Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Assurance maladie et perte d'autonomie

Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées

Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011

Préambule

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), en réponse à la demande que lui a formulée le Premier Ministre apporte ici sa contribution au débat national sur la dépendance des personnes âgées.

En évaluant la contribution de l'assurance maladie à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie, le HCAAM a cherché en particulier à identifier en quoi l'assurance maladie peut prévenir la survenue trop rapide d'une altération de l'autonomie dans les gestes et relations de la vie quotidienne, mais aussi ce que l'assurance maladie est en droit d'attendre d'une meilleure prise en charge de la dépendance.

Un élément de sémantique doit être posé d'entrée de jeu.

Dans ce rapport, comme dans ses travaux récents, le HCAAM a fait le choix de privilégier les expressions de « perte d'autonomie » et d'aide « à l'autonomie » (ou d'aide au « maintien de l'autonomie ») plutôt que le terme de « dépendance », même lorsqu'il est question de la perte d'autonomie des seules personnes très âgées. En effet l'approche médicale et soignante, qui est celle à partir de laquelle le HCAAM est légitime à aborder le sujet de l'autonomie, ne peut fondamentalement pas faire de différence dans la perte d'autonomie selon que le sujet est jeune ou âgé.

Le HCAAM étant saisi dans le cadre d'un débat national consacré aux seules questions mises au jour par la perte d'autonomie au grand âge, il a donc travaillé en conséquence

A ses yeux toutefois, l'essentiel du travail conduit dans le cadre de cette saisine concerne en réalité non seulement des personnes très âgées, mais tout autant des personnes en situation de handicap – quelle qu'en soit la cause – ou encore celles des personnes présentant, à tout âge, des pathologies chroniques invalidantes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION		p.7
CHAPITRE I	**L'assurance maladie occupe une place majeure dans les dépenses publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie**	p.17
CHAPITRE II	**L'indispensable continuité dans la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie appelle la même continuité dans les prises en charge**	p.45
CHAPITRE III	**Le HCAAM préconise que toute politique publique d'aide à l'autonomie des personnes âgées cherche à améliorer la continuité de leur trajet de santé**	p.61
CONCLUSION		p.89
LETTRE DE SAISINE DU PREMIER MINISTRE		p. 91
NOTE DE CHIFFRAGE DU CHAPITRE PREMIER		p. 95
NOTE D'APPROFONDISSEMENT DU CHAPITRE DEUX		p. 109
ANNEXES		p. 169
LISTE DES MEMBRES DU HCAAM		p. 183

Les notes et annexes sont établies sous la responsabilité du secrétariat général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Y ont contribué :

Secrétariat général du HCAAM :
M. Jean-Philippe Vinquant
Mme Marie Reynaud
M. David Foucaud
Mme Pascale Bonnevide

Rapporteurs particuliers :
Mme Marie Message
Dr Norbert Nabet
Dr Yvette Ract
Dr Jean-Marie Vétel

INTRODUCTION

Une démarche inscrite dans la continuité des précédents rapports du HCAAM

La problématique de la perte d'autonomie, dans sa relation avec la prise en charge médicale et soignante, était déjà présente dans les deux derniers rapports du HCAAM, adoptés à l'unanimité de ses membres : le rapport d'avril 2010 intitulé « Vieillissement, longévité et assurance maladie » et le rapport annuel pour 2010, adopté en novembre 2010, intitulé « L'assurance maladie face à la crise ».

La saisine du Premier ministre, qui fait d'ailleurs référence à ces travaux, a incité le HCAAM à prolonger et approfondir ses premières orientations.

Le HCAAM estime qu'une clarification de certains concepts est nécessaire.

Plusieurs imprécisions conceptuelles peuvent traverser le débat public, en raison de la confusion faite parfois, parmi les différents besoins d'une personne âgée « dépendante », entre :

- ce qui relève de sa santé, c'est-à-dire des besoins liés à sa maladie, et non à son état de perte d'autonomie ;
- ce qui relève de son hébergement et de ses revenus de remplacement, c'est-à-dire les besoins, extérieurs au champ de compétence du HCAAM, qui auraient été les siens même si elle n'avait pas perdu son autonomie ;
- et enfin ce qui relève très spécifiquement de l'accompagnement et de la compensation de sa perte d'autonomie, sous forme d'aides humaines ou d'aides techniques.

Même si ces distinctions trouvent, à l'évidence, leurs limites dans l'inévitable imprécision des frontières entre les différents besoins, elles sont particulièrement nécessaires au moment où se pose la question de l'émergence ou du renforcement d'une « protection sociale » particulière.

Ainsi, bien que la quasi-totalité des personnes âgées privées d'autonomie souffrent de plusieurs maladies, et qu'à l'inverse, la maladie ou l'accident soient toujours à l'origine d'une perte d'autonomie, il ne faut pas confondre « maladie » et « perte d'autonomie », alors même qu'on estimerait que leurs prises en charge doivent être étroitement coordonnées.

Pareillement, pour prendre un exemple à l'extérieur du champ de l'assurance maladie, ce n'est pas parce qu'une personne a dû entrer en maison de retraite à cause de sa perte d'autonomie que tout, dans le coût de la maison de retraite, va correspondre à une prise en charge de son manque d'autonomie.

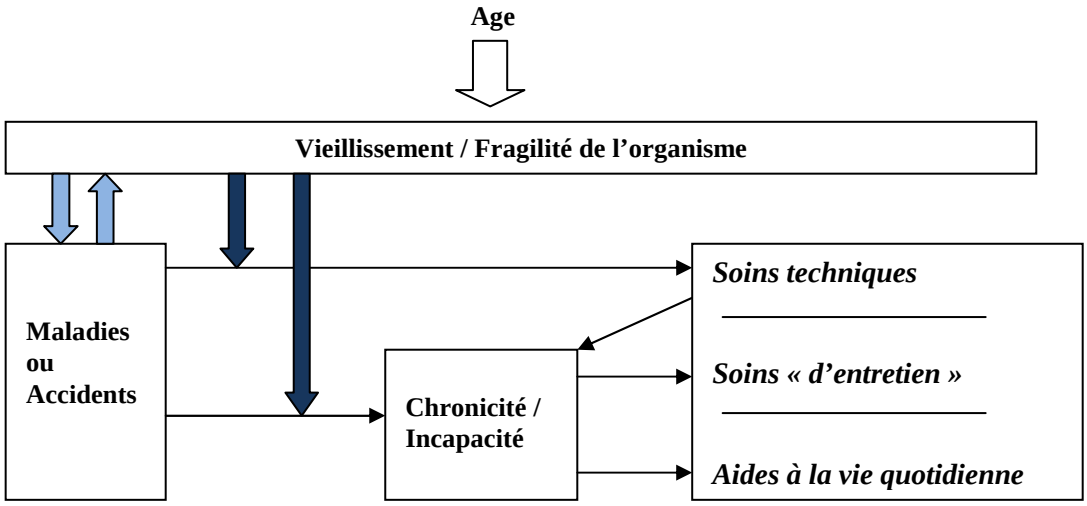
Le HCAAM entend donc partir des concepts sur lesquels, dans le sillage de divers travaux antérieurs, il s'était accordé dans son rapport sur le *Vieillissement*.

Il avait alors distingué :

- les soins techniques (qu'on peut aussi nommer, sans doute est-ce préférable, « soins cliniques et techniques »),
- les soins « d'entretien »,
- les « aides à la vie quotidienne ».

(Extrait du rapport du HCAAM « Vieillissement, longévité et assurance maladie, p.30)

Figure 19



La distinction entre « soins technique », « soins d'entretien » et « aides à la vie quotidienne » est à la fois commode et suffisamment consensuelle pour avoir servi de support à des partages de financements et de compétences.

*- **l'acte de soins technique (diagnostique ou thérapeutique)** vise à guérir les maladies et traumatismes ou, à défaut, à en stabiliser les effets.*

*- **l'acte de soins d'entretien** vise essentiellement à protéger, maintenir ou restaurer les capacités d'autonomie de la personne, par des moyens très souvent paramédicaux (actes infirmiers, kinésithérapeutiques, etc).*

*- enfin, **l'aide à la vie quotidienne** correspond aux actes qui ne sont pas sanitaires (et à ce titre, normalement pas pris en charge par l'assurance maladie, même s'ils peuvent être parfois être effectués par du personnel soignant ou sous l'autorité de soignants), et qui visent eux aussi à compenser la perte d'autonomie dans les gestes essentiels de la vie.*

Cette distinction mettait ainsi, notamment, l'accent :

- d'une part sur le fait que les ***soins techniques et cliniques*** doivent être clairement distingués de ***l'aide au maintien de l'autonomie*** (même si bien entendu, ils s'adressent à la même personne et ne doivent pas être pensés indépendamment),

- d'autre part, sur le fait que ***l'aide au maintien de l'autonomie comportait une dimension « soignante »*** (les soins dits « d'entretien ») ***et une dimension « non soignante »*** (c'est-à-dire un « prendre soin » qui ne relève pas de la sphère « sanitaire » mais de l'aide aux gestes de vie quotidienne).

La réflexion en cours invite à élargir encore l'approche, en ajoutant à ces soins et ces aides celles qui sortent, au sens strict, du champ d'étude du HCAAM, et qui concernent les autres besoins des personnes âgées privées d'autonomie : aides ménagères, portage de repas, aménagement du domicile, etc. étroitement liés à leur perte d'autonomie.
Sans oublier que d'autres aides sociales peuvent en sus mais sur un autre registre, venir compenser, par un concours en nature ou en espèces, des revenus trop bas.

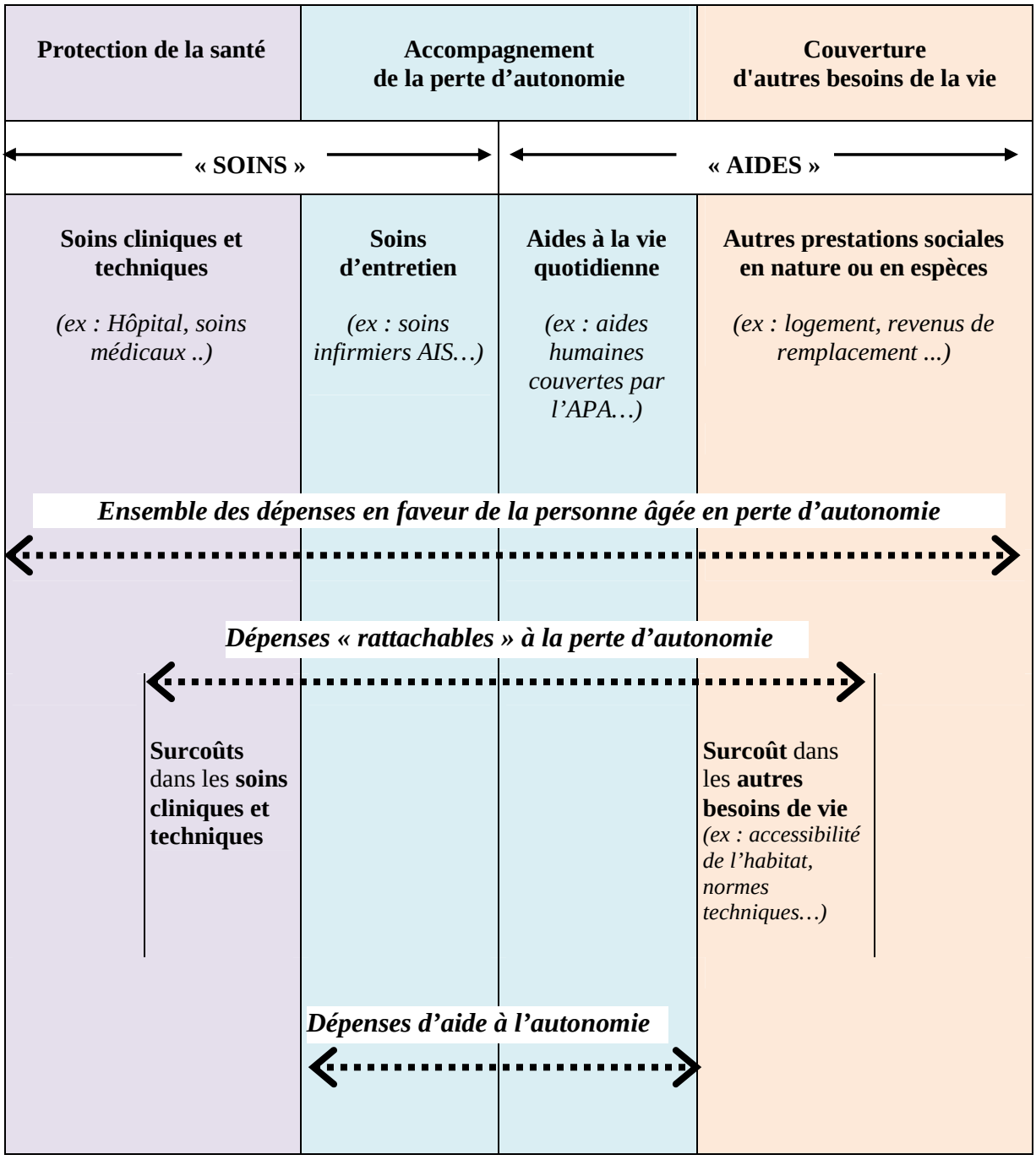
L'ensemble peut se résumer sur le schéma suivant qui conduit à bien distinguer, lorsqu'une personne est privée d'autonomie :

- Trois grands champs de solidarité

Aux deux ensembles qui valent pour tout individu – la ***protection de la santé*** et la ***couverture d'autres besoins de la vie*** – s'ajoute ***l'accompagnement de la perte d'autonomie***)

- Trois ensembles de dépenses

(Les dépenses proprement qualifiables ***d'aide à l'autonomie*** n'étant qu'une partie des dépenses totales de solidarité)



Ce schéma vise à exprimer la distinction fondamentale entre :
-les dépenses visant à compenser directement la perte d'autonomie ;
- les dépenses « rattachables » à la perte d'autonomie ;
- les dépenses qui auraient été les mêmes si la personne avait été autonome.

(A) **Les dépenses d'aide à l'autonomie *stricto sensu,*** comportent, ainsi qu'on vient de le dire, une dimension « soignante » (les soins d'entretien) et une dimension d'aide à la vie quotidienne (non strictement soignante).

(B) Plus largement, on peut ajouter aux aides à l'autonomie *stricto sensu* **l'ensemble des soins et des aides qui, sans servir par eux-mêmes à maintenir l'autonomie, sont « rattachables » à la perte d'autonomie**, parce qu'ils n'existeraient pas si la personne était autonome[1].

Il s'agit :

- du côté des soins : les surcoûts en propre qu'une perte d'autonomie occasionne dans le recours aux soins cliniques et techniques : surcoûts liés à la ***complexité plus grande des soins*** à administrer (diagnostics et thérapeutiques), mais aussi – cela avait été clairement identifié dans le rapport du HCAAM d'avril 2010 – ***surcoûts générés par des défauts d'organisation du système et l'insuffisante coordination entre les acteurs.***

- du côté des « aides » : les surcoûts en propre des aménagements de lieu de vie ou des services que rend nécessaire une perte d'autonomie, soit au domicile, soit en institution.
Ainsi, dans le coût de l'hébergement, il existe des normes techniques d'accessibilité (et donc des coûts de construction), ou divers surcoûts de services, qui ne s'expliquent qu'en raison de l'altération de l'autonomie de la personne âgée, alors même qu'ils n'ont pas directement pour objet « d'améliorer » sa vie quotidienne.

C) Enfin, encore plus largement, on doit considérer **l'ensemble des soins techniques ou des aides sociales diverses**, en ajoutant tous les besoins (soignants ou non soignants) **qui auraient été exactement les mêmes si la personne âgée avait été autonome.**

[1] On rappelle que la littérature anglo-saxonne différencie *to cure* et *to care*, le soin et le prendre soin, cette différenciation correspondant à peu près à celle qui sépare l'assurance maladie et ce qui relève de l'aide « non soignante » à l'autonomie :

- au *to cure* anglo-saxon correspond ce qui est pris en charge par l'assurance maladie, ONDAM sanitaire et ONDAM médico-social, soins cliniques et techniques, soins médicaux et infirmiers techniques.
- au *to care* anglo-saxon correspondent les soins notamment infirmiers d'entretien, aides à la vie quotidienne, les aides de vie (aides ménagères, aides soignantes dans la part de leurs tâches liées à la vie quotidienne …) actuellement prises en charge par l'APA (et la PCH), voire le surcoût lié à l'aménagement du lieu de vie consécutif à une perte d'autonomie.

La notion de « soin » et la notion « d'accompagnement de la perte d'autonomie » sont ainsi fortement imbriquées.

Et cette imbrication se traduit dans les catégories de financement. Elle est particulièrement visible sur plusieurs exemples bien connus :

a) dans les crédits assurant le remboursement de « soins d'entretien » :

- l'ONDAM « soins de ville » comprend les AIS des infirmiers libéraux, les actes de rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie des kinésithérapeutes, les actes de rééducation des orthophonistes et des orthoptistes) ;
- l'ONDAM sanitaire englobe le budget soins des USLD et de l'HAD, lesquels intègrent il est vrai, également, des actes de soins techniques ;
- l'ONDAM médico-social finance le forfait des SSIAD et le budget soins des EHPAD.

Les soins « d'entretien », qui font l'essentiel de l'ONDAM 'médico-social', sont ainsi, en quelque sorte, le maillon de liaison entre la protection de la santé et l'aide à l'autonomie.

b) en l'état actuel de la réglementation, la tarification ternaire des EHPAD conduit à des affectations partagées de certains coûts (par exemple, et sans préjuger ici de la fiabilité de cette décomposition analytique réglementaire, le financement de la rémunération des aides soignantes ou des auxiliaires médico-psychologiques est imputé à 70% sur le budget « soins » et à 30% sur le budget « dépendance ».

c) certains dispositifs médicaux et aides techniques pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont pris en charge au titre des soins (optique, prothèses auditives, fauteuils roulants, lits médicalisés), quand d'autres peuvent être pris en charge par l'APA (aides à la vision non remboursables par l'assurance maladie, aménagement d'une salle de bains ou d'un escalier…). Des combinaisons des deux financements sont d'ailleurs possibles (c'est le cas des prothèses auditives).

d) de même, le budget de la CNSA comprend des crédits soignants (soins techniques, mais surtout soins d'entretien) de l'ONDAM médico-social (personnes âgées et personnes handicapées), mais également des concours nationaux pour le financement de l'APA et de la Prestation de compensation du handicap (PCH).

Cette imbrication du « soin » et de l'« accompagnement de la perte d'autonomie » n'est cependant pas une simple question de frontières. Les deux notions sont en interaction dynamique :

Le HCAAM a déjà été amené à noter l'articulation entre « soins » et « accompagnement de la perte d'autonomie ».

Dans son rapport « Vieillissement, longévité et assurance maladie » il notait ainsi :

« L'optimisation du soin, et du même coup de la dépense d'assurance maladie, dépend donc, pour les personnes les plus âgées, de la capacité à déployer simultanément l'effort de solidarité sur les trois volets que sont la prise en charge des soins, de la perte d'autonomie, et des frais d'hébergement » (Avis, p.10)

Et il avait noté quelques exemples d'interactions « dynamiques », dans lesquels **la prise en charge de la perte d'autonomie a des conséquences sur la nature et la qualité des soins dispensés :**

« Pour les personnes âgées, le choix du parcours, et donc la nature des dépenses de soins, est très fortement déterminé par des dépenses qui ne sont pas strictement « soignantes » et ne relèvent donc pas, en règle générale, de l'assurance maladie :

- ***le maintien à domicile dépend souvent des aides mobilisables dans le domaine social*** *(portage de repas, aides ménagères …)* ***et dans le domaine de l'accompagnement pour l'autonomie*** *(APA). Le développement, souhaitable, des soins ou de l'hospitalisation à domicile repose ainsi très largement sur des déterminants extérieurs à la couverture des dépenses d'assurance maladie.*

- ***l'orientation en USLD ou en maison de retraite médicalisée (EHPAD) suppose de pouvoir faire face aux frais de la section « dépendance »*** *(reste à charge sur l'APA en établissement)* ***et surtout aux frais de la section « hébergement ».*** *(…) Là encore, c'est la façon dont sont socialisées des dépenses non médicales qui détermine largement le parcours soignant. » (Note, p.125)*

Symétriquement, et le présent rapport aura l'occasion d'y revenir, **l'enchaînement inverse existe aussi : la façon dont sont assurés les soins cliniques et techniques peut avoir un très fort impact sur l'autonomie de la personne.**

Ainsi de la manière dont seront effectuées une surveillance médicale ou infirmière à domicile, ou une éducation à la prévention des chutes, comme des accidents liés aux états de dénutrition ou de déshydratation. Ainsi des séjours avec hébergement à l'hôpital, dont la durée est toujours lourde de conséquences en termes de « reprise » d'une vie normale à domicile.

La perte d'autonomie est un risque « au milieu » des autres, qui oblige en conséquence à raisonner en termes de cohérence de « parcours » pour les personnes très âgées.

La nécessaire distinction entre l'accompagnement de l'autonomie et la protection de la santé n'exonère pas de la nécessité d'une vision cohérente de la personne et de son accompagnement global.

