospitalisation dont la surveillance est assurée par le médecin de ville ; le SSIAD procure des soins infirmiers moins lourds (escarres, pansements, toilettes médicalisées). Les SAD ne donnent pas de soins mais de l'aide à la vie quotidienne (aide à l'habillage, ménage, repas). Dans les faits, la distance est faible entre une toilette médicalisée faite par un SSIAD et une toilette d'un patient très dépendant faite par un SAD. Certains patient demandent des soins trop lourds pour le SSIAD mais ne relèvent pas de l'HAD (Lille, Bessin).
- [190] L'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont financés par l'assurance maladie ; mais l'HAD est dans l'ONDAM sanitaire alors que le SSIAD est dans l'ONDAM médico-social. Les services d'aide à domicile (SAD) relèvent du social, financé en partie par le Conseil Général (Aide personnalisée d'autonomie APA : Groupe iso ressources /GIR 1 à 4) et par la branche vieillesse de la sécurité sociale (GIR 5 et 6).
- [191] L'HAD se heurte souvent au manque de disponibilité des professionnels de santé libéraux. Pour y remédier le CH de Péronne, par exemple, a signé 18 conventions individuelles avec des infirmières diplômées d'Etat (IDE) pour garantir leur disponibilité horaire à intervenir dans l'HAD. Le délai de mise en place de l'HAD est incompatible avec les situations d'urgence (cas cités à Lille, à Avignon).
- [192] La question de la tarification est aussi fréquemment citée. L'intégration des soins infirmiers dans le tarif des SSIAD a pu amener certains services à refuser de prendre en charge des patients trop lourds ; ceci nous a été confirmé sur plusieurs sites (Lille, Bessin).
- [193] Côté usagers, les tarifs d'hébergement sont trop élevés. Dans les établissements visités par la mission, les tarifs s'établissaient entre 55 et 60 euros soit dans la moyenne de ceux des établissements enquêtés par une mission IGAS récente³⁰ (dispersion de 36,36 à 86,60 euros). Cette dernière mission fait aussi remarquer que le coût à charge des résidents ne se limite pas au seul tarif d'hébergement mais qu'il faut y ajouter le « talon APA » et des dépenses diverses qui « amènent » au total le coût mensuel supporté à une moyenne de 2200 euros pour les 20 établissements visités.³¹

2.4.5. Le phénomène des « bedblockers »

- [194] L'encombrement des lits d'hôpitaux par des personnes âgées qui ne peuvent plus rentrer chez elles, faute de solution d'aval est un problème cité par tous. Ceci commence par les patients qui devraient sortir de l'hôpital, mais qui, ne trouvant pas de place dans le secteur médico social, y demeurent, devenant des « bedblockers ».
- [195] L'absence de lits d'aval « engorge » la filière : cet encombrement « remonte » aux lits de SSR, d'USLD puis de court séjour. L'exemple de Beauvais le montre : la création de 20 places supplémentaires d'EHPAD a permis de résoudre les problèmes durant deux années, puis le système a été à nouveau engorgé.
- [196] Les raisons en sont de trois ordres :
- d'abord social avec la difficulté de retrouver la famille d'un patient arrivé seul par les urgences, l'isolement du logement ou l'habitat trop dégradé qui interdit le retour à domicile, les délais de procédure pour les majeurs protégés (attente de jugement de mise en tutelle) de l'ordre de plusieurs mois (cas cités à Péronne, Château du Loir) ;
 - ensuite financière avec la préférence de la famille pour le maintien à l'hôpital, en court séjour ou en SSR plutôt qu'en EHPAD, où le « reste à charge » est trop lourd, la prise en

³⁰ Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Rapport établi par Christine Branchu, Joëlle Voisin, Jérôme Guedj, Didier Lacaze et Stéphane Paul, Aout 2009.

³¹ Le coût net peut être un peu inférieur pour les bénéficiaires d'aides au logement ou d'aides fiscales.

charge par l'APA ou l'aide sociale longue à mettre en place (cas cités à Brive, Carentan, Péronne, Beauvais) ;

- enfin, médicale en l'absence de complétude d'une filière gériatrique hospitalière ou d'une fluidité insuffisante de ses composantes.

[197] L'hébergement temporaire constitue une solution de transition possible pour les patients sortants d'hospitalisation mais dont le retour à domicile reste provisoirement difficile. Cependant, en dépit des plans visant à développer l'hébergement temporaire³², la pratique en est peu diffusée tant dans les sites visités qu'au plan national. Fin 2009, selon le bilan réalisé par la DGCS, le nombre de places installées est de 1500 alors que 3375 places étaient prévues par le Plan solidarité grand âge.

[198] Une des explications données dans les territoires enquêtés par les directeurs d'établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est que disposant de quelques places (entre une et trois) ils déplorent des taux d'occupation insuffisants.

[199] Plusieurs raisons ont été invoquées :

- une méconnaissance et un manque d'information des médecins traitants comme des hospitaliers,
- une difficulté de gestion d'un dispositif jugé complexe,
- la difficulté à organiser la continuité de l'intervention des SAD et l'impact financier de l'entrée en hébergement temporaire sur l'APA. Les résidents temporaires doivent assumer leurs charges habituelles notamment de logement tout en réglant les frais d'hébergement temporaire.

Trois exemples de bonnes pratiques dans les territoires visités

Le centre hospitalier de Saint Yrieix qui dispose déjà de places d'hébergement temporaire en EHPAD vient d'ouvrir deux places d'accueil de nuit sur ses cinq places autorisées pour traiter les situations d'urgence de personnes âgées qui ne nécessitent pas ou plus d'hospitalisation dans des lits sanitaires (CSG ou SSR) mais qui ne peuvent toutefois pas retourner à leur domicile ;

Le centre hospitalier de Beauvais dispose dans son EHPAD « Beaupré » de 64 lits d'hébergement complet et de 3 lits d'hébergement temporaire qui accueillent de façon optimisée des personnes âgées en fonction de leurs besoins ou des personnes de l'entourage des résidents sur courte période (374 journées réalisées pour 11 personnes accueillies en 2009) ;

L'EHPAD de Fourne en Weppes, dans la région Nord-Pas-de-Calais est un établissement géré par la Croix Rouge qui se consacre uniquement à l'accueil de personnes âgées sur le mode de l'hébergement temporaire : 44 places sont ouvertes pour des séjours allant de 48 h à 3 mois. 400 admissions se font chaque année avec une file active de 350 résidents et un taux de retour à domicile de 90 %. Cet établissement fonctionne grâce à une plateforme intégrée qui comprend outre cet EHPAD, un accueil de jour, un SSIAD et un SAD.

³² La loi du 2 janvier 2002 introduit l'hébergement temporaire dans le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux. Les articles 15 et 56 de la loi de 2002 donnent une base légale explicite à l'accueil temporaire en tant que mode d'organisation transversale des établissements et services (article 15 – L312-1 (I et III) – dernier alinéa du I) et renvoient par un article sur la tarification (article 56 – L 314-8 sur les « modalités de fixation de la tarification des établissements ») à la mise en œuvre réglementaire de ce mode d'organisation (conventionnement tripartite). Sa durée maximale prévue est de trois mois

3. LES PROPOSITIONS POUR RENFORCER LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS

[200] Les propositions s'articulent autour de trois axes : l'organisation de parcours coordonnés de soins, l'ouverture de l'hôpital sur son environnement, la fluidité des dispositifs de prise en charge.

3.1. *Faciliter l'organisation de parcours de soins coordonnés*

[201] L'enquête menée dans les douze territoires a montré que la prise en charge des personnes âgées s'organisait, mais avec un rythme et une coordination entre les acteurs hospitaliers et les secteurs ambulatoire et médico-social contrastés. La mise en place d'une filière labellisée de soins gériatriques ou d'un pôle gériatrique nécessite encore une forte impulsion des agences régionales de santé (ARS).

[202] Plus que de nouveaux dispositifs, l'enquête fait apparaître la nécessité de renforcer la coordination entre acteurs sur le terrain. La création des ARS répond notamment à cette préoccupation. Les ARS peuvent jouer un rôle d'animation et de pilotage dans la mise en place et le développement des filières qui nécessitent proximité et connaissance des acteurs locaux. Les ARS ont besoin enfin de plus de marge de manœuvre pour leur permettre de contribuer au financement de projets coordonnés de prise en charge des personnes âgées, un élargissement aux secteurs ambulatoire et médico-social d'une partie de la dotation nationale de financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) devrait y contribuer.

3.1.1. Améliorer les incitations à la coordination

[203] Les différents constats développés dans l'étude amènent à préconiser des incitations à la coordination et la coopération. La pédagogie autour d'un projet partagé de prise en charge des personnes âgées d'un territoire sera plus forte si chaque intervenant peut retirer un intérêt matériel, financier, de la mutualisation des ressources.

[204] Inciter à la coordination, à la coopération des acteurs signifie :

- mobiliser les institutionnels du maintien à domicile, des structures médico-sociales, de l'hôpital comme de la médecine de ville quels que soient les modes d'exercice (individuel, en maisons ou pôles de santé, en centres de santé) ;
- dépasser les clivages public/privé lucratif/associatif ;
- favoriser le travail en commun des professionnels soignants.

[205] Deux axes d'action résultent de ces constats :

- pour l'ensemble des acteurs, la nouvelle procédure d'appels à projet dans le champ médico-social³³, aujourd'hui placée sous la responsabilité des ARS, pourrait être utilisée pour faciliter le regroupement ou à tout le moins la coopération des acteurs.
- Ces appels à projets pourraient explicitement favoriser les réponses groupées d'opérateurs, de taille modeste mais complémentaires aptes à répondre aux besoins spécifiques d'un territoire. Ces groupements dans leur réponse pourraient indiquer les partenariats qu'ils comptent nouer avec les autres intervenants du territoire, réseaux de santé gérontologique ou CLIC, voire professionnels de santé libéraux et hospitaliers pour faciliter un continuum de prise en charge des publics âgés.
- Cette nouvelle procédure inscrirait ainsi les projets retenus dans une dynamique de territoire alors qu'aujourd'hui les autorisations ne favorisent ni complémentarité des

³³ Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et de la famille

acteurs (SSIAD/ EHPAD ni même SPASAD, par exemple), ni l'émergence d'opérateurs de taille critique notamment dans le secteur associatif pour porter des projets plus complexes ou coûteux. Cette nouvelle procédure pourrait inciter à un décloisonnement entre le champ ambulatoire, le médico-social et le sanitaire.

- pour le médico-social, une nouvelle étape d'incitation au regroupement des structures : une expérimentation à la main des ARS pourrait constituer en une tarification des GCSMS eux-mêmes et non de chacune de ses composantes pour développer une réelle fongibilité des enveloppes et générer des effets de structures positifs avec un tarif évidemment plus attractif dans ce cas. Des indicateurs à construire devraient là encore mesurer le retour sur investissement pour les finances publiques de cette organisation coopérative avec une possibilité de réallocation partielle de ces gains sur des projets innovants ou coûteux aujourd'hui.

Recommandation n°1 : Utiliser l'appel à projet dans le secteur médico-social pour inciter à la coordination des acteurs.

Recommandation n°2 : Expérimenter dans trois régions une tarification propre aux groupements de coopération sanitaire et médico-sociale.

3.1.2. Confier aux ARS le pilotage et l'animation de proximité des filières

- [206] La construction d'une filière gériatrique suppose une réflexion collective et partagée sur la prise en charge des personnes âgées, appréhendée de façon transversale par le centre hospitalier porteur de la filière avec des intervenants de proximité qui, à un moment ou à un autre du parcours de la personne âgée, la prendront en charge : structures sociales et médico-sociales, médecine de ville, hospitalisation à domicile, réseau de santé ou coordination gérontologique. Chacun de ces acteurs pouvant être l'amont ou l'aval d'un autre, est partie prenante de la filière et a besoin de disposer de toutes les informations pertinentes.

La filière gériatrique

La mise en place d'une filière gériatrique s'inscrit dans un cadre formalisé de la circulaire de la DHOS du 28 mars 2007³⁴ et la présentation du plan solidarité grand âge 2007-2012³⁵. La circulaire précise les structures devant la composer : un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, un ou plusieurs services de soins de suite et de réadaptation (SSR gériatriques) et une ou plusieurs unités de soins de longue durée (SLD) redéfinis.

Au plan national, les données PMSI-SAE de 2008 recensent 45 filières de soins gériatriques en France avec 10 régions où il n'en existe aucune. Parmi les régions enquêtées par la mission, la région Pays de Loire fait partie des 10 régions sans filière et PACA la plus avancée avec sept filières.

- [207] Pour assurer cette fluidité du parcours de la personne âgée, il est nécessaire d'organiser un pilotage du système au plan local où le rôle de chaque partenaire dans la chaîne de prise en charge est défini et qui favorise en outre la coordination des intervenants sur le territoire concerné.

³⁴ Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

³⁵ Plan présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

- [208] L'ARS a les moyens, désormais réunis sous une même autorité, de jouer un rôle majeur, avec ses outils (PRS et schémas régionaux notamment), dans l'identification des besoins des personnes âgées sur les territoires de santé qu'il aura définis et dans la construction des réponses à y apporter, en lien avec les conseils généraux dans leur domaine de compétences. C'est pourquoi le niveau départemental apparaît pertinent à la mission pour l'animation d'une telle politique en cohérence avec les responsabilités confiées aux conseils généraux en matière de schémas médico-sociaux.
- [209] Initiée le plus souvent par un professionnel de santé, la filière gagnerait à être impulsée et suivie par un chef de projet clairement identifié au sein de l'ARS ou dans chacune de ses délégations territoriales en évitant que l'organisation « prime » sur le projet. Il ressort des visites effectuées, que sans une forte implication des ARS, et de leur niveau territorial, il sera difficile de mailler le territoire de filières complètes et évolutives à la fois. Ces filières doivent s'appuyer sur la compétence hospitalière, notamment des gériatres dont la présence s'affirme aujourd'hui au sein de l'hôpital, tout en transcendant ce strict cadre pour assurer le continuum de prise en charge nécessaire sur les bassins de vie des populations, le cure et le care devenant alors assez naturellement complémentaires.
- [210] Dans l'organisation de la filière, les délégations territoriales pourront impulser la création d'organisations institutionnelles plus efficaces comme les communautés hospitalières de territoires (CHT), les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) en incitant les acteurs à se rapprocher et à coopérer, en substitution d'établissements et services qui pris isolément n'ont pas la taille critique pour disposer de la totalité des composantes de la filière, au détriment in fine des populations à desservir et pour une efficacité moindre.

Recommandation n°3 : Confier aux ARS le pilotage et l'animation de proximité de la filière gériatrique.

3.1.3. Accroître les marges d'action des ARS en faveur de la coordination des acteurs

- [211] Pour faciliter la coordination des acteurs en vue d'une prise en charge plus efficace des personnes âgées, les ARS devraient pouvoir disposer de marges de manœuvre. Tous les responsables d'ARS rencontrés par la mission ont fortement exprimé cette nécessité, en regrettant notamment que les crédits de type MIGAC baissent alors qu'ils peuvent leur permettre de financer des projets porteurs.
- [212] Cette logique visant à une globalisation des crédits permettant de financer des projets transversaux ou d'assurer une meilleure coordination de dispositifs en « tuyaux d'orgue » et la coopération entre les acteurs concourant à une même politique, se retrouve dans les propositions émises dans le rapport établi par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)³⁶. S'agissant des fonds d'assurance maladie, la proposition intitulée « créer un fonds régional d'intervention (FRI) à deux compartiments » illustre ce principe de recherche de globalisation des crédits.
- [213] Pour permettre aux ARS de bénéficier d'une marge de manœuvre accrue, à enveloppe financière contrainte, la mission propose d'élargir le périmètre des crédits pour des missions d'intérêt général au champ ambulatoire et secteur médico-social.
- [214] Une enveloppe de crédits à vocation transversale serait identifiée et allouée dans chacune des ARS pour financer :

- des structures ou services innovants en matière de prise en charge des personnes âgées ;

³⁶ Rapport sur les fonds d'assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS et FMESPP), établi par Yves Bonnet, Bertrand Brassens, inspecteurs généraux des finances et Jean-Luc Vieilleribière, inspecteur général des affaires sociales, juillet 2010.

- des dispositifs expérimentaux ayant fait preuve de leur efficacité pour assurer leur pérennité ;
- des outils ou des ressources humaines assurant la coordination des différents dispositifs ou acteurs concourant à une prise en charge plus efficace, sur un territoire de proximité, des personnes âgées.
- des plans d'actions coordonnés entre domicile (SAD) service médico-social (SSIAD) et sanitaire (HAD) pour mieux assurer le continuum de prise en charge de la personne âgée.
- le portage de projets, notamment par l'hôpital, permettant de créer des solutions d'aval à la prise en charge hospitalière par création de places d'hébergement temporaire, de places d'EHPAD voire de lits d'USLD soit en interne au centre hospitalier soit par partenariat en externe (via un GCS ou un GCSMS, par exemple).

[215] Ces actions devant entraîner à terme des économies globales pour le système de santé, il serait alors souhaitable que les ARS puissent conserver une partie des économies générées, charge à elles de répartir l'enveloppe ainsi constituée aux acteurs de leur territoire, pour les inciter à coopérer et à se coordonner.

Recommandation n°4 : Elargir le champ d'intervention des crédits à vocation transversale au champ ambulatoire et au secteur médico-social pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.

3.2. Développer les outils d'ouverture de l'hôpital sur son environnement

[216] La coordination des acteurs de la prise en charge des personnes âgées passe par l'ouverture de l'hôpital sur son environnement. L'accent est mis ici sur quatre outils rencontrés en cours d'enquête : le projet d'établissement, les équipes mobiles gériatriques, l'intégration à part entière des EHPAD dans la filière gériatrique ou le développement des technologies de l'information et de la communication au service des soins aux personnes âgées. Chacun de ces outils se complète et favorise la coordination des interventions autour de la personne âgée.

3.2.1. Inscrire dans le projet d'établissement hospitalier la participation aux réseaux gérontologiques

[217] La participation des établissements hospitaliers aux réseaux gérontologiques reste inégale (cf. § 2.2.4) : sur les 16 centres hospitaliers étudiés en régions et en Ile de France, 11 établissements participaient à un réseau de santé gérontologique et 12 à un CLIC, sachant que dans deux territoires visités, il n'existait pas de réseau de santé. (En France, sur les 742 réseaux thématiques de santé recensés par la CNAM en 2009, les réseaux gérontologiques sont les plus nombreux -116- suivis par les réseaux de soins palliatifs au nombre de 99).

[218] Le projet d'établissement est l'instrument qui fixe la stratégie de l'hôpital dans l'évolution de ses structures internes et de ses relations avec l'extérieur. Pour les centres hospitaliers disposant d'un service de court séjour gériatrique, l'inscription au projet d'établissement de la participation de l'hôpital aux réseaux de soins gériatriques et aux coordinations gérontologiques constitue un support à l'ouverture aux partenariats ainsi qu'à l'amélioration de la prise en compte des personnes âgées au sein de l'établissement.