Si l'on resitue la réflexion dans le champ plus large des débats sur la protection sociale, on comprendra que la question de la « prévention » que l'on pose souvent pour savoir si elle est dans la gestion du risque maladie ou à côté, trouve une partie de sa réponse dans l'échange « triangulaire » entre les trois protections contre la maladie, la perte de revenus, la perte d'autonomie. Bien soigner, ou prendre des mesures de santé publique, c'est contribuer à prévenir ou à retarder l'altération de l'autonomie. Garantir un niveau minimal de revenus c'est sans doute contribuer à prévenir certains accidents domestiques et certains risques de santé.

La question posée sera donc *in fine* celle d'organiser une vision de la protection sociale autour de la personne, en partant du fait générateur premier de son état de vie – et non pas en réalité de son âge. Une telle vision permet notamment de **comprendre que la spécificité de la perte d'autonomie, c'est d'être un risque « au milieu », et non pas un risque « en plus »**. C'est un « à côté » des frais d'hébergement, de la santé, de l'accessibilité générale de l'espace public et des services d'intérêt général. Mais un « à côté » à organiser, pour rendre la vie « plus fluide », à la fois pour la personne elle-même et pour ses proches aidants familiaux (ou « naturels »), qui sont fortement acteurs de l'accompagnement de l'autonomie.

Dès lors, deux objectifs qualitatifs se dégagent :

- le premier objectif est de savoir très bien identifier pour les mobiliser une palette de réponses possibles, en « piochant » dans un référentiel, pour beaucoup déjà existant, de biens, de services, et de prestations financières appropriées. **Avant de raisonner en coût supplémentaire, il convient de poser les jalons d'une optimisation de l'existant.**

- et le second objectif qui s'impose tout autant est de **penser en termes de parcours de soins et d'accompagnement,** en veillant non seulement à l'exigence de qualité de chacune des interventions professionnelles mais tout autant à la nécessaire coordination entre ces interventions. En bref, si chacun doit veiller à bien faire ce qu'il doit faire, chacun doit tout autant se soucier de ce qui se fait avant et après lui.

L'enjeu – et les leviers – économiques se déduisent de ce double objectif qualitatif.

Dans son rapport annuel pour 2010 (« L'assurance maladie face à la crise »), le HCAAM a fortement insisté sur le fait que, s'agissant du déficit de l'assurance maladie, le redressement durable des comptes se jouerait[2] sur la maîtrise de « l'écart de pente » structurel entre la croissance des dépenses de l'assurance maladie et la croissance du PIB revenu à son niveau de croissance potentielle.

Le HCAAM ajoutait que beaucoup restait à faire *« dans l'amélioration des parcours de soins des malades chroniques (…) le meilleur exemple en étant donné par l'amélioration possible des parcours de prise en charge des personnes très âgées, poly-pathologiques et fragiles »*.

Le HCAAM en déduisait que *« l'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie passe, impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et qui inscrive le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux »*.

Le cadre du débat national sur la « dépendance » a offert l'occasion au HCAAM de prolonger cette réflexion.

Il n'entre pas dans les compétences du HCAAM - et ce n'est d'ailleurs pas l'objet de sa saisine par le Premier ministre - de se prononcer sur la nature des prestations d'aide à l'autonomie ou sur les modalités et les sources de leur financement. La plupart des membres du HCAAM ont eu la possibilité de s'exprimer sur ces questions dans les différentes enceintes du débat national sur la dépendance.

En revanche, le HCAAM a entendu explorer et préciser, dans ce rapport, les conditions du possible « enchaînement vertueux » par lequel, en coordonnant mieux les interventions au long du trajet de santé de la personne en perte d'autonomie :

- **d'une part, le système de soins, tant dans ses composantes curatives que de prévention, peut contribuer à prévenir la perte d'autonomie.**
    - Par exemple : en évitant les hospitalisations complètes inadéquates ou inutilement longues, qui sont génératrices de perte d'autonomie ; en assurant, sous la responsabilité du médecin traitant et en lien avec les autres professionnels de ville la coordination d'une intervention soignante et sociale protocolisée ; en assurant l'éducation thérapeutique des personnes et de leurs aidants familiaux ; etc.

- **d'autre part, les aides à l'autonomie peuvent contribuer à une meilleure prise en charge médicale et soignante et à une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses.**
    - Par exemple, en facilitant le maintien à domicile, et donc la réduction des durées d'hospitalisation complète, en mettant à la disposition des structures et des professionnels soignants de proximité les concours financiers et les services d'accompagnement de la vie quotidienne qui viennent compléter leur action, etc.

[2] Au-delà de la reprise de la dette conjoncturelle et du rattrapage, en sortie de crise, de « l'écart en base » d'environ 10 milliards d'euros par an, l'un et l'autre très largement liés à la brutale chute de recettes.

Synthèse de l'introduction :

Pour aborder dans le cadre de ses missions et de ses compétences le sujet de l'assurance maladie et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées en perte d'autonomie, le HCAAM a jugé nécessaire de poser les préalables suivants :

- Savoir distinguer la compensation de la perte d'autonomie des autres champs de la solidarité (au nombre desquels, notamment, la protection de la santé).

L'enjeu est en effet de réfléchir à un champ de solidarité face à une situation de vie – l'altération de l'autonomie dans les gestes et activités de la vie quotidienne et l'accessibilité à la vie sociale – distinct de la solidarité entre bien-portants et malades, et distinct aussi de la solidarité financière à l'égard des plus pauvres.

- Mais tout autant reconnaître la place et l'importance de la dimension « médicale et soignante » dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

D'abord parce que la quasi-totalité des personnes très âgées en perte d'autonomie souffrent de plusieurs maladies.

Ensuite parce qu'il y a des soins, distincts des soins cliniques et techniques, qu'on peut appeler « soins d'entretien » et dont le but n'est pas de guérir ou stabiliser une maladie, mais de chercher à maintenir l'autonomie ou de compenser la perte d'autonomie voire de restaurer une autonomie partiellement altérée.

***- Et donc, en conséquence, aborder le sujet de la perte d'autonomie en insistant sur la nécessaire continuité des différents modes de prise en charge des soins requis par la situation de la personne** (soins cliniques et techniques, soins d'entretien, autres interventions de compensation de la perte d'autonomie).*

Ainsi, différents besoins, sanitaires et sociaux, soignants et non soignants, s'expriment tout au long du « trajet de santé » des personnes : l'efficience des réponses apportées sera d'autant plus grande que ces besoins auront été appréhendés dans leur globalité et leurs interactions.

Chapitre I

L'assurance maladie occupe une place majeure dans les dépenses publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie

I.1. Définition et concepts

Alors que dans ses travaux d'avril 2010 sur l'impact du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie, le HCAAM évaluait l'intégralité des postes de dépenses d'Assurance maladie des personnes âgées, il entend ici commencer par chercher à mieux identifier celles des dépenses d'Assurance maladie dont la cause principale est la perte d'autonomie des personnes très âgées.

Dans sa lettre de saisine du 13 janvier 2011, le Premier Ministre se réfère aux « personnes âgées dépendantes ». Dès lors le premier questionnement est celui-ci : **Qu'est qu'une personne âgée en perte d'autonomie** (ou « dépendante ») ?

a) Qu'est ce qu'une personne « âgée » ?

Il n'existe pas de définition de la personne « âgée », mais seulement des critères d'inclusion juridiques (l'âge minimum d'accès à une retraite à taux plein, le seuil d'âge pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie, etc.).

Le Conseil d'analyse stratégique a identifié trois types de notions quand on cherche à qualifier les populations des tranches d'âge les plus élevées[3] :

- les seniors : personnes dont l'âge est compris entre 50 et 75 ans ;
- les personnes âgées : initialement, les personnes de plus de 60 ans, seuil calé à l'époque sur l'âge de départ à la retraite. L'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) et l'Institut national des études démographiques (INED) fixent dans leurs travaux le seuil à 65 ans, mais de plus en plus fréquemment l'expression désigne les plus de 75 ans ;
- le grand âge : personnes de plus de 85 ans ; on retient aussi les mots de « quatrième âge », pour qualifier ces personnes âgées « dépendantes ».

Le HCAAM prend acte que c'est cette dernière catégorie – le grand âge - à laquelle fait le plus souvent référence le débat public sur la dépendance.

Pour autant, le HCAAM doit souligner la contrainte, pour le périmètre des chiffrages à effectuer, qui découle de la « barrière d'âge » légale de 60 ans pour l'octroi de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

[3] *Vivre ensemble plus longtemps,* Centre d'analyse stratégique, rapport et documents n°28, 2010.

b) Qu'est ce qu'une « personne âgée dépendante » ?

Les concepts de perte d'autonomie et de dépendance ont émergé à la fin des années 1970 et au début des années 1980.

La notion de « personne âgée dépendante » est définie comme suit par Maurice Arreckx dans son rapport de 1979 : *«on entend par personne âgée dépendante tout vieillard qui, victime d'**atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques**, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et, par là-même, doit avoir recours à une tierce personne**, pour accomplir les actes ordinaires de la vie**».*[4]

Les définitions réglementaires et législatives

La première définition de la perte d'autonomie dans un texte réglementaire semble être celle de l'arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement : la dépendance est une *"situation d'une personne qui, en raison d'un **déficit anatomique ou d'un trouble physiologique**, ne peut remplir des fonctions, **effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne** sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède etc.*[5]

La loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance[6] donne dans son article 2 une définition de la dépendance : « *La dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, **nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir**, a besoin d'**être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie** ou requiert une surveillance régulière.* »

Le HCAAM souligne la distinction introduite par ce texte législatif entre soins et aides, distinction sur laquelle il va revenir.

Enfin, la loi du 20 juillet 2001 créant l'allocation personnalisée d'autonomie définit dans son article premier le public éligible à cette nouvelle prestation[7] : **«** *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque **ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental** a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.* »

Le HCAAM souligne que c'est ici la première fois qu'un texte de rang législatif retient l'expression de « perte d'autonomie ».
Au demeurant, l'arrêté de terminologie du 13 mars 1985 en avait déjà donné la définition : « ***impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel*** ».

[4] Maurice Arreckx., *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, Assemblée Nationale, 1979
[5] Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement.
[6] Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
[7] Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le HCAAM souligne tout autant que la différence la plus notable de ce mot avec le mot « dépendance » tel qu'il est le plus souvent utilisé, est le fait que par sa définition, la perte d'autonomie ne concerne pas une catégorie d'âge donnée, et donc qu'elle peut se rencontrer « quel que soit l'âge » et quelle que soit son origine.

Enfin, le même article de la loi de 2001 reprend les mêmes termes que celle de 1997 pour désigner les personnes concernées par l'APA : «*Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, **nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir**, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière*. »

La définition des classifications de l'Organisation mondiale de la santé

Les concepts apportés par les classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont eu moins de retentissement sur la sphère de la perte d'autonomie des personnes âgées que sur celle des personnes en situation de handicap.

Les définitions retenues, dans ce cadre international, pour identifier et dénombrer le public des personnes dépendantes ou en perte d'autonomie dérivent de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps (CIH), adoptée par l'OMS en 1980. Son objectif était de compléter la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) dont la gestion est assurée par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1945, par un instrument de classification des conséquences des maladies.

La notion centrale utilisée alors par l'OMS est celle de l'incapacité, définie par toute réduction de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normale pour un être humain. Les ***incapacités*** résultent d'une ***déficience*** partielle ou totale des organes ou des fonctions. Elles créent des ***désavantages*** notamment sociaux pour les personnes, limitant ou empêchant l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

La CIH a été critiquée sur le fond du fait de l'approche par trop individuelle et médicale des conséquences des déficiences et de l'incapacité, la dimension de l'environnement de la personne n'étant pas suffisamment présente. En effet, les éléments de l'environnement peuvent faciliter ou entraver la réalisation d'activités ou la participation sociale. Par ailleurs, la description des situations était formulée en termes négatifs[8].

L'OMS a donc entrepris de faire évoluer sa classification, à la fois pour répondre à ces critiques et pour la rapprocher dans un document unique de la CIM. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, adoptée en avril 2001 et reconnue par les 191 pays membres de l'OMS comme la nouvelle norme internationale pour décrire et mesurer la santé et le handicap, opère un changement profond.
Les trois notions de base sont formulées à la forme positive : on évalue désormais les fonctions et structures organiques, les activités et la participation aux situations de la vie réelle. Les facteurs environnementaux sont mis sur un pied d'égalité avec les facteurs

[8] La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations, 2002.

individuels pour expliquer des déficiences des fonctions et structures, les limitations d'activité et les restrictions dans la participation (voir schéma en annexe n° 6).

Les limitations et les restrictions de l'activité appellent des mesures de correction, notamment par des mesures de compensation quand la réadaptation de la personne ou l'adaptation de son environnement ne sont pas suffisantes.

La CIH puis la CIF ont eu un impact important sur l'approche des handicaps, tant sur un plan médical et épidémiologique que sur celui du droit.

Les enquêtes Handicap-santé menées en France par l'INSEE et la DREES pour identifier les personnes souffrant d'incapacités utilisent les définitions et les grilles définies par l'OMS.

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées 11 février 2005 s'en est inspirée à la fois dans ses intentions[9] et dans la définition qu'elle donne du handicap. Les outils d'évaluation des besoins des personnes handicapées, tel que le guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA) pour les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales du handicap ont pris en compte ses apports.

Dans le champ des personnes âgées, on retrouve moins l'approche et le vocabulaire retenu par l'OMS. La grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR), par exemple, est « *un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens* »[10]. Elle découle des démarches d'évaluation des activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) que les personnes effectuent, spontanément ou non. La grille AGGIR décrit peu les aspects environnementaux ou sociaux associés, même si l'évaluation prend en compte le « milieu » dans lequel les personnes se situent.

[9] Voir notamment cet extrait de son exposé des motifs : « *Dans la continuité de la loi de 1975, qui a fait de la solidarité envers les personnes handicapées une obligation nationale, et de la législation européenne et internationale de non-discrimination, ce projet de loi entend prôner l'intégration des personnes handicapées dans la société en valorisant leurs capacités, leurs potentialités et en compensant leurs manques dans le respect de l'égalité des droits de tous les citoyens français.* »

[10] Service-public.fr, *Qu'est-ce que la grille AGGIR et à quel degré de dépendance les différents groupes de cette grille correspondent-ils ?*

Terminologie adoptée par le HCAAM

Dans le vocabulaire courant, les notions de « dépendance » et d' « autonomie » sont concurremment utilisées, voire même conjointement, comme le montre la citation précédente.

Le rapport Schopflin (1991)[11] estimait qu'elles ne se confondaient pas, l'autonomie, définie comme « *la capacité pour un individu de se gouverner lui-même* », venant s'ajouter à la situation de besoin d'une personne dépendante (et devant évidemment être respectée pour elle-même).

Les auteurs du « Corpus de gériatrie » de 2000[12] ne disaient pas autre chose en estimant que *« les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide.* »

Toutefois, au cours des dix dernières années, le mot « autonomie » a élargi son usage en englobant, au-delà de la seule autonomie comprise comme le « libre arbitre », l'autonomie tirée de la capacité pour une personne à accomplir sans aides ni restrictions un certain nombre d'activité ou de tâches de la vie quotidienne.

L'opposition entre les deux termes a donc légèrement changé de sens, la « perte d'autonomie » incorporant désormais, non seulement la capacité de décider, mais aussi la description de l'état matériel de vie, et la « dépendance » étant désormais plus spécifiquement réservée aux seules personnes âgées, sans que l'on puisse réellement dire les raisons de ce glissement sémantique.

Au total, dans la continuité de l'usage le plus fréquent en gériatrie et gérontologie, le HCAAM utilisera principalement l'expression de « personnes âgées en perte d'autonomie » dans les présents travaux.

[11] *Dépendance et solidarité, mieux aider les personnes âgées*. Rapport de la commission du Commissariat général au plan présidée par Pierre Schopflin, 1991.
[12] *Corpus de gériatrie*, Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000.

Encadré 1 : Dénombrements des personnes âgées en perte d'autonomie ou « dépendantes » issus des travaux de l'INSEE et du groupe « Perspectives démographiques et financières de la dépendance »

Il ressort des définitions citées *supra* que le champ de la « perte d'autonomie» ne recoupe pas l'intégralité de celui des personnes âgées ou très âgées mais ne se limite pas non plus à ce dernier : des personnes de moins de 60 ans peuvent être dépendantes, au titre d'une incapacité liée au handicap ou à l'invalidité. A l'inverse, une grande majorité des plus de 60 ans, âge plancher d'éligibilité à l'APA, ne sont pas en perte d'autonomie.

Partant, la question du dénombrement des personnes âgées en perte d'autonomie est délicate, car aucune base de données « administrative » n'en permet le recensement.

La population totale des 60 ans et plus est de 14,3 millions de personnes (INSEE, 2009).

Les données par les prestations

Les données de la DREES indiquent qu'au 30 juin 2010, 1 174 000 personnes bénéficiaient de l'APA : 719 000 personnes âgées ont perçu l'APA à domicile et 455 000 en établissement, dans les GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Les données sur l'aide ménagère concernant les personnes en GIR 5 et 6 indiquent que 250 000 personnes faiblement dépendantes bénéficiaient de cette prestation en 2008 (source CNAV).

Les données d'enquête

L'enquête Handicap-santé de 1998 – 1999 a fait l'objet de retraitements nombreux s'agissant du décompte des personnes âgées en perte d'autonomie. Un chiffre retenu pour celles de ces personnes en équivalent GIR 1 à 5 était de 1,2 million.(*)

Des données plus récentes sont en cours d'exploitation à partir de l'enquête HID de 2008-2009. Une première publication s'agissant des ménages ordinaires a donné les ordres de grandeur suivants s'agissant du taux de personnes âgées dépendantes vivant à domicile. En appliquant le taux de personnes dont les réponses à la grille les classent parmi les personnes dépendantes ou fortement dépendantes aux populations de 60-70 ans, et de 80 ans et plus, on atteint le nombre de 811 000 personnes âgées dépendantes vivant à domicile (**).

	60-79 ans		**80 ans et plus**		**Total**
Nombre total	10 988 910		3 273 428		
Dépendants	2,7%	296 701	11,2%	366 624	663 325
Fortement dépendants	0,6%	65 933	2,5%	81 836	147 769
Total dépendants et très dépendants domicile	362 634		448 460		811 094

Sources : DREES 2010 pour le taux de dépendance par âge ; INSEE recensement 2009. Retraitements : SG du HCAAM

* *Les personnes âgées dépendantes*, Christel Colin, Revue française des affaires sociales, 2003.

Les résultats de la partie « personnes résidant en institution » de l'enquête ne sont pas encore connus. Toutefois, si l'on ajoute à ces 811 000 personnes les 550 000 personnes âgées dépendantes vivant en EHPAD, les 150 000 personnes en foyer logement et les 20 000 personnes en Unités de soins de longue durée, on obtient le nombre de 1,5 million de personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

Les projections à 2025

Selon les dernières projections de l'INSEE, d'ici à 2026, la part des 80 ans ou plus dans la population totale devrait passer de 5% à un peu plus de 6%. La croissance serait relativement rapide dans les années 2010-2015 puis connaîtrait un ralentissement dans la période 2015 - 2026 liée aux classes creuses des années 1930.

L'augmentation devrait s'accélérer entre 2026 à 2060 et le nombre de 80 ans ou plus devrait passer d'environ 3,5 millions en 2011 à 7 à 10 millions en 2060. La croissance sera rapide entre 2026 et 2054, du fait du passage à 80 ans des générations issues du baby boom. Un net ralentissement sera observé à compter de 2055, lié au remplacement des générations du baby-boom par des générations moins nombreuses.

Le HCAAM dans les annexes de sa note *Vieillissement, longévité et assurance maladie* avait présenté les projections à partir de diverses hypothèses en matière de prévalence de la dépendance formulées dans le rapport de juin 2006 du Centre d'analyse stratégique (**).

(nombre de personnes, en milliers)	Version basse			Version haute		
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 1-4	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 1-4
2010	300	391	691	324	418	742
2015	319	413	732	354	454	808
2025	350	454	804	409	511	920
Progression 2010-2025	16,7%	16,1%	16,4%	26,2%	22,2%	24,0%
Prog. annuelle moyenne	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %

Source : Insee Destinie, hypothèses Drees-Insee. Retraitements : SG du HCAAM

On voyait que le nombre de personnes âgées dépendantes en GIR 1 à 4 devrait augmenter de 16,4 % entre 2010 et 2025 dans l'hypothèse basse de prévalence de la dépendance, et de 24,0 % dans l'hypothèse haute. Mesurée en taux de progression annuel, la progression demeure comprise entre 1,0 et 1,4 % par an.

Le groupe de travail présidé par Jean-Michel Charpin, dans son rapport sur les « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » a livré de nouvelles projections. Selon son hypothèse intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, passant de 1,150 à 1,550 millions de personnes, et par 2 entre 2010 et 2060, pour atteindre 2,3 millions de personnes.

** *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scenario du libre choix*, Mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », juin 2006.

I.2 L'identification de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie par l'assurance maladie

En raison même du principe fondamental de l'universalité de l'assurance maladie[13], les textes relatifs aux prestations de l'assurance maladie ne sont qu'exceptionnellement ciblés sur des publics spécifiques, et c'est l'ensemble des assurés qui est bénéficiaire potentiel, en fonction de la maladie, de la grande majorité des prestations.