[219] Cette inscription au sein du projet d'établissement de la participation aux réseaux gérontologiques doit s'accompagner d'une retransmission de cette participation, également présentée dans le projet d'établissement.

Recommandation n°5 : **Inscrire dans le projet d'établissement hospitalier la participation aux réseaux gérontologiques et inscrire également une évaluation de sa mise en œuvre.**

3.2.2. Aller vers la personne âgée en favorisant le développement des structures mobiles

[220] Le rapport de l'IGAS de 2005 sur *Les équipes mobiles au sein de la filière de soins*³⁷ dresse un constat dans l'ensemble positif et souligne dans sa conclusion les intérêts à la création d'une équipe mobile gériatrique (EMG) :

– pour les patients âgés qui se voient proposer une orientation plus précoce dans une filière de soins et de services cohérente,

– pour les familles et les aidants qui trouvent enfin des interlocuteurs disponibles et attentifs à leurs besoins,

– pour les services hors gériatrie qui apprécient l'aide à la sortie sécurisée, et pour certains découvrent une approche et des pratiques qu'ils méconnaissent,

- pour les gériatres, qui se voient enfin écoutés, reconnus comme de véritables spécialistes développant une culture gériatrique moderne, particulièrement auprès des paramédicaux qui s'avèrent très réceptifs,

- enfin, à terme pour l'hôpital, dès lors que des indicateurs permettront de comparer la circulation du patient âgé dans l'établissement et de son devenir à la sortie, selon qu'il a ou non bénéficié des prestations de l'EMG.

[221] Ces conclusions rejoignent les constats de la mission (cf. § 2.2.3).

[222] Ainsi dans le prolongement des recommandations du rapport de 2005, la mission préconise le déploiement des équipes mobiles gériatriques par la création d'une unité dans tous les établissements où existe un service de médecine (la circulaire incite à mettre en place une équipe mobile gériatrique si le centre hospitalier dispose d'un service de court séjour gériatrique et sur l'ensemble du territoire, on recense 264 équipes mobiles pour 368 services de court séjour gériatrique³⁸). Il est proposé la création d'une équipe mobile gériatrique dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique. Ces créations sont à considérer comme un investissement estimé à 9M€ sur 3 ans qui sera financé par les économies générées par la baisse du recours aux urgences, des durées de séjours mieux adaptées et la baisse des réhospitalisations.

Recommandation n°6 : **Créer d'une équipe mobile gériatrique dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique**

3.2.3. Intégrer les EHPAD dans la filière gériatrique

[223] Pour « fluidifier » la filière (cf. § 2.4.5 le phénomène des *bedblockers*), la filière gériatrique doit s'élargir au secteur médico-social et faire des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) une composante à part entière de celle-ci. Ces établissements sont des acteurs stratégiques de la filière gériatrique, entendue comme allant au-delà du seul champ sanitaire.

³⁷ Rapport IGAS 2005 présenté par le Docteur Anne-Chantal Rousseau et Jean-Paul Bastianelli

³⁸ Donné DREES-SAE 2008

[224] L'établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit être le lieu naturel de retour d'hospitalisation pour la personne âgée qui y séjournait dès lors que cela est possible. Ce retour organisé peut passer par une intervention temporaire en EHPAD d'un service d'HAD comme cela a été rendu possible par les textes³⁹. Cependant il s'avère que ce dispositif est très peu utilisé comme constaté dans les territoires visités et par les rapporteurs de la mission IGAS sur l'HAD⁴⁰. Le retour au domicile au sortir de l'hôpital peut aussi nécessiter un passage transitoire par une structure d'hébergement temporaire adossé à un EHPAD, voire une structure autonome travaillant en réseau.

[225] Sur les territoires enquêtés, il est apparu que différents facteurs permettaient de faciliter les retours dans l'EHPAD et éviter les ré hospitalisations :

- les bilans préventifs et les suivis médicaux programmés effectués à l'hôpital référent;
- les évaluations faites sur site dans les consultations avancées ou à l'hôpital référent pour certaines pathologies.

[226] L'ensemble de ces facteurs ne peut qu'être renforcé par une intégration à part entière des EHPAD au sein des filières gériatriques. Cet élargissement des filières au médico-social pourra être prolongé par une intégration des SSIAD.

Recommandation n°7 : Intégrer les EHPAD parmi les éléments constitutifs d'une filière gériatrique ouverte au médico-social.

3.2.4. Soutenir le développement des technologies de l'information et de la communication pour les soins aux personnes âgées

[227] Des expérimentations en Picardie, Limousin, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur ont été relevées par la mission dans les domaines de la domotique, de la télémédecine et de la télésanté (présentées au § 2.2.5).

[228] Ces expérimentations font apparaître :

- une réduction des hospitalisations,
- un renforcement de la pluridisciplinarité,
- une amélioration de la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social,
- une montée en compétence des professionnels par la transmission des savoir faire, la délégation de tâches et par la formation.

[229] La reconnaissance juridique de la télémédecine inscrite dans la loi HPST constitue une étape indispensable à la diffusion et au déploiement des bonnes pratiques. Cette reconnaissance reste encore à conforter avec un accompagnement méthodologique, la formation initiale et continue des professionnels de santé, et la prise en compte des actes de télémédecine dans la rémunération des professionnels de santé libéraux.

³⁹ Décret du 27 février 2007 complété par un autre décret du 30 avril 2007

⁴⁰ « L'hospitalisation à domicile » rapport établi par Nicolas Durand, Christophe Lannelonque, Patrice Legrand membres de l'IGAS et le Dr Vincent Marsala Conseiller général des établissements de santé

La reconnaissance juridique de la télémédecine

La loi HPST du 21 juillet 2009 propose pour la première fois un cadre juridique à la télémédecine dont elle donne une définition légale, prévoit qu'un programme relatif au développement de la télémédecine est inclus dans le projet régional de santé élaboré par les ARS et invite les communautés hospitalières de territoire à s'appuyer sur la télémédecine pour gérer certaines fonctions ou activités.

Cet encadrement juridique intervient après une décennie d'études pilotes et d'expérimentations de télésanté. Le rapport parlementaire de Pierre Lasbordes remis en octobre 2009⁴¹, présente le point le plus récent de la question et formule des recommandations pour un déploiement ambitieux des technologies de télésanté et de télémédecine. Comme mis en évidence dans ce rapport, ces technologies constituent une des réponses aux enjeux sanitaires du vieillissement de la population en facilitant l'accès aux soins et le maintien à domicile des personnes âgées.

Recommandation n°8 : Soutenir le développement des nouvelles technologies :

- **la domotique pour faciliter le maintien à domicile,**
- **la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins spécialisés et pour éviter le déplacement du sujet fragile,**
- **la télésanté pour désenclaver les zones isolées et pour former les personnels médicaux et sociaux.**

[230] La majorité des expérimentations en cours tout comme celles présentées ci-dessus s'appuient sur l'engagement de différents partenaires financeurs locaux, nationaux et européens, publics et privés. La mission préconise que le déploiement des nouvelles technologies se poursuive selon ce même schéma partenarial.

3.3. Améliorer la fluidité des dispositifs de prise en charge

[231] L'organisation de la coordination des acteurs doit également s'appuyer sur l'amélioration de la fluidité des dispositifs pour réguler le parcours de soin de la personne âgée. Le développement de la fonction de gestionnaire de cas, les contacts facilités entre médecins traitants et médecins hospitaliers et l'organisation des pratiques de l'hébergement temporaire peuvent y contribuer.

3.3.1. Développer les fonctions de « gestionnaire de cas »

[232] Le gestionnaire de cas (ou *case manager*, nommé aussi *référént de cas* ou *coordonnateur*), est « l'interlocuteur direct entre, d'un côté la personne âgée dépendante et sa famille, et de l'autre, l'ensemble des intervenants professionnels du secteur sanitaire et social, médecin, infirmière, aide soignante, aide ménagère »⁴².

⁴¹ « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien être » - Rapport de Pierre Lasbordes, Député de l'Essonne remis à Roselyne Bachelot- Narquin, Ministre de la santé et des sports- Octobre 2009.

⁴² La mesure du plan Alzheimer intitulée « Mise en place des coordonnateurs sur l'ensemble du territoire » décrit ce dispositif dont l'objectif est de parvenir à recruter et former 1 000⁴² coordonnateurs en année pleine, à horizon 2012, pour un coût total de 60M€ avec une montée en charge progressive à partir de 2009.

[233] A ce jour, dans le cadre du Plan Alzheimer, 17 sites de Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des Malades Alzheimer MAIA ont été retenus et 51 coordonnateurs recrutés et formés ; selon les données fournies par la DGCS, 35 nouveaux sites MAIA sont proposés à la labellisation en 2011 et 105 gestionnaires de cas supplémentaires recrutés.

[234] Eu égard au nombre élevé de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et de la nécessité d'une prise en charge coordonnée des personnes âgées fragiles⁴³, il est proposé qu'au-delà de la poursuite et du déploiement des 1 000 coordonnateurs initialement prévus à l'horizon 2012, le dispositif soit élargi à toutes les personnes âgées fragiles.

Recommandation n°9 : Poursuivre et accélérer la mise en œuvre du programme de recrutement et de formation des gestionnaires de cas.

Recommandation n°10 : Elargir les publics pris en charge par les gestionnaires de cas aux personnes âgées les plus fragiles.

3.3.2. Faciliter les contacts téléphoniques entre médecins traitants et médecins hospitaliers

[235] La demande d'un moyen de contact téléphonique avec l'hôpital est très forte chez les médecins généralistes. Ce besoin s'est régulièrement exprimé lors des auditions organisées par la mission. Les directeurs et médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont également formulé cette demande, quoique de façon un peu atténuée.

[236] Certains centres hospitaliers rencontrés ont déjà mis en place un dispositif de permanence téléphonique et d'autres le mettent en place progressivement (cf. § 2.2.5). Le dispositif préconisé reprend les modes d'organisation observés et consiste en un téléphone mobile dédié que se transmettent les médecins hospitaliers successivement de permanence.

[237] La mise en place de ce dispositif repose aujourd'hui sur la volonté des établissements hospitaliers. L'effort d'organisation nécessaire est à apprécier au regard des effets attendus dans l'amélioration des relations entre l'hôpital et les médecins traitants. La qualité de cette relation est un des leviers essentiels à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des personnes âgées.

Recommandation n°11 : Systématiser dans chaque centre hospitalier disposant d'une filière gériatrique la mise en place d'une permanence téléphonique de jour réservée aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD

3.3.3. Organiser les pratiques d'hébergement temporaire

[238] Parmi les solutions d'aval à l'hospitalisation, dont l'insuffisance a été systématiquement évoquée lors des entretiens (cf. § 245 sur les « bedblockers »), l'hébergement temporaire constitue une solution adaptée à certaines situations où le maintien à l'hôpital ne se justifie plus, mais où le retour au domicile reste provisoirement problématique. Il peut aussi constituer une période d'essai avant l'entrée définitive en établissement.

[239] Les directeurs d'établissement rencontrés ont mis en avant la difficulté à atteindre des taux d'occupation fixés par convention qui pèse sur leur équilibre financier. Parfois, sous-occupation et tarification trop élevée pour les usagers se répondent dans un cercle vicieux (quand l'établissement facture au mois pour un hébergement d'une semaine, cela entretient la sous-occupation). De fait aucun texte n'interdit une facturation à la journée, ce sont les modalités de gestion qui sont en cause.

⁴³ Selon la définition de la conférence de consensus de 2003

[240] L'éparpillement des places (une à trois dans la majeure partie des établissements rencontrés) ne favorise pas la gestion organisée de ces accueils qui sont en outre de nature différente d'un hébergement permanent. En effet la gestion de places d'accueil temporaire suppose une gestion adaptée et distincte :

- La gestion d'un flux par nature plus aléatoire est plus réaliste sur un plus grand nombre de places. Ainsi la concentration de places d'hébergement temporaire sur quelques EHPAD par territoire de santé ou bassin de vie est préconisée, plutôt qu'une dissémination d'une seule place par EHPAD, ce qui est un cas fréquent.
- Pour que chaque service d'accueil temporaire puisse développer un projet répondant aux objectifs fixés et qu'il soit viable, un seuil d'activité minimal est à fixer permettant un fonctionnement équilibré avec une équipe de professionnels dédiée.

Recommandation n°12 : Concentrer les places d'hébergement temporaire sur un nombre défini d'EHPAD dans chaque territoire de santé

Recommandation n°13 : Organiser des formations pour les responsables d'EHPAD sur l'hébergement temporaire, tant en termes de projet d'établissement que de gestion de flux hôtelier.

CONCLUSION

[241] Ce rapport d'enquête confirme combien la coordination entre tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées sur un bassin de vie, peut améliorer leur parcours de soins, en améliorant le fonctionnement global d'un système encore cloisonné entre secteurs sanitaire, médico-social et social. Cette recherche d'efficience est d'autant plus nécessaire que s'accroît le nombre de personnes âgées, notamment les plus de 80 ans. Dans ce contexte, il est indispensable de disposer d'une projection fiable à horizon de 10 et 20 ans du nombre de personnes âgées dépendantes et de l'espérance de vie sans invalidité ou en bonne santé. La connaissance de ces données pour l'avenir a de fortes implications en termes financiers et de santé publique.

[242] L'impact du vieillissement sur les secteurs sanitaire et médico-social percuté le système de soins, entendu dans la double acception du *care* et du *cure*, qui doit s'adapter aux besoins des usagers les plus âgés ou du souhait du plus grand nombre de vivre le plus longtemps possible à leur domicile. La loi HPST et la création des ARS sont des outils qui peuvent servir cette politique. Le rapport formule des préconisations pour accompagner les ARS dans leur mission de décloisonnement des acteurs pour :

- orienter la personne âgée et son entourage en amont de la prise en charge et en premier lieu, les renseigner dans un lieu accessible de type CLIC, coordination gérontologique ou MAIA, par des professionnels assurant une coordination des intervenants comme les « gestionnaires de cas » dont la mission propose d'étendre le bénéfice aux personnes âgées les plus fragiles ;
- proposer à la personne âgée de la façon la plus fluide possible, l'accès à une filière gériatrique disposant de la palette de réponses à ses besoins y compris de nature non sanitaire. La filière dépasse les murs de l'hôpital. Les soins de premiers recours et les EHPAD doivent en devenir acteurs à part entière ;
- permettre au médecin traitant, maillon essentiel des soins aux personnes âgées, de jouer son rôle de pivot de la prise en charge. Certaines dispositions de la loi HPST visent à répondre au manque de médecins généralistes libéraux dans certains territoires en organisant la délégation de tâches et en régulant l'offre médicale dans les territoires sous-médicalisés. Ces dispositions nécessitent une mise en œuvre immédiate et vigoureuse. A défaut, les écarts constatés entre les besoins des personnes âgées, les attentes des médecins et l'organisation du système de prise en charge voulue par loi, risquent de s'accroître.

- [243] Déjà certains établissements de santé sont extrêmement actifs voire porteurs de réseaux ou de coordinations gérontologiques ; certains services gériatriques vont au-devant de leurs partenaires et des personnes âgées grâce à une équipe mobile ou un équipement de télésanté.
- [244] Cette dynamique doit être soutenue et développer afin de construire, au total, une filière gérontologique allant de l'ambulatoire, au médico-social et à l'hôpital avec des parcours qui peuvent être itératifs et non séquentiels, aussi fluides que possible pour la personne prise en charge, chaque intervenant de la chaîne se pensant comme l'aval ou l'amont de l'autre en fonction de la situation, à un instant donné, de la personne âgée concernée.

Annie FOUQUET

Patricia SITRUK

Jean-Jacques TREGOAT

Les recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorités responsables
1	Faire de l'appel à projet dans le secteur médico-social un outil d'amélioration de la coordination	ARS / DGCS/ DGOS
2	Expérimenter dans trois régions une tarification propre au GCSMS	DGCS/ DGOS/ARS
3	Confier aux ARS le pilotage et l'animation de proximité des filières gériatriques	DGOS / DGCS / ARS
4	Elargir le champ d'intervention des crédits à vocation transversale au champ ambulatoire et au secteur médico-social	DGOS / DGCS / CNAMTS
5	Inscrire dans le projet d'établissement la participation aux coordinations gérontologiques locales et inscrire également l'évaluation de sa mise en œuvre	CH / ARS/ DGOS
6	Créer une équipe mobile dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique	DGOS/ARS
7	Intégrer les EHPAD parmi les éléments constitutifs d'une filière gériatrique ouverte au médico-social	DGOS/ DGCS/ ARS
8	Accompagner le développement de la télésanté, de la télémédecine entre hôpitaux et EHPAD et de la domotique au domicile des personnes âgées	DGOS / DGCS / CNSA
9	Poursuivre et accélérer la mise en œuvre du programme de recrutement et de formation des gestionnaires de cas	DGCS
10	Elargir les publics pris en charge par les gestionnaires de cas aux personnes âgées les plus fragiles	DGCS / DGOS
11	Mettre en place une permanence téléphonique de jour réservé aux médecins traitants et coordonnateurs d'EHPAD dans chaque filière de soins gériatriques	CH / ARS
12	Concentrer l'offre d'hébergement temporaire sur un nombre d'EHPAD défini dans chaque territoire de santé	DGCS / ARS/ CG
13	Former les responsables d'EHPAD à la gestion du dispositif d'hébergement temporaire	DGCS/ARS/CNSA

Liste des personnes rencontrées

MINISTERES

- Cabinet de la ministre de la santé et des sports

M. Pierre LESTEVEN, chef du pôle « modernisation de l'offre de soins » et Mme Céline VIGNE

- Cabinet du ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique

M Grégoire FRANCOIS-DAINVILLE, conseiller technique

- Cabinet de la secrétaire d'Etat chargée des aînés

Mme Agnès MARIE-EGYPTIENNE, directrice-adjointe du cabinet

- Secrétariat général des ministères sociaux

M.G DELACAUSSADE et Mme VEDEAU-ULYSSE

- Direction générale de la cohésion sociale

Mme Aude MUSCATELLI, adjointe au sous directeur de l'autonomie et Mme Annick BONY, chef du bureau services et établissements

- Direction générale de l'offre de soins

Mme Annie PODEUR, directrice générale et Mme Cécile BALANDIER, directrice de projet

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mme Lucille OLLIER, sous-directrice « Observation de la santé et de l'assurance-maladie », Christelle MINODIER, chef de bureau « Etablissements de santé », Hélène VALDELIEVRE, Lucie GONZALEZ, chef de bureau « Etat de santé des populations », Marie-Claude MOUQUET.

- Direction générale de la santé

M. Didier HOUSSIN, directeur général, Mme le Dr Dominique de PENANSTER sous-directrice « Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et M. Patrick AMBROISE chef du bureau « santé des populations »

- Direction de la sécurité sociale

M. Dominique LIBAULT, directeur et Mme Katia JULIENNE, sous-directrice

ACTEURS NATIONAUX

Opérateurs associatifs

M. Jean-François MATTEI, président, M. Olivier BRAULT, directeur général et M. Jérôme ANTONINI directeur santé /social. Croix-Rouge Française

Mme Geneviève LAROQUE, présidente, Mme le Pr Françoise FORETTE, directrice, M. Jean-Pierre HOTE, secrétaire général, Fondation nationale de gérontologie (FNG)

M Roland-Didier TABUTEAU, directeur général, Mme Maryvonne LYAZID, Adjointe du directeur général. Fondation des Caisses d'Épargne Solidarités

Personnes qualifiées

M. le Dr Jean-Marie VETEL Gériatre au CH du Mans et ancien président syndicat national de gérontologie clinique

Mme Anne SADOULET, chef de Projet, Etude médicaments ARH Midi Pyrénées (en lien avec régions Languedoc-Roussillon et Limousin)

M. le Dr Philippe DENORMANDIE, Directeur de la politique médicale et des relations institutionnelles et Anne MOUTEL, directrice d'établissement Groupe KORIAN

M. Georges ARBUZ, anthropologue, chercheur à l'Université de Chicago, USA

Agences et organismes de protection sociale

Mme le Dr MD LUSSIER, médecin gériatre, Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)

Mme le Dr HORNEY et Mme le Dr Marie-Pierre HERVY, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESMS)

M.Housseyni HOLLA, Directeur, Mme Joëlle Dubois, responsable du département médico-réglementaire ; Mmes François BOURGOIN et Sandra MARCADE, statisticiennes, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

M. Laurent GRATIEUX, directeur adjoint, M. Hervé DROAL, directeur délégué, direction des établissements et services médico-sociaux et Mme Jeanine BROUSSE, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

M. François GIN directeur général, Ph LAFFONT, directeur santé et Bruno LACHENAIE directeur action sociale. Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Jean-Marc AUBERT, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, Jean-Pierre ROBELET, directeur de l'offre de soins, Garménick LEBLANC, économiste de la santé, département de l'hospitalisation. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

M. Claude PERINEL, directeur national de l'action sociale Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)

M. François ROMANEIX directeur général et ses collaborateurs, M. Raymond LE MOIGN, M. Patrice DOSQUET et Mme Anne-Line COUILLEROT. Haute autorité de santé (HAS)

M. Michel NAIDITCH chercheur associé, Mme le Dr Laure COM-RUELLE, directeur de recherche, responsable pôle « performance des soins hospitaliers et longue durée », M. Philippe Le FUR, directeur de recherche, Mme V LUCAS-GABRIELLI, maître de recherche, responsable pôle « santé et territoires » et M. le Dr T CARTIER, chercheur associé. IRDES

Fédérations professionnelles

M. Yves-Jean DUPUIS, Directeur Général, David CAUSSE, coordonnateur du pôle Santé-Social, directeur du secteur sanitaire, Pauline SASSARD, conseiller santé social, personnes âgées, Samah BEN ABDALLAH, conseiller santé social, secteur sanitaire- FEHAP

René CAILLET, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale et Virginie HOAREAU, adjointe chargée du secteur vieillesse handicap- Fédération Hospitalière de France (FHF)

Personnes ressources

Mme le Dr F LALANDE, inspectrice générale des affaires sociales,

M. Christophe LANNELONGUE, inspecteur général des affaires sociales et M. Nicolas DURAND, inspecteur des affaires sociales, mission HAD

REGION BASSE NORMANDIE***Agence Régionale de Santé***

M. Pierre-Jean LANCRY, Directeur général, M. Pascal HOSTE, directeur général adjoint

M. Vincent KAUFFMANN, directeur de la performance

Territoire De Bayeux

M. Eric VALENTIN, responsable EHPAD

M. le Dr Houari BELGHOMARI, chef de pôle de gériatrie, centre hospitalier d'Aunay-sur-Odon

M. le Dr Jean-François DESSON, praticien hospitalier, gériatre, Etablissements Hospitaliers du Bessin

M. le Dr Alain QUINQUIS, directeur des Etablissements Hospitaliers du Bessin (Bayeux et Aunay-sur-Odon)

M. le Dr Thierry GANDON, centre hospitalier de Bayeux, directeur médical du réseau de santé du Bessin,

M. Patrick LEMONNIER, pharmacien libéral, association Hospipharm

Mme Séverine ADAM, coordinatrice CLIC du Bessin

M. Franck LEMENNAIS, Directeur de l'autonomie, conseil général du Calvados

M. Arnaud BOURNY, directeur-gérant de l'EHPAD résidence Beau-Soleil ELLON

Mme Régine JUDEAU-MACE, cadre infirmier coordonnateur de l'HAD et du SSIAD du syndicat inter-hospitalier du Bessin

Mme Marie-Christine Le COUTEUX, cadre du Pôle de gériatrie syndicat inter hospitalier du Bessin

M. le Dr Arnaud PHILIPPE, médecin généraliste, médecin coordonnateur HAD/SSIAD du centre hospitalier d'Aunay-sur-Odon

M. le Dr Emmanuelle DURAND, gériatre, service de soins de suite et de réadaptation, établissements hospitaliers du Bessin

M. le Dr Michel MIRLON, praticien hospitalier, gériatre, service de soins de suite et de réadaptation, chef du pôle gériatrie, centre hospitalier de Bayeux

M. le Dr Thierry COLLET, président de la Commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier de BAYEUX

Territoire Centre Manche

M. Jean-Pierre LHONNEUR, Maire de Carentan, président du conseil d'administration de l'Hôpital local de Carentan

M. Claude COLOMBEL, directeur de l'hôpital local de Carentan

M. Thierry LUGBULL, directeur centre hospitalier Saint-Lô/centre hospitalier Coutances

Mme Laure SALLES, directrice adjointe, centre hospitalier Saint-Lô/ centre hospitalier Coutances

M. Marc LEFEBVRE vice-président du conseil général de la Manche

Mme Catherine LABEY-GUIMARD, directrice des établissements sociaux et médico-sociaux au conseil général de la Manche

Mme Laurence POSTEL, directrice EHPAD de Torigni-sur-Vire

Acteurs de la Région

M. le Dr Antoine LEVENEUR, président de l'Union régionale des médecins libéraux de Basse-Normandie

M. le Dr Gilles TONANI, membre de l'union régionale des médecins libéraux de Basse-Normandie

Mme Marie-France BRETOME-LEJEUNE, directrice de fédération ADMR de la Manche

Mme Armelle PROD'HOMME, infirmière coordinatrice SSIAD

Mme le Dr PELLIER, coordinatrice HAD VIRE

M. le Dr DETOUR, Gériatre, praticien hospitalier à l'Hôpital de Lisieux

REGION LIMOUSIN***Agence Régionale de Santé***

M. Michel LAFORCADE Directeur général

M. Laurent VERIN Directeur général adjoint

M. François NEGRIER Directeur de l'offre médico-sociale

Territoire de Brive

M. le Dr Pascal CHEVALLIER Président de la CME, centre hospitalier de Brive

Mme Maryse FRANCOUAL, directrice adjointe Centre hospitalier de Brive

M. le Dr Alain BOURZAT, service urgences et SMUR, centre hospitalier de Brive

M. Joël MOULIN Centre hospitalier de CORNIL

Mme Christine VALEILLE, CIAS canton de Meyssac

Mme Isabelle FAURE, Directrice Pôle établissements et services sociaux du CCAS de Brive

M. Joël MAISONNEUVE, directeur HAD Oncorése

Mme Fabienne LAUZE MARTIN, Directrice de l'EHPAD de Rivet

M. Laurent VAUBOURGEIX, directeur du centre hospitalier de Tulle

Dr GRAVAL-HUGEDEE, chef du département gériatrie, centre hospitalier de Tulle

M. le Dr Philippe MADDALENO, responsable soins palliatifs, HAD publique et départementale, Centre hospitalier de Tulle

Territoire de Saint-Yrieix La Perche

M. Raphael BOUCHARD, directeur centre hospitalier de Saint Yrieix La Perche
M. le Dr Patrick DARY, Président de la CME, centre hospitalier de Saint Yrieix La Perche
M. Bernard MADORE, représentant CLIC
Mme Nathalie VERGNE, représentante CLIC Sud
Mme Simone BOUTINAUD, Directrice der l'EHPAD de Ladignac le Long
Mme le Dr Maryse RAMBERT, médecin coordonnateur EHPAD sud
Mme le Dr Mireille VALLADE VITTE, médecin coordonnateur de 3 EHPAD

Acteurs de la région

M. le Dr Dominique CAILLOCE, responsable SAMU de la Haute-Vienne
M. Jean-Luc FAUCHER, Directeur du pôle personnes âgées/personnes handicapées du Conseil général de la Haute-Vienne
Mme Monique PLAZZI, Présidente de l'action gérontologique arédienne
M. Philippe VERGER, Directeur politique gérontologique, Direction générale du CHU de Limoges
M. le Pr Thierry DANTOINE, chef du service de gériatrie du CHU de limoges
M. Michel DELPI, responsable du service d'action sanitaire et sociale de la CRAMCO (CARSAT) de Limoges
Mme Brigitte JAMMOT, attachée de direction, MSA Limoges
M. le Dr Henri LEYRIS, SAMU de Corrèze
Mme Evelyne SANCIER, directrice de Corrèze téléassistance
Mme Karine LEFEBVRE, coordinatrice gérontologique AIADPA
M. Olivier SERRE, Directeur général adjoint, conseil général de Corrèze

REGION NORD PAS DE CALAIS***Agence Régionale de Santé***

M. Daniel LENOIR, directeur général
Mme Véronique YVONNEAU, directrice adjointe offre de soins
Mme le Dr Mme Marguerite Marie DEFEBVRE, directrice études évaluation

Territoire de Lomme

M. Jacques-Yves BELLAS, directeur général, Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille (GHICL)
Mme Caroline HENNION, Directrice adjointe (GHICL)
Mme Dominique DESRAMAUX, Directrice SSIAD Marquette
Mme Catherine DUTREUCQ, Directrice HAD SSIAD association Santelys
M. Bernard MOLLET, SSIAD Le Delta Lille
Mme Annie BREMILTS, Infirmière coordinatrice Centre de soins Decarmin
Mme Patricia ROUSSEL, responsable accompagnement social CLIC - CCAS Lille

M. Olivier MILOWSKI, Directeur CLIC association Métropole Nord Ouest
Mme Agnès DURANDE, Infirmière coordinatrice Réseau de soins gériatrique
M. Patrice SANCEY, CCAS Lomme
Mme le Dr Mme Brigitte HELFRICH, présidente association ADER
M. le Dr Jacques RICHIR, médecin coordonnateur EHPAD Edilys et St Jean de Lille
Mme Marie LEGALL Directrice EHPAD les Hauts d'Amandi
M. Jean François DEMOLIN, Directeur Maison de retraite Notre Dame des Anges
M. José LOISON, Directeur Maison de l'aide à domicile
Mme Viviane LOMBARD, Infirmière coordinatrice AMSD La Madeleine
Mme Nadine AYET, responsable activités santé Temps de Vie
Mme Dominique De GRES surveillante générale Centre Feron Vrau Lille
Mme Michèle WILLEMEN, Cadre de santé EPSM Lille Métropole

Territoire d'Arras

M. le Dr Dominique DELEFOSSE, Président Commission médicale d'établissement (CME) Centre Hospitalier d'Arras
Mme Marie Odile SAILLARD, Directrice CH Arras
M. Jean François CROS, Directeur adjoint CH Arras
M. le Dr Yakout BABERRIH, chef de service EHPAD des Blancs Monts
M. le Dr Malik BENABDALLAH, médecin coordonnateur, Résidence Vieille Eglise
M. Bruno BOURGEOIS, responsable résidence La Quiétude
Mme Mélanie LAIGLE, infirmière coordinatrice EHPAD de Croisilles
M. Jacques FOLLY Directeur EHPAD Arras
M. Hervé RIVILLOY, Directeur EHPAD Aubigny
M. Antoine RODINNE, directeur EHPAD Saint Landelin
Mme Lysiane DELAPORTE, infirmière référente Saint Joseph Vitry Saint François Arras
Mme Sylvie NOCLERCQ, directrice association AIDAVIE SSIAD-SAAD
Mme le Dr Claude CARON, Présidente AGGA CLIC
Mme Maryse DELMOTTE, infirmière gériatrique, Association gériatrique du Ternois
Mme Thérèse VENEL, CCAS Beaurains
Mme Elisabeth CAPONE, infirmière Réseau Vie l'Age
M. Frédéric CARPENTIER, responsable association Allegra
Mme Stéphanie DELIGNY, responsable coordination AEFA
Mme Karine SCHERPEREEL, Présidente Association Pas-de-Calais Alzheimer
M. Christophe VANBESIEN, Directeur adjoint CH Bapaume

Acteurs de la région

M. le Pr François PUISIEUX, PUPH, gériatre CHRU Lille

M. Vincent GUILLUY, responsable des établissements et services aux personnes âgées et aux personnes handicapées, Conseil général du Nord

Mme Virginie PIEKARSKI, Chef de service pilotage et développement, direction des personnes âgées, des personnes handicapées et de la santé, Conseil général du Pas de Calais

Mme Anne Sophie JEAN, chef du service départemental de santé, Conseil général du Pas de Calais

M. le Dr Gilles MOLLET, praticien hospitalier, CH de Lens et médecin du Réseau Vie l'Age

M. le Dr Patrick FOURNIER, Chef de pôle gériatrie, CH de Lens et Président du réseau EOLLIS

Mme le Dr Geneviève LALISSE, Gériatre référent réseau gérontologie EOLLIS

Mme Emilie NOEL, Directrice du pôle gériatrique CH de Roubaix

Mme Delphine DAMBRE, responsable du pôle gériatrie CH Valenciennes

M. Emmanuel SYS, Directeur CH intercommunal de Wasquehal

M. le Dr Houria IDIRI, Chef du Pôle gériatrie, CH intercommunal de Wasquehal

REGION PAYS DE LOIRE***Agence Régionale de Santé***

Mme Marie Sophie DESSAULE ; directrice générale de l'ARS

M. Laurent CASTRA, directeur de l'accompagnement et des soins

Mme Ségolène CHAPPELLON, déléguée territoriale de la Sarthe (DT 72)

Conseil général de la Sarthe

Mme Dominique LE CLERC, Directrice générale adjointe Solidarité, Conseil Général de la Sarthe

M. le Dr Guy MBOKO, médecin, chef de service Santé Publique, Conseil général de la Sarthe

Territoire du Pole Sante Sarthe Loir (PSSL)

Mme Anne DOMAIN, directrice du PSSL

M. Nicolas GUEGNARD, directeur adjoint, PSSL

Dr S. BENALLEGUE, directeur de l'information médicale (DIM), PSSL

Mme Annette DAGUENET, Coordinatrice CLIC Pays Fléchois

Mme Claudine SEVAULT, Directrice CLIC Vallée de la Sarthe

M. Raymond DEROUET, directeur de l'EHPAD de Parce-sur-Sarthe

M. Roland NOUVEAU, directeur de l'EHPAD de Saint-Jean-du-Bois

Mme Annie LAURENT, infirmière responsable du SSIAD de La-Flèche

M. Raymond BLOUERE, directeur adjoint du Centre Basile Moreau

Mme Martine CHAMBON, directrice du CIDPA72/ CLIC

Mme Angélique GRIGNON, pilote expérimentation MAIA, CIDPA72

Mme Laurence DUJARDIN, directrice générale de l'association d'Hygiène Sociale, AHSS

M. Xavier NERIEUX, président du FASIDPAH (Pontvallain)

Mme Elodie BASTIEN, directrice de l'ADMR 72

Mme Martine ROPARS, cadre de secteur Famille Rurales (service d'aide à domicile)

Mme Béatrice GRINOA, directrice, AI'DOM

M. Marc SORLIN, responsable SCAD3/ASIDPASPA

Territoire du Centre Hospitalier de Château-du-Loir

M. A. GUICHETEAU, directeur du CH de Château-du-Loir

M. le Dr Patrice FRANQUES, président de la CME du CH de Château-du-Loir

M. Al. HAEFFNER, responsable Qualité, CH de Château-du-Loir

Mme Nora CHERLAL, assistante sociale, CLIC Loir-Lucé-Bercé

Mme Christine GODART, coordinatrice, CLIC Couronne sud est 72150

Mme Catherine BELDEIC, coordinatrice, CLIC Sud-Sarthe

M. Xavier NERIEUX, président du SSIAD Pontvallain-Mayet-Le-Lude

Mme Christine PLATEAU, coordinatrice SIAD, expérimentation Alzheimer MAIA, Fondation Georges Coulon

Mme Marie-Claude REMARS, directrice des EHPAD Château-la-Vallière et de Saint Christophe-sur-Nais

Mme Bernadette VEILLON, directrice d'EHPAD, Association les Amis de la Providence et maison de retraite Dujarié, Quillé-sur-Loir

Mme Charline FOUQUET, directrice de l'EHPAD de Chaheignes

Mme Janine RUBIRA, directrice EHPAD Pontvallain

M. Jean Michel BRAULT, directeur EHPAD Mayet

Mme Annick LEVESQUE, directeur EHPAD, La-Chartre-sur-le-Loir

REGION PICARDIE

Agence Régionale de Santé

Mme Françoise VAN RECHEM, Directrice générale adjointe, directrice de la régulation de l'offre de santé

Mme Cécile GUERRAUT, responsable du département Handicap et Dépendance,

M. Jean-Pierre GRAPPIN, responsable du département Hospitalisation

Territoire du Centre Hospitalier de Beauvais (Oise)

M. Frédéric BOIRON, directeur

Mme BASSET, directrice adjointe en charge des Affaires gérontologiques et des Réseaux

M. le Dr CNOCKAERT, médecin chef du pôle Gériatrie

M. le Dr DECLE, médecin coordonnateur du Réseau « Aloïse »

Mme GOUDOU, cadre de santé de l'unité « Les Héliades »

Mme le Dr ZINETTI, médecin de l'équipe mobile de gériatrie et responsable de l'unité « Les Héliades »

Territoire du Centre hospitalier de Péronne (Somme)

Mme Anne-Marie BASDEVANT, directrice

Mme Françoise HARLET, directeur adjoint

M. le Dr Jean-M CARBONNELLE, Chef du service SSR, pôle Gériatrie

M. le Dr Philippe URBAIN, médecin coordonnateur HAD

Mme Annie BLONDE, présidente Association Saint –Jean

Acteurs en région

Mme Christine DESMAREST, Directrice Autonomie des personnes âgées et MDPH, Conseil Général de l’Oise