Ainsi, s'agissant des prestations de soins, les personnes âgées en général, et les personnes âgées en perte d'autonomie en particulier, ne font pas l'objet de dispositions spécifiques dans le code de la sécurité sociale. Ces personnes sont donc, pour la plupart des soins qu'elles reçoivent et présentent au remboursement, des « assurés comme les autres », dont la prise en charge dépend de la maladie dont elles souffrent, dans les conditions de remboursement de droit commun.

Par ailleurs, la situation de perte d'autonomie n'ouvre pas de droits spécifiques, notamment s'agissant de la prise en charge intégrale des frais de soins. Elle n'est donc pas une information enregistrée dans les bases administratives de gestion de l'assurance maladie, sauf lorsqu'elle ressort du régime de l'invalidité[14].

Toutefois, le HCAAM entend souligner qu'une petite partie des prestations d'assurance maladie aux personnes âgées est expressément conditionnée à la perte d'autonomie.

La règle générale de l'absence de prestations de soins spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie connaît en effet au moins trois exceptions notables :

1) Les actes de certains professionnels de santé libéraux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) *dont la cotation est juridiquement conditionnée* à l'existence d'une perte d'autonomie.

Comme le HCAAM l'avait noté dans son rapport sur le *Vieillissement*, les professionnels paramédicaux et principalement les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes jouent un rôle clef dans la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) prévoit donc, les concernant, des interventions et des actes spécifiquement tournées vers soit les personnes âgées « en perte d'autonomie » (séance de kinésithérapie pour la rééducation de la déambulation), soit vers les personnes en situation de « dépendance », temporaire ou permanente quel que soit leur âge (démarche et séances de soins infirmiers).

[13] Les frais couverts par l'assurance maladie sont mentionnés aux 1°), 2°) et 3°) de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale. On y lit que les prestations sont définies de façon globale, sans cibler de publics particuliers, à l'exception de certains actes tels que les interruptions volontaires de grossesse et la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés.

[14] La prise en charge à 100% concerne les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite faisant suite à une pension d'invalidité. Voir l'avis et la note du HCAAM du 27 octobre 2010 *Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base.*

Encadré 2 : Extrait de la nomenclature générale des actes professionnels, version de janvier 2011

TITRE XIV
Article 9
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

TIRE XVI SOINS INFIRMIERS
Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente

Élaboration de la démarche de soins infirmiers à domicile nécessaires à la réalisation de séances de soins infirmiers ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention d'un **patient dépendant** ou à la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social.

Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures
La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à **protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie** de la personne.
La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.

2) Par ailleurs, l'assurance maladie finance*, sur la base d'une mesure individuelle de la perte d'autonomie*, les soins dans les établissements et services médicaux sociaux prenant en charge des personnes âgées.

Même si des financements existaient avant 1975, c'est la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui pose les fondements des prises en charge par l'assurance maladie, en prévoyant la création de sections de cure médicale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (ou pour le financement de certains lits hospitaliers en sus des lits dits de long séjour).

L'article 5 prévoyait que les établissements d'hébergement pour personnes âgées « peuvent comporter des sections de cure médicale ». S'agissant du financement des soins délivrés dans le cadre de ces sections, l'article 27 de la loi prévoyait que « *les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les établissements [destinés aux personnes âgées »] sont supportés par les régimes d'assurance maladie ou au titre de l'aide sociale, suivant les modalités fixés par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.* »

C'est la réforme de la tarification de ces établissements qui va établir le lien entre le niveau de « dépendance » des personnes âgées hébergées et le niveau de financement des établissements. L'article 23 de la loi du 24 janvier 1997 prévoit un mécanisme de conventionnement tripartite s'imposant aux établissements pour pouvoir accueillir des personnes dépendantes et met en place un financement ternaire de ces derniers. L'assurance maladie finance un forfait relatif aux soins, « *modulé selon l'état de la personne* », et de façon concrète déterminé sur la base du niveau de dépendance des personnes hébergées[15] par une équation reposant sur le GIR moyen pondéré (GMP) des résidents issu de la grille AGGIR.

[15] . - I. - Après l'article 5 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 précitée, il est inséré un article 5-1 ainsi rédigé :
« Art. 5-1. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 5o de l'article 3 et les établissements de santé visés au 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique ne peuvent accueillir des

Le HCAAM a rappelé dans sa note du 22 avril 2010 que même si, désormais, le financement par l'assurance maladie des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), se fait sous la forme d'un forfait global relatif aux soins (article L314-2 du Code de l'action sociale et des familles), qui prend en compte à la fois le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents donné par l'outil PATHOS, le poids du GMP (donc des éléments de « dépendance ») dans le forfait soins reste majeur.

3) Enfin, à l'hôpital, l'assurance maladie finance selon la même clé de mesure individuelle de la perte d'autonomie les soins en unités de soins de longue durée (USLD).

Ces structures ont, on le sait, vocation à accueillir à titre pratiquement exclusif des personnes âgées poly-pathologiques et dépendantes.

Le mode de tarification des USLD est désormais aligné sur celui des EHPAD, prenant en compte tant la dépendance (GMP) que la charge en soins (PATHOS)[16].

personnes âgées remplissant les conditions de dépendance mentionnées au premier alinéa de l'article 2 de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté conjoint du ministre chargé des personnes âgées et du ministre chargé des collectivités territoriales, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.
(…)
III. - Après l'article 27 ter de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 précitée, il est inséré un article 27 quater ainsi rédigé :
« Art. 27 quater. - Les montants des prestations visées au troisième alinéa de l'article 26 sont modulés selon l'état de la personne accueillie et déterminés dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

[16] S'agissant des EHPAD, des SSIAD et des USLD, voir les annexes détaillées sur les modes de tarification jointes à la note du HCAAM du 22 avril 2010, *Vieillissement, longévité et assurance maladie*.

1.3. Un premier essai par le HCAAM de classification des dépenses

A la différence des dépenses publiques liées au handicap, pour lesquelles il existe un Compte du handicap (voir annexe 3), il n'existe pas de « Compte de la dépendance ».

Plusieurs chiffrages des dépenses publiques en faveur de la « dépendance » des personnes âgées[17] *se sont toutefois succédé ces dernières années*, qui comportaient tous une prise en compte de la part prise par les dépenses d'assurance maladie.

Par les tableaux qui suivent, le HCAAM s'efforce de rendre compte des différents chiffrages récents de la contribution de l'assurance maladie au coût de la prise en charge de la perte d'autonomie *en reclassant les dépenses identifiées en fonction des besoins, sur la base du tableau global présenté plus haut, en introduction*.

On notera que la notion de « surcoûts dans les soins cliniques et techniques », au demeurant fort difficiles à évaluer, n'est jamais abordée dans les chiffrages qui suivent, qui tendent à assimiler les dépenses d'assurance maladie liées à la dépendance :

- soit (version « trop étroite »), aux seules dépenses de soins d'entretien, infirmiers ou médico-sociaux[18] ;
- soit (version « trop large »), à l'ensemble des dépenses d'assurance maladie des personnes âgées en perte d'autonomie.

On notera également que les différences de montants entre les chiffrages existants ne s'expliquent pas seulement par ces différences de périmètres, mais aussi par les dates successives auxquels ces chiffrages ont été réalisés.

[17] Les chiffrages ne concernent que les dépenses des financeurs publics, et n'intègrent donc pas les dépenses directes des personnes (l'équivalent du « reste à charge »).

[18] Sachant que ces chiffrages, faute d'une décomposition fine de leurs dotations, retiennent néanmoins les soins cliniques et techniques inclus dans les dotations et forfaits des USLD et des EHPAD.

A) Le chiffrage de la Cour des comptes (2005)

La cour des Comptes pour son rapport de 2005[19] avait estimé les dépenses d'assurance maladie liées aux personnes âgées dépendantes à 9,9 Md€, soit 60% du coût global de la « dépendance » estimé à 15,5 Md€.

Les dépenses d'assurance maladie étaient classées dans le « deuxième cercle » de dépenses, celui des « *dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et à celles en institution* ». Ces dépenses du deuxième cercle représentant 11,379 Md€ sur un total de 15, 544 Md€.

Elles reprenaient pour les personnes de 75 ans :

- l'intégralité du financement par l'assurance maladie des forfaits soins des établissements pour personnes âgées et des USLD ;
- l'ensemble du financement des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD ;
- les dépenses de soins de ville et d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus bénéficiant d'AIS, dont le chiffrage avait été établi par la CNAMTS (annexe 7 du rapport de la Cour).

Encadré 3 : Méthodologie utilisée par la Cour des Comptes

La CNAMTS a identifié les personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant d'actes infirmiers de soins (actes de « nursing »). Ces personnes ont été présumées dépendantes. Partant de cette hypothèse, la CNAMTS a évalué le montant des soins de ville et d'hospitalisation rattachables à ces personnes : l'assurance maladie rembourse aux personnes dépendantes de 75 ans ou plus en moyenne 13 711 € par an, ce qui représente environ 6 fois plus que pour une personne âgée « bien portante". Extrapolé à l'ensemble des régimes, le montant est en 2003 de 2,33 Md€ de soins de ville et de 1, 61 Md€ de dépenses d'hospitalisation, soit au total 3,94 Md€. Le travail effectué par la CNAMTS ne permet pas de distinguer la part qui bénéficie aux personnes vivant à leur domicile et celle des résidents en établissements. Ces dépenses ne peuvent toutefois pas être imputées à la prise en charge de la seule dépendance et couvrent aussi les frais engagés par les personnes âgées dépendantes mais afférents à des pathologies non liées à la dépendance. Les personnes présumées dépendantes étant pour 87 % d'entre elles en affection de longue durée (ALD), on peut tenter d'approcher les remboursements induits par les pathologies liées à la dépendance en comparant la consommation moyenne de soins des patients en ALD présumés dépendants et celle des patients en ALD apparemment non dépendants. Selon ce calcul, le rapport est du simple au double et on peut donc estimer que la moitié des montants indiqués ci-dessus seraient rattachables à des pathologies directement liées à la dépendance, soit 1,97 Md€. Il ne peut évidemment s'agir que d'un ordre de grandeur.

Au total, l'assurance maladie apparaissait comme le premier financeur (60%) des dépenses directement ou indirectement liées à la dépendance.

Le tableau suivant reprend les chiffres de la Cour des comptes selon la typologie des besoins établie dans l'introduction de ce rapport.

Note de lecture des tableaux 1 à 4 : les chiffres et les intitulés de dépenses sont ceux des auteurs des rapports concernés. Certaines cases qui apparaissent en hachuré retracent des prises en charges qu'on peut considérer comme marginales par exemple, pour les SSIAD, les soins cliniques et techniques

[19] Cour des comptes, rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005.

Tableau 1 : Chiffrage de la Cour des Comptes en 2005 (chiffres 2003)	PROTECTION DE LA SANTE		ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE		COUVERTURE DES AUTRES BESOINS DE VIE		TOTAL
	Soins cliniques et techniques		Soins d'entretien	Aides à la vie quotidienne	Prestations sociales (logement, revenus de remplacement)		
		dont surcoûts liés à la perte d'autonomie			dont surcoûts liés à la perte d'autonomie		
Financements assurance maladie (ONDAM et hors ONDAM)	Prestations hospitalières aux personnes âgées dépendantes : 1612M€ Soins de ville personnes âgées dépendantes 2330 M€ dont: 1121 M€ soins infirmiers libéraux 637 M€ médicaments et LPP 212 M€ soins MKR USLD et dotations des hôpitaux : 2210 M€ Dotations soins EHPAD : 2519 M€		SSIAD: 763 M€	dont LPP … Exo. charges sociales bénéficiaires l'APA: 241 M€ Majoration tierce personne - pension d'invalidité : 212 M€			9887 M€ (dont 9434 M€ au titre ONDAM)
Financements collectivités territoriales (APA et hors APA)				APA à domicile: 2119 M€ +PSD et ACTP à domicile: 197 M€ APA en EHPAD: 1091 M€ + PSD et ACTP en établissement 32 M€ Aide ménagère légale: 126 M€		Aide sociale à l'hébergement: 900 M€	4465 M€
Financements Etat - solidarité nationale				FMAD et dépenses de l'Etat pour coordination (CLIC, CODERPA): 35 M€ Dépenses fiscales pers. de + 60 ans dépendantes: 273 M€	Aides ANAH: 29 M€		337 M€
Financement CNAF						APL et ALS pour personnes âgées dépendantes: 347 M€	347 M€
Financement action sociale (CNAV)				Action sociale des caisses retraite: 508 M€ dont 441 M€ à domicile			508 M€
TOTAL DES FINANCEMENTS PUBLICS							15 544 M€

B) Le chiffrage du rapport « Vasselle » (2008)

Ce mode de chiffrage a été repris et actualisé par le sénateur Alain Vasselle dans son rapport[20] sur le 5ème risque.

Dans ce rapport, la dépense d'assurance maladie au titre de la dépense est évaluée à 11,2 Md€ sur 19 Md€ hors exonération de cotisations sociales, et à 12,8 Md€ sur 21,3 Md€ si l'on prend en compte l'exonération de cotisations sociales.

[20] *Rapport d'information au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, juillet 2008.

Tableau 2 : Chiffrage Rapport Vasselle pour l'année 2008	PROTECTION DE LA SANTE		ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE		COUVERTURE DES AUTRES BESOINS DE VIE		TOTAL
	Soins cliniques et techniques		Soins d'entretien	Aides à la vie quotidienne	Prestations sociales (logement, revenus de remplacement)		12893,11 M€ (dont 11375 M€ au titre ONDAM)
		dont surcoûts liés à la perte d'autonomie			dont surcoûts liés à la perte d'autonomie		
Financements assurance maladie (ONDAM et hors ONDAM)	Soins de ville et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes (sous-ONDAM hospitaliers et soins de ville) : 4600 M€						
	Forfaits et dotations soins des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ONDAM Personnes âgées : EHPAD, SSIAD) et des USLD: 6775 M€						
				Dépenses d'action sociale CRAM : 10,11 M€			
				Exonérations de cotisations sociales liées à la prise en charge de la dépendance : 1508 M€			
Financements CNSA	Participation au financement des établissements ou services sociaux et médicosociaux: 930 M€						2968 M€
				Contribution au financement de l'APA: 1572 M€			
				Dépenses diverses: 76 M€ (dont 66 M€ de dépenses relatives à la promotion d'actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service et 10 M€ de dépenses d'animation, prévention et études)			
					Cofinancement d'opérations d'investissement: 390 M€		
Financements collectivités territoriales (APA et hors APA)				Dépenses APA: 3100 M €			4200 M€
					Aide sociale à l'hébergement : 1100 M€		
Financements Etat - solidarité nationale				Dépenses directes (crédits personnes âgées du programme 157 "Handicap et dépendance") : 17 M€			387 M€
				Dépenses fiscales ciblées sur les personnes dépendantes: 370 M€			
Financements CNAF						Aides au logement pour les personnes âgées de + de 60 ans: 568,1 M€ dont 304,8 M€ d'ALS et 263,3 M€ d'APL	568,1 M€
Financements action sociale (CNAV)				Action sociale des caisses de retraite: 370 M€ (dont 321 consacrées au maintien à domicile et 49 aux lieux collectifs)			370 M€
TOTAL DES FINANCEMENTS PUBLICS							21 386,21 M€

C) Le chiffrage du rapport « Rosso-Debord » (2010)

Dans son rapport de juin 2010, la députée Valérie Rosso-Debord[21] procède à une nouvelle actualisation de ce chiffrage en ne retenant pas seulement les financements de l'assurance maladie, mais aussi celles des autres caisses de sécurité sociale et de la CNSA sur le champ des établissements et services pour personnes âgées.

Elle estime à 12,5 Md€ la dépense totale d'assurance maladie soit 58% du coût de la dépendance.

Ce chiffre est ramené à 11 Md€ hors exonérations de cotisations sociales, soit 51% de la dépense publique totale retenue par le rapport.

[21] Rapport de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

<table>
<tr><td>Tableau 3 : Chiffrage Rapport Rosso-Debord pour l'année 2010</td><td colspan="2">PROTECTION DE LA SANTE</td><td colspan="2">ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE</td><td colspan="2">COUVERTURE DES AUTRES BESOINS DE VIE</td><td>TOTAL</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Soins cliniques et techniques</td><td>Soins d'entretien</td><td>Aides à la vie quotidienne</td><td colspan="2">Prestations sociales (logement, revenus de remplacement)</td><td rowspan="4">12 506 M€
(dont 11 005M€ au titre ONDAM)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>dont surcoûts liés à la perte d'autonomie</td><td></td><td></td><td>dont surcoûts liés à la perte d'autonomie</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Financements assurance maladie (ONDAM et hors ONDAM)</td><td colspan="3">Dépenses de soins de ville et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes (sous-ONDAM hospitaliers et soins de ville) : 4738 M€</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Dépenses ONDAM personnes âgées (EHPAD, SSIAD) : 6267 M €</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="3">Exonérations de cotisation patronale de sécurité sociale ciblées: 1501 M €</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Financements CNSA</td><td colspan="3" rowspan="2">Contribution solidarité autonomie affectée aux établissements et services accueillant les personnes âgées: 985 M€</td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="5">2916 M€</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4">Contribution au financement de l'APA: 1529 M€</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dépenses d'aide à domicile, de modernisation etc : 58 M€</td></tr>
<tr><td></td><td>Tranche 2009 des plans d'investissement: 344 M€</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Financements collectivités territoriales (APA et hors APA)</td><td>Dépenses APA: 3587 M €</td><td></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">4927 M€</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aides sociales diverses (aides ménagères, portage de repas…) : 170 M€</td></tr>
<tr><td></td><td>Aide sociale à l'hébergement : 1170 M€</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Financements Etat - solidarité nationale</td><td colspan="2">Dépenses d'aide à domicile, modernisation etc: 33 M€</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">288 M€</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dépenses fiscales ciblées sur les personnes dépendantes : 255 M€</td></tr>
<tr><td>Financements CNAF</td><td></td><td></td><td>Aides au logement : 568 M€</td><td>568 M€</td></tr>
<tr><td>Financements action sociale (CNAV)</td><td colspan="2">Action sociale des caisses de retraite: 380 M€</td><td></td><td>380 M€</td></tr>
<tr><td colspan="8">TOTAL DES FINANCEMENTS PUBLICS</td><td>21 585 M€</td></tr>
</table>

D) Le chiffrage du Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » (depuis 2008)

Une approche globale, qui inclut l'ensemble des prestations liées à la compensation de la perte d'autonomie, tous âges confondus, y compris celles au titre des prestations d'invalidité, est présentée dans le Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé chaque année au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par son champ très large, le PQE prend bien en compte l'ensemble des publics et des financements entrant dans le champ large de la perte d'autonomie. En revanche, lui aussi additionne des dépenses qui n'ont pas le même objet et qui couvrent des besoins différents.

Par rapport au chiffrage de la Cour des comptes, le tableau du PQE ne prend pas en compte les dépenses de soins en dehors des établissements et des services pour personnes âgées et des USLD. De ce fait, la part de l'assurance maladie y apparaît plus faible : 7,4 Mds d'€ soit 45% de la dépense publique totale au profit des personnes âgées en perte d'autonomie.

<table>
<tr><td>Tableau 4 : Chiffrage 2009 du Programmes de qualité et d'efficience 2011</td><td colspan="2">PROTECTION DE LA SANTE</td><td colspan="2">ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE</td><td colspan="2">COUVERTURE DES AUTRES BESOINS DE VIE</td><td>TOTAL</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Soins cliniques et techniques</td><td>Soins d'entretien</td><td>Aides à la vie quotidienne</td><td colspan="2">Prestations sociales (logement, revenus de remplacement)</td><td rowspan="3">7466,4 M€</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>dont surcoûts liés à la perte d'autonomie</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">dont surcoûts liés à la perte d'autonomie</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Financements assurance maladie (ONDAM et hors ONDAM)</td><td colspan="3">Dépenses ONDAM personnes âgées (EHPAD, SSIAD) : 6267 M€</td><td rowspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Dépenses USLD : 1199,4 M€</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Financements CNSA</td><td colspan="3">Financement établissements et services ONDAM personnes âgées : 911,9 M€</td><td rowspan="2">Contribution au financement de l'APA: 1564,2 M€</td><td rowspan="2">2979,3 M€</td></tr>
<tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td colspan="2">Autres actions: 62,2 M€</td></tr>
<tr><td></td><td>Plan d'aide à la modernisation : 441 M€</td></tr>
<tr><td>Financements collectivités territoriales (APA et hors APA)</td><td>Dépenses APA: 5029,2 M€</td><td></td><td>5243,8 M€[1]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Action sociale et aide ménagère: 65,9 M€</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>Aide sociale à l'hébergement : 1712,9 M€</td></tr>
<tr><td>Financements Etat - solidarité nationale</td><td colspan="2">Dépenses Personnes âgées (programme handicap et dépendance) : 40,2 M€</td><td>40,2 M€</td></tr>
<tr><td>Financements action sociale (CNAV)</td><td colspan="2">Action sociale des caisses de retraite: 597 M€</td><td>597 M€</td></tr>
<tr><td colspan="8">TOTAL DES FINANCEMENTS PUBLICS</td><td>16326,7 M€</td></tr>
</table>

Nb : le PQE soustrait du montant total des dépenses des départements les financements transférés par le CNSA au titre de l'APA, d'où un total de 5243,8 M€.