Mme Eléonore YON, Chef du service Actions Autonomie, Conseil Général de l’Oise

M. le Dr José CUCHEVAL, vice-président de l’URML de Picardie

M. le Dr Jacques MARLEIN, membre URML Picardie

REGION PROVENCE-ALPES- COTE D’AZUR***Agence Régionale de Santé***

M. Dominique DEROUBAIX, Directeur général

Mme Martine RIFFARD-VOILQUE, Directrice patients, offre de soins, autonomie

Mme Dominique GAUTHIER, Déléguée territoriale, Vaucluse

M. François Xavier LORRE, délégué territorial, Alpes Maritimes

Territoire d’Avignon

Mme le Dr Marthe GROS, Chef de service, centre hospitalier Avignon ; Présidente du conseil régional de l’ordre des médecins

M. le Dr Louis MICHEL-BECHET, médecin urgentiste, centre hospitalier Avignon

Mme le Dr Valérie TRICHET-LORY, Gériatre, centre hospitalier Avignon

M. Jean-Michel SIDOBRE, Directeur adjoint, centre hospitalier Avignon

M. le Dr Eric SEGUI, médecin urgentiste, SOS médecins Avignon

M. Pierre GUILHAMAT, Directeur HADAR service SSIAD et HAD

M. Olivier DEBRUYNE Directeur, service des personnes âgées et handicapées du conseil général du Vaucluse

M. le Dr DUPUY, médecin, responsable des équipes médico-sociales des personnes âgées et handicapées du conseil général du Vaucluse

Territoire de Grasse

Mme le Dr Isabelle THEVENIN-LAVALOU, médecin gériatre, centre hospitalier de Grasse et plate forme gérontologique

Mme le Dr Martine FOURNET-FAYUS, médecin gérontologue, centre hospitalier de Grasse

M. Paul CLEMENT, Directeur, ORSAC Montfleuri

Mme Pierrette LETAY, Directrice, résidence Les jardins de Grasse

Mme ANTHELMETTE BRIZON, Directrice, résidence Les mimosas

M. Sébastien SPOTO, Directeur, résidence Les Orchidées

M. Pierre FARAJ, Gérant, résidence Les Orchidées et Palais belvédère

M. le Dr Jean-Louis GILARDI, médecin coordonnateur, résidence Les roches grises

Mme Nathalie PHEULPIN, Directrice, résidence Sophie

Mme Patricia POWLAS, Directrice, clinique Sainte Brigitte

M. Michel BESSO, Directeur, direction de la santé et de la solidarité du conseil général des Alpes Maritimes

Mme Sophie GUICHARD, Directrice, CCAS de Grasse

Centre Hospitalier Universitaire de Nice et la délégation territoriale ARS des Alpes maritimes (en visioconférence)

M. le Dr REFAIT, médecin inspecteur de sante publique, adjoint au délégué territorial,

M. Marc LECARDEZ, Directeur adjoint au CHU de Nice

Mme Annick BIJU-DUVAL, Directrice de l'HAD de Nice, vice-présidente de la FNEHAD et Présidente du réseau gérontologique départemental.

REGION ILE DE France

Agence régionale de santé (ARS Ile de France)

Mme Andrée BARRETEAU, directrice médico-sociale et sanitaire

Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) Paris

M. le Pr DAVIDO, chef du service des urgences, M. Alain BENTOUNSI, coordonnateur général des soins du groupe hospitalier et Mme Eliane THIEFFRY, cadre supérieur santé

M. le Dr Pierre ESPINOZA, praticien hospitalier, responsable projet télémédecine « TeleGeria », Dr Jean LAUDET, praticien hospitalier, chef de service gérontologie Hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez et Alexandra GOUAZI, aide soignante, assistante télémédecine et Michel LESUEUR, directeur commercial, CISCO Systèmes France.

Hôpital Corentin-Celton (Issy-les-Moulineaux)

Mme Isabelle LECLERC, directrice, M. le Dr Patrick BOCQUET, Praticien hospitalier (PH), chef de service gériatrique et président du comité médical consultatif (CCM), Mme Catherine RIGAL, coordination gérontologique « alliance » ville d'Issy-les-Moulineaux ; M. le Dr Jean-Yves ROUFFET, médecin coordonnateur de l'EHPAD Lasserre et collaborateur de l'association « alliance »

Hôpital Privé Gériatrique des Magnolias (PGM)

Mme Evelyne GAUSSENS, directrice générale, Mme le Dr Laurence LUQUEL, directrice médicale, Mme le Dr Marie-Pierre PNANCRAZI chef de service filière géronto-psychiatrie

Association Notre-Dame de Bon Secours

Mme Hélène GISSEROT, Présidente, M. François CHIBON, trésorier, M. le Dr DURSO, gériatre et médecin coordonnateur et Mme Catherine PIOT, directrice de la maison de retraite Sainte Monique

Fondation Oeuvre de la Croix Saint-Simon

Mme Isabelle BOUVIER, Directeur général adjoint et Jean-Philippe GAUTRAIS, Directeur du pôle gérontologie

Fondation « maison des champs » de Saint François d'Assise

M. Jean-Paul DEREMBLE, Président et M. Henri NAUDET, directeur général

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE : LES ETAPES D'UNE CONSTRUCTION REGLEMENTAIRE	73
ANNEXE 2 : LES RESEAUX DE SANTE EN 2009.....	77
ANNEXE 3 : VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DEPENSES DE SANTE.....	79
ANNEXE 4 : METHODES ET RECUEIL DES DONNEES DE SITES	83
ANNEXE 5 : LES DONNEES DE SITE RECUEILLIES PAR L'ENQUETE	91
ANNEXE 6 : UN IMPACT DE LA COORDINATION SUR LA TENDANCE A HOSPITALISER ?.....	101
ANNEXE 7 : DONNEES DE CONTEXTE : STATISTIQUES NATIONALES ET PAR REGIONS	103
ANNEXE 8 : BIBLIOGRAPHIE.....	111
ANNEXE 9 : LISTE DES SIGLES.....	117

Annexe 1 : La coordination gérontologique : les étapes d'une construction réglementaire

[245] Pour assurer avec efficacité une prise en charge globale des personnes âgées, trois conditions sont requises :

- garantir un continuum dans cette prise en charge pour éviter les ruptures de toute nature ;
- assurer un accompagnement global et coordonné pour permettre de développer un projet de vie ;
- apporter une réponse individualisée et plurielle pour tenir compte de la diversité des publics âgés.

[246] Trois modalités principales d'action de type liaison, coordination ou intégration, sont en théorie possibles. La liaison, la plus souple, ne nécessite pas de formalisation importante, au contraire de la coordination qui nécessite généralement la passation d'une ou plusieurs conventions entre partenaires. L'intégration est quant à elle la forme la plus aboutie de la collaboration entre acteurs puisqu'elle se traduit par une unicité juridique des instances de décision.

[247] Des outils ont été conçus et mis en place progressivement pour l'essentiel depuis le milieu des années 90, à savoir les réseaux, les filières, les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) et tout récemment les communautés hospitalières de territoire (CHT), forme juridique la plus intégrée. Toutefois, cette évolution a été très lente et insuffisamment articulée entre le secteur sanitaire (hôpital et médecine libérale) et le secteur médico-social (établissements et services), ce dernier étant par ailleurs très éclaté au plan institutionnel.

Un cadre réglementaire construit par étapes successives depuis plus de 15 ans

[248] L'idée de coordination est déjà très ancienne dans son affirmation, mais beaucoup plus récente dans sa mise en œuvre. Très ancienne, parce qu'énoncée dès 1962 dans le rapport de la « Commission d'études de la vieillesse », présidée par Pierre Laroque. Récente dans sa mise en œuvre, car il faut attendre les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, pour que la nécessité de développer la coordination entre tous les acteurs soit clairement affichée.

[249] Vingt ans après le rapport Laroque⁴⁴, la circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées franchit une nouvelle étape. Ce texte préconise « la constitution d'instances de coordination gérontologique » et la création de 500 postes de coordonnateurs. La circulaire encourage aussi la création de résidences d'hébergement temporaire. Dressant un panorama de tous les modes de prise en charge des personnes âgées, la circulaire conclut que « cette analyse confirme l'opportunité d'une socialisation du sanitaire, d'une médicalisation du social, afin que chaque gamme d'hébergement présente la souplesse indispensable pour répondre aux aspirations de chacun ».

⁴⁴ Même si les plans quinquennaux des années 70 et les 2 lois de 1975 sur les institutions sociales ont permis d'avancer quelque peu sur ce sujet de la coordination -

Les CLIC

[250] Près de vingt ans plus tard, la notion de coordination gérontologique poursuit son chemin dans le champ médico-social avec la création des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), d'abord à titre expérimental avec la circulaire du 6 juin 2000, puis de façon généralisée l'année suivante par la publication d'une seconde circulaire⁴⁵. Il est alors rappelé que la coordination doit s'attacher à résoudre les situations complexes et urgentes dans une logique d'intervention de proximité. La zone d'attraction des CLIC est le bassin de vie. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dans son article 15 fait rentrer les CLIC dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux, lesquels relèveront, à compter du 1^{er} janvier 2005, de la compétence des départements suite à la promulgation de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

[251] Assez naturellement à la notion de coordination s'est adjointe l'idée de réseau, dispositif concret pour mieux coordonner la prise en charge des publics, notamment les plus fragiles.

Les réseaux de santé

[252] Les réseaux (et filières) ont été reconnus par les ordonnances du 24 avril 1996. Ces réseaux de soins et de santé, de nature générale au départ c'est-à-dire non dédiés à un public mais plutôt à des types de pathologies, ont été confortés :

- -d'une part, par la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 qui pose le principe de la création d'une enveloppe pérenne destinée à leur financement et la prorogation pour 3 ans (fin 2006) du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) ;
- -d'autre part, par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui crée un guichet unique auquel s'adresseront les porteurs de projets. En parallèle apparaît un changement de terminologie : les réseaux de santé se substituent aux réseaux de soins, affichant ainsi le principe qu'un réseau est constitué de tous les acteurs concernés par le suivi d'une pathologie et non par le seul secteur sanitaire.

[253] Alors que se mettent lentement en place les premiers réseaux, l'arrêté du 30 mars 2000 « portant agrément de réseaux gérontologiques expérimentaux », promu par la Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), indique dans son article 3 que « l'action expérimentale objet du présent agrément... a pour objet la mise en place de réseaux gérontologiques ».

Les filières gériatriques

[254] Dans la droite ligne de ces réseaux gérontologiques, il est apparu nécessaire de structurer dans le champ sanitaire une filière gériatrique d'abord portée par l'hôpital puis élargie au secteur médico-social, lequel se situe de fait en amont et en aval de celui-ci. Deux circulaires de la DHOS du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 ont permis une évolution en matière de continuum de prise en charge des personnes âgées dépendantes via ces filières que le « plan solidarité grand âge » 2007-2012 et le plan Alzheimer 2008-2012 ont confortées en terme de financement.

[255] Ainsi dès le milieu de la décennie 2000, l'enjeu de la coordination entre les acteurs du médico-social et du champ de la santé comme du décloisonnement entre les institutions sanitaires et sociales, problématique récurrente, a été réaffirmé dans les textes. La lettre DGAS /DHOS du 16 septembre 2004 relative aux CLIC et aux réseaux de santé gériatriques rappelle qu'une coopération étroite entre ceux-ci « facilite le décloisonnement des acteurs locaux et permet à chacune des structures d'accomplir plus facilement l'intégralité de ses missions ».

⁴⁵ Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC

Les groupements de coopération sanitaire

- [256] Faute d'une approche territoriale suffisamment affirmée, la mise en place des réseaux gérontologiques des CLIC et des filières gériatriques s'avère insuffisante. Il est aujourd'hui nécessaire de raisonner en « inter filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques », avec une approche fonctionnelle du territoire d'action de celles-ci, pour reprendre la problématique d'un article récemment publié⁴⁶.
- [257] Historiquement le secteur sanitaire fut pionnier sur cette voie, via l'ordonnance du 24 avril 1996 déjà citée portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui permit de créer les GCS, nouvelle catégorie de personne morale dont l'objectif est de favoriser la coopération entre établissements publics de santé (EPS), établissements participant au service public hospitalier (PSPH) mais aussi avec les médecins libéraux. Devant son insuffisant développement, l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit la simplification des formules de coopération sanitaire sans toutefois permettre que celles-ci « décollent » encore véritablement. Désormais, le GCS est ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et au secteur médico-social. Il permet juridiquement de développer des projets communs comme de gérer des équipements partagés.

Les groupements de coopération sanitaire et médico-sociale

- [258] La loi du 11 février 2005 et son décret d'application du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale dote le secteur d'un outil de coopération simple dans son montage et son fonctionnement. Le GCSMS est ouvert aussi aux établissements du secteur sanitaire voire aux professionnels libéraux. Il permet la mise en commun de moyens techniques ou humains, facilite de nouvelles stratégies de prise en charge, favorise l'interdisciplinarité autour de la personne âgée et concourt à une mise en réseau formalisé des acteurs, procédant ainsi au maillage du bassin de vie ou du territoire d'implantation ou d'attractivité dans lequel il inscrit son action.

Les perspectives ouvertes par la loi HPST

- [259] L'une des missions des Agences Régionales de Santé (ARS), créées par la loi du 21 juillet 2009, est de favoriser le rapprochement des structures, de rendre visibles et lisibles les actions conduites et d'assurer un portage des projets de coopération entre les libéraux, le champ sanitaire et celui du médico-social ou entre établissements hospitaliers. Les ARS sont ainsi chargées, par l'article 118 de la loi, « de réguler, d'orienter, et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé ».
- [260] Au-delà du développement des réseaux de santé gérontologiques et des filières gériatriques toujours nécessaires, le développement des groupements de coopération ou de toute autre forme juridique de coopération restait indispensable à poursuivre. La loi HPST dans ses articles 22 et 23 traite au sein d'un chapitre III intitulé « favoriser les coopérations entre établissements de santé » des communautés hospitalières de territoire (CHT) et des groupements de coopération sanitaire (GCS) dont le rôle est étendu.

⁴⁶ Voir sur ce point l'article de Michel Vermorel et Eric Rumeau, « les inter-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion de territoire », *Gérontologie et Société*, 2010/1 n° 132, p.213-221.

Des aménagements aux dispositifs existants

- [261] S'agissant des groupements de coopération sanitaire, la loi prévoit deux modalités d'organisation : le premier sous forme de *groupement de coopération sanitaire de moyens* qui peut être « constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux(...), des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société ». La seconde modalité d'organisation des GCS concerne ceux qui titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins deviennent des *établissements de santé* avec les droits et obligations y afférents. Cette seconde modalité est plus contraignante pour les partenaires non hospitaliers ; il conviendra de veiller à ce qu'elle ne soit pas un frein, ou à tout le moins n'ait pas un effet dissuasif à l'adhésion des libéraux et des structures médico-sociales.
- [262] S'agissant des *groupements de coopération sociale ou médico-sociale*, la loi HPST complète également les dispositions jusqu'alors en vigueur (article L 312-7 du CASF). La catégorie des entités pouvant créer un GCSMS a été élargie aux personnes physiques ou morales pouvant être gestionnaires d'établissements et aux personnes morales ou physiques, concourant en l'espèce à la prise en charge des personnes âgées. Cette disposition permet ainsi à tous les gestionnaires potentiels, dont les communes, de créer des GCSMS. De même, a été ouverte aux GCSMS la possibilité de créer un réseau social ou médico-social. Enfin, répondant ainsi à une attente très forte du secteur médico-social, l'article 54 (V) de la loi de financement de la sécurité sociale du 24 décembre 2009 a complété l'article L 312-7 du CASF en permettant à compter du 1^{er} janvier 2011 à un GCSMS d'être chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage intérieur (PUI).
- [263] L'ensemble de ces dispositions législatives a pour objectif le développement des groupements de coopération dont la montée en charge reste lente pour le champ médico-social : 32 GCSMS recensés à ce jour par la DGCS auxquels peuvent s'ajouter 22 projets en cours. La DGOS recensait pour sa part 191 GCS au 1^{er} janvier 2009 et plus d'une centaine en projet, soit dans le secteur sanitaire une progression plus rapide et désormais soutenue.

Un nouveau dispositif : les communautés hospitalières de territoire

- [264] La loi HPST ouvre la possibilité de créer, par son article 22, des *communautés hospitalières de territoire* (CHT) qui dispose que « des établissements de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télé-médecine ».

Annexe 2 : Les réseaux de santé en 2009

Répartition des réseaux par thème, montants financés et durée de convention

Thème regroupé	Réseau		Montant total accordé sur toute la durée de la convention		% de couverture	Montant total versé en 2009 en €(1)				Durée moyenne de convention (en années)
	Nombre de réseaux	%	Montant total accordé en €	%		Nombre de réseaux renseignés	Montant total versé (€)	%	Montant moyen versé par réseau (€)	
Gérontologie	116	16%	57 467 880	12%	86%	113	21 333 724	13%	188 794	2,0
Soins Palliatifs	99	13%	94 142 905	20%	90%	96	28 210 079	17%	293 855	2,7
Cancérologie (2)	65	9%	58 639 910	12%	84%	62	18 667 504	11%	301 089	2,5
Diabétologie	63	8%	41 952 877	9%	87%	63	15 054 619	9%	238 962	2,5
Périnatalité (2)	55	7%	28 986 272	6%	82%	54	10 874 639	7%	201 382	2,4
Handicap	46	6%	26 697 638	6%	78%	44	9 694 085	6%	220 320	2,4
Addictologie	45	6%	22 710 045	5%	82%	43	7 696 422	5%	178 987	2,2
Prise en charge des adolescents	35	5%	7 156 835	2%	50%	35	3 313 128	2%	94 661	1,9
Proximité (poly pathologie)	31	4%	25 848 421	5%	83%	29	7 231 157	4%	249 350	2,6
Cardiovasculaire	29	4%	16 896 946	4%	87%	29	7 893 247	5%	272 181	1,9
Maladies infectieuses	23	3%	8 597 271	2%	73%	22	2 585 278	2%	117 513	2,3
Nutrition et prise en charge de l'obésité	23	3%	21 208 759	4%	90%	23	7 389 208	5%	321 270	2,4
Pathologies respiratoires	21	3%	14 707 817	3%	94%	21	5 128 233	3%	244 202	2,5
Neurologie	18	2%	12 749 890	3%	88%	17	4 866 443	3%	286 261	2,7
Précarité	11	1%	9 795 995	2%	72%	10	2 842 335	2%	284 234	2,9
Santé Mentale	10	1%	3 166 502	1%	52%	9	1 024 152	1%	113 795	2,2
Douleur	9	1%	5 786 275	1%	99%	9	2 156 876	1%	239 653	2,0
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	1%	4 265 207	1%	89%	6	1 806 797	1%	301 133	1,9
Maladies rares	5	1%	2 840 846	1%	89%	5	612 386	0%	122 477	3,4
Maison des réseaux / Si propre au réseau	3	0%	691 909	0%	44%	3	691 909	0%	230 636	1,0
Rhumatologie	2	0%	698 556	0%	94%	2	246 239	0%	123 120	2,5
Autre	27	4%	9 468 743	2%	91%	27	3 621 305	2%	134 122	1,8
TOTAL	742	100%	474 477 500	100%	84%	722	162 939 766	100%	225 678	2,3

(1) Le montant versé en 2009 n'a pas été renseigné pour 20 réseaux.

(2) Ces 2 thèmes regroupent des réseaux régionaux (organisationnel) et non régionaux (opérationnel). Leur répartition est donnée dans l'annexe 2.

Source : Données recueillies auprès des MRS, RA FIQCS 2009

Annexe 3 : Vieillesse de la population et dépenses de santé

Des dépenses d'hospitalisation en forte croissance

- [265] Depuis près de cinquante ans, la part des dépenses de santé dans le PIB a fortement augmenté dans tous les pays industrialisés, mais c'est en France que l'évolution a été la plus forte passant de 3,8% du PIB à 11,2% entre 1960 et 2008, soit une progression de 7,4 points de PIB qui situe en niveau notre pays aujourd'hui juste derrière les Etats-Unis⁴⁷.
- [266] Parmi les dépenses de santé, les dépenses hospitalières occupent une place importante (44%) et connaissent une croissance très forte. Pour l'année 2009, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM⁴⁸ sont estimées à 157,6 Mds€ soit un dépassement de 740 M€ par rapport à l'objectif initial qui se décompose en 230M€ pour les soins de ville et 620 M€ pour les établissements de santé, mettant en évidence l'importance de ce poste de dépenses⁴⁹.
- [267] Cette évolution des dépenses hospitalières a ainsi amené le comité d'alerte⁵⁰ sur les dépenses d'assurance maladie à indiquer que le dépassement de l'objectif de dépenses pour la présente année pourrait atteindre 600 M€ à dispositions inchangées, dont 400 M€ pour les dépenses des établissements de santé au vu des données des premiers mois de l'année 2010 déjà disponibles⁵¹.
- [268] Compte tenu des fortes tensions sur les comptes de l'assurance maladie, quelles sont les conséquences potentielles du vieillissement de la population sur ceux-ci, sachant que la Cour des comptes a chiffré en 2003 à 15,5 Mds d'euros l'ensemble des dépenses collectives engagées au bénéfice des personnes âgées dépendantes⁵²? et que la direction du budget a actualisé ce montant à 21,6 milliards pour 2009⁵³?

Des dépenses liées à un effet de génération et non à l'âge

- [269] L'effet du vieillissement sur les dépenses d'hospitalisation n'est pas mécanique en effet et mérite une analyse plus fouillée, comme l'ont fait plusieurs rapports récents⁵⁴.

⁴⁷ Source DREES Etudes et Résultats n° 736 Les comptes nationaux de la santé en 2009 et OCDE Eco-santé 2010

⁴⁸ L'ONDAM est l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté chaque année par le Parlement suite à la réforme de l'assurance maladie de 1996 (ordonnances du 24 avril 1996 et loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 22 juillet 1996)

⁴⁹ Source commission des comptes de la sécurité sociale juin 2010

⁵⁰ Instance créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie

⁵¹ Même source que note 3 ci-dessus

⁵² Les personnes âgées dépendantes rapport de la Cour des comptes novembre 2005

⁵³ Source : estimation de la direction du budget (avril 2010), citée dans le rapport d'information de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, présenté par Mme Valérie Rosso-Déborde, députée, juin 2010C

⁵⁴ Etudes concordantes émanant tant de l'administration (DREES DGTPE), du conseil d'analyse stratégique (CAS) que d'universitaires (B. Dormont) ou d'organisations internationales (OCDE, commission européenne), Voir bibliographie en annexe

- [270] Certes, la consommation de soins est une fonction croissante de l'âge : les plus de 60 ans qui représentent un peu plus de 20% de la population sont à l'origine de 45% des dépenses de soins et les plus de 75 ans comptent pour 20% de la dépense alors qu'ils représentent seulement 8% de la population totale⁵⁵.
- [271] Toutefois, les dépenses de santé des personnes les plus âgées (+ 85 ans) sont équivalentes à celles du jeune âge (moins de 10 ans). Plus encore, l'augmentation des dépenses de santé est d'abord due à un effet générationnel : **à âge égal, chaque génération consomme davantage de soins de santé que celle qui la précède.**
- [272] Entre 1992 et 2000⁵⁶, les dépenses de santé ont augmenté de 54%, alors que la proportion des plus de 65 ans dans la population augmentait de seulement 2 points ; sur cette évolution totale seuls 3 points sont attribuables au vieillissement proprement dit, alors que 58% sont dus aux changements de pratiques et 3% à l'augmentation de la taille de la population ; les changements de morbidité contribuant à la baisse à hauteur de 10%.
- [273] En sus des aspects démographiques et de l'émergence puis de la diffusion du progrès technique médical qui sont des tendances lourdes impactant les dépenses de soins, un autre facteur doit être analysé, plus à la main des décideurs et donc davantage maîtrisable, à savoir les modes d'organisation et de gouvernance du système de santé.

... et à une inadaptation des soins aux personnes âgées

- [274] Avec le HCAAM, il faut s'interroger sur le niveau anormalement élevé des dépenses individuelles moyennes de soins au grand âge : « une observation purement statistique établit que la hausse de la dépense de santé en fonction de l'âge qui est à peu près continue à partir de l'âge adulte, connaît une forme de « rupture de pente » autour d'un seuil qui se situe entre 75 et 85 ans. La dépense moyenne individuelle de santé varie ainsi aux grands âges beaucoup plus fortement qu'entre les tranches d'âge moins élevées : l'écart de la dépense individuelle moyenne entre 70 et 90 ans est par exemple supérieur au double de l'écart constaté entre 50 et 70 ans ».
- [275] Or selon le HCAAM une part importante de cette dépense individuelle élevée constatée s'expliquerait par les « inadaptations structurelles » de notre système de soins à une prise en charge optimisée des personnes âgées, et notamment les plus fragiles.
- [276] Plus que pour toute autre population, il s'agit d'organiser les soins autour de la personne elle-même. C'est au système d'être mobile et non à la personne âgée elle-même de se déplacer sauf justifications évidemment. Outre les aspects humains très dommageables liés à ce dysfonctionnement, les inadaptations structurelles dans la prise en charge des personnes âgées sont à l'origine de coûts élevés qu'il faut s'efforcer de maîtriser au cas présent, obligeant à un changement de paradigme dans l'organisation qui sera profitable aux personnes âgées mais aussi à l'ensemble de la population en terme de qualité et au système de soins tout entier en terme financier.

⁵⁵ *Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations.* Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) du 22 avril 2010

⁵⁶ B Dormont, *Les dépenses de santé une augmentation salutaire ?* CEPREMAP éditions ENS rue d'Ulm

Un effet « explosif » du vieillissement sur les dépenses de santé à relativiser

[277] Au-delà de ce premier point de constat touchant à l'existant et à ses insuffisances, une étude prospective de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁵⁷ illustre l'enjeu majeur que recouvre l'organisation de notre système de soins dans les réponses au vieillissement.

Des perspectives plus favorables en cas d'évolution « volontariste » des pratiques

[278] La DREES a mesuré cet impact à l'horizon de 2030 avec des étapes en 2010 et 2020. En introduction à son étude, elle remarque que le nombre de journées en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) a baissé entre 1998 et 2004. Pourtant la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait dû conduire à son augmentation. Ce constat passé et l'étude prospective montrent qu'il existe des marges d'action importantes en terme d'organisation de notre système de soins et que l'avancée en âge de la population ne conduit pas « inéluctablement » à un accroissement de l'offre hospitalière sur le champ MCO (elle ajoute que la prise charge des personnes les plus fragiles nécessite des prises en charge hospitalières lourdes en soins aigus).

[279] Constatant que le nombre d'équivalents-journées d'hospitalisation a diminué entre 1998 et 2004, passant de 62 à 58,4 millions, la DREES précise que ce chiffre est nettement inférieur à celui estimé de 66,7 millions, si les principaux paramètres (taux d'hospitalisation, durée moyenne de séjour et part de l'ambulatoire par grandes pathologies) étaient restés stables.

[280] A partir de là, et après avoir identifié les principaux facteurs qui influent sur l'hospitalisation en MCO, l'étude construit 3 scénarios contrastés.

[281] Le premier retraduit exclusivement l'effet mécanique de l'augmentation et de la modification structurelle de la population. Pour s'en tenir au seul nombre de lits en hospitalisation complète et de places en ambulatoire, la progression serait entre 2004 et 2030 de 37,5% pour les lits et de 17,8% pour les places.

[282] Dans le scénario 2, il est supposé que l'évolution constatée entre 1998 et 2004 va se poursuivre (taux de recours, DMS ou part d'ambulatoire). En 2030, le nombre de lits serait inférieur de 6,1% à celui de 2004 mais le nombre de places en ambulatoire augmenterait fortement sur toute la période à 123,8% (avec un niveau absolu très modeste au demeurant aujourd'hui). Ce scénario illustre d'ores et déjà l'importance des choix d'organisation de prise en charge.

[283] Enfin, dans le scénario 3, dit « volontariste », les caractéristiques de l'hospitalisation sont la conséquence de nouveaux traitements, de nouveaux modes de prise en charge et d'actions de santé publique dans le domaine notamment de la prévention. Entre 2004 et 2030, le nombre de lits d'hospitalisation complète baisserait de 20%, alors que le nombre de places en ambulatoire croîtrait de plus du double.

⁵⁷ DREES « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 » Etudes et résultats n° 654 aout 2008 et Dossiers solidarité et santé n°4 2008

[284] Ce scénario volontariste souligne que l'organisation des soins et les pratiques qui en découlent pourraient plus que compenser l'effet induit par le seul vieillissement de la population. Le retour sur les évolutions constatées entre 1998 et 2004 présentées ci-dessus mais également entre 2004 et 2008, semblent conforter ce scénario. Rapporté au vieillissement de la population sur cette dernière période, le volume global des journées d'hospitalisation a baissé de 7,8%. L'étude attribue cette baisse aux gains d'efficacité de l'organisation du système de santé.

... et des modes d'organisation autour de la personne âgée

[285] En référence aux données des 20 dernières années ainsi qu'aux prévisions réalisées à l'aide de modèles, notamment ceux de l'OCDE, la part des dépenses de santé dans le PIB devrait passer de 7,7% en 2005 à 12,8% en 2050. Sur cette progression de 5,1 points de PIB, seul 0,7 point serait attribuable aux changements démographiques⁵⁸. Ce taux pourrait même être inférieur pour la France (0,4%). Selon les estimations établies de son côté par la direction générale du trésor et de la politique économique (DGTPE), l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé devrait être compris entre 0,5 et 2,5 points de PIB à l'horizon 2050 ; l'écart important entre ces deux extrêmes de la fourchette tient aux hypothèses touchant à l'état de santé des personnes âgées au fur et à mesure de leur vieillissement, c'est-à-dire du rythme de l'évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en plus ou moins bonne santé.

[286] La DREES, en conclusion de son étude, indique que «certaines questions demeurent cependant. Par exemple, la progression actuelle de l'espérance de vie se fait en bonne santé et on peut se demander combien de temps cela pourra encore durer». La réponse à cette interrogation paraît fondamentale eu égard aux conséquences financières en résultant. Les travaux les plus récents⁵⁹ permettent de penser que jusqu'au début de la dernière décennie l'EVS continue d'augmenter mais leurs auteurs demeurent prudents et d'indiquer que « la répétition à l'avenir de batteries d'indicateurs plus précis, en particulier sur les limitations fonctionnelles, nous permettra d'affiner les observations et de mieux situer l'état de santé de la population et de son évolution ».

[287] Si l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé est donc difficile à apprécier, l'organisation du système de soins est davantage maîtrisable par les pouvoirs publics. Le rapport du HCAAM trace l'objectif à atteindre : après avoir dressé le constat « qu'une part importante de la dépense individuelle moyenne très élevée aux grands âges s'explique par des inadaptations structurelles », il conclut que « le grand âge met en demeure d'organiser le soin autour de la personne ».

[288] Dans le même sens, la DREES dans son étude dresse elle aussi les conditions inhérentes à la réalisation du scénario ou de scénarios croisés permettant en 2030 de réduire fortement le nombre de lits d'hospitalisation complète en postulant que le « scénario volontariste souligne que l'organisation des soins et les pratiques qui en découlent pourraient plus que compenser l'effet induit par le seul vieillissement de la population ». Tout récemment, le centre d'analyse stratégique (CAS) dans un rapport et une note de veille parvient aux mêmes conclusions.

⁵⁸ Rapport de B Dormont déjà cité

⁵⁹ DREES Dossiers solidarité et santé n° 2 avril – juin 2006 études diverses «l'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter» Emmanuelle Cambois, Aurore Clavel et Jean-Marie Robine.

Annexe 4 : Méthodes et recueil des données de sites

- [289] Les enquêtes de terrain ont pour objectif :
- de vérifier si l'existence d'une coordination des acteurs améliore la prise en charge de l'hôpital en évitant les hospitalisations en urgence, indues ou inadaptées, et réduit la durée de séjour et les récurrences par un accompagnement adapté personnalisé ;
 - d'observer les formes de coordination les plus efficaces, et de rendre compte des difficultés ou des facteurs favorables à la mise en œuvre de ces coopérations, afin d'en tirer des recommandations.
- [290] Pour cela la mission a utilisé plusieurs outils :
- sur un échantillon de sites construit grâce aux données de la DREES, des enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des acteurs;
 - des données collectées auprès de l'ATIH ;
 - des entretiens avec des représentants de tous les acteurs du parcours de soin de la personne âgée du domicile à l'hôpital et réciproquement ;
 - le tout renforcé à mi-parcours d'une enquête spécifique auprès des EHPAD aux résultats qui demandent à être approfondis par une autre mission (celle du troisième volet sur l'hospitalisation des personnes âgées inscrit au programme de travail de l'IGAS).

1. LE CHOIX ENTRE TROIS METHODES

1.1. *La problématique*

- [291] La commande initiale était de faire une enquête pour départager deux positions opposées :
- celle disant que les personnes âgées entrent indument et restent trop longtemps à l'hôpital,
 - l'autre disant que l'hôpital refuse les entrées de personnes âgées qui le nécessiteraient sous l'argument implicite ou explicite que le cas n'est pas de leur ressort et qu'il est non rentable.
- [292] L'enquête inscrite au programme de travail avait, entre autres, pour objet de trancher ce débat par des données les plus objectives que possibles, à partir d'un échantillon de cas.
- [293] La lecture des nombreuses études et rapports récents sur le sujet⁶⁰ nous amène à privilégier une hypothèse précise : l'existence d'une coordination des acteurs⁶¹ améliore la prise en charge de l'hôpital en évitant les hospitalisations en urgence et/ou inadaptées, et réduit les durées de séjour et les récurrences par un accompagnement adapté personnalisé. C'est cette hypothèse que nous nous proposons de tester par notre investigation, à la fois qualitative (entretiens) et quantitative (recueil de données).

⁶⁰ Voir bibliographie en annexe 9

⁶¹ Réseaux gérontologiques ou organisation autour d'un hôpital, conventionnement avec EHPAD, SSIAD, CLIC, services d'aide à domicile, etc.... ;

1.2. Plusieurs méthodes possibles

[294] Trois méthodes étaient possibles :

1°) La méthode suggérée par le programme de travail était de *prendre un échantillon de dossiers de patients entrés dans un établissement (CHU, hôpital en rase campagne)* et de les analyser : conditions d'entrée (urgence ou organe), pathologie traitée, durée de séjour, conditions de sortie (existence ou non d'un accompagnement), conditions de vie antérieures et postérieures à l'hospitalisation, récurrence...

Cette méthode permettrait d'analyser s'il y a des hospitalisations indues qui ne s'expliqueraient que par des conditions de vie externes (solitude qui amène brutalement aux urgences), mais ne permettrait pas facilement de savoir s'il y a des hospitalisations refusées...

En l'absence de médecin dans l'équipe de la mission, cette méthode n'est pas envisageable.

2°) Une autre méthode de type 'boite noire' consisterait à faire *une expérimentation contrôlée*, en suivant deux cohortes comparables (toutes choses égales d'ailleurs, en termes d'âge, de pathologie, de conditions de vie) : *l'une de personnes âgées entrées à l'hôpital et d'autres non*.

Cette méthode suppose

- une bonne définition du 'toutes choses égales d'ailleurs' en fonction des hypothèses à tester ; définir les cohortes de façon aléatoire suppose la collecte de nombreuses données sur l'ensemble des PA d'un territoire (et pas seulement à l'hôpital)

- une complicité active des acteurs du territoire enquêté sur la durée ; qui suppose une mise en réseau des acteurs. Soit elle existe déjà. Soit elle n'existe pas, et le processus d'enquête qui amène à le créer, interfère avec l'hypothèse que l'on veut tester....

Couteuse à mettre en place et peu opportune, car elle interfère avec l'hypothèse.

3°) La construction d'un échantillon raisonné par comparaison de situations géographiquement situées : celles où existe un réseau gérontologique ou une organisation incluant l'hôpital, celles où il n'en existe pas.

Le test d'hypothèses se fera en demandant une extraction anonyme des données hospitalières pour une analyse statistique, et en rapprochant ces données des dires des acteurs sur les relations entre hôpital et patients.

C'est cette méthode qui a été retenue.

2. LE CHOIX DE SITES CONTRASTES

[295] La mission a sélectionné un échantillon de six régions contrastées selon trois critères : la part des personnes âgées dans la population régionale, la tendance de la région à hospitaliser tous âges confondus et la tendance à hospitaliser les personnes âgées de plus de 85 ans. Pour chacune des régions retenues ces trois critères sont mis en regard de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. A partir de l'ensemble de ces données la mission a étudié sur deux territoires différemment organisés et proposés par l'ARS, l'impact des modes d'organisation au sein du secteur sanitaire et entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées.

[296] A partir des données de la DREES pour 2004, nous avons comparé à la moyenne nationale la valeur dans chaque région des trois critères retenus (France métropolitaine = 1). Notre échantillon va tenir compte d'un élément de contexte : la démographie, et d'un élément lié à notre étude, la propension à hospitaliser, et notamment les personnes âgées.