I.4. Le HCAAM retient une approche « par besoins » dont il souhaite le chiffrage.

Si la perte d'autonomie des personnes âgées n'est un critère juridique ou de tarification que sur une petite fraction des prestations d'assurance maladie, en revanche, l'assurance maladie prend évidemment en charge, par l'ensemble de ses prestations, un champ très large de dépenses dont bénéficient les personnes âgées en perte d'autonomie, que ces soins soient ou non « destinés à assurer le maintien de l'autonomie », et que, plus généralement, ces soins soient ou non « rattachables » à la perte d'autonomie.

C'est, conformément au schéma présenté dans l'introduction du rapport, ce qu'il convient de mesurer.

Le rapport du HCAAM sur le *Vieillissement* a présenté des études approfondies des dépenses de santé et d'assurance maladie des personnes âgées ou très âgées, en livrant des analyses sur leur niveau, leur dynamique et leurs causes par type de soins[22].

Dans le prolongement de ce rapport, **le HCAAM estime qu'il est plus pertinent de retenir une approche de l'évaluation du coût de la prise en charge des soins et des aides aux personnes âgées en perte d'autonomie fondée sur les besoins, plutôt que fondée sur un découpage qui met en avant l'origine budgétaire du financement.**

Bien entendu, l'origine budgétaire du financement ne doit pas être oubliée, car il faut ensuite en tenir compte pour tirer les conséquences nécessaires en termes d'articulation (ou d'évolution) des compétences et des gouvernances. Mais pour bien analyser une situation de vie, et prévoir l'importance et la cible des efforts financiers à consentir pour compenser tout ou partie de son altération, il est nettement plus pertinent de partir de la nature des besoins qu'il faut financer.

En effet, l'approche exclusive par « budgets de financement » :

- **ne prend pas en compte que, du fait de la porosité de certaines frontières juridiques, certains besoins sont financés conjointement par des enveloppes ou des financeurs différents** (à l'inverse, de mêmes enveloppes peuvent couvrir des besoins de nature très différente) ;

- **risque de sous-estimer les différences de dynamique d'évolution de chacun des besoins financés par l'assurance maladie, telles qu'on les observe, ou telles qu'on les souhaite pour l'avenir ;**

- **rend les analyses et les décisions prisonnières des catégories de financements existants.**

[22] On rappelle le lien entre la maladie (ou l'accident) et la perte d'autonomie, la première étant toujours à l'origine de la seconde. D'autre part, ainsi que l'a montré le Haut conseil dans sa note sur le *Vieillissement*, les personnes très âgées souffrent d'un nombre de pathologies plus important que le reste de la population. Enfin, parce que la proportion de personnes bénéficiant d'une exonération de ticket modérateur liée à une affection de longue durée est fortement croissante avec l'âge.

a) Des besoins identiques relèvent d'enveloppes budgétaires différentes : l'exemple des soins en établissements et services pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et SSIAD).

Le HCAAM a déjà décrit dans son rapport sur le *Vieillissement* le contenu des différents types de forfaits relatifs aux soins des EHPAD et les dotations des SSIAD et le champ très divers de prestations qu'il englobe.

Cette complexité apparaît dans le classement des dépenses d'assurance maladie selon leur catégorie (soins techniques et cliniques, soins d'entretien, aides aux actes de la vie quotidienne), ainsi que le retrace le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : classement des dépenses d'assurance maladie (soins de ville et médico-sociaux[23])

	Soins cliniques et techniques		Soins d'entretien	Aides à la vie quotidienne
	sur l'ONDAM « ville »	*sur l'ONDAM « médico-social »*	*sur l'ONDAM « médico-social »*	*sur l'aide sociale (APA)*
EHPAD sans PUI à tarif partiel	Consultations, MK, médicaments, biologie, etc.	AMI, Dispositifs médicaux	AIS 70% des AS /AMP	30% des AS /AMP
EHPAD sans PUI à tarif global	Consultations spécialistes Médicaments	AMI Consultations généralistes, biologie, dispositifs médicaux	AIS, MK et autres paramédicaux 70% des AS /AMP	30% des AS /AMP
EHPAD avec PUI à tarif partiel	Consultations, MK, biologie, etc.	AMI, Dispositifs médicaux Médicaments	AIS 70% des AS /AMP	30% des AS /AMP
EHPAD avec PUI à tarif global	Consultations spécialistes	AMI Consultations généralistes, biologie, dispositifs médicaux Médicaments	AIS, MK et autres paramédicaux 70% des AS /AMP	30% des AS /AMP
SSIAD	Consultations, MK, médicaments, biologie, etc.	AMI	AIS faits par AS	

Source : SG du HCAAM.

On constate que selon le forfait retenu par l'établissement, des dépenses peuvent glisser d'une enveloppe à l'autre. Ainsi, les dépenses de médicament et le paiement des consultations de généraliste sont soit conjointement en dehors du forfait (EHPAD au tarif partiel sans PUI), soit conjointement dedans (EHPAD au tarif global avec PUI), soit dans le forfait pour les unes et hors forfait pour les autres.

[23] Les dépenses de l'ONDAM sanitaire (hospitalisation complète et HAD) sont en effet décomptées de manière identique pour tous les types d'EHPAD.

b) D'autres prestations apparemment homogènes répondent à des types de besoins différents : l'exemple des « dispositifs médicaux » de la liste des produits et prestations (LPP).

La LPP prévoit de nombreuses prestations dont bénéficient les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces prestations répondent toutefois à des besoins très différents, qui ne relèvent pas tous de la compensation de la perte d'autonomie.

Comme tout malade, les personnes âgées en perte d'autonomie bénéficient de la prise en charge de petits matériels médicaux (pansements, compresses, seringues etc.), nécessaires pour les soins cliniques et techniques.

Mais elles bénéficient également de produits et prestations qui concourent au maintien de l'autonomie, soit au titre des « soins d'entretien », soit – lorsqu'elles relèvent davantage de « l'aide technique » – au titre de l'aide à la vie quotidienne :

Parmi celles-ci, on peut citer quelques exemples :

- Titre 1 de la LPP (dispositifs médicaux pour traitements, aides à la vie et pansements) : lits médicalisés, matelas et cousins anti-escarres ;
- Titre II (orthèses et prothèses externes) : lunettes, audioprothèses, podo et ortho prothèses ;
- Titre IV de la LPP (véhicules pour handicapés physiques) : fauteuils roulants.

C'est ainsi que l'assurance maladie intervient, au titre de son financement de certains dispositifs médicaux relevant des « aides techniques à la vie quotidienne », au delà du seul champ des « soins d'entretien », et conjointement aux financements de l'APA et de la PCH.

c) Enfin les différentes dépenses ont, en fonction du besoin à couvrir, des dynamiques d'évolution très différentes.

Le HCAAM, dans son rapport sur le *Vieillissement*, avait présenté les évolutions et la dynamique des dépenses d'assurance maladie en fonction de l'âge des assurés et de l'évolution de la population dans les grandes catégories d'âge.

Le tableau ci-dessous présentait ainsi l'évolution des masses au sein des dépenses de soins d'entretien depuis 2000.

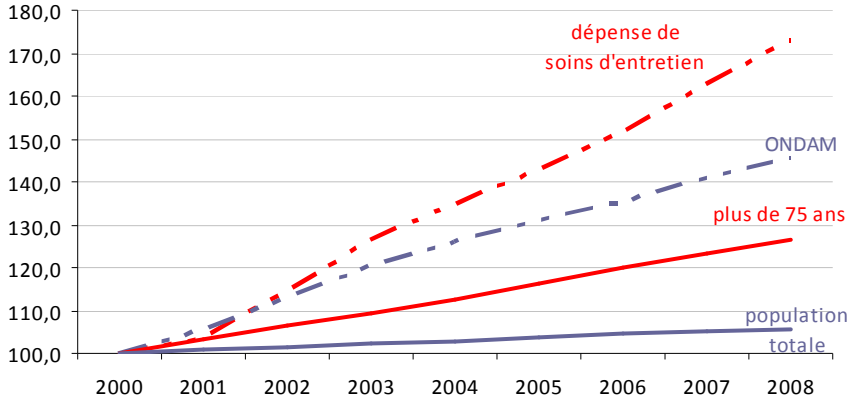
Tableau 6 - Evolution de l'ONDAM « soins d'entretien » entre 2000 et 2008

en %	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2000
ONDAM PA	5,9%	15,7%	14,0%	9,9%	14,1%	5,4%	9,8%	15,2%	133,4%
USLD	2,8%	5,3%	7,6%	1,6%	-1,7%	-1,8%	-0,1%	-1,8%	12,2%
AIS / DSI	-1,5%	2,4%	1,1%	1,4%	4,0%	6,9%	9,6%	7,6%	35,6%
Total ONDAM soins d'entretien	4,0%	10,0%	10,0%	7,0%	9,0%	4,0%	8,0%	11,0%	81,9%
ONDAM	5,6%	7,3%	6,4%	11,6%	3,8%	5,2%	3,9%	3,6%	48,5%

Source : DSS-DGOS, données présentées en annexe à la note du 22 avril 2010

Ces données montrent que les dépenses de soins d'entretien progressent plus vite que l'ONDAM général.

Toutefois, cette différence dans la dynamique d'évolution est à tempérer par la progression plus que proportionnelle des personnes de plus de 75 ans au sein de la population générale.



Source : DSS, annexe à la note du HCAAM du 22 avril 2010

Par ailleurs, le HCAAM avait présenté dans le même rapport d'avril 2010 une publication de la DREES de conception de scénarios d'évolution des volumes d'activité hospitalière en lien avec les besoins induits par le vieillissement de la population[24].

LA DREES a procédé à un suivi de l'évolution de l'activité hospitalière pour apprécier sur « quel chemin » on se situait en 2008 par rapport aux trois scénarios.

Selon ce suivi, l'évolution récente semble se placer sur le chemin du scénario « démographique pur » qui prévoyait une stabilité des motifs et des taux de recours au court séjour sur la période de projection des personnes de plus de 65 ans. Si le nombre total de séjours constaté est proche de l'estimation, on assiste à une baisse du nombre de journées d'hospitalisation, du fait de la conjonction de l'augmentation de la prise en charge ambulatoire et de la diminution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète.

[24] *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030* , DREES, Dossiers Solidarité et Santé, n° 4-2008.

Tableau 7 : comparaison entre l'estimation et la réalisation 2008

		Nombre de séjours (en millions – France métropolitaine)			Nombre de journées en hospitalisation complète (en millions)	Équivalents-journées (journées en HC + séjours en ambulatoire) (en millions)
		Hospitalisation complète (HC)	Ambulatoire	Total		
2004 réalisé	Tous âges	8,9	5,0	13,9	53,4	58,4
	65 ans ou plus	3,8	1,4	5,2	29,9	31,3
	% 65 ans ou plus	42,3	28,1	37,2	56,0	53,6
2008 estimé (scenario « de stabilité »)	Tous âges	9,4	5,1	14,5	56,8	61,9
	65 ans ou plus	4,0	1,5	5,5	32,5	34,0
	% 65 ans ou plus	43,3	28,3	38,0	57,3	54,9
2008 réalisé	Tous âges	8,8	5,5	14,3	51,5	57,0
	65 ans ou plus	3,9	1,6	5,5	29,4	31,0
	% 65 ans ou plus	43,8	29,5	38,3	57,1	54,5

Source : DREES , 2011.

L'analyse des enveloppes de dépenses d'assurance maladie par types de destinations (soins hospitaliers techniques, soins ambulatoires techniques, soins ambulatoires d'entretien, aides sociales) est donc fondamentale, car c'est elle qui peut permettre d'anticiper et de conduire :

- des redéploiements budgétaires depuis des enveloppes « à moindre croissance » vers des enveloppes « à forte croissance »,

- tout en tenant compte des contraintes de réorganisation que ces redéploiements impliquent (ainsi que l'indiquait déjà le rapport du HCAAM sur le *Vieillissement*).

Dès lors, le chiffrage que le HCAAM appelle de ses vœux doit viser au moins deux objectifs :

1. Identifier, dans les versements de l'assurance maladie, l'ensemble des dépenses des personnes de 60 ans et plus qui sont « en perte d'autonomie »

La dépense d'assurance maladie des « plus de 60 ans » est connue. Mais il est beaucoup plus difficile d'estimer celle des 7% (environ) parmi ces « plus de 60 ans » qui sont en perte d'autonomie. Ce travail est néanmoins nécessaire si l'on veut approcher avec plus de précision la réalité de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Le HCAAM souligne de nouveau ici que le « seuil d'âge» de 60 ans est retenu pour être en harmonie avec le seuil d'éligibilité à l'APA en cas de perte d'autonomie.

2. Au sein de cet ensemble, mieux connaître le sous-ensemble constitué par les dépenses d'hospitalisation avec hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie

Il est tout à fait frappant de constater que les montants des dépense d'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie est aujourd'hui totalement inconnu.

Tout particulièrement, le montant d'hospitalisation des personnes en EHPAD et en SSIAD (soit environ 700 000 personnes sur un total de personnes âgées en perte d'autonomie d'environ 1,2 millions) **n'a pour l'instant jamais été pris en compte, dans aucun rapport, pour le chiffrage de la dépense d'assurance maladie des personnes en perte d'autonomie.**

Alors même que le rapport du HCAAM sur le Vieillissement a mis en évidence le caractère prioritaire du « juste recours à l'hôpital » pour les personnes âgées, et l'importance à cette fin :
- de la coordination des soins ambulatoires ;
- et de la meilleure articulation entre ville et hôpital (avec et sans hébergement), et très particulièrement entre EHPAD et hôpital.

Or ce chiffre est d'autant plus important à appréhender qu'il est précisément celui dont l'évolution est susceptible d'être maîtrisée par une meilleure prise en charge en amont et en aval de l'hôpital et, pour cela, par une meilleure articulation des interventions de soins et des prestations d'aide à l'autonomie.

On se heurte là à l'absence de « traçabilité » des personnes en perte d'autonomie dans les bases de données de l'assurance maladie ou de l'ATIH., découlant de l'absence de variables identifiant spécifiquement, dans le SNIIRAM ou le PMSI :
- la situation de perte d'autonomie (hors invalidité) des assurés ;
- a fortiori le niveau de perte d'autonomie (hors invalidité) ;
- l'existence d'une prise en charge en EHPAD ou en SSIAD.

Le HCAAM prend note des travaux en cours par la DREES et la CNAMTS pour obtenir un chiffrage plus fiable :
- à partir d'appariements de données issues d'enquêtes (enquête Handicap santé dans ses volets ménages ordinaires - HSM – et institutions – HSI) et de données de dépenses de soins de ville et d'hospitalisation) ;
- par le rapprochement des listes de résidents en EHPAD et des consommations de soins de ville et d'hospitalisation (décret du 7 juin 2010).

En conclusion, le HCAAM souhaite que la distinction conceptuelle illustrée par le schéma présenté en introduction de ce rapport (p.9) soit reprise dans les chiffrages qui serviront au débat public.

En effet, il ne faut pas confondre :

- les dépenses publiques qui sont directement des dépenses « d'aide à l'autonomie »,

- le cercle, plus large, de toutes les dépenses publiques qui sont « entraînées » par une situation de perte d'autonomie ou « rattachables » à cette situation,

- et enfin le cercle le plus large de toutes les dépenses publiques dont bénéficient les personnes en perte d'autonomie, qu'elles aient ou non un rapport avec cette perte d'autonomie.

Ce sont trois chiffres tout à fait différents, dans lesquels l'assurance maladie a chaque fois sa part, qui a fait l'objet d'une estimation sommaire par le secrétariat général du HCAAM (cf annexe méthodologique) :

- environ 8,9 mds d'euros **(estimation du secrétariat général du HCAAM)*, pour les dépenses d'assurance maladie qui compensent la dépendance des personnes âgées (c'est-à-dire qui sont directement des dépenses d'aide à l'autonomie)***

- environ 20,9 mds d'euros **(estimation du secrétariat général du HCAAM)*, soit plus du double, pour les dépenses d'assurance maladie des personnes âgées dépendantes (c'est-à-dire toutes les dépenses d'assurance maladies de ces personnes, qu'elles soient ou non en lien avec la dépendance)***

- et une somme inconnue – mais intermédiaire, par hypothèse, entre les deux chiffres précédents - pour les dépenses d'assurance maladie « entraînées » par la situation de dépendance des personnes âgées.

Ce dernier agrégat, qui serait sans doute le plus pertinent, n'a pas pu être chiffré par le HCAAM en raison de la complexité de son évaluation et de l'indisponibilité de certaines données[25]. Le HCAAM refera régulièrement un point d'avancement des travaux en cours, notamment à l'occasion de son prochain rapport annuel.

[25] Le chapitre II de ce rapport montre toutefois que sa valeur se situe sûrement plusieurs milliards d'euros au-dessus de la borne inférieure de 9,2 mds€.

Synthèse du premier chapitre :

Le HCAAM souligne la nécessité de chiffrer la dépense publique liée à la « dépendance » en partant des besoins des personnes concernées.
Les chiffrages qui se sont succédé depuis 2005 reposent le plus souvent sur une approche segmentée par réponse institutionnelle. Pour le HCAAM il importe de compléter cette approche en évaluant les montants que chacune des institutions consacre globalement sur chacun des différents besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il s'agit ce faisant d'avoir une vision plus proche de ce qui est vécu par les personnes elles-mêmes.

Il s'agit aussi de pouvoir faire des projections plus solides*, car les différents besoins (de soins techniques, de soins d'entretiens, d'aide humaine, d'aide technique, de logement …) n'ont pas les mêmes dynamiques dans le temps.*

En retenant cette approche, le HCAAM souligne l'importance de la participation actuelle de l'assurance maladie à la couverture des frais liés à la « dépendance ».
L'assurance maladie prend ainsi en charge :
** la totalité de la couverture publique des « soins d'entretien »,*
** une partie des dépenses « sociales » (action sociale des caisses, exonérations de cotisations sociales),*
** les « sur-dépenses » induites par la perte d'autonomie dans le coût des soins.*

Le HCAAM attire en outre l'attention sur la notion de surcroît de dépenses de soins, lié à la perte d'autonomie, dans les dépenses de santé.
En effet :

- Premièrement, on ne peut pas imputer à la perte d'autonomie le coût de l'ensemble des soins destinés aux personnes « dépendantes » : ce serait opérer une grave confusion entre ce qui s'adresse à la personne âgée en tant qu'elle est malade (comme à n'importe quelle personne malade à tous les âges de sa vie), et tous les coûts particuliers (ou « surcroît de dépenses ») qui s'attachent à ces soins en raisons de ce que leurs modalités (leur durée, leur complexité ...) sont modifiées par l'effet de la perte d'autonomie ;

- Deuxièmement, une partie vraisemblablement importante de ce surcroît de dépense de soins pour les personnes « dépendantes » tient à ce que leurs cheminements dans la succession des soins et des prises en charge s'éloignent de l'optimum, faute d'intervention au bon moment de la réponse la plus adaptée,

Le HCAAM note ici que certaines fonctions techniques (coordination) ou certaines charges (temps supplémentaire) qu'appelle une bonne prise en charge du risque de « perte d'autonomie », sont sans doute insuffisamment reconnues en l'état actuel de la réglementation.

Le HCAAM observe enfin une très insuffisante connaissance des coûts de soins des personnes âgées en perte d'autonomie.
L'objectif d'optimisation du parcours soignant des personnes âgées « dépendantes » est absolument majeur, pour la santé publique comme pour l'optimisation financière. Or les montants en jeu ne sont pas connus avec précision et sont même, s'agissant des dépenses de soins de ville et d'hospitalisation des personnes hébergées en EHPAD ou prises en charge par un SSIAD (soit plus de la moitié des personnes âgées « dépendantes ») totalement inconnus à ce jour.

En conséquence de ce qui précède, le HCAAM estime que le chiffre souvent cité pour la contribution de l'assurance maladie au financement de la « dépendance » (14 Mds€) est encore insuffisamment établi.

- D'un côté, en effet, il va bien au-delà de la dépense d'assurance maladie « pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées » (que le Secrétariat général du HCAAM estime n'être que d'environ 8,9 milliards d'euros), puisqu'il englobe certaines dépenses de soins des personnes âgées qui sont sans lien avec leur état de dépendance.

- D'un autre côté, il semble très en deçà de la dépense totale d'assurance maladie « des personnes âgées dépendantes » (que le Secrétariat général du HCAAM estime être d'au moins 20,9 milliards d'euros).

A cela s'ajoute que beaucoup de projections faites à partir de ce chiffre global (quel que soit son exact montant) ne prennent pas suffisamment en compte le fait qu'en son sein, toutes les composantes sont loin d'avoir la même dynamique.

Chapitre II

L'indispensable continuité dans la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie appelle la même continuité dans les prises en charge

Note de méthode et de lecture : Ce deuxième chapitre a été étudié par les membres du HCAAM en étant accompagné d'une note d'approfondissement contenant des données nouvelles ou des analyses originales, établies par le secrétariat général du HCAAM sur quatre points :
- Les liens entre la fréquence de la maladie et la perte d'autonomie
- Les besoins de coordination dans les protocoles ALD de la HAS
- L'évolution de la durée moyenne de séjour hospitalière en fonction de l'âge et du territoire
- Les liens entre prévention et perte d'autonomie
Pour ne pas fractionner la lecture du présent document, cette note est jointe en fin de rapport.