Tableau 11 : Indicateurs de choix des régions

	Part de la population 75 ans et +	Taux d'hospitalisation (standardisé) tous âges	Taux d'hospitalisation 85 ans et +
IDF	0,75	0,98	1,04
Champagne Ardennes	0,99	1,06	1,04
Picardie	0,86	1,07	1,15
Haute Normandie	0,90	0,98	0,99
Centre	1,13	0,97	1,00
Basse Normandie	1,09	0,93	1,11
Bourgogne	1,21	1,01	1,02
Nord Pas de Calais	0,84	1,04	0,96
Lorraine	0,92	1,08	1,09
Alsace	0,81	1,10	1,36
Franche Comté	0,99	0,97	0,96
Pays de Loire	1,03	0,92	0,92
Bretagne	1,11	0,96	1,01
Poitou Charente	1,27	1,01	1,03
Aquitaine	1,21	0,97	0,99
Midi Pyrénées	1,21	1,01	1,01
Limousin	1,52	0,93	0,90
Rhône Alpes	0,92	0,94	0,96
Auvergne	1,25	0,95	0,85
Languedoc Roussillon	1,18	1,05	0,96
PACA	1,17	1,10	0,97
Corse	1,15	1,29	1,11

Source : DREES Régions 2004 indices/ France métropolitaine=1

[297] Six régions ont été retenues aux indicateurs contrastées :

[298] Deux régions s'opposent en tout : le Limousin et la Picardie. Le Limousin est la plus vieille région de France, la Picardie est une des plus jeunes. Le Limousin est la région qui hospitalise le moins ses personnes âgées, comme elle hospitalise peu en général ; la Picardie est celle qui hospitalise le plus de toutes les régions les personnes âgées, comme elle hospitalise fortement à tous âges.

[299] Le Nord-Pas-de-Calais est, comme la Picardie une région jeune, mais à l'inverse de cette dernière, elle hospitalise moins les personnes âgées alors qu'elle hospitalise à tous âges davantage qu'en France métropolitaine. Cette région présente un contraste entre une propension à hospitaliser les personnes âgées qui est plus faible qu'en moyenne et une propension à hospitaliser à tous âges qui est supérieure à la moyenne nationale.

[300] La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est une région plus vieille que la moyenne (comme le Limousin), mais elle présente le même contraste que la région Nord-Pas-de-Calais entre une relativement faible hospitalisation des personnes âgées en dépit d'une forte hospitalisation générale.

[301] La Basse Normandie présente le contraste inverse aux deux régions précédentes (Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur) : c'est une région qui hospitalise moins en général que la moyenne nationale, mais qui hospitalise davantage les personnes âgées.

[302] Enfin la région Pays de Loire est une région proche de la moyenne : un peu plus âgée qu'en moyenne, elle hospitalise peu, que ce soit les personnes âgées ou à tous âges, comme le Limousin, mais dans des proportions bien moindres.

Tableau 12 : Comparaison des indicateurs dans les six régions sélectionnées

Régions	Part de la population âgée	Tendance à hospitaliser en général	Tendance à hospitaliser les personnes âgées
Limousin	+++	---	---
Picardie	---	+++	+++
Nord Pas de Calais	--	++	-
Provence Apes Côte d'Azur	++	++	-
Basse Normandie	+	--	++
Pays de Loire	+	-	--

Source : Mission Igas

3. LE CHAMP DE L'ENQUETE : TOUS LES ACTEURS DU SANITAIRE AU SOCIAL

[303] L'enquête interroge les territoires centrés autour d'un CH sur les modes de coopération, les conventions signées, les liens avec le secteur médicosocial et social du Conseil général. S'agissant de coopération entre acteurs, la mission a souhaité entendre les points de vue de tous les acteurs du parcours de la personne âgée. Contrairement à beaucoup de rapport sur l'hospitalisation qui partent et parlent du point de vue de l'hôpital, notre regard s'est voulu d'entrée de jeu, décentré vis-à-vis de celui-ci, pour partir des besoins de la personne âgée.

[304] Les réunions organisées par l'ARS ont convié à notre demande les personnes concernées par la prise charge des personnes âgées

- à l'hôpital (pôle gériatrie, s'il existe, service des urgences, service social)
- dans les EHPAD ou maisons de retraite
- au Conseil général (services APA, et établissements pour personnes âgées)
- les CLIC
- les associations et services chargés du maintien à domicile, SAD, SSIAD et HAD,
- les médecins de ville, via les URML.
- le point de vue des personnes âgées elles-mêmes est recueilli par les acteurs les plus proches du domicile, EHPAD ou services d'aide à domicile.

[305] Pour compléter les dires d'acteurs (qu'ils soient en position de financeurs, d'opérateurs, ou de représentants des usagers via les CLIC, les EHPAD ou les services du domicile), la mission a collecté des données factuelles auprès des ARS, des CH via deux questionnaires sous Excel, et les a complétées par une demande d'extraction de données à l'ATIH qui a pu nous les fournir pour l'année 2009.

[306] En cours de mission il est apparu qu'il fallait aussi objectiver les dires sur l'hospitalisation d'urgence hors permanence des soins, par le recueil auprès des EHPAD, de données factuelles des hospitalisations sur une année (2009). Voir infra.

4. LES OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES FACTUELLES

4.1. Par région et territoire

[307] Le questionnaire demandait aux ARS une description des données d'offre sanitaire sur la région et sur chacun des deux territoires retenus. Ces territoires pouvaient être ou non des territoires de santé. Le tableau ci-dessous en donne la matrice.

Tableau 13 : Recueil de données sur l'offre (région/territoires)

Quelques données sur l'offre de soins et sur l'offre médico-sociale

	Région	territoire 1	territoire2
secteur hospitalier			
nombre d'établissements			
nombre de lits			
nombre de services gériatriques			
nombre de places en HAD			
secteur ambulatoire			
nombre de médecins généralistes			
nombre de gériatres			
nombre d'infirmières libérales			
nombre de kinésithérapeutes			
secteur médico-social			
nombre d'établissements pour P.A.			
nombre de places pour P.A.			
nombre de services pour P.A.			
nombre de places pour P.A.			

territoire 1: territoire pertinent retenu par l'ARS où il existe une coordination gérontologique et /ou gériatrique

territoire 2: territoire pertinent retenu par l'ARS sans coordination

secteur hospitalier, établissements publics et privés

Source : Mission Igas

4.2. Par établissement de santé auprès des acteurs de terrain (ars ou ets)

[308] Le questionnaire demandé aux établissements a été rempli, parfois par les ARS, parfois par les établissements eux-mêmes et retourné via l'ARS. Ce questionnaire demandait des informations plus détaillées que celles du PMSI, comme le temps d'attente aux urgences, ou des données concernant les personnes âgées de plus de 80 ans. Tous les établissements enquêtés n'étaient pas en mesure de le renseigner. Ces informations nous ont parfois été transmises par ailleurs, par le DIM (cas de St Yrieix, Beauvais, PSSL, entre autres).

Tableau 14 : Recueil de données par établissement de santé

Données par établissement de santé du territoire			
Année 2009	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Nombre total d'entrées tous âges			
Nombre d'entrées de personnes âgées de plus de 80 ans			
% de PA de 80 ans et + ayant eu une évaluation avant l'entrée			
% de PA de 80 ans et + ayant eu une évaluation au sortir du court séjour			
% de PA de 80 ans et + ayant eu une évaluation au sortir du moyen séjour			
% de patients âgés adressés en hôpital de jour par un médecin de ville			
% de PA sur total des entrées par les urgences			
% des PA entrées par les urgences sur total des PA hospitalisées			
durée d'attente aux urgences avant orientation			
durée d'attente aux urgences tous âges			
durée d'attente des transferts en soins de suite ou long séjour (PA)			
% d'entrées programmées en court séjour / ensemble entrées PA			
durée de séjour des personnes âgées en court séjour			
% de retour à domicile au sortir du court séjour PA			

Source : Mission Igas

Voir les résultats dans l'annexe 5 au Tableau 5A

[309] A ce premier questionnaire, ont été rajoutées d'autres questions adressées aux établissements concernant le retour au domicile au sortir du court séjour, le temps d'attente aux urgences, l'évaluation gériatrique :

quel degré de fiabilité accordez-vous à cette information recueillie au sein du PMSI ? (réponse : bonne / moyenne / mauvaise)
quelle est la part de PA de 80 ans et + de retour à domicile au sortir du court séjour ?
quel degré de fiabilité accordez-vous à cette information recueillie au sein du PMSI ? (réponse : bonne / moyenne / mauvaise)

disposez-vous d'une évaluation du temps d'attente aux urgences ? (réponse O / N)
si oui, expliquer les modalités de recueil de l'indicateur et son mode de calcul

si oui, quelle est la durée d'attente moyenne aux urgences avant orientation du patient (sortie, mutation interne, transfert) ?
si oui, quelle est la durée d'attente aux urgences avant orientation pour PA de 80 ans et + ?

disposez-vous d'une évaluation pour les PA de 80 ans et + de la durée d'un transfert du court séjour vers le SSR, EHPAD, ou SLD (inadéquat MCO) ?
si oui, expliquer les modalités de recueil de l'indicateur et son mode de calcul
si oui, quelle est la durée moyenne d'attente (en j) constatée pour transfert à la sortie du court séjour ?

disposez-vous d'un dispositif de traçabilité de l'évaluation gériatrique des PA de 80 ans et + ? (réponse O / N)
si oui, expliquer les modalités de la traçabilité (dossier papier patient, dossier informatisé,...) et le contenu de cette évaluation
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique avant l'entrée en court séjour (Médecine / Chirurgie) ?
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique au sortir du court séjour ?
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique à l'entrée en SSR ?
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique au sortir du SSR ?

[310] Les résultats sont donnés dans l'annexe 5 au tableau 5B. Cette seconde partie de l'enquête est moins bien renseignée, montrant par là le manque de suivi par les établissements des conditions d'hospitalisation des personnes âgées. Les nouveaux indicateurs proposés par l'HAS aideront à développer la prise de conscience de l'importance de ces préoccupations.

4.3. Par établissement de santé auprès de l'ATIH

[311] Pour pouvoir être sûrs de comparer des données comparables, nous avons demandé à l'ATIH des extractions des bases de données dont l'agence assure la gestion.

[312] Ces données tirées du PMSI concernent les durées moyennes de séjour en hospitalisation complète, la part des séjours entrés par les urgences, le nombre d'unités médicales pendant un séjour, par tranches d'âge (à-20ans ; 20-80ans ; 80 et plus), et les trajectoires des patients de 80 ans et plus.

Voir les résultats dans l'annexe 5 aux tableaux 6 à 8

4.4. Une enquête spécifique auprès des EHPAD rencontrés

[313] Cette enquête décidée en cours d'étude n'a pas la même rigueur que la précédente. Elle concerne les EHPAD présents aux réunions en Pays de Loire et Nord Pas de Calais. Une enquête plus systématique mériterait d'être menée pour en conforter les résultats. Néanmoins, elle contribue au « faisceau d'indices ».

[314] Une vingtaine d'EHPAD ont répondu au questionnaire soit en remplissant le tableau statistique proposé, soit en adressant à la mission les données individuelles d'hospitalisation, ce qui a permis une analyse plus fouillée des causes et des heures d'hospitalisation, données utilisées dans le commentaire qualitatif.

[315] L'ensemble des données exploitable sous forme statistique est synthétisée dans le tableau 7. Il concerne 14 EHPAD (7 en Pays de Loire, 7 en Nord Pas de Calais). Des données qualitatives ont aussi été fournies par des EHPAD en Picardie, et en Basse Normandie.

Voir résultats détaillées Annexe 5 au Tableau 7

4.5. Les éléments de contexte national et régional auprès de la DREES

[316] Ces données ont permis tout d'abord de constituer l'échantillon initial (cf. supra), de situer notre analyse dans le contexte (évolution des dépenses de santé par âge et pathologies, prévisions 2004-2015, puis comparaison avec le déjà parcouru 2004-2008 ; part des personnes âgées par type d'établissements, etc.), puis d'éclairer les analyses de sites par des éléments de contexte (nombre de filières gériatriques par régions, ...).

[317] Certaines de ces données sont reproduites en annexe au rapport. La richesse et le nombre de tableaux fournis ne permet pas de tout publier.

5. SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

[318] Les données collectées sont présentées en annexe 5

[319] L'ensemble des observations qualitatives et quantitatives est résumé dans un tableau synoptique inséré en fin de première partie du rapport :

- Les données régionales sur l'existence et le nombre de filières gériatriques (FG) proviennent de la DREES.
- Le nombre de réseaux gérontologiques (RG) provient de la CNAM qui les finance et nous a fourni une description précise donnée en en pièces jointes au rapport.

Annexe 5 : Les données de site recueillies par l'enquête

- Tableaux 5A et 5B : Données par établissement du territoire (enquête IGAS auprès des ARS et/ou des établissements)
- Tableau 6 : Données par établissement (ATIH pour l'IGAS)
- Tableau 7 : Les sorties d'hospitalisation (ATIH pour l'IGAS)
- Tableau 8 : Les trajectoires des patients (ATIH pour l'IGAS)
- Tableau 9 : Les hospitalisations des résidents en EHPAD (enquête IGAS auprès des EHPAD)

Tableau 5A Données par établissement de santé du territoire

Régions	Basse Normandie			Nord Pas de Calais		Pays de Loire Sarthe			Limousin		PACA	
Hôpitaux	HL Carentan	CH Coutances	CH Saint-Lô	Lille- GHICL	CH D'ARRAS	Centre Médical Georges Coulon Le Grand Lucé	CH Château du Loir	Pole Santé Sarthe et Loir Sablé Sur Sarthe	St Yrieix Centre Hospitalier Jacques Boutard	CH Brive	CH de GRASSE	CH AVIGNON
nombre de lits installés en court séjour (hors obstétrique) - année 2009 (définition SAE, Q 01)	24	104	254 (M et C)			8	30	182	59	355	219	669
nombre de places installées en court séjour (hors obstétrique) - année 2009 (définition SAE, Q 01)	24	104	15 (M et C + 45 HAD)			1	3	15	4	21	50	27
DMS 2009 constatée en hospitalisation complète (source PMSI)	18,53	7,46	7,54	5,15	5,14	8,4	7,7	6,2	8,91	6,22	5,71	4,67
DMS 2009 constatée en hospitalisation complète pour les patients de 80 ans et + (source PMSI)	19,15	8,4	9,48	7,80	8,11	8,2	8,5	9,4	9,94	10,77	8,81	9,3
nombre de séjours en hospitalisation complète - année 2009 (source PMSI, nb RSA hors HdJ et séances)	380	4514	11078	29 760	20 611	319	1 230	8346	2714	9639	17 464	39535
nombre de séjours en hospitalisation complète pour les PA de 80 ans et + - année 2009 (source PMSI, nb RSA hors HdJ et séances)	256	1953	2474	4 588	2 899	177	632	2337	1133	4304	2 813	5497
part des PA de 80 ans et + pour les séjours en HC - année 2009	67,37%	43,27%	22,33%	15,42%	14,07%	55%	51%	28%	41,75%	44,65%	16,11%	13,90%
nombre total de passages aux urgences en 2009 (tous âges confondus) (source PMSI)	NC	14311	32672		23 571	0	7 435	21301	6910	29664	37 572	82 820
nombre total de passages aux urgences de PA de 80 ans et + en 2009 (source PMSI)	NC	2495	3461		10445				1326	4408	3 493	5 150
nombre de passages aux urgences suivi d'une hospitalisation (tous âges confondus) en 2009 (source PMSI)	NC	3931	9160			0	1 173	7053	1737	8471	8 669	19 935
nombre de passages aux urgences PA de 80 et + suivi d'une hospitalisation en 2009 (source PMSI)	NC	1952	2460		2 155	0	569	1946	929	2943	2 356	3 339
part des PA de 80 ans et + dans les passages aux urgences		17,43%	10,59%		0		0,00%	0,00%	19,18%	14,86%	9,30%	6,22%
part des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation (tous âges confondus)		27,47%	28,04%		44,31%		15,78%	33,11%	25,13%	28,56%	23,07%	24,07%
part des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation (80 ans et +)		78,24%	71,08%						13,44%	66,76%	67,45%	64,83%
quelle est la part d'entrées programmées en court séjour pour les PA de 80 ans et + (source PMSI 2009, hors HdJ et séances) ? (source PMSI)	100,00%	17,89%	22,09%			100%	14%	18,00%	toutes	13,49%	15,54%	

Tableau 5B Données par établissements (suite)

	Basse Normandie			Nord Pas de Calais		Pays de Loire Sarthe			Limousin		PACA	
	HL Carentan	CH Coutances	Saint-Lô	Lille-GHICL	CH D'ARRAS	Centre Médical Georges Coulon Le Grand Lucé	CH Château du Loir	Pole Santé Sarthe et Loir Sablé Sur Sarthe	St Yrieix Centre Hospitalier Jacques Boutard	CH Brive	CH de GRASSE	CH AVIGNON
quelle est la part de PA de 80 ans et + de retour à domicile au sortir du court séjour ?	54,7%	70,9%	11,7%	69,4%	72,4%	28,2%	44,8%	74,0%	68,8%	28,6%	65,3%	11,1%
quel degré de fiabilité accordez-vous à cette information recueillie au sein du PMSI ? (réponse : bonne / moyenne / mauvaise)	bonne	Bonne	Moyenne	bonne	bonne				bonne	Mauvaise	Bonne	
disposez-vous d'une évaluation du temps d'attente aux urgences ? (réponse O / N)	Non concerné	Oui	Oui	Non	Non				oui	oui	OUI	
si oui, quelle est la durée d'attente moyenne aux urgences avant orientation du patient (sortie, mutation interne, transfert) ?	Non concerné		3h						120 min	145 mn	1H08	
si oui, quelle est la durée d'attente aux urgences avant orientation pour PA de 80 ans et + ?	Non concerné		4h20						120 min	161mn	1H09	
disposez-vous d'une évaluation pour les PA de 80 ans et + de la durée d'un transfert du court séjour vers le SSR, EHPAD, ou SLD (inadéquat MCO) ?	Non	non	non	Non	Non				non	oui	OUI	
si oui, quelle est la durée moyenne d'attente (en j) constatée pour transfert à la sortie du court séjour ?											4,05 h	
disposez-vous d'un dispositif de traçabilité de l'évaluation gériatrique des PA de 80 ans et + ? (réponse O / N)	Oui			Non	Non				Oui 75+	oui	OUI	
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique avant l'entrée en court séjour (Médecine / Chirurgie) ?		emeg	emeg						85%	100% CSG	57 (EMG) - 8 (PF)	
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique au sortir du court séjour ?	6,60%									100% MG	604 EMG	
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique à l'entrée en SSR ?										100% MG	118 patients	100 % SSR + choix
si oui, quelle est la part de PA de 80 ans et + ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique au sortir du SSR ?	7,50%									100% MG	155 (2 soins palliatifs)	100 % SSR + choix

Tableau 6 Synthèse		Source : ATIH Finess		Activité tous âges		Activité 80 ans et+			Urgences		Errance (UM)	
Région	Libellé	Nombre de séjours	Durée Moyenne de Séjour	Part des 80 ans et + dans le total des séjours	Durée Moyenne de Séjour des 80 et plus	DMS 80 / DMS adultes indice	Part des séjours (tous âges) entrés par les urgences	Part des séjours de 80 et + entrés par les urgences	Nombre Moyen d'Unités Médicales tous âges	Nombre Moyen d'Unités Médicales 80 +		
		nombre	jours	%	jours	indice	%	%	nombre	nombre		
Ile de France	unité HOPITAL EUROPEEN G. POMPIDOU/BROUSSAIS	24 625	7,63	18,2	9,31	1,28	54	58	1,40	1,49		
Picardie	CTRE HOSP DE PERONNE	4 682	4,93	20,1	7,53	1,76	nr	nr	1,08	1,15		
	CH BEAUVAIS	22 224	6,15	12,7	10,54	1,72	54	82	1,32	1,67		
Basse-Normandie	SYNDICAT INTERHOSPITALIER DU BESSIN	7 931	5,95	21,6	8,82	1,55	nr	nr	1,11	1,18		
	HOPITAL LOCAL CARENTAN	365	19,33	67,1	20,04	1,12	nr	nr	1,00	1,00		
	CH DE COUTANCES	4 291	7,85	40,5	10,32	1,65	34	36	1,12	1,11		
Nord-Pas-de-Calais	GRUPEMENT HOSPITALIER DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE -	29 760	5,15	15,4	7,8	1,58	53	63	1,16	1,33		
	CH D'ARRAS	20 611	5,14	14,1	8,11	1,68	51	74	1,34	1,68		
Pays de la Loire	CH CHATEAU DU LOIR	1 230	7,66	51,4	8,47	1,23	85	86	1,06	1,06		
	POLE SANTE SARTHE ET LOIR	9 871	5,97	23,7	9,4	1,74	66	82	1,11	1,12		
Limousin	CH de BRIVE	16 746	7,29	25,7	10,78	1,7	51	68	1,22	1,32		
	CH ST YRIEIX	2 256	8,91	50	9,99	1,27	75	81	1,15	1,18		
Provence-Alpes-Côte-D'azur	CH DE GRASSE	16 036	5,13	17	8,04	1,65	61	85	1,19	1,32		
	CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	32 862	6,38	14,6	10,43	1,6	56	67	1,19	1,24		

**Tableau 7
les Sorties
région**

**Source : ATIH
PMSI
Année 2009
ibellé**

		80 ans et +								
		Domicile/ Substitut	Mutation/ Transfert vers SSR	Transfert vers MCO	Décès	Mutation/ Transfert vers HAD	Mutation/ Transfert vers PSY	Mutation/ Transfert vers USLD	Sortie après réalisation d'un acte (PIE)	total des sorties
Ile-de-France	HEGP/BROUSSAIS	2 628	423	1 012	324	2	1	97		4 487
Picardie	CH PERONNE	652	136	34	73	32		16		943
	CH BEAUVAIS	2 028	302	258	226	4	1	6	0	2 825
Basse-Normandie	SI BESSIN	1 116	1	460	134	0	0	0	0	1 711
	HL Carentan	165	24	16	38	1	1	0	0	245
	CH COUTANCES	1 162	140	112	139	25	5	153	0	1 736
Nord-Pas-de-Calais	GH IC LILLE -	3 184	577	448	346	0	2	31	0	4 588
	CH 'ARRAS	2 097	217	238	243	26	9	69	0	2 899
Pays de la Loire	CH Château du Loir	413	77	30	88	0	1	23	0	632
	PSSL	1 724	372	72	146	0	4	19	0	2 337
Limousin	CH BRIVE	3 036	777	102	351	3	7	26	1	4 303
	CH ST YRIEIX	780	183	63	84	0	0	19	0	1 129
Provence-Alpes-Côte-D'azur	CH DE GRASSE	1 780	537	100	296	4	7	6	0	2 730
	CH HD AVIGNON	3 224	798	322	430	0	15	14	0	4 803
	total de l'échantillon	23 989	4 564	3 267	2 918	97	53	479	1	35 368
Répartition des sorties en %										
Ile-de-France	HEGP	59	9	23	7	0	0	2	0	100
Picardie	CH PERONNE	69	14	4	8	3	0	2	0	100

	CH BEAUVAIS	72	11	9	8	0	0	0	0	100
Basse-Normandie	SI BESSIN	65	0	27	8	0	0	0	0	100
	HL Carentan	67	10	7	16	0	0	0	0	100
	CH COUTANCES	67	8	6	8	1	0	9	0	100
Nord-Pas-de-Calais	GH IC LILLE -	69	13	10	8	0	0	1	0	100
	CH 'ARRAS	72	7	8	8	1	0	2	0	100
Pays de la Loire	CH Château du Loir	65	12	5	14	0	0	4	0	100
	PSSL	74	16	3	6	0	0	1	0	100
Limousin	CH BRIVE	71	18	2	8	0	0	1	0	100
	CH ST YRIEIX	69	16	6	7	0	0	2	0	100
Provence-Alpes-Côte-D'azur	CH DE GRASSE	65	20	4	11	0	0	0	0	100
	CH HD AVIGNON	67	17	7	9	0	0	0	0	100
	total de l'échantillon	68	13	9	8	0	0	1	0	100

Tableau 8 Trajectoires des patients

âge	Nombre de champs PMSI différents	Nombre de patients	% sur le total patients	Nombre de séjours	% sur le total séjours	
	Total	16 175 392	100,0	40 287 117	100,0	
Tous	1	14 694 560	90,8	32 117 783	79,7	100%
	2	1 429 612	8,8	7 646 789	19,0	
	3	50 995	0,3	519 369	1,3	
	4	225	0,0	3 176	0,0	
20 à 80 ans		14 245 871	88,1	34 601 002	85,9	100%
80 ans et +		1 929 521	11,9	5 686 115	14,1	
20 à 80 ans	1	13 223 907	92,8	28 601 289	82,7	100%
	2	980 769	6,9	5 560 096	16,1	
	3	41 000	0,3	436 802	1,3	
	4	195	0,0	2 815	0,0	
80 ans et +	1	1 470 653	76,2	3 516 494	61,8	100%
	2	448 843	23,3	2 086 693	36,7	
	3	9 995	0,5	82 567	1,5	
	4	30	0,0	361	0,0	

Source : ATIH Base de données : PMSI MCO 2008 et 2009 avec chainage correcte et hors erreurs séances (CMD 28). Les séjours de 0 nuit sont pris en compte. + Bases SSR, PSY et HAD 2008, 2009 correctement chaînées

Méthode : Repérage des patients de 20 à 80 ans et de 80 ans et plus dans les bases MCO 2008 et 2009. Attribution de l'âge du patient à celui de son 1er séjour. Récupération de tous les séjours (SSR, HAD et PSY) de ces patients ayant commencé après le séjour initial en MCO (le jour même de la sortie de MCO ou après). Création d'une base unique avec tous les séjours des 4 champs triée par patient, date d'entrée et date de sortie croissantes. On ne garde que les séjours dont la date de sortie est strictement supérieure à celle du (ou des) précédent (s). Cela permet d'enlever une partie des PIE (prestations Inter-établissements) mais de conserver les séjours qui pourraient débiter avant la fin du précédent (problèmes de dates d'entrées)

Tableau 9 EHPAD

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Année 2009	Résidence du Parc	Mayet	EHPAD Dujarié	Résidence Louise de la VALLIERE :	Résidence La Croix Papillon	Le Prieuré Pontvallain 2009 (Debuire)	Résidence Catherine de Courtroux	L'Accueil	les Hauts d'Amandi	Maison Saint Jean	Edilys	ND des Anges	ND d'Espérance	Marguerite Yourcenar	ensemble (14 EHPAD)
Nombre de places	31	105	55					40	80	80	63	60	200	93	
Nombre de résidents	58	105	40	110	85	90	99	39	80	80	63	60	195	92	1196
Nombre d'hospitalisation :	38	70	22	72	32	47	54	14	32	39	30	59	90	50	649
Nombre d'hospitalisation jour fériés ou week-end ou nuit :	9	28	1	16	9	3	20	6	13	11	5	24	18	8	171
Dont nuit :	3	18	0				7	2	2	2	1	7	5	2	
Dont week-end ou jours fériés :	6	10	1				13	4	11	9	4	17	14	8	
% hospitalisation de nuit ou we /total des hospitalisations	24%	40%	5%	22%	28%	6%	37%	50%	41%	28%	16%	41%	20%	16%	26%
Nombre de résidents hospitalisés :	22	47	14	45	21	32	37	12	28	24	18	36	58	31	425
% de résidents hospitalisés	38%	45%	35%	41%	25%	36%	37%	31%	35%	30%	29%	60%	30%	34%	36%
Nombre de résidents hospitalisés jours fériés ou week-end ou nuit :	8		1					6	12	10	4	19	17*	7*	
Nombre de résidents réhospitalisés			1				15	0	4	4	3		21	8	
Nombre de jours d'hospitalisation	349		161			550		280	264	322	344	234	685	314	
Temps médecin coordonnateur (ETP réel)	0,1	0,2	0,1	0,4	0,3	0,6	0,2	0,30	0,5	0,3	0,4	0,5	0,66	0,33	0,35
Nombre de résidents aide-sociale :	2		0				19	22	0	40	0	20	108	56	
ETP médecin coord/resident x 1000	1,72	1,90	2,50	3,64	3,53	6,67	2,02	7,69	6,25	3,75	6,35	8,33	3,38	3,59	3,84
GMP moyen			654			792		468	792	570	615	816	834	839	

Annexe 6 : Un impact de la coordination sur la tendance à hospitaliser ?

[320] Peut-on mettre en relation la tendance à hospitaliser les personnes âgées avec le contexte régional ? En quoi la coordination a-t-elle un rôle ?

[321] Outre les trois indicateurs utilisés pour choisir les régions, le tableau ci-dessous ajoute des indicateurs d'offre sanitaire, médico-sociale (EHPAD) et de pauvreté relative (mesurée par le taux de RMI/RSA et CMU).

Tableau 1 : Caractéristiques comparées des régions enquêtées

Régions	Part de la population âgée	Tendance à hospitaliser en général	Tendance à hospitaliser les personnes âgées	Offre de soins ambulatoires « de ville »	Offre hospitalière	Offre en places d'EHPAD	Richesse (+) pauvreté (-) relatives
Limousin	+++	---	---	+	+	++	--
Picardie	---	+++	+++	--	/	++	--
NPDC	--	++	-	-	++	-	-
PACA	++	++	-	+	/	--	+
Basse-Normandie	+	--	++	--	/	++	/
Pays de Loire	+	-	-	--	/	+	/

Source : Les trois premières colonnes du tableau ci-dessus rappellent les critères de choix des régions, les colonnes suivantes indiquent les caractéristiques comparées de l'offre sanitaire et médicosociale assortie d'un indicateur de richesse ou de pauvreté relative (taux de CMU et RSA)

[322] Des études récurrentes sur les comportements de santé (voir les enquêtes Santé de l'INSEE) ont montré que les catégories sociales défavorisées ont davantage recours à la médecine de réparation et singulièrement à l'hôpital, alors que les catégories plus aisées adoptant un comportement de prévention, consomment davantage de soins ambulatoires et moins de soins hospitaliers.

[323] Faiblesse de l'offre ambulatoire, forte proportion de ménages relativement pauvres (mesurés par les taux de RMI-RSA et de CMU) et fort taux général d'hospitalisation caractérisent la Picardie et le Nord Pas de Calais, confortant les résultats de ces enquêtes en population générale.

- [324] En Picardie, dans les territoires visités; la très grande pauvreté de certains cantons épuise les médecins qui se raréfient ; les patients sont amenés à aller à l'hôpital en premier recours. En dépit d'une offre hospitalière régionale dans la moyenne, le taux d'hospitalisation des personnes âgées est l'un des plus forts, en lien avec la faiblesse des revenus et en dépit d'une offre importante en EHPAD, places souvent vacantes car trop chères.
- [325] A l'inverse dans le Limousin, à la pauvreté relative moyenne de la région ne correspond ni une faiblesse de l'offre de soins ambulatoires, ni un recours massif à l'hôpital. Cela est cohérent avec l'observation des territoires enquêtés où la coordination des acteurs réussit à maintenir une présence attractive de médecine ambulatoire, limitant la tendance générale à la désertification médicale rurale et à l'hospitalisation de premier recours.
- [326] Si la corrélation entre pauvreté, faible densité de l'offre ambulatoire, et fort taux d'hospitalisation est souvent vérifiée, elle n'est pas fatale. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, relativement sous-dotée en offre sanitaire « de ville », le taux d'hospitalisation des personnes âgées est faible en dépit d'une offre hospitalière forte. Est-ce l'effet d'une bonne coordination spécifique autour du parcours de la personne âgée, telle que nous l'avons rencontrée à Lille ? (aux autres âges, la demande se cale sur l'offre abondante, et le taux d'hospitalisation tous âges est élevé).
- [327] Dans les trois autres régions, « moyennes » quant à leur richesse relative, les choix des territoires contrastés reflètent la forte diversité interne des territoires à l'intérieur de chacune des régions, confirmant l'importance de la coordination sur la prise en charge des personnes âgées.
- [328] En Provence-Alpes-Côte d'Azur, région aux territoires très différents, la coordination encore en construction de la plaine d'Avignon contraste avec les réseaux intégrés de longue date de Grasse à l'arrière pays montagneux et peu accessible. La Basse Normandie nous a offert les territoires les plus contrastés, entre le Bessin où des réseaux très anciens incluent les soins de ville, et le territoire Centre Manche où s'amorce un début de coopération difficile. De même en Pays de Loire, deux territoires contigus, deux histoires hospitalières, l'une ancrée dans la tradition locale et des réseaux étroits avec le médico-social, l'autre, de création récente, qui peine à construire ses réseaux, en dépit d'un volontarisme manifeste.

Annexe 7 : Données de contexte : statistiques nationales et par régions

[329] Ces données permettent de comparer entre elles les régions de France métropolitaine quant à certaines caractéristiques démographiques et sanitaires.

1. Données démographiques par région

Source : Source Insee

2. Données sur l'offre de soins par région

- a) en densité pour 100 000 habitants
- b) en indice France métropolitaine = 1

Source : Statseco 2998

3. Données sur l'offre de soins dans les établissements de santé de la région

Source : DREES

4. Taux d'hospitalisation par région

Source : DREES

[330] Les membres de la mission remercient la DREES pour tous les éléments et traitements statistiques qu'elle a fournis avec une grande réactivité. Ces données ne sont pas toutes reproduites ici, pour des raisons de place ; elles ont été largement utilisées au cours de la mission et dans les analyses du rapport.

1. Données démographiques

							Indices d'écart à la moyenne (France métropolitaine =1)			
	Source : Insee; Données2004 en valeur absolue (POP TOT et POP REG)	Population Totale	Part des PA de 80 ans et + ds la pop totale	Taux de mortalité (pour 1 000 hab)	Espérance de vie des hommes à 60 ans (en années)	Espérance de vie des femmes à 60 ans (en années)	Part des PA de 80 ans et + dans la pop totale	Taux de mortalité	Espérance de vie des hommes à 60 ans	Espérance de vie des femmes à 60 ans
11	Ile-de-France	11 532 398	3,74%	5,9	22,9	27,3	0,7	0,70	1,04	1,02
21	Champagne-Ardenne	1 338 850	5,00%	9,1	21,2	26,1	0,98	1,08	0,97	0,98
22	Picardie	1 894 355	4,33%	8,7	20,8	25,4	0,85	1,04	0,95	0,95
23	Haute-Normandie	1 811 055	4,68%	8,6	21,0	26,3	0,92	1,02	0,96	0,98
24	Centre	2 519 567	5,84%	9,4	21,9	26,9	1,15	1,12	1,00	1,01
25	Basse-Normandie	1 456 793	5,69%	9,5	21,5	26,7	1,12	1,13	0,98	1,00
26	Bourgogne	1 628 837	6,34%	10,3	21,6	26,8	1,25	1,23	0,99	1,00
31	Nord-Pas-de-Calais	4 018 644	4,09%	8,9	19,6	25,1	0,81	1,06	0,89	0,94
41	Lorraine	2 335 694	4,59%	8,8	20,9	25,8	0,90	1,05	0,95	0,96
42	Alsace	1 815 493	4,23%	7,4	21,6	26,3	0,83	0,88	0,99	0,98
43	Franche-Comté	1 150 624	5,00%	8,4	22,0	26,7	0,98	1,00	1,00	1,00
52	Pays de la Loire	3 450 329	5,27%	8,3	22,1	27,2	1,04	0,99	1,01	1,02
53	Bretagne	3 094 534	5,61%	9,7	21,3	26,3	1,10	1,15	0,97	0,98
54	Poitou-Charentes	1 724 123	6,54%	9,9	22,2	27,3	1,29	1,18	1,01	1,02
72	Aquitaine	3 119 778	6,21%	9,4	22,3	27,1	1,22	1,12	1,02	1,01
73	Midi-Pyrénées	2 776 822	6,17%	9,0	22,8	27,3	1,21	1,07	1,04	1,02
74	Limousin	730 920	7,71%	11,7	21,7	26,8	1,52	1,39	0,99	1,00
82	Rhône-Alpes	6 021 293	4,79%	7,4	22,5	27,3	0,94	0,88	1,03	1,02
83	Auvergne	1 335 938	6,41%	10,5	21,5	26,6	1,26	1,25	0,98	0,99
91	Languedoc-Roussillon	2 534 144	6,00%	9,4	22,4	26,9	1,18	1,12	1,02	1,01
93	Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 815 232	5,92%	9,2	22,4	27,0	1,17	1,10	1,02	1,01
94	Corse	294 118	5,92%	9,1	22,7	27,0	1,17	1,08	1,04	1,01
PROV	Province	49 867 143	5,39%	8,9			1,06	1,06	0,00	0,00
M	France métropolitaine	61 399 541	5,08%	8,4	21,9	26,7	1,00	1,00	1,00	1,00