2.1. Les personnes âgées privées d'autonomie sollicitent beaucoup le système de soins

Il n'est pas contradictoire d'affirmer simultanément que la perte d'autonomie n'est pas une « maladie » mais qu'elle trouve toujours son origine dans une altération de l'état de santé ou dans un accident.

Les personnes âgées « dépendantes » ne peuvent pas être qualifiées de malades en raison de leur perte d'autonomie ; en revanche, c'est bien l'altération de leur état de santé par la maladie ou par l'accident qui, sur un terrain rendu fragile par l'âge, est à l'origine de leur perte d'autonomie.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, dans les classes d'âge élevées, l'état de perte d'autonomie soit fortement corrélé à un état pathologique.

Or cette considération est fondamentale quand il faut envisager le parcours de vie d'une personne privée d'autonomie : **au grand âge, la présence très systématique d'un nombre élevé de pathologies, le plus souvent chroniques, rend tout à fait prioritaire l'articulation entre les soins cliniques et techniques d'une part, et l'accompagnement de la perte d'autonomie d'autre part.**

Dans le cadre de ce rapport, et ainsi qu'il est détaillé dans la note d'approfondissement « lien entre la fréquence des maladies et la perte d'autonomie chez les personnes âgées », le

HCAAM est allé plus loin que dans sa note sur le « Vieillissement », afin d'établir non seulement le lien entre l'âge et la poly-pathologie, mais le lien plus fort encore entre la perte d'autonomie au grand âge et la poly-pathologie.

Trois sources ont ainsi été mobilisées (cf. note d'approfondissement *Les liens entre la fréquence de la maladie et la perte d'autonomie*) :

1. Une exploitation particulière, réalisée par la DREES pour le compte du HCAAM, de l'enquête « Handicap- santé » 2008-2009, qui montre, en milieu ordinaire de vie (donc hors EHPAD), la forte corrélation entre le niveau de « dépendance » des personnes très âgées et le mauvais ou très mauvais état de santé.

2. Une exploitation particulière, réalisée par l'IRDES pour le compte du HCAAM, de l'enquête SPS 2008, qui confirme qualitativement le résultat précédent, toujours pour les personnes en milieu « ordinaire » de vie.

3. Enfin, s'agissant des personnes âgées accueillies en EHPAD, le secrétariat général du HCAAM a pu, en collaboration avec des experts de la base de données GALAAD mise à disposition par la CNSA, préciser la corrélation qui existe entre le nombre de pathologies et le niveau de perte d'autonomie (mesuré par l'outil AGGIR).

Les résultats, sans être superposables, sont très complémentaires compte tenu des différences de champ (les deux premières enquêtes visent le domicile, la troisième concerne les EHPAD), des différences de questionnements (la deuxième et la troisième enquête portent sur le « nombre » de pathologies, la première porte sur la gravité ressentie de l'état de santé) et des différences de cotation (seules la première et la troisième enquête se réfèrent à la grille AGGIR pour décrire la perte d'autonomie).

Leur convergence des observations issues de ces trois sources statistiques n'en est que plus remarquable. Le résultat d'ensemble **établit ainsi très clairement l'une des spécificités, et peut-être la principale spécificité, de la perte d'autonomie au grand âge** (par rapport à la perte d'autonomie des « personnes handicapées » plus jeunes) : **à savoir le cumul de la perte d'autonomie et de la poly-pathologie.**

2.2. Découlant du cumul observé entre un état de santé poly-pathologie et une situation de perte d'autonomie, le très grand nombre d'intervenants professionnels autour de la personne met au jour d'importants enjeux de coordination, entre eux et avec les aidants familiaux.

Il n'existe pas, à la connaissance du secrétariat général du HCAAM, d'étude de synthèse sur le nombre moyen de professionnels de santé intervenant régulièrement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'elles soient à leur domicile personnel ou qu'elle aient « élu domicile » dans une institution.

A ce stade, le HCAAM fait cependant les observations suivantes :

a) Les pathologies chroniques dont souffrent souvent les personnes très âgées privées d'autonomie, rendent nécessaire l'intervention de nombreux professionnels spécialisés,

comme le montrent nettement les recommandations et les guides de la Haute autorité de santé (HAS).

Afin d'évaluer le nombre de professionnels dont l'intervention est requise dans le traitement et le suivi du patient et d'étudier les éventuelles modalités de coordination préconisées**, le HCAAM a analysé[26] six guides médecins (et « listes d'actes et de prestations » - LAP) de la HAS relatifs à des ALD courantes chez les personnes âgées, en lien avec ou pouvant conduire à une perte d'autonomie[27].**

Cette étude met clairement en évidence le grand nombre d'intervenants impliqués dans le traitement et le suivi des malades : sur les 6 ALD étudiées, ce nombre va de 12 à 30 professionnels de santé différents, et de 1 à et 4 types d'intervenants sociaux différents.

Cette observation simple induit un évident besoin de coordination, afin d'assurer une prise en charge efficace du patient. Les guides de la HAS mettent systématiquement en avant le rôle du médecin traitant, chargé de coordonner l'ensemble des intervenants, souvent en lien avec le médecin spécialiste intervenant à titre principal.

Cette même observation débouche sur un second enseignement : **l'indispensable articulation entre prises en charge sanitaire et sociale**. L'intervention de professionnels du secteur social (assistantes sociales, aide-ménagères, auxiliaires de vie, éducateurs médico-sportifs ou animateurs) fait partie intégrante du protocole de soins, notamment en concourant au maintien à domicile.

b) Plusieurs enquêtes particulières corroborent ce constat d'un nombre important de professionnels de santé et de l'action sociale intervenant autour de la personne âgée en perte d'autonomie (particulièrement à domicile).

Les personnes très âgées en perte d'autonomie bénéficient dans leur grande majorité de plusieurs types d'interventions à domicile, qu'elles relèvent de la sphère sanitaire ou de la sphère sociale.

Dans l'ordre des besoins, la pathologie précédant le plus souvent la perte d'autonomie, les premiers intervenants à domicile sont les professionnels de santé ou les services de santé, hospitalier, notamment l'hospitalisation à domicile, ou les services médico-sociaux.

Dans ses travaux sur les médecins libéraux de 2007, le HCAAM avait montré que le nombre de recours à un médecin était fonction de la pathologie et de l'âge. Le nombre moyen de recours était de 9 par an pour l'ensemble des assurés, dont 4,1 consultations et 0,7 visite d'un omnipraticien. Pour les personnes de 70 à 79 ans, le nombre de recours était de 13,2, dont 8 pour le seul omnipraticien. A 80 ans, il passait à 15 recours par an, dont 10,4 pour l'omnipraticien.

[26] Voir l'étude détaillée en fin de document.

[27] Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15), syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles (ALD 16), affections psychiatriques de longue durée (ALD 23), accident vasculaire cérébral (ALD 1), insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une broncho-pneumopathie chronique obstructive (ALD 14), cancer de la prostate (ALD 10).

Dans les annexes à la note Vieillissement d'avril 2010, le secrétariat général du HCAAM a calculé des taux de recours à différents âges qui montrent que[28] :

- près de 60% des personnes ayant entre 85 et 89 ans ont eu recours au moins une fois à un soin infirmier ;
- près de 30% des personnes ayant entre 85 et 89 ans ont eu recours au moins une fois à un soin de masseur-kinésithérapeute ;
- le taux de recours pour les autres professionnels de santé (hors médecin) est d'environ 10%.

On peut en conclure à grand trait que **pour plus de la moitié des personnes de plus de 85 ans, interviennent au domicile au moins un médecin généraliste et un infirmier, et pour un tiers au moins un généraliste et un kinésithérapeute**.

Ces intervenants sanitaires à domicile vont croiser des intervenants de la sphère sociale, car :

- **97% des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un plan d'aide qui comprend une aide humaine[29] ;**
- **78% des bénéficiaires d'un service d'aide à domicile ont un autre intervenant à domicile.**

Le service d'aide à domicile est rarement seul à intervenir ; seuls 2 bénéficiaires âgés sur 10 ne bénéficient d'aucune autre intervention, ni professionnelle ni d'aidant familial.

Une étude de la DREES[30], reprise dans le rapport de la Cour des comptes de 2005, indiquait qu'en moyenne, en plus des interventions du service d'aide à domicile, les personnes âgées bénéficiaires reçoivent des soins ou de l'aide de la part de près de deux intervenants, informels ou professionnels, du secteur de la santé ou du secteur social.

Le nombre d'intervenants, professionnels ou aidants naturels, qui se rendent régulièrement au domicile des personnes âgées est aussi fonction de leur niveau de dépendance. Ainsi, le nombre moyen d'intervenants à domicile – tous statuts confondus (aidants familiaux[31] ou professionnels de santé ou social) – était de 2,3 pour les personnes ayant un besoin d'aide pour la toilette et l'habillage (niveau 2 de l'indicateur Colvez[32]) et 3,6 pour les personnes confinées au lit ou au fauteuil (niveau 3 du même indicateur).

[28] Les analyses faites sur la liste des produits et prestations (LPP) par le secrétariat général du HCAAM n'avaient pas permis d'isoler l'intervention de prestataires et services de santé à domicile.

[29] Etude de la DREES auprès de 17 départements. *Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables*, DREES, Etude et résultats n°748, 2011.

[30] Etude de la DREES auprès d'un échantillon de 3 000 bénéficiaires des services d'aide à domicile en 2000. Les bénéficiaires des services d'aide à domicile », DREES, Études et résultats, n° 296, 2004.

[31] En France, 86% des personnes âgées dépendantes sont soutenues par leur entourage, sous une forme ou sous une autre ; 60 % cohabitent avec quelqu'un, 26 % vivent seules mais reçoivent une aide à distance. Source : enquête Share , 2004. Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe, INSEE, Economie et statistique, N° 403-404, 2007

[32] La grille Colvez est une grille d'appréhension de la de dépendance (au sens du besoin d'aide), qui mesure la perte de mobilité.

c) Il s'ensuit un évident enjeu de coordination qui s'étend aux familles et aux services d'aide à domicile

Les professionnels de santé les plus fortement représentés au domicile des personnes âgées dépendantes doivent donc se coordonner entre eux, mais aussi avec un nombre important d'intervenants en dehors de la sphère de la médecine de proximité.

S'agissant des médecins généralistes, une étude réalisée part la DREES sur les relations des médecins libéraux avec d'autres professionnels, confirme l'existence d'« un vaste réseau d'intervenants autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes », avec lequel le médecin généraliste va entrer en contact.

Encadré 1 : extrait de Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié, Etudes et Résultats N° 649 août 2008

Au cours des quinze jours précédant l'enquête, 60 % (en Bourgogne) à 74 % (en PACA et Bretagne) des généralistes ont adressé des personnes âgées dépendantes à des infirmiers libéraux. Cette proportion est plus faible pour les SSIAD (environ 55 %) et pour les consultations spécialisées (environ 43 %). Elle se situe entre 22 % en Bourgogne et 39 % en Basse-Normandie pour les services d'hospitalisation à domicile. Mais la prise en charge des personnes âgées dépendantes ne repose pas que sur les professionnels de santé. (…) Les généralistes qui ont adressé des personnes âgées dépendantes au cours des quinze derniers jours à un assistant social sont 17 % dans les Pays de la Loire et 26% en PACA. Pour les CLIC, les recours varient de 14 % en PACA à 28 % en Pays de la Loire. Le réseau professionnel des services d'aide à domicile est plus fortement mobilisé, la proportion de généralistes concernés se situant entre 46 % en PACA et 61 % en Basse-Normandie.

De même, une récente étude de la CNAMTS sur les séances donnant lieu à cotation d'AIS montre que les infirmiers libéraux qui interviennent auprès de personnes en perte d'autonomie entrent également en relation avec un nombre conséquent d'intervenants : autres professionnels de santé, professionnels de l'action sociale et aidants familiaux.

Dans un tiers (32%) des séances d'AIS, l'infirmier s'assure de la bonne liaison avec le médecin traitant (une fois sur deux), assure la coordination avec la famille de la personne prise en charge (même proportion) mais également avec une auxiliaire de vie ou une aide ménagère (près d'une fois sur cinq). Les moyens de coordination cités sont principalement le téléphone (dans 55% des cas) ou l'échange direct au domicile.

Encadré 2 : Etude CNAMTS 2010 sur les séances d'AIS

L'étude a été réalisée par la CNAMTS en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 6667 infirmiers, dont 1664 ont répondu à trois questionnaires : un les concernant, un autre sur chacun de leur patient, le dernier sur le contenu des séances effectuées.
Les patients bénéficiant des séances avaient un âge moyen de 80 ans, étaient en majorité des femmes (68%), et d'un niveau de dépendance moyen de 3,4 sur la grille AGGIR.
Outre ce qui est dit plus haut sur les 32% de séance incluant au moins un acte de coordination, l'étude montre que près de 90% des séances contiennent au moins un acte technique de soins, qui aurait été coté en AMI si la personne n'avait pas bénéficié d'une séance de soins infirmiers. Ces actes techniques sont le plus souvent l'administration d'un traitement par voie orale, la contention veineuse, les pansements autres que lourds et complexes.
Le caractère composite de la séance de soins infirmiers, répondant à la fois à des problématiques de santé et de perte d'autonomie est mis en évidence par l'enquête : 66,4% des séances contiennent au moins un soin d'hygiène, un soin technique et un soin de prévention (prévention des escarres ou des complications d'une pathologie chronique principalement).

2.3. La qualité et l'efficience du «trajet de santé» des personnes âgées « dépendantes » est donc fortement déterminée par la manière dont sont prises en charge les dimensions d'aide à l'autonomie.

Il n'existe pas aujourd'hui d'outil statistique qui permette de décrire le « trajet de santé » des personnes âgées :

- d'une part, il faudrait disposer pour cela de données chaînées permettant de retracer l'ensemble des dépenses – et au moins l'ensemble des dépenses socialisées – liées à l'altération de la santé et à la perte d'autonomie de la personne ;
- d'autre part, une réflexion méthodologique serait en outre nécessaire pour définir la manière de bien restituer des données descriptives de « parcours ».

C'est pourquoi le HCAAM renouvelle sa demande instante pour que soit possible, ainsi qu'il l'appelait de ses vœux dans son rapport du 27 janvier 2011 : *« la connaissance chaînée des coûts de santé, autrement dit le total cumulé des dépenses et restes à charge d'une même personne, qu'il s'agisse de soins de ville, de soins hospitaliers, de soins médico-sociaux, voire même d'aides sociales liées à l'autonomie ».*

A défaut, et pour les besoins de ce rapport, le HCAAM a donc approché la question du « trajet de santé » des personnes âgées en s'intéressant, comme il l'avait fait dans son rapport d'avril 2010 sur le « Vieillissement », aux données qui décrivent le recours à l'hôpital (en tant que ce recours est un épisode souvent critique et déterminant du « trajet de santé » de la personne âgée) [33].

Certes, aucune donnée statistique ne permet actuellement d'isoler au sein des taux d'hospitalisation la part prise par les personnes âgées en perte d'autonomie. Mais d'une part la corrélation de fait entre perte d'autonomie et poly-pathologie permet de penser que les personnes âgées privées d'autonomie sont plutôt plus fréquemment hospitalisées que les autres. D'autre part, le lien entre perte d'autonomie et hospitalisation (avec hébergement) n'est pas à sens unique : l'épisode hospitalier peut aussi, en raison de son motif, être le point de départ d'une vie moins autonome.

Partant de là, le HCAAM a cherché à mettre en évidence, en prolongeant ses travaux d'avril 2010, l'impact de l'environnement soignant et social des personnes très âgées sur les conditions de leur recours à l'hôpital.

Le HCAAM a déjà montré en avril 2010 l'augmentation anormalement forte avec l'âge de l'indicateur « durée moyenne de séjour » (DMS) en service de médecine et chirurgie, révélatrice des multiples difficultés, croissantes avec l'âge et la complexité du patient, à organiser l'aval des soins aigus (pour certains motifs internes à l'hôpital : par exemple, l'attente d'un diagnostic complémentaire, et pour certains motifs externes à l'hôpital : impossibilité du retour à domicile, insuffisante coordination avec l'hospitalisation à domicile, manque de places en services de suite ou en EHPAD, demande de la famille, etc.).

[33] Les personnes âgées sont en effet plus fréquemment hospitalisées. Dans son rapport sur le « Vieillissement », le HCAAM avait étudié ce phénomène de croissance de l'hospitalisation avec l'âge, et montré qu'il résultait de l'addition de deux processus :
- d'une part, une croissance relativement régulière du nombre d'affections lourdes (ALD) dans les générations les plus âgées, sachant que le taux d'hospitalisation des personnes en ALD est, lui, assez indépendant de l'âge (entre 30% et 40%).
- d'autre part, une croissance régulière du taux d'hospitalisation des personnes « non ALD » en fonction de l'âge (qui passe de 10% à 30% entre 50 et 95 ans).

Le secrétariat général du HCAAM, grâce à des données fournies par l'ATIH, a poursuivi l'investigation en **comparant les courbes d'évolution de la DMS en fonction de l'âge, selon les différents territoires de résidence des personnes ayant connu un hébergement hospitalier**.

Cette analyse, dont la méthodologie est expliquée en détail dans la note d'approfondissement n°2 (infra), n'est qu'une incursion très sommaire dans des données complexes.

Il est important d'insister sur le fait qu'elle ne vise nullement à donner à la DMS le rôle de « marqueur » unique ou privilégié pour décrire le bon soin aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais seulement celui d'un « marqueur » simple, parmi d'autres, du cheminement de la personne dans le système de soins, comme une forme de succédané aux indicateurs de description des trajets de santé dont on ne dispose pas encore.

Les principaux constats sont les suivants :

Figure 1 (ci-contre) : Dans son rapport sur le « Vieillissement », le HCAAM avait – après d'autres – mis en évidence la forte augmentation, en fonction de l'âge, de la DMS en service de MCO.
Le caractère très « incurvé » de cette courbe dévoilait l'existence d'un effet propre aux grands âges : dans les 20 ans qui séparent la tranche d'âge des 50-54 ans de celle des 70-74 ans, la DMS augmente d'environ 50% ; dans les 20 ans qui séparent la tranche d'âge des 70-74 ans de celle des 90-94 ans, elle augmente du double.
Le HCAAM avait attribué cet effet à la complexité croissante des situations de poly-pathologies, de fragilités multiples et de perte d'autonomie.

Figure 2 (ci-contre) : Cet accroissement de la DMS avec l'âge apparaît, empiriquement, beaucoup plus marqué et très fortement concentré sur six états pathologiques (ou plus exactement, six CMD-lettres du PMSI c'est-à-dire six situations de diagnostic et de traitement hospitalier), que sont les traitements médicaux du système nerveux (notamment les AVC), de l'appareil respiratoire (notamment les pneumopathies) et de l'appareil circulatoire (notamment l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme), les traitements médicaux et chirurgicaux de l'appareil musculo-squelettique (traumatismes divers et rhumatologie), et les troubles mentaux.

Ces six situations de diagnostic et de traitement (CMD-lettres), malgré leur intitulé apparemment large, ne représentent que 37% des journées d'hospitalisation en population générale. En revanche, elles sont surreprésentées aux grands âges (à partir de 85 ans, 60% des journées d'hospitalisation concernent l'une de ces six « pathologies »). Et elles concentrent de ce fait une très grande partie de l'augmentation globale de la DMS avec l'âge[34].
Il est important d'ajouter que ces six situations de diagnostic et de traitement sont toutes fortement liées à des situations de perte d'autonomie.

Figure 3 (ci-contre) : L'allongement de la DMS avec l'âge est plus marqué sur certains territoires de résidence que sur d'autres.
Et ce phénomène, qui se manifeste à tout âge, va en s'accroissant en fonction de l'âge : si les DMS des résidents d'un certain territoire est plus forte que dans d'autres territoires entre 40 et 50 ans, elle sera encore plus forte que la moyenne nationale à 60 ans, encore plus à 70 ans, et encore davantage à 80 ou 90 ans. Il en va de même, mais à l'inverse, si la DMS est plus faible que la moyenne nationale.

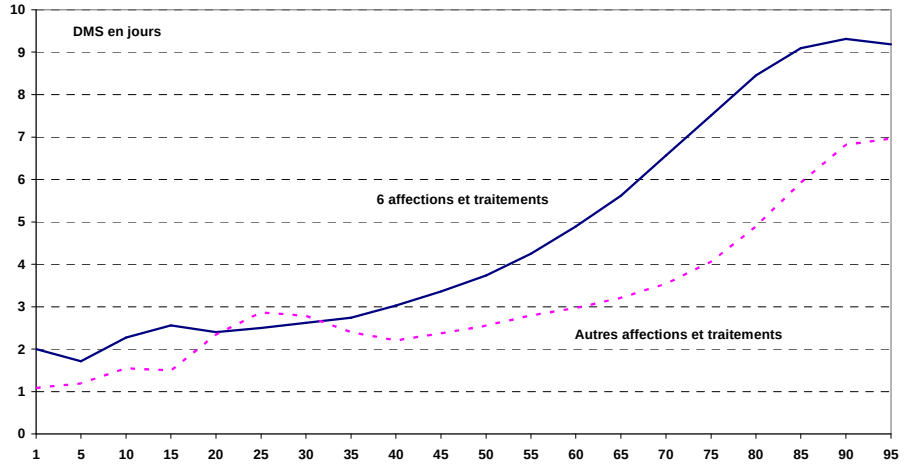
A cela s'ajoute que cette « variabilité territoriale » est particulièrement accentuée sur les six « CMD-lettres » surreprésentées aux grands âges, et toutes très liées à la perte d'autonomie.

L'examen des données fait ainsi apparaître trois groupes de territoires départementaux de résidence aux caractéristiques relativement tranchées : un groupe de 18 départements à évolution « mieux maîtrisée » de la DMS avec l'âge ; un groupe de 41 départements à évolution « mal maîtrisée » de la DMS avec l'âge, et un groupe central de 37 départements à évolution « moyenne » de la DMS avec l'âge.

[34] Bien entendu, les personnes d'âge élevé qui sont hospitalisées au titre de l'un de ces six diagnostics ont de très fortes chances de souffrir de plusieurs autres pathologies dont la présence – même si elle n'a pas donné lieu à l'exécution d'un acte « classant » - peut contribuer à la durée du séjour.
Mais c'est précisément la raison pour laquelle le « décollage » précoce de la DMS pour ces six pathologies, à des âges où la poly-pathologie n'est pas encore la règle, retient l'attention.

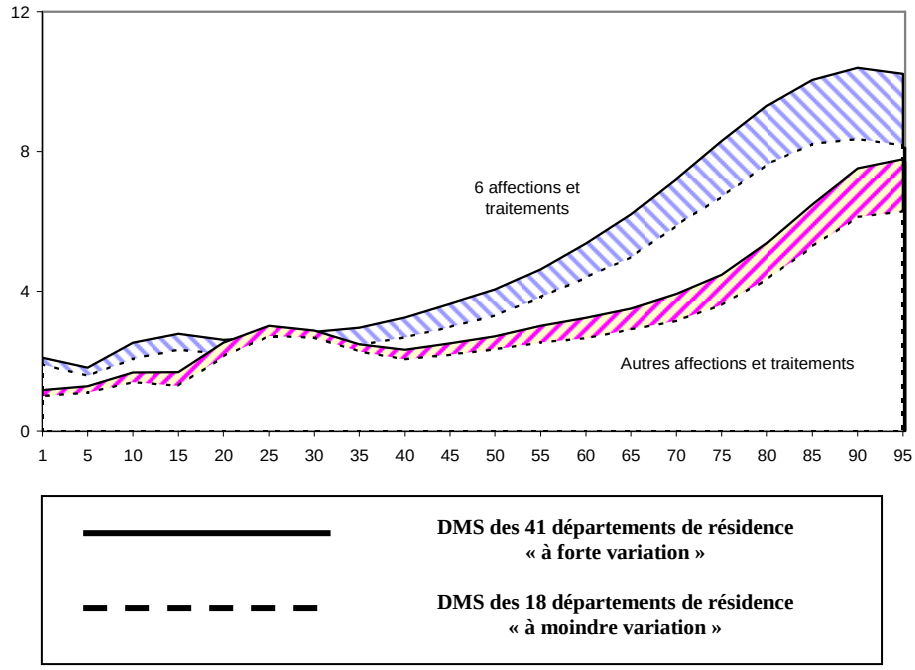
Figure 1 : durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations et des territoires de résidence (2009)

Figure 2 : durée de séjour pour les deux groupes de CMD, sur l'ensemble des territoires de résidence.



Le groupe des 6 « affections et traitements » (CMD-lettres) à très forte variation de DMS en fonction de l'âge comprend : les traitements médicaux du système nerveux, de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, les traitements médicaux et chirurgicaux de l'appareil musculo-squelettique et les troubles mentaux.

Figure 3 : durée de séjour pour les deux groupes de CMD, selon le territoire de résidence



Par cette première et très partielle exploitation de données hospitalières, le HCAAM entend montrer, dans le cadre de la mise en place des ARS, l'importance qu'il y a à étudier les disparités territoriales du recours à l'hôpital, et à en comprendre (en s'appuyant sur la connaissance locale) les principales raisons.

Il n'y a pas d'explication simpliste aux phénomènes qui viennent d'être décrits :

- d'abord parce que la DMS n'est pas, à elle seule, un indicateur qui permette de poser un diagnostic d'ensemble. Une étude locale permettrait de prendre en compte d'autres paramètres, à commencer par les taux de ré-hospitalisation,

- ensuite parce qu'aucune corrélation simple ne peut être mise en évidence avec des données d'offre de soins : les territoires fortement dotés en USLD, EHPAD et SSIAD ne sont ainsi pas ceux dans lesquels est nécessairement le mieux maîtrisée l'évolution de la durée moyenne de séjour.

Il reste que la DMS se confirme comme un bon « marqueur » de l'enjeu majeur d'une meilleure fluidité du «trajet de santé» par une meilleure articulation entre les phases cliniques, sanitaires et médico-sociales, pour deux raisons que l'on peut à très gros traits dessiner à partir des observations que le HCAAM a pu faire sur les différences entre territoires de résidence :

- L'observation générale d'une DMS très anormalement longue aux grands âges est encore plus vraie – nettement – lorsque l'on focalise l'observation sur ces six ensembles d'affections significatives de la perte d'autonomie.

  Tout se passe donc comme si, plus il s'agit d'affections en lien avec la perte d'autonomie, plus les difficultés de gestion des sorties (de « l'aval ») sont réelles.

- Quand pour un territoire de vie donné, cette DMS pour six affections significatives est moins longue (ou à l'inverse plus longue) aux grands âges qu'observée en moyenne nationale, il en va de même à tous les âges.

  Tout se passe donc comme si, mieux est organisé l'aval *à tout âge* (pour les situations invalidantes) moins les difficultés aux grands âges seront importante, et inversement.

Quels que soient les phénomènes explicatifs sous-jacents (qualité et densité de l'offre locale d'accompagnement de la sortie d'hôpital, gestion efficiente des séjours par les établissements de santé, bonne ou moins bonne articulation des équipes hospitalières et des professionnels de ville, etc.) **ces constats démontrent l'existence de fortes marges d'amélioration, fortement concentrées sur un petit nombre de pathologies invalidantes, et fortement concentrées aussi sur les personnes les plus âgées**.

Ainsi, en se limitant aux six états pathologiques qui concernent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, un calcul extrêmement schématique montre que si la durée de séjour des personnes âgées hospitalisées avait, sur l'ensemble du territoire, le profil (au demeurant, déjà fortement croissant !) qu'il a dans les territoires où il est le mieux maîtrisé, **il en résulterait une diminution d'environ 3 millions de journées d'hospitalisation, que l'on peut valoriser[35], sur les pathologies en question, à environ 2 milliards d'euros[36].**

Comme on l'a compris, cette évaluation volontairement rudimentaire se borne à neutraliser l'effet des disparités territoriales, en prenant pour « norme » une évolution de la DMS en fonction de l'âge qui reste très forte : elle ne repose donc nullement sur une hypothèse selon laquelle la DMS la plus courte serait, pour les personnes âgées, un objectif en soi. Bien au contraire, **c'est la « bonne » durée de séjour, et surtout la bonne « gestion » de cette durée, qui englobe les conditions d'un bon retour à domicile, qu'il faut viser.**

C'est pourquoi son ordre de grandeur donne une idée de ce qui peut se jouer, sur le plan des marges de manœuvre financières, dans l'amélioration de l'accompagnement soignant et social en amont et en aval de l'hôpital.

[35] Sur la base de la rémunération T2A moyenne de la journée d'hospitalisation sur les six CMD étudiées, soit environ 700 euros.

[36] Pour fixer les idées, cette somme représente près de la moitié (40%) des dépenses annuelles d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

2.4. Réciproquement, la qualité de la prise en charge soignante peut se révéler déterminante pour atténuer ou différer la survenance de la perte d'autonomie.

L'aspect le plus fréquemment mis en avant est l'apport que peuvent avoir des politiques de « prévention » sur la réduction de l'incidence de la perte d'autonomie. Mais les soins curatifs peuvent également jouer un rôle déterminant dans la limitation ou la stabilisation de la perte d'autonomie et, *a contrario*, des prises en charge sanitaires inadéquates peuvent avoir des conséquences délétères sur le degré d'autonomie.

Il n'est donc pas erroné de parler de la fonction de « prévention de la perte d'autonomie » que peut et doit remplir le système de soins, si l'on entend cette fonction de prévention dans un sens très englobant, qui va au-delà de telle ou telle action ciblée de prévention, et met en jeu des éléments structurants du système soignant (place et rôle du médecin traitant, gestion coordonnée et protocolisée des épisodes de soins urgents, approche de santé publique, etc.).

C'est par ses qualités de fonctionnement *dans son ensemble* que le système de soins pourra concourir à la prévention de la perte d'autonomie, particulièrement au grand âge.

Sur la base des études existantes, d'expériences en cours, ainsi que de données de comparaison internationales (retracées notamment dans la Note d'approfondissement n°3 « Les liens entre les politiques de santé publique et de prévention et la perte d'autonomie », ci-après), **le HCAAM estime que la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées sollicite le système de soins à quatre « moments » ou épisodes-clés que sont :**

a) Tout d'abord, l'ensemble des âges de la vie, y compris les plus précoces.

Nonobstant le caractère apparemment paradoxal de cette affirmation, et ainsi que le souligne la CNSA dans son rapport annuel adopté en avril 2011, il est important de ne pas sous-estimer la façon dont certains comportements très précoces ont une influence sur l'autonomie aux grands âges.

Le HCAAM estime, en conséquence, que le maintien de l'autonomie à tout âge sera, prioritairement, le fruit d'une politique de santé publique visant l'ensemble de la population. Cette politique peut notamment passer par des actions dirigées vers les enfants et les jeunes adultes, par exemple le dépistage précoce des déficits visuels[37] ou auditifs, ainsi que vers les actifs dans le monde du travail, à l'instar de la prévention des troubles musculo-squelettiques menées par la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS ou la MSA.

Les inégalités sociales qui pèsent sur l'état de santé et sur les comportements de recours aux soins[38]. se retrouvent en effet dans le niveau d'adhésion aux dispositifs de prévention.

[37] Comme, par exemple, les actions sur la santé visuelle proposées par la Mutualité Française dans le cadre de Priorité Santé Mutualiste, actuellement proposé par plus de 200 mutuelles à leurs adhérents.

[38] Voir notamment l'éditorial de Thierry Lang au numéro thématique du Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 8 mars 2011, sur les Inégalités sociales de santé : « *Vivre « en bonne santé » est la condition pour une bonne intégration sociale, elle-même facteur de prévention de la dépendance aux âges élevés. Or, les inégalités d'espérance de vie en bonne santé sont marquées et ajoutent une inégalité à celles que creuse déjà la mortalité.* »

Une attention particulière et soutenue doit être portée sur l'accès aux dispositifs de prévention des personnes socialement défavorisées.

b) Une attention particulière doit ensuite être portée à la période qui correspond à la fin de la vie active (55-65 ans).

Les données d'analyse les plus récentes de différentes enquêtes nationales et européennes[39] tendent à montrer que les espérances de vie sans restriction d'activité évoluent de manière moins favorable qu'il y a une dizaine d'années, très particulièrement parmi les 50-65 ans.

Cette période, qui correspond à la fin de la vie active, est très généralement considérée comme décisive quant à la préparation du « bien vieillir » aux âges plus élevés. Elle correspond, on le sait, à la première inflexion à la hausse de la courbe des dépenses de santé – la seconde inflexion intervenant 25 à 30 ans plus tard, vers 80 ans, au moment où apparaissent statistiquement les fragilités cognitives et physiques.

Le milieu professionnel est un des cadres de vie qui peut être mobilisé à cette fin, comme le montre le développement de programmes de préparation à la retraite par les caisses de retraite de base et complémentaire.

c) Un troisième moment de vigilance se situe, précisément, au seuil du grand âge et des premières fragilités.

Pour les personnes très âgées, aux problématiques liées à l'état de santé s'ajoutent celles qui tiennent à la fragilité globale de l'organisme, à l'environnement du domicile et à l'environnement social. L'isolement comme un habitat inadapté sont autant de facteurs qui s'ajoutent aux dimensions proprement physiologiques pour créer un risque de basculement dans la perte d'autonomie.

Comme l'âge de survenance de ces premiers signes peut être très variable d'une personne à une autre, un suivi ne peut être que personnalisé, dans une relation de veille qui doit s'être établie, dans les années qui précèdent, avec le médecin traitant.

L'un des marqueurs les plus nets de la capacité collective à prévenir les risques de perte d'autonomie est le taux d'accidents de la vie courante au grand âge. De ces derniers, les chutes et leur taux de mortalité, très fortement croissant après 74 ans (66%), donnent la meilleure illustration.

L'enjeu est que la sensibilisation aux risques domestiques et aux risques touchant à l'hygiène de vie par les professionnels de santé, particulièrement le médecin traitant, et l'adoption de diverses mesures préventives puissent se faire avant la survenance des épisodes invalidants. Comme les réponses sont multiformes (diététique, exercices physiques spécifiques, aménagement du domicile, modification d'habitudes de vie, programmes d'éducation, présence humaine notamment *via* les aides ménagères, …), cela suppose que le médecin traitant puisse mobiliser aisément, sans excessif surcroît de travail, l'expertise et l'intervention de professionnels ou d'institutions spécialisés. Sans oublier une vigilance accrue au profit des

[39] « Les espérances de vie sans incapacité en France », A.Sieurin, E .Cambois, JM Robine, Documents de travail de l'INED n°170, janvier 2011.

proches, en particulier des conjoints, malades potentiels en conséquence de leur situation d'aidant familial.

d) Le HCAAM attire enfin l'attention sur certains épisodes aigus, susceptibles d'engendrer un grand nombre d'invalidités durables s'ils ne sont pas traités de manière optimale.

Un très bon exemple, sur lequel le ministère de la santé et la HAS se sont récemment investis, est donné par le traitement de l'AVC (dont l'incidence parmi les personnes de plus de 75 ans est comparable à celle des chutes et traumatismes graves, et qui représente la première cause de handicap non traumatique et la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer).

L'organisation du système soignant, et la sensibilisation de l'ensemble des personnes concernées et de leur entourage, pour que les interventions thérapeutiques puissent être effectuées dans un délai très court, apparaît déterminante aussi bien pour le taux de survie que pour le taux de survie sans incapacité.

De même le HCAAM souligne l'observation de toutes les études qui indiquent combien un séjour trop prolongé en hospitalisation complète, au-delà du temps nécessaire à la thérapeutique en milieu hospitalier, concourt fortement à la perte des capacités d'autonomie des patients.

*

L'exigence de prévention de la perte d'autonomie n'est donc pas neutre sur les choix d'organisation du système de soins. Car celui-ci doit se montrer en capacité :

- d'assurer un suivi continu de la population, et son information sur les comportements à adopter face à certains épisodes ayant de possibles séquelles invalidantes ;
- de conduire les professionnels de santé à adopter des démarches proactives à l'égard des personnes qui traversent certaines phases critiques de leur vie, en combinant des interventions sanitaires et sociales et un accompagnement des aidants familiaux ;
- d'optimiser la succession des interventions techniques, selon des protocoles précis, pour les épisodes présentant de grands risques de suites invalidantes.

Le HCAAM estime, par conséquent, que la prise en compte de l'objectif d'accompagnement de l'autonomie – et particulièrement de l'autonomie au grand âge – est de nature à promouvoir de nouvelles formes d'organisation du système de soins.

Synthèse du deuxième chapitre :

Le HCAAM constate que ***les personnes âgées « dépendantes » sont, statistiquement, des personnes qui souffrent aussi d'un nombre spécifiquement élevé de problèmes de santé.***

Il s'ensuit deux conséquences majeures :
- la partie soignante (au sens des soins cliniques et techniques) de leur parcours global de vie ne peut pas être éludée lorsqu'on aborde la question de leur autonomie. C'est un aspect extrêmement important de leur vie quotidienne.
- la diversité, et souvent la complexité, de ces problèmes de santé, ainsi que le fait que s'y ajoutent des problèmes d'autonomie, conduit à une multitude d'intervenants pour une même personne, aussi bien à domicile qu'en institution.

Les enjeux de coordination sont donc, encore plus qu'ailleurs, particulièrement décisifs.

La qualité du «trajet de santé» des personnes se dégrade avec l'âge *(ce qui s'observe notamment sur le recours à l'hôpital, où se matérialisent trop souvent les conséquences d'une absence de modalités de prises en charge adaptées en amont et en aval),* ***et cette dégradation est elle-même fortement variable d'un territoire à un autre.***

Cette variabilité territoriale, testée et illustrée par le secrétariat général du HCAAM sur un « marqueur » simple, la durée moyenne de séjour (DMS), met clairement en cause la façon dont s'organise, territoire par territoire, l'environnement soignant et social des personnes âgées. La variabilité territoriale de la DMS, extrêmement marquée sur certaines pathologies fortement invalidantes, renforce l'hypothèse d'une corrélation possible entre meilleure compensation de la perte d'autonomie et optimisation du recours à l'hôpital.

En d'autres termes, le HCAAM soutient que, si elle est coordonnée avec le soin, et particulièrement avec les soins hospitaliers, une amélioration des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie peut concourir à la maîtrise des dépenses de santé.

Il soutient aussi, symétriquement, qu'une politique de prévention et d'éducation pour la santé, à la fois généraliste et ciblée, est de nature à réduire, différer ou empêcher la survenance de la perte d'autonomie.

Le système de santé doit en conséquence s'organiser pour être en mesure de répondre à ce qu'on attend de lui à différents stades décisifs de la prévention de la perte d'autonomie du grand âge et notamment :
- dans l'éducation aux comportements préventifs à tout âge de la vie,
- au moment des cessations d'activité professionnelle,
- lorsqu'apparaissent, plus tard, les premiers signes de fragilité,
- dans les épisodes de santé critiques, susceptibles de provoquer de lourdes invalidités.

Chapitre III

Le HCAAM préconise que toute politique publique d'aide à l'autonomie des personnes âgées cherche à améliorer la continuité de leur trajet de santé.

Au terme de son analyse, le HCAAM entend mettre en avant cette idée essentielle que la perte d'autonomie de la personne âgée, bien que distincte de la maladie au sens strict, ne peut pas se traiter « à part » du trajet de santé de cette personne, ni même « à part » de la prise en charge de la santé de ses proches aidants familiaux.

Le HCAAM est ainsi amené à faire deux recommandations de principe :

I/ D'une part, aller vers une organisation du système de soins qui permette de prévenir ou de différer l'apparition de la perte d'autonomie au grand âge.

Une telle mobilisation ne peut s'envisager indépendamment de nouvelles formes d'organisation du système de soins, dont l'intérêt dépasse la seule question de la prévention de la perte d'autonomie. Elle suppose en effet :

- **De structurer davantage l'activité médicale autour du suivi sanitaire actif et continu des personnes atteintes de pathologies chroniques**, particulièrement de la part des professionnels de santé qui interviennent dans les soins de premier recours, et de savoir à cette fin gérer la combinaison d'interventions sanitaires et sociales.

Ces démarches proactives, qui doivent normalement se conduire dans le cadre du suivi ordinaire par le médecin traitant, doivent permettre le dépistage précoce des premiers signes de fragilité ou de perte d'autonomie, et devraient être renforcées à l'égard des personnes qui traversent certaines phases critiques de leur vie (passage à la retraite, perte d'un conjoint, etc.)

- **D'organiser très strictement la succession des interventions cliniques et techniques pour les épisodes de soins qui présentent les plus grands risques** – évitables - de suites invalidantes.

Cet effort d'organisation collective est indispensable dans toutes les situations où il est possible de dégager des évidences scientifiques sur des règles de bonne pratique (cf les travaux de la HAS sur l'AVC). Il impose, plus généralement, de veiller continûment, dans le cadre des soins, au maintien des capacités fonctionnelles, (par exemple lors des épisodes de prise en charge en hospitalisation complète).

II/ D'autre part, organiser les aides publiques à l'autonomie des personnes âgées de façon à les articuler étroitement aux parcours soignants, en commençant évidemment à le faire pour les aides publiques qui existent déjà.

Une dépense d'aide à l'autonomie (par exemple, une dépense d'APA effectuée par un conseil général) améliorera d'autant mieux la qualité de vie de la personne âgée, et atteindra l'optimum en termes d'euros publics dépensés, si elle intervient en continuité du parcours soignant :

- **Déclenchée de manière adéquate et au bon moment, l'aide à l'autonomie peut éviter des prises en charge inutilement lourdes** et non souhaitées par les personnes âgées et leur entourage.

Pour ne donner qu'un exemple, la rééducation de chirurgie orthopédique par kinésithérapie à domicile ou SSR de jour, lorsque l'hébergement hospitalier de moyen séjour ne s'impose pas, peut requérir la mise en place temporaire d'une aide à domicile (courses, ménage, préparation de repas), soit pour la personne âgée elle-même, soit pour seconder ses proches.

- Puisque les personnes âgées 'dépendantes' souffrent systématiquement d'une ou plusieurs pathologies chroniques, **les professionnels de l'aide à l'autonomie** (aides soignants, auxiliaires de vie, aides ménagères) **doivent pouvoir inscrire leur intervention en continuité, complémentarité et coordination avec le suivi médical** de cette personne.

Si l'aide ménagère communique régulièrement avec l'infirmière ou le médecin et peut les alerter à temps de ce qu'elle observe au quotidien, ces derniers interviendront à meilleur escient, et pourront même parfois éviter une hospitalisation.

La question de la perte d'autonomie aux grands âges souligne donc, une fois de plus, les transformations à engager pour adapter le système de soins à la place grandissante de la chronicité et des poly-pathologies dans la croissance des coûts de santé.

Coordination des soins, transversalité des interventions, systèmes d'information permettant le partage des données, prise en compte des enjeux de prévention sont désormais des conditions incontournables de la qualité des soins et de la qualité de la dépense (c'est-à-dire de son efficience), **et rendent chaque jour plus nécessaire le passage d'une médecine reposant sur des séries d'actes sans lien entre eux à une « médecine de parcours ».**

A vrai dire, cette affirmation constante du HCAAM est aujourd'hui largement partagée. La littérature internationale[40] abonde d'exemples qui démontrent qu'une meilleure coordination des temps et modes de prise en charge et une meilleure fluidité des parcours de soins va à la fois dans le sens du « mieux soigner » et du « mieux dépenser ».

Le questionnement porte plutôt sur les modes opératoires. Et ce questionnement est majeur.

En effet, pourquoi, alors que tous s'accordent pour voir dans la coordination et la prévention quelque chose d'essentiel, les progrès en la matière sont-ils aussi lents ?

Comment faire en sorte de quitter les rivages de l'incantation ?

[40] Voir notamment la synthèse faite dans le rapport de l'OCDE, Optimiser les dépenses de santé d'octobre 2010, qui passe en revue passe en revue un certains nombres d' outils de nature à permettre aux systèmes de santé d'optimiser l'utilisation des ressources en offrant des soins de qualité : rémunération selon la performance, coordination des soins, évaluation des technologies de santé, politiques de prix et de remboursement des médicaments, et technologies de l'information et de la communication.

Sans prétendre apporter « la » réponse définitive à cette question complexe, le HCAAM estime qu'il existe en tous cas **quatre axes prioritaires d'actions à engager sans tarder** :

- **produire et utiliser des données cliniques, sociales et financières réellement transversales**, sachant prendre en compte les marqueurs de co-morbidité, en impliquant les professionnels de santé dans leur recueil, et en veillant à leur communication et leur utilisation partagée – dans le respect des compétences propres - entre tous les professionnels associés au parcours d'une personne âgée en perte d'autonomie.

- **développer et diffuser des outils d'évaluation des besoins individuels et d'aide à la pratique clinique qui intègrent la dimension pluridisciplinaire** du soin, prennent en compte l'environnement social des personnes, et permettent d'intégrer dans la décision soignante les attentes de la personne et de son entourage.

- **s'appuyer sur une mobilisation locale « au plus près du terrain »**, en veillant à retenir des territoires pertinents appuyés sur les bassins de vie, y compris lorsqu'ils sont de taille modeste, et conforter à cette fin le rôle et la capacité de coordination et d'animation des ARS ;

- **faire évoluer les modes de rémunération de façon à ce qu'ils favorisent une pratique de soins coordonnés**, et à tout le moins n'y fassent jamais obstacle ; poursuivre le travail engagé en faveur de tarifications qui reposent moins sur l'opérateur et plus sur la mesure du besoin d'aides et de soins de la personne.

A cette fin, le HCAAM préconise que s'ouvre sans délai une phase « prototype », volontariste et structurée, consacrée sur quelques années au lancement d'opérations pilotes gérées au niveau local (ARS), dont l'objet serait d'éprouver et d'affiner – dans le cadre d'une phase d'apprentissage expérimental – un certain nombre d'organisations nouvelles, considérées comme porteuses des évolutions à conduire.

En effet, prendre sérieusement en compte la dimension de perte d'autonomie dans l'acte soignant ne peut pas être neutre sur l'organisation du système de soins. Les « axes prioritaires » de réforme sont susceptibles de questionner des habitudes de travail, d'obliger à des évolutions dans la réglementation tarifaire, de faire revisiter des périmètres de compétences.

De tels changements ne peuvent s'envisager sans étapes intermédiaires, qui permettent à la fois :

- de « rendre visible », à grande échelle et dans un contexte national, de nouvelles formes d'organisation des soins ;
- de démontrer les gains d'efficience (meilleure santé à meilleur coût) qui peuvent en résulter pour les finances publiques ;
- et de préfigurer et d'évaluer les différentes options d'animation nationale et locale du dispositif futur.

Le HCAAM **estime ainsi que plusieurs thématiques, fortement liées à la perte d'autonomie du grand âge, pourraient justifier l'organisation de projets « pilotes »** ayant une certaine envergure, obéissant à des cahiers des charges précis et comportant un volet rigoureux d'évaluation qualitative et financière.

3.1. Quatre « axes prioritaires » pour la mise en œuvre de soins coordonnés en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

a) La connaissance de l'ensemble du parcours, soignant et social, de la personne âgée en perte d'autonomie

On ne peut pas mobiliser les acteurs (financeurs, professionnels sanitaires et sociaux, mais aussi usagers et leurs familles) sur de vrais objectifs de qualité et d'efficience globale, valorisant la prévention et le « juste soin au juste coût » tout au long du trajet de santé, si l'on ne dispose pas d'une mesure des résultats suffisamment riche (c'est-à-dire pas seulement « curative », mais s'intéressant aussi aux soins médico-sociaux et à l'environnement social du soin) et suffisamment globale (c'est-à-dire non segmentée par type d'intervenants).

Le HCAAM rappelle ici les termes de son avis du 27 janvier 2011 : *« Il s'agit d'orienter notre système d'information pour qu'il perçoive les données de paiement et de remboursement telles qu'elles sont vues par les assurés. (…) L'information parcellisée sur la dépense et le reste à charge qui est encore la nôtre rend impossible une politique d'optimisation véritablement transversale, entre soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux et aide sociale ».*

Il convient évidemment de saluer les avancées du chaînage de données entre le PMSI et le SNIIRAM, qui est en cours de finalisation entre l'ATIH et la CNAMTS, et qui permet d'agréger les données hospitalières (MCO) et de soins de ville. Il faut également saluer la perspective d'une agrégation des dépenses de soins médico-sociales, suite à l'entrée en vigueur du décret du 7 juin 2010.

Le HCAAM estime toutefois que la réflexion doit se porter sur plusieurs points complémentaires, tels que notamment :

- le fait qu'il n'est pas possible aujourd'hui de rapprocher, ne serait-ce que sur un panel représentatif, les données de prise en charge sanitaire (par l'assurance maladie) et de prise en charge sociale (prestations principalement versées par les conseils généraux) ;
- En conséquence, les obligations de transmissions de données correspondantes ;
- le fait qu'aucune cohorte n'est aujourd'hui disponible pour le suivi longitudinal de l'ensemble des paramètres pertinents de soins, d'autonomie et d'accompagnement social, pour les personnes âgées ou fragiles ;
- le fait qu'aucun indicateur de la disponibilité ou de la saturation de l'offre de soins et de services sur un territoire de santé ne soit disponible, tout comme l'absence de répertoires opérationnels de « ressources » (hospitalières, ambulatoires, médico-sociale et sociale) et d'indicateurs permettant de mesurer leur mise sous tension et la pertinence du recours aux différents segments d'offre.

Le HCAAM souligne en outre l'importance de la connaissance clinique dans l'animation locale de la coordination entre professionnels de santé, et entre professionnels de santé et travailleurs sociaux, et particulièrement l'amélioration du travail collectif entre les acteurs de soins de proximité[41] et professionnels de l'aide à domicile.

Cette nécessité d'une meilleure connaissance clinique suppose que l'on dispose, en priorité pour les personnes âgées et fragiles, de recueils de données cliniques et sociales, collectées par les professionnels de santé eux-mêmes, susceptibles d'être partagées entre eux, et destinées non seulement à l'amélioration de leur propre pratique à l'égard de leurs patients, mais aussi à la connaissance des besoins d'une population locale.

[41] Amélioration qui passe matériellement, il convient de le souligner, par un développement énergique et résolu de l'informatisation des professionnels de santé.

b) L'élaboration et la diffusion de **référentiels de pratique pluridisciplinaires intégrant, au titre du maintien de l'autonomie, les dimensions de prise en charge sociale**

La perte d'autonomie n'apparaît aujourd'hui qu'en lisière des référentiels de pratique médicale. L'articulation entre l'accompagnement soignant et l'accompagnement social ne fait ainsi l'objet d'aucun véritable référentiel, qu'il s'agisse de l'analyse des besoins, de la juste prescription des soins ou des bonnes pratiques de coordination entre intervenants.

Le HCAAM estime que des initiatives doivent notamment être prises pour l'élaboration de référentiels adaptés à la prise en charge de situations sanitaires et sociales complexes :

- les référentiels de prise en charge des co-morbidités (ou polypathologies)[42] ;

- les référentiels sur l'administration des soins d'entretien (notamment infirmiers et de kinésithérapie), particulièrement lorsque se présente un choix entre des soins d'intensité et de modalité diverses (soins infirmiers d'IDE vs. aides soignantes de SSIAD, kinésithérapie de ville vs. prise en charge en SSR, hospitalisation à domicile vs hospitalisation avec hébergement[43] etc.) ;

- les préconisations à ajouter aux guides de bonne pratique de la HAS (qui retracent déjà la multiplicité et le rôle des différents intervenants sanitaires et sociaux), s'agissant de la manière dont doivent se coordonner ces professionnels entre eux, des méthodes de travail qu'ils doivent adopter à cette fin, des outils de liaison nécessaires ;

- les outils d'évaluation des besoins individuels, soignants et sociaux. Comme l'ont bien montré les travaux engagés depuis 2005 dans le champ de l'accompagnement du handicap, l'enjeu est d'améliorer la pertinence des grands choix soignants, d'une part en les enrichissant d'une approche pluridisciplinaire, et d'autre part en « donnant la parole » au malade et à son entourage proche, afin de déplacer le point d'équilibre de la décision, dans le sens d'une meilleure prise en compte des préférences et des attentes de la personne elle-même ;

- la diffusion effective des recommandations pluridisciplinaires (cf. l'exemple significatif des travaux conduits par la HAS sur la prise en charge de l'AVC), et celles des bonnes pratiques en matière d'évitement des hospitalisations avec hébergement, par une approche pluridisciplinaire intégrant la HAD ;

- la prévention de la perte d'autonomie lors des séjours hospitaliers avec hébergement (perte de mobilité, prévention des escarres, perte de la continence, perte de masse musculaire liée à la dénutrition ou à une mobilité réduite) qui pourrait prendre la forme d'un référentiel synthétique reprenant les recommandations existantes, d'une adaptation de la charte du patient hospitalisé[44] pour intégrer la question du maintien de l'autonomie, d'une mise à disposition d'outils de communication adaptés, etc..

[42] Le HCAAM reprend ici, en y insistant, la préconisation qui avait été la sienne dans son rapport d'avril 2010 sur le « Vieillissement » (p.121)

[43] Voir notamment l'utilisation de l'échelle ou indice de Karnofsky pour l'admission en hospitalisation à domicile, qui prend en compte le degré de dépendance du patient.

[44] Document qui prévoit déjà le respect de l'intimité des patients, de leur information et de leur consentement éclairé aux soins etc.

c) La **confiance faite aux acteurs locaux, dans la recherche de solutions de proximité** pour le maintien de l'autonomie.

Le HCAAM estime qu'en matière de coordination et de suivi des « trajets de santé », l'intelligence des phénomènes, les modes pertinents d'action, le partage d'objectifs relèvent essentiellement d'une ingénierie locale (c'est-à-dire en principe par territoires de santé, lesquels doivent intégrer les contraintes les plus concrètes de vie et de déplacement, et le cas échéant sur des bassins de vie de taille plus réduite)[45].

l y a une « unité de temps et de lieu » qui est nécessaire à la qualité réelle de la coordination entre les professionnels de santé. Pour passer à la mise en œuvre effective de la coordination des soins, il faut savoir « faire du micro », et donner beaucoup d'autonomie aux acteurs directement concernés et aux décideurs responsables au plus près des réalités.

La création des ARS marque de ce point de vue une étape fondamentale, puisqu'elles réalisent l'intégration, sous une vision unique, des soins cliniques et techniques, des soins d'accompagnement de l'autonomie (soins d'entretien et médico-sociaux) et des actions de prévention.

La loi HPST du 21 juillet 2009 introduit par ailleurs des liens avec les acteurs de l'aide à l'autonomie, au sein des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, des Conférences de territoires, et de la « commission de coordination des politiques publiques de santé » consacrée à la prise en charge médico-sociale. Les conseils généraux participent à l'ensemble de ces instances.

Enfin, plusieurs ARS, conscientes des liens étroits entre les problématiques sanitaires du grand âge et les politiques qui touchent à l'environnement de vie des mêmes personnes âgées (politique de l'habitat, des transports, de l'animation du lien social), ont déjà marqué leur intention d'engager – dans le droit fil des orientations de la loi - des projets avec des partenaires qui interviennent à l'extérieur du champ de leurs compétences propres.

Cette volonté de large animation doit être encouragée.

Le HCAAM estime toutefois que la réflexion doit se porter sur plusieurs points complémentaires. Ainsi, notamment :

- les ARS restent encore beaucoup trop limitées par les règles tarifaires applicables à chaque catégorie d'établissement. Elles ne peuvent pas tester des formes nouvelles « d'intéressement » à un travail mieux coordonné, et sont loin de disposer de toute la gamme des possibilités de redéploiement budgétaire entre les secteur hospitalier, ambulatoire et médico-social.
Aujourd'hui, la fongibilité entre crédits sanitaires et médico-sociaux (fongibilité dite « asymétrique », prévue par la loi HPST) ne concerne que les créations ou les transformations définitives de places ou de lits. Il faut mettre à l'essai d'autres formes complémentaires de fongibilité.
Il pourrait être également testé la possibilité d'identifier, au sein de l'ONDAM médico-social, des « enveloppes d'aides à la contractualisation » permettant aux ARS de financer des projets de meilleure coordination impliquant les établissements médico-sociaux.

[45] Le HCAAM estime qu'il sera utile à brève échéance d'évaluer le schéma - très complexe - prévu par l'article 51 de la loi HPST pour la validation de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

- de même, elles demeurent à l'écart du fonctionnement des services sociaux, notamment des services à la personne, qui sont des acteurs essentiels de la prise en charge de la perte d'autonomie. L'enjeu du partenariat avec les collectivités territoriales (principalement, les départements) et leurs structures rattachées (par exemple, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale) est ici fondamental.

On pourrait imaginer que les ARS disposent à cette fin d'une plus large panoplie de vecteurs de contractualisation avec les conseils généraux, pour que des crédits spécifiques d'aide à l'autonomie (indépendamment des actuels concours nationaux d'APA versés par la CNSA) et des crédits de l'assurance maladie (notamment de l'ONDAM médico-social et de l'ONDAM sanitaire) puissent être engagés localement sur des projets contractualisés entre ARS et collectivités territoriales, dans le respect de leurs compétences respectives.

d) La recherche de **modes de tarification favorisant la coordination**

Ainsi que le notait déjà le HCAAM dans son rapport d'avril 2010, l'incitation financière à la coordination ne consiste pas simplement dans le financement d'actes ou de temps spécifiques « de coordination », mais prioritairement dans la recherche de modes de tarification du travail soignant « courant» des médecins, des auxiliaires médicaux, des institutions sanitaires ou médico-sociales, etc. qui soient clairement incitatifs à ce que ce travail aille dans le sens d'un supplément de coordination et de coopération interprofessionnelle.

Or, tant la nomenclature professionnelle[46] que la plupart des grandes réformes tarifaires récentes (T2A hospitalière, tarification au GMPS en EHPAD), visent essentiellement à refléter l'intensité des moyens à mobiliser par chaque acteur et chaque structure, en vue de pousser à l'optimisation « verticale et locale » de ces moyens, considérés au niveau du seul acteur ou de la seule structure en question, et peuvent, de ce fait, avoir des effets pervers en termes de coordination.

Certes, l'objectif d'optimisation verticale et locale des moyens garde toute sa valeur. Il doit se poursuivre en veillant à l'harmonisation des tarifications en fonction du seul besoin de prise en charge[47].

Mais, il doit impérativement se combiner avec celui de l'optimisation globale des mêmes moyens, c'est-à-dire l'optimisation des ressources soignantes et sociales dans leur ensemble : les tarifications ne doivent pas pousser les différents acteurs du système de soins à adopter des attitudes contraires à l'efficience globale du système soignant[48].

Quelques souplesses ont été récemment introduites, dont le HCAAM souligne tout l'intérêt de principe. On pense par exemple à la possibilité récemment introduite de financer, en sus du forfait soin de l'EHPAD, l'intervention d'un service de HAD en EHPAD.

Le HCAAM estime toutefois que la réflexion et, au moins, l'expérimentation, doivent maintenant se porter sur plusieurs points complémentaires, tels que notamment :

- l'introduction, dans les dispositions conventionnelles qui ont vocation à prendre le relais des actuels contrats « d'amélioration de la pratique individuelle », de paramètres liés au suivi de l'autonomie ou des risques de perte d'autonomie des patients les plus fragiles,

[46] A quelques exceptions près, dont, au moins dans son principe, la démarche de soins infirmiers (DSI).

[47] Cette poursuite de l'effort technique de tarification en fonction du seul besoin se justifie à un double titre :
- Ne pas induire, de la part du patient, des choix de parcours ou d'institutions qui soient dictés par des considérations de prise en charge qui n'iraient pas dans le sens de l'optimum soignant ;
- Ne pas suggérer un intérêt, qui serait éthiquement condamnable et techniquement absurde, à la venue de malades plus « rentables » que d'autres !

[48] On peut citer ici la délibération de cadrage des négociations conventionnelles adoptée au printemps 2011 par le Conseil de l'UNCAM : *« La convention médicale pourra accompagner le développement de formes d'organisation favorisant la coopération entre professionnels de santé. Les travaux évoqués plus loin sur la diversification des modes de rémunération des médecins s'inscrivent également dans cette démarche de développement de l'exercice collectif. Il convient cependant d'être vigilant sur l'apport réel sur la qualité des soins de telles démarches et sur le risque d'accroissement des coûts de coordination ou de structure susceptibles d'être mis à la charge de l'assurance maladie. »*

- la matérialisation, dans les fonctions du médecin traitant et pour ceux de ses patients qui sont dépendants ou en risque de le devenir, de la fonction de « synthèse médicale » décrite dans le rapport du HCAAM d'avril 2010,

- ainsi que, pour la mise en œuvre de cette fonction de synthèse médicale, de la fonction de « coordination soignante et sociale » décrite dans le même rapport, notamment dans les cas où cette dernière a vocation à être prise en charge, en sus de ses fonctions soignantes, par un professionnel de santé (le plus souvent, une infirmière libérale) ou par une structure pluridisciplinaire ;

- la prise en compte, dans le financement des EHPAD, des conditions du recours à l'hospitalisation (avec hébergement) des résidents, et notamment des hospitalisations par les urgences,

- l'introduction, dans le cadre des travaux actuellement engagés sur la prise en compte d'indicateurs de qualité dans la T2A, d'incitations à mieux gérer les sorties et d'incitations à limiter les ré-hospitalisations évitables ;

- l'introduction de modalités nouvelles de calcul des dotations au titre des missions d'intérêt général (MIG), incitatives à la fois à l'activité et à la qualité de la prise en charge, en s'inspirant de la démarche conduite pour la mise en œuvre du plan Cancer[49].

[49] La circulaire budgétaire 30 mars 2011 prévoit la forfaitisation de la MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie » rémunérant notamment les dispositifs d'annonce, les réunions de concertation pluridisciplinaires, les soins de support et les centres de coordination en cancérologie. Elle est composé un socle égal pour tous les hôpitaux, et d'un forfait évoluant en fonction du nombre de patients pris en charge.

3.2. Une proposition de méthode : mettre en place sans délai un processus coordonné de préfiguration, reposant sur quelques dizaines de « projets pilotes »

Quelques unes des mesures qui viennent d'être indiquées (en matière de référentiels de prescription, de guides de bonnes pratiques, de suivi statistique de cohorte, etc.) peuvent être envisagées sans changement d'organisation majeur, sans coût supplémentaire notable, et donc sans délai.

En revanche, pour l'essentiel, ces quatre « axes prioritaires » pointent vers d'assez profondes transformations dans l'organisation du système de soins et – par voie de conséquence – vers de progressives mais réelles réallocations dans les priorités budgétaires.

La complexité du sujet, le peu d'études macro et micro-économiques (malgré l'ancienneté du sujet !) sur les modalités d'une articulation efficiente entre le sanitaire et le social, et plus généralement le manque de données et d'analyses disponibles[50] ne permettent pas au HCAAM de proposer la mise en place directe et générale de tel ou tel schéma, de telle ou telle mesure nouvelle.

Par ailleurs, tout schéma de redéploiement budgétaire suppose, le plus souvent, une mise de fonds initiale plus ou moins importante (rémunération d'actes nouveaux, frais de coordination, outils de communication …), qui n'est gagée que par le retour qu'on attend, à moyen terme, sur l'efficience globale du nouveau dispositif[51].

Croire qu'on pourrait, en la matière, proposer un ensemble de mesures générales d'amélioration du système de soins par la prise en charge de l'autonomie, et de mesures de prévention de la perte de l'autonomie par le système de soins, **qui n'auraient pas un coût net à court terme, serait donc, très largement, une illusion.**

A l'inverse, dans le contexte d'extrême tension sur les finances publiques, rappelé par le HCAAM dans son rapport de 2010, **il serait encore plus illusoire de suggérer d'entrée de jeu la mise en place générale de nouveaux dispositifs coûteux**, quelle que soit la confiance qu'on peut avoir dans leur contribution de moyen terme à l'efficience de la dépense.

Le HCAAM estime donc que, pour gagner la nécessaire adhésion de l'ensemble des acteurs à de nouvelles formes d'organisation, mesurer les dépenses « d'initialisation » du processus qui seront nécessaires, et s'assurer de ce que l'effet global d'une nouvelle organisation se traduit par une meilleure prise en charge à moindre coût pour l'ensemble des comptes publics, une étape préalable d'expérimentation et de mesure d'impact s'impose.

Prenant pour premier point d'application les soins aux personnes âgées « dépendantes », il faut faire apparaître de manière pragmatique et systématique la possibilité de travailler autrement, en offrant une meilleure qualité de soins, et de manière

[50] Dont atteste, s'il ne faut donner qu'un seul exemple parmi beaucoup, le fait qu'à la date de publication de ce rapport, le montant global des coûts d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes accueillies en EHPAD n'est pas connu …

[51] A cela s'ajoute qu'il faut également pouvoir compter sur des fongibilités dont beaucoup, aujourd'hui, sont difficiles (entre différents volets de l'ONDAM) ou n'existent pas (entre crédits de l'ONDAM et crédits d'aide sociale). Qu'il faut pouvoir également s'affranchir de certains cadres tarifaires légaux, lier des crédits supplémentaires dans certain segments de l'offre de soins à l'atteinte de résultats dans d'autres segments, etc.

globalement plus économe en moyens, **et préciser les conditions de ces chemins de performance ainsi que leur meilleur mode opératoire.**

Plusieurs dispositifs expérimentaux de soins coordonnés ont déjà été mis en œuvre sur le territoire[52], et certains ont pu, y compris à grande échelle, faire l'objet d'évaluations favorables. C'est notamment le cas des réseaux gérontologiques promus par la MSA[53].

Pour autant, aucunes de ces expériences n'est pour l'instant parvenue au stade de la généralisation, et leurs promoteurs font toujours face aux difficultés inhérentes aux financements dérogatoires et non pérennes.

Le HCAAM **considère que l'addition d'une multitude « d'expériences » spontanées, au demeurant réalisées le plus souvent sur des territoires restreints et avec une évaluation d'impact limitée à certains segments du trajet de santé, ne permet pas de créer le mouvement d'ensemble qui permettrait de faire évoluer globalement l'organisation des soins**.
Il convient donc de systématiser l'approche, en travaillant à suffisamment grande échelle pour qu'en soient définies les conditions optimales de fonctionnement :

- à l'émergence de nouvelles compétences (par exemple pour des infirmières ou des assistantes sociales en matière de gestion de cas),

- au recours expérimental à de nouveaux acteurs (par exemple : assembleurs de services, assisteurs …),

- au développement de nouvelles solutions technologiques (par exemple en matière de domotique, de sécurité électronique, de communication …), et de diffusion de l'informatisation et des nouvelles technologies de communication parmi les professionnels concernés,

- et surtout à de nouvelles organisations du travail soignant, à de nouveaux modes opératoires entre professionnels, à de nouvelles formes de rémunération ou de tarification,

De façon à opérer un redéploiement de crédits en direction de l'accompagnement ambulatoire, du soin d'entretien (à domicile et en établissement médico-social) et de l'aide sociale à domicile qui, pour une même qualité dans les soins dispensés, fasse globalement économiser de l'argent public.

---

[52] On peut penser notamment aux réseaux gérontologiques, aux réseaux prenant en charge les personnes âgées complexes de type COPA-Ancrage et PRISMA. Voir à ce sujet l'annexe 28 du rapport du HCAAM « Vieillissement, longévité et assurance maladie » relative aux *Dispositifs de coordination renforcée autour de la personne.*
Par ailleurs, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) va publier d'ici le mois de juillet des retours d'expérience d'organisations innovantes, s'agissant de la prise en charge des personnes âgées (projet PANORAMA).

[53] Le rapport de l'IGAS de mai 2006 relatif au FAQSV et à la dotation de développement des réseaux (DDR) notait ainsi que les réseaux gérontologiques de la MSA présentaient des résultats d'évaluation très positifs qui *« montrent le potentiel que recèle le développement des réseaux gérontologiques pour une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes »*. Et il estimait que leur généralisation passait par une définition indispensable de meilleures articulations avec les CLIC des conseils généraux et les hôpitaux locaux.

Le HCAAM propose, en conséquence, une démarche de préfiguration consistant dans le lancement, autour de **cinq ou six thèmes prioritaires,** de **quelques dizaines de projets « pilotes » lancés à grande échelle et fortement évalués, définis et pilotés au niveau national** – toutes conditions qui ont pu, en tout ou partie, faire défaut dans les démarches expérimentales conduites jusqu'ici - et qui seraient mis en œuvre sous le pilotage local des ARS dans des régions déterminées.

La mise en place de cette préfiguration **suppose ainsi que soient remplies trois conditions**:

A) Les projets pilotes doivent être compris comme n'étant ni des « expérimentations » sans cadre précis, ni des études cliniques à des fins de connaissance, mais comme de premières étapes opérationnelles de validation, de modélisation et d'apprentissage, visant à préciser le mieux possible, pour des modes d'organisation volontairement ciblés, les conditions de succès de leur généralisation.

En conséquence, pour pouvoir tirer des enseignements d'ensemble, les projets pilotes doivent obéir, pour les éléments essentiels de leurs cahiers des charges et de leur évaluation, à des référentiels nationaux.

Ils doivent également faire l'objet d'un important investissement dans les méthodes et les outils de suivi et d'évaluation, et la mobilisation des systèmes d'information, pour disposer des mesures d'impact les plus rigoureuses possibles, en matière de qualité soignante, d'utilité sociale, et de coût complet (sanitaire, médico-social et social) pour les finances publiques, quel que soit le financeur.

B) Cette phase « prototype » ne devra pas être lancée sans qu'aient été discutées et clairement fixées les conditions de son pilotage national.

Une des différences entre la phase « prototype » proposée par le HCAAM et ce que serait un simple temps d'expérimentations nouvelles tient précisément en ce que les projets pilotes doivent répondre à un cadre et une animation nationale forts. C'est là une garantie essentielle pour que des suites en soient effectivement données.

Cette phase de préfiguration doit en effet reposer à la fois sur une forte impulsion nationale[54], et sur des expériences clairement appuyées sur les contextes locaux.

Aussi bien la définition nationale des thèmes prioritaires et des « cahiers de charges » des projets pilotes, que les conditions de leur lancement, de leur suivi et de leur évaluation supposent l'animation d'une concertation spécifique, menée par les pouvoirs publics, avec les professionnels et les établissements de santé, les usagers, les financeurs complémentaires, les collectivités territoriales et leurs élus.

Le pilotage national est ainsi appelé à jouer un rôle important aux différentes phases du processus (choix des thèmes, cadrage des cahiers des charges des projets pilotes, mise à disposition d'outils communs, processus d'évaluation …).

[54] A la manière dont il a été récemment procédé pour les projets « MAIA » dans le cadre du plan national Alzheimer, ou pour les expérimentations de nouveaux modes de rémunération « autres qu'à l'acte » dans le cadre de l'article 44 de la LFSS pour 2008.

Le premier élément de cadrage devra consister en la fixation d'un calendrier global de mise en œuvre, ainsi que d'une feuille de route précisant notamment les différents thèmes retenus, leurs différentes étapes, les dérogations législatives et réglementaires à prévoir, etc.

Sans entrer dans le détail de l'organisation du pilotage national, le HCAAM tient à attirer notamment l'attention sur le rôle que doivent y jouer les diverses instances de négociation et de concertation qui existent déjà, notamment le cadre conventionnel, professionnel et inter-professionnel, entre l'assurance maladie et les professionnels libéraux.

Un rôle propre d'animation devrait être confié à la Haute autorité de santé (HAS), compte tenu de ses compétences légales et de son expérience acquise en matière d'évaluation de la qualité soignante.

Un rôle d'appui méthodologique devrait être par ailleurs réservé aux opérateurs publics en charge de la qualité et de l'efficience des soins, notamment l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

C) Enfin, une condition de succès sera de pouvoir mobiliser sans délai, dans le cadre des projets pilotes, l'ensemble des acteurs locaux ainsi que des compétences professionnelles nouvelles (opérateurs spécialisés dans la coordination inter-institutionnelle, professionnels de santé experts en gestion de parcours, etc.), **ou certains outils de travail encore en cours d'élaboration ou de validation** (référentiels d'évaluation de l'autonomie, dossiers d'informations cliniques incluant des paramètres sociaux, etc.).

Il ne faut pas que ceci puisse constituer un frein à un processus qui se fixe, précisément, de « créer le mouvement en marchant ». Tout en s'appuyant sur les savoir-faire et les outils existants, les projets pilotes devront pouvoir s'enrichir, au fur et à mesure, des nouvelles offres de services, ou des outils complétés et validés.

Chaque projet serait lancé sous le pilotage local d'une ARS responsable de sa mise en place, de son financement et de son évaluation, en veillant chaque fois que nécessaire à l'inscription de la thématique dans les spécificités locales, par des partenariats avec des conseils généraux et d'autres acteurs impliqués (caisses d'assurance maladie, caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail - CARSAT). Ils seraient tous l'objet **d'appel à projets locaux**, émanés des ARS ou conjointement des ARS et d'un partenaire institutionnel (par exemple : ARS et Conseil général, chaque fois que le projet modifie la manière d'utiliser des crédits d'aide sociale), sur la base de cahiers des charges précis.

Les projets pilotes doivent pouvoir bénéficier des dérogations législatives et réglementaires nécessaires, permettant de rendre fongibles différentes enveloppes et de diversifier les modes de financement en vue d'en évaluer la pertinence : financement forfaitaire, majoration d'actes à la nomenclature, nouveaux actes, paiements globalisés, etc.

En outre, certains financements complémentaires ainsi que les frais induits par les différents outils et l'encadrement méthodologique pourront faire l'objet d'une enveloppe spécifique (par exemple des crédits d'ingénierie à disposition des ARS), imputée sur le supplément de crédit destinés chaque année au financement des soins d'entretien et

d'aide à l'autonomie[55]. Elle devrait comporter à ce titre la mobilisation d'une partie des crédits naturellement destinés à ce type d'expériences, tels que ceux du futur « Fonds régional d'intervention ».

Le HCAAM **propose dans les pages qui suivent, de manière non limitative et à titre d'exemples, plusieurs grands thèmes autour desquels pourraient se structurer l'évaluation opérationnelle par projets « pilotes ».**

C'est autour de grandes lignes de ce type que pourraient être élaborés les cahiers des charges des appels à projets, qui seraient lancés, pour chaque thématique, dans quatre ou cinq régions différentes (soit, en tout, et sur la base des exemples donnés, une vingtaine de projets).

Compte tenu de l'angle de problématique, ces thèmes ont été choisis pour établir le lien entre organisation du système de soins et prise en charge de la perte d'autonomie. Mais il va de soi que la démarche de projets « pilotes » pourrait être élargie à d'autres thématiques qui viseraient à optimiser plus spécifiquement la dépense d'aide à l'autonomie ou à des démarches d'optimisation spécifiquement centrées sur les frais d'hébergement des personnes dépendantes, dès lors qu'il serait toujours tenu compte de l'impact financier global sur la dépense publique[56].

[55] Sans qu'il y ait lieu, à ce stade, d'en fixer le chiffre, il semble pertinent qu'une fraction, même modeste, de la croissance des crédits publics destinés aux soins d'entretien et aux aides d'accompagnement aux personnes âgées soit consacrée à nourrir la réflexion opérationnelle visant à définir comment cet effort – qui a vocation à croître plus vite que le taux de croissance moyen des crédits soignants – peut, du même coup, garantir une croissance moins rapide sur d'autres postes de dépenses publiques. En cas de mobilisation d'une partie de la croissance de la dotation nationale d'APA, les conseils généraux devraient être associés au pilotage national de la phase pilote, et les projets ainsi financés devraient être simultanément portés par une ARS et un conseil général.

[56] Il a par exemple été proposé de mettre en place à titre expérimental des systèmes de « concentrateurs », qui réunissent plusieurs entreprises pour fournir aux personnes dépendantes ou fragiles un bouquet de services coordonnés d'assistance à domicile, s'appuyant sur des outils technologiques d'accompagnement (domotique, services à distance …).

Thème n°1 - Le recueil et l'exploitation de données cliniques par les professionnels de premier recours

On doit rappeler que si le codage des actes des prescriptions et des affections (au travers de l'ALD et des catégories majeures de diagnostic du PMSI) a permis de progresser dans la connaissance des besoins de santé et des prestations de soins, il existe une carence dans le recueil de données sur les pathologies diagnostiquées, sur l'activité clinique[57], et sur les paramètres d'environnement social (conditions de vie, entourage) qui sont pourtant déterminants dans les choix thérapeutiques.

Le HCAAM considère que la phase pilote doit être l'occasion d'évaluer les conditions de recueil, par les professionnels de santé et pour les besoins de leur pratique, de données, en s'inspirant de l'exemple récent des « indicateurs de pratique clinique » [58] mis en place en juin 2010 par la HAS dans le cadre du programme de prévention des séquelles d'AVC.

Ces indicateurs ne servent pas seulement au respect de protocoles de soins : ils constituent un véritable outil de suivi des patients dans le temps, et contribuent, par leur élaboration conjointe et leur transmission entre professionnels, à l'amélioration de la qualité du soin et à la coordination de la prise en charge. S'agissant de personnes âgées en perte d'autonomie, ces recueils de données cliniques aux fins d'indicateurs partagés devraient évidemment être entendus au sens large de données cliniques et sociales.

Certains projets pilotes devraient ainsi tester les conditions et l'impact, en termes d'amélioration de pratique et d'optimisation des parcours de soins, de processus de recueil et d'utilisation partagée, par les équipes de soins de premier recours, de données cliniques et sociales.

Ces données auraient par conséquent une triple utilité :

- les données individuelles serviraient aux professionnels pour alimenter les dossiers médicaux patients et améliorer leur suivi dans le cadre d'un travail collectif ;
- elles pourraient servir, dans certains cas, d'aide à l'application collective de protocoles de bonnes pratiques (exemple de l'AVC) ;
- enfin, sous une forme agrégée et anonymisée, elles pourraient servir à des diagnostics locaux sur les besoins de santé et à la définition d'actions locales de santé publique, impliquant l'ARS, l'assurance maladie et les professionnels concernés.

Les documents types, établis par un groupe d'expert et concertés avec les professionnels de santé, seraient validés par la HAS.

La HAS serait également amenée à mettre à disposition des professionnels impliqués dans les différents projets-pilote certains outils ou référentiels communs (par exemple : outils d'éligibilité, outils d'aide à la prescription, etc.).

Le HCAAM recommande donc de favoriser le recueil et l'analyse de données cliniques et sociales, ainsi que d'indicateurs de pratique clinique par les médecins traitants, les infirmiers de proximité, ou tout autre professionnel de santé impliqué dans une prise en charge de

[57] L'article L161-29 du Code de la sécurité sociale permettrait de mettre en œuvre un codage des pathologies diagnostiquées.

[58] Les indicateurs de pratique clinique (IPC) portent sur les pratiques cliniques et sur les processus contribuant directement aux résultats cliniques.

proximité *via* des registres de pratique clinique (à terme par extraction des données du dossier médical informatisé).

Le développement de ces indicateurs devrait être retenu dans les axes prioritaires de travail de la HAS.

Enfin, le HCAAM recommande que la HAS étudie la possibilité de développer de nouveaux programmes pilotes[59] dans l'objectif d'améliorer la qualité des pratiques et de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, dans le prolongement de ce qu'elle a d'ores et déjà entrepris sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Les éléments possibles de projets pilotes de recueil de données cliniques partagées :

- En lien avec la HAS, une ARS et un groupe de professionnels de santé volontaires, expérimenter le recueil de données cliniques et sociales par les médecins traitants et les infirmiers.

La CNIL serait évidemment consultée sur les conditions de recueil et d'utilisation de ces données individuelles, ainsi que de traitement anonymisé. Une articulation devrait être prévue avec le déploiement du DMP – notamment dans son volet professionnel – et des logiciels d'aide à la prescription (LAP).

Les données concernées seraient par exemple :
- Les symptômes déclarés et observés
- Le diagnostic principal et les diagnostics associés
- Les traitements et prescriptions en lien avec les diagnostics
- Des données médicales de base (poids, indice de masse corporelle, tension artérielle, etc.)
- Des données sur les limitations fonctionnelles et réductions d'activités déclarées

L'expérimentation pilote pourrait prévoir la mise en relation avec un « référentiel de ressources » local, permettant à la fois d'orienter au mieux les patients dans le système en minimisant les files d'attentes, et de mesurer en « temps réel » l'expression des besoins en termes de trajets de santé.

Comme dans beaucoup d'autres projets pilotes, l'informatisation des professionnels de santé impliqués dans le projet est un préalable indispensable.

[59] Ces programmes pilotes prennent appui sur la réflexion des professionnels de santé visant à :
- analyser les déterminants de la prise en charge, les parcours optimaux, etc.
- identifier des recommandations de bonne pratique et des IPC,
- organiser l'évaluation régulière de l'impact des actions engagées,
- concevoir une information à destination de tous les professionnels et de l'opinion publique.

Thème n°2 – L'organisation de la sortie d'hospitalisation complète

Dans le cadre de ce rapport, le HCAAM a mis en évidence l'existence de fortes disparités territoriales dans les durées moyennes de séjour des personnes âgées sur six CMD très fortement liées à la perte d'autonomie. De même, il ressort de l'enquête de la DGOS sur les inadéquations des séjours hospitaliers que les patients âgés de 60 ans et plus, particulièrement s'ils sont en perte d'autonomie, ont plus de risque que les autres personnes d'avoir une journée d'hospitalisation inadéquate durant leur séjour à l'hôpital (17 à 18 % contre 14 %).[60].

En sens inverse, de nombreux exemples de « bonnes pratiques » hospitalières, ou de collaborations efficaces entre l'hôpital et son environnement soignant et social ont été rapportés. L'amélioration des conditions de retour à domicile des personnes âgées après une hospitalisation complète a déjà conduit à la création d'aides financières des caisses gérant le risque vieillesse, centrées sur les personnes relevant des GIR 5 et 6, et au lancement de plusieurs expérimentations visant à favoriser le retour à domicile par des aides organisées dès le séjour hospitalier.

Tout cela incite à dégager, sur une large échelle, les modèles pertinents d'une meilleure organisation des sorties d'hospitalisation complète des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie. Partant de ce qui se fait déjà avec succès, des projets-pilotes expérimentaux auraient pour objet d'identifier les conditions de réalisation et de diffusion, de fixer les protocoles, d'évaluer les économies possibles dans la mobilisation des ressources hospitalières.

1. Le développement des aides temporaires aux sorties d'hospitalisation complète

Le HCAAM exprime son intérêt pour les dispositifs d'aides temporaires au retour à domicile en sortie d'hospitalisation présentés dans l'encadré ci-contre.

Dans le prolongement des solutions d'accompagnement soignant à domicile (HAD, professionnels de santé libéraux, SSIAD), une dépense sociale, même modeste, permettant aux personnes âgées fragiles, en risque de rechute ou perte d'autonomie, de bénéficier de services à domicile dans les jours qui suivent leur retour, peut être un levier puissant de réduction des durées de séjour inadéquates et des ré-hospitalisations.

Ces dispositifs concernent toutefois un nombre encore trop limité de patients, ce qui limite leur effectivité et en rend difficile l'évaluation. Le HCAAM souhaite un développement à plus grande échelle de ce type d'expériences réussies, par des projets pilotes de déclenchement rapide d'une aide à la sortie d'hospitalisation complète pour les personnes âgées, quel que soit leur degré de dépendance.

[60] L' « hébergement le plus adapté » de ces patients de 60 ans et plus aurait été selon l'enquête soit un SSR (52%), soit le domicile du patient (30 %), soit l'EHPAD (14%), que ce soit « sans aide », avec une aide « médicale ou paramédicale » ou avec une aide « non médicale

Quelques exemples d'aides à la sortie d'hospitalisation financés sur les fonds d'action sanitaire et sociale.

La CNAVTS *propose l'allocation de retour à domicile après hospitalisation (ARDH) aux assurés du régime général. C'est une aide à domicile d'une durée limitée, le plus souvent une aide ménagère, un portage de repas ou une aide aux courses*[61]*. L'instruction du droit à la prestation est faite par le service d'aide sociale des caisses, sur la base d'éléments transmis par les travailleurs sociaux de l'hôpital. Le recours à cette aide progresse régulièrement, et a bénéficié en 2009 à 40 000 personnes, contre 10 000 en 2005.*

La MSA *propose une prestation "sortie d'hôpital des personnes âgées" au sein du régime agricole