2. Données sur l'offre sanitaire libérale et hospitalière :
2a) en densité pour 100 000 habitants

<i>Source : Stats eco 2008</i>										
	Médec. ADELI:Ens .Sal+lib.	Médec. ADELI:Li béraux	Pharm. ADELI:En s.Sal+lib.	Infir. ADELI:Ens.Sal +lib.	Infir. ADELI:Lib éraux	Officines privées	Hôp.ens:M CO	Hôp.ens:MC O	Hôp.ens:Secti on hôpital	Hôp.ens:Section hôpital
Regions	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	Densité pour 100 000 habitants	Hospitalisa tion complète : Nombre de lits	- Part/lits .compl,sect.hô ême type d'etb	Hospitalisati on partielle : Nombre de places	Hospitalisation à domicile : Nombre de places
000 France métropolitaine	323,22	194,02	116,14	767,57	112,05	36,15	218070	50,5	57289	9990
R11 Ile-de-France	391,64	221,19	116,71	682,40	58,66	34,95	38772	53,5	11023	2544
R21 Champagne-Ardenne	272,80	161,60	109,45	731,86	73,89	34,96	5467	56,9	1144	126
R22 Picardie	247,22	140,32	100,13	646,70	72,71	32,36	6383	46,6	1510	689
R23 Haute-Normandie	261,50	157,96	107,78	642,54	78,81	30,50	5953	54,4	1650	182
R24 Centre	256,86	154,67	113,77	599,88	72,66	35,31	8446	48,7	2219	297
R25 Basse-Normandie	269,12	153,89	98,50	826,30	103,01	34,56	5912	56,5	1566	255
R26 Bourgogne	275,73	163,51	119,19	800,43	90,04	37,90	6702	54,2	1487	248
R31 Nord-Pas-de-Calais	293,70	172,63	110,09	752,01	88,84	37,29	14399	53,2	3433	657
R41 Lorraine	292,15	164,42	100,68	790,69	92,74	32,21	9577	54,5	2013	209
R42 Alsace	337,58	190,75	104,65	851,27	77,66	24,98	6947	50,0	1863	258
R43 Franche-Comté	283,32	158,90	112,47	782,12	83,92	37,58	4239	52,0	868	170
R52 Pays de la Loire	265,32	160,66	98,59	697,56	65,52	34,84	10840	48,7	3326	368
R53 Bretagne	296,24	173,83	107,48	857,69	144,25	37,09	11039	46,2	3575	418
R54 Poitou-Charentes	281,14	171,25	115,58	698,54	90,88	39,67	5649	50,8	1593	227
R72 Aquitaine	336,37	223,27	118,00	780,03	152,32	40,50	11587	51,8	2786	615

R73 Midi-Pyrénées	339,75	221,36	120,60	917,07	186,36	38,41	9639	48,0	2567	324
R74 Limousin	322,75	185,93	147,23	994,72	147,90	46,82	3218	45,7	1029	210
R82 Rhône-Alpes	320,06	188,34	126,62	796,79	117,63	34,45	20548	49,1	4653	793
R83 Auvergne	287,31	171,60	134,55	917,41	132,69	44,28	5386	45,7	1376	44
R91 Languedoc- Roussillon	349,17	231,54	130,24	825,39	232,77	39,27	8868	45,4	2440	202
R93 Provence-Alpes- Côte d'Azur	392,82	260,54	133,46	878,24	214,63	41,89	17485	48,5	4926	1089
R94 Corse	307,06	201,98	112,87	776,24	278,55		1014	47,1	242	65

2

Source : Stats eco
2008

Regions	2b) En indices / France métropolitaine =1					
	Médec. ADELI:Ens.Sal+lib.	Médec. ADELI:Libéaux	Pharm. ADELI:Ens.Sal+lib.	Infir. ADELI:Ens.Sal+lib.	Infir. ADELI:Libéaux	Officines privées
	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	- Densité pour 100 000 habitants (pop. au 1er janvier)	Densité pour 100 000 habitants
000 France métropolitaine	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
R11 Ile-de-France	1,21	1,14	1,00	0,89	0,52	0,97
R21 Champagne- Ardenne	0,84	0,83	0,94	0,95	0,66	0,97
R22 Picardie	0,76	0,72	0,86	0,84	0,65	0,90
R23 Haute- Normandie	0,81	0,81	0,93	0,84	0,70	0,84
R24 Centre	0,79	0,80	0,98	0,78	0,65	0,98
R25 Basse- Normandie	0,83	0,79	0,85	1,08	0,92	0,96
R26 Bourgogne	0,85	0,84	1,03	1,04	0,80	1,05
R31 Nord-Pas-de- Calais	0,91	0,89	0,95	0,98	0,79	1,03
R41 Lorraine	0,90	0,85	0,87	1,03	0,83	0,89
R42 Alsace	1,04	0,98	0,90	1,11	0,69	0,69
R43 Franche- Comté	0,88	0,82	0,97	1,02	0,75	1,04
R52 Pays de la Loire	0,82	0,83	0,85	0,91	0,58	0,96
R53 Bretagne	0,92	0,90	0,93	1,12	1,29	1,03
R54 Poitou- Charentes	0,87	0,88	1,00	0,91	0,81	1,10
R72 Aquitaine	1,04	1,15	1,02	1,02	1,36	1,12
R73 Midi-Pyrénées	1,05	1,14	1,04	1,19	1,66	1,06
R74 Limousin	1,00	0,96	1,27	1,30	1,32	1,30

R82 Rhône-Alpes	0,99	0,97	1,09	1,04	1,05	0,95
R83 Auvergne	0,89	0,88	1,16	1,20	1,18	1,22
R91 Languedoc-Roussillon	1,08	1,19	1,12	1,08	2,08	1,09
R93 Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,22	1,34	1,15	1,14	1,92	1,16
R94 Corse	0,95	1,04	0,97	1,01	2,49	0,00

1. Taux d'hospitalisation par région

Région	en pour mille	
	taux d'hospitalisation standardisés globaux	taux d'hospitalisation des personnes âgées de 85 ans et plus
Ile de France	226	663
Champagne -Ardennes	244	660
Picardie	248	732
Haute Normandie	226	628
Centre	224	639
Basse Normandie	215	703
Bourgogne	234	648
Nord-Pas de Calais	240	610
Lorraine	250	695
Alsace	253	868
Franche-Comté	224	611
Pays Loire	212	588
Bretagne	221	643
Poitou-Charentes	234	657
Aquitaine	225	631
Midi-Pyrénées	233	645
Limousin	215	572
Rhône-Alpes	217	613
Auvergne	219	543
Languedoc Roussillon	243	612
Provence Alpes Côte d'Azur	255	618
Corse	299	705
France métropolitaine	231	636

Source : DREES 2004

Le taux d'hospitalisation rapporte le nombre total de séjours (en hospitalisation complète et en ambulatoire) à la population concernée (pour mille)

Annexe 8 : Bibliographie

Rapports IGAS

- **Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées**

Rapport définitif (RM2009-035P) établi par Michel RAYMOND, Bernadette ROUSSILLE et Hélène STROHL

Juillet 2009

- **Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQVS) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)**

Rapport définitif de synthèse (RM2006-022) présenté par Christine DANIEL, Bérénice DELPAL et Christophe LANNELONGUE

Mai 2006

- **Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement**

Rapport à la demande de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports, Madame Fadela AMARA, secrétaire d'Etat à la ville, Monsieur Hubert FALCO, secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire

Présenté par Jean-Marc JUILHARD, sénateur du Puy de Dôme, Bérandère CROCHEMORE interne de médecine générale Ex Présidente de l'ISNAR-IMG, Annick TOUBA, infirmière libérale, Présidente du SNIIL et Guy VALLANCIEN Professeur à l'Université Paris Descartes - coordination IGAS par les Dr Laurent CHAMBAUD et Françoise SCHAEZEL-

janvier 2010

- **La mort à l'Hôpital**

Rapport (RM2009-124P) établi par le Dr Françoise LALANDE et Olivier VEBER

novembre 2009

- **Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Rapport (RM2009-094P) établi par Christine BRANCHU, Joëlle VOISIN, Jérôme GUEDJ, Didier LACAZE et Stéphane PAUL

Aout 2009

- **Synthèse 2010 sur la gestion de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - rapport (RM2010-**

035P) établi par Véronique GUILLERMO, Joëlle VOISIN, Michel LAROQUE et Didier LACAZE

Mars 2010

- **L'hospitalisation à domicile**

Rapport (RM2010-109P) établi par Nicolas DURAND, Christophe LANNELONGUE, Patrice LEGRAND et le Dr Vincent MARSALA

Juillet 2010

- **L'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie**

Rapport (RM2010-033P) établi par Rolland OLLIVIER et Stéphane PAUL

Juillet 2010

- **Les fonds d'assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA, FICQS et FMESPP)**

Rapport (RM2010-117P) conjoint IGAS et IGF sur établi par Yves BONNET, Bertrand BRASSENS, inspection générale des finances et Jean-Luc VIEILLERIBIERE inspection générale des affaires sociales.

Juillet 2010

Rapports parlementaires

- **La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être**, rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, par Monsieur Pierre LASBORDES, Député de l'Essonne, 15 octobre 2009

- Rapport fait au nom de la mission commune d'information sur **la prise en charge de la dépendance et de la création du cinquième risque** par Alain VASSELLE, sénateur, juillet 2008

- Rapport d'information présenté par Madame Valérie ROSSO-DEBORD, députée, relatif à **la prise en charge des personnes âgées dépendantes**, 2010

- Rapport relatif aux **disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire**, présenté par Monsieur André FLAJOLET, député du Pas de calais, avril 2008

- Rapport final de la commission de concertation sur **les missions de l'hôpital**, présidée par Monsieur Gérard LARCHER, Avril 2008

- Rapport d'information présenté par Monsieur Yves BUR, député, **sur les agences régionales de santé**, février 2008

- Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur **les missions et l'action de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**, présenté par Mme Berengère POLETTI, Députée, Juin 2010

- Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur **le fonctionnement de l'hôpital** présenté par M. Jean MALLOT, Député, 2010

- Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur **l'action sociale : un défi à relever pour des territoires plus solidaires** **commission des affaires culturelles** présenté par Martine Carillon-Couvreur, Députée, février 2007

Autres rapports

- **Rapport d'activité 2009 de l'ANESM**, mai 2010

- **Rapport d'activité 2009 de la CNSA**, mai 2010

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°5-6/2006 NUMERO THEMATHIQUE **la santé des personnes âgées**, 7 février 2006

- Collection du CEPREMAP **les dépenses de santé : une augmentation salubre ?** Brigitte DORMONT Editions ENS rue d'Ulm, 2009

- Mines Paris Tech Centre de gestion scientifique : Evaluation **de l'expérimentation Equipes Mobiles Gériatriques Externes (EMGE)**

Rapport intermédiaire : analyse de la première année de fonctionnement, mai 2009

- **Un programme pour la gériatrie**, rapport rédigé par Claude JEANDEL, Pierre PFITZMEYER, Philippe VIGOUROUX, avril 2006

Rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités et Philippe BAS, ministre délégué à la santé, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

-Cahiers Documents de travail de la DGTPE numéro 2009/11 juillet 2009

Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 par Valérie ALBOUY, Emmanuel BRETIN, Nicolas CARNOT et Muriel DEPRez

- **Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale**, mission confiée au Docteur Michel LEGMANN, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2010

- Rapport à Monsieur Philippe BAS, ministre délégué à la santé, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, **Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix**, mission confiée à Mme Hélène GISSEROT, procureur général honoraire près la cour des comptes rapporteur Etienne GRASS membre de l'IGAS

- **Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille**

Rapport remis à monsieur Philippe BAS, ministre de la santé et des solidarités par Vincent RIALLE, maître de conférences, praticien hospitalier, docteur es sciences université Joseph Fourier et CHU de Grenoble, mai 2007

-avis et rapports du conseil Economique et social : **L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins**, Avis présenté par Monsieur Michel COQUILLION, 2007

-Centre d'Analyse stratégique second rapport de la mission « prospective des équipements et des services pour les personnes âgées dépendantes », conduite par Stéphane Le BOULER
Rapport : **Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix**, 2006

-Cour des Comptes : **Les personnes âgées dépendantes**, rapport public particulier, novembre 2005

-Cour des Comptes : rapport public annuel 2009 les suites données aux observations de la Cour des comptes **la prise en charge des personnes âgées dépendantes**

- **Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations**. Avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) du 22 avril 2010

- Actes du colloque du 28 janvier 2010, organisé par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) : **le renouvellement des médecins**, avril 2010

-Les Départements face au risque dépendance **L'allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : Vers une mesure prospective des risques démographiques et financiers** ERNST & YOUNG 2010

- Centre d'analyse stratégique – rapports et documents- **vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française**, travaux coordonnés par Virginie GIMBERT et Clelia GODOT, juillet 2010

-Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), **seniors et cité**, rapport présenté par Madame Monique BOUTRAND, 2009

- Rapport sur **la création des Agences Régionales de Santé (AR)**, présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, par monsieur Philippe RITTER, préfet honoraire, janvier 2008
- Rapport à Monsieur le Secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme de Madame Muriel BOULMIER relatif à **l'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : un chantier d'avenir**, octobre 2009
- Rapport de recherche : **la téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une logique d'offre technique et construire des usages pertinents**, de Florence CHARUE-DUBOC, Laure AMAR, Nathalie RAULET-CRESET (PREG-CRG, école polytechnique-CNRS) et Anne-France KOGAN (école des mines de Nantes), janvier 2010
- Rapport de Madame Muriel BOULMIER remis à Monsieur Benoist APPARU, Secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme, **bien vieillir à domicile : enjeux d'habitat, enjeux de territoires**, juin 2010
- **Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie**, rapport de la « mission vivre chez soi » présenté à Madame Nora BERRA, Secrétaire d'Etat en charge des Aînés, par monsieur Alain FRANCO, professeur de médecine à Nice, président du centre national de référence santé à domicile et autonomie, juin 2010
- Rapport Prisma France, **intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action**, sous la responsabilité de Dominique SOMME, Olivier SAINT-JEAN décembre 2008
- **Le recours à l'hôpital en Europe**, synthèse, Haute Autorité de Santé (HAS), mars 2009
- **Guide méthodologique de structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques** juin 2007 HAS et INPES
- **Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes atteints de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite** étude financée par la CNSA rapport rédigé par N. Blanchard et M. GARNUNG Géroto-clef

Articles et dossiers

- **IRDES** service documentation « Eléments de bibliographie - **vieillesse et santé** » - novembre 2009
- FNG Gérontologie et société n° 132 : **Territoires gérontologiques » : Contraintes, défis et controverses**, fondation nationale de gérontologie,
- Gérontologie et société n° 126 » FNG : **Les innovations**, fondation nationale de gérontologie
- Santé, Société et solidarité Revue de l'Observatoire Franco-québécois de la santé et de la solidarité 2006/numéro 1
Vieillesse et santé : idées et santé : idées reçues, idées nouvelles, Actes du forum franco-québécois sur la santé Québec - septembre 2005
- DREES Dossiers solidarité et Santé n° 4 2008 : **Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030**
- DREES Dossiers solidarité et santé N° 2 avril-juin 2006 : **L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter**

- DREES Etudes et Résultats n°699, août 2009 : **les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007**
- DREES Etudes et résultats n°689, mai 2009 : **l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007**
- DREES Etudes et résultats n°718, février 2010 : **une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées premiers résultats de l'enquête handicap-santé 2008**
- DREES Etudes et résultats n°716, février 2010 (version actualisée) : **l'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle**
- DREES Etudes et résultats n° 724, avril 2010, **la durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne**
- DREES Etudes et Résultats n° 736 septembre 2010 et **Rapport de la commission des comptes de la santé portant sur les comptes de l'année 2009** 16 septembre 2010 (dossier de presse)

- INSEE Picardie Analyses n° 41-2009, **les personnes âgées dépendantes d'ici 2020 : perspectives et besoins**
- INSEE PREMIERE, n° 1276, janvier 2010, **bilan démographique 2009**
- INSEE PREMIERE Première, **projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050**, n° 1089, juillet 2006
- INSEE, données sociales, la société française, santé et protection sociale, **la dépendance des personnes âgées : une projection en 2040**, 2006

Annexe 9 : Liste des sigles

- ACOREGE** : Association COordination REseau GEriatrique
- ACTP** : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- ADELI** : Automatisation DEs Listes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)
- ADF** : Assemblée des Départements de France
- AG3** : Association de Gérontologie et de Gériatrie Grassoise
- AGGIR** : Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources
- AJ** : Accueil de Jour
- ALD** : Affection de Longue Durée
- ALOIS** : Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins Alzheimer et maladies apparentées
- ALOÏSE** : réseau ALzheimer pour l'OISE
- ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
- APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- API** : Allocation de Parent Isolé
- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASH** : Aide sociale à l'Hébergement
- ATIH** : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
- CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CAS** : Centre d'Analyse Stratégique
- CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- CCMSA** : Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
- CG** : Conseil Général.
- CH** : Centre Hospitalier
- CH₂O** : Coopération Hospitalière de territoire Oise Ouest
- CHB** : Centre Hospitalier de Beauvais
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalo-universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CM2R : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP : Conseil National de Pilotage
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
COGLIM : réseau de dépistage des troubles COGNitifs en LIMousin
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie (devenu CARSAT)
CRAMCO : Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre Ouest (devenu *CARSAT centre-ouest*)
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSG (assurance maladie) : Cotisation Sociale Généralisée
CSG : Court Séjour Gériatrique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale (ex DGAS)
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (ex DHOS)
DGS : Direction Générale de la Santé
DGTPE : Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique
DIM : Département de l'Information Médicale
DMP : Dossier Médical du Patient
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux.
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSP : Dossier Santé Picardie
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DUCA : Dispositif Urbain de Culture Alzheimer
EHB : Etablissements Hospitaliers du Bessin

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
EMEG : Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie ou Equipe Mobile Gériatrique
EMS : Equipe Médico-Sociale
EPS : Etablissement Public de Santé
ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ex PSPH)
ETPT (emploi) : Equivalent Temps Plein Travaillé
ETP : Education Thérapeutique du Patient
EVSI : Espérance de vie sans invalidité ou espérance de vie sans incapacité
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMAD : Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile
FNORS : Fédération Nationale des observatoires Régionaux de Santé
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire.
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjour
GIE : Groupement d'Intérêt Economique.
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation Complète
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
HEMALIM : réseau HEMAtologie du LIMousin
HL : Hôpital Local
HP : Hospitalisation Partielle
HPGM : Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias (devenu Hôpital gériatrique Les Magnolias)
HPST : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative, aux Patients, à la Santé et aux Territoires
HT : Hébergement Temporaire

ICGC : Instance de Coordination Gérontologique Cantonale

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LINUT : réseau LIMousin NUTrition

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MAMA : Maison Alzheimer et Maladies Apparentées

MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées

MCO : Médecine, Chirurgie, gynécologie-Obstétrique

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NORD-PAS-DE-CALAIS: Nord Pas de Calais

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONCOLIM : réseau ONCOlogie LIMousin

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

PA : Personnes Agées

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PH : Personnes Handicapées

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PSPH ( tablissement) : Participant au Service Public Hospitalier (devenu ESPIC)

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PSSL : Pôle Santé Sarthe Sud

PUI : Pharmacie   Usage Intérieur

RAP : Relais territoriaux Autonomie des Personnes

RDAS : Règlement Départemental d'Aide Sociale

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SAD ou SAAD : Service d'Aide A Domicile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMA : Service Médical d'Accueil
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UCR : Unité de Convalescence et de Réadaptation
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (« lits porte »)
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
UM : unité médicale
UMG : Unité Mobile Gériatrique
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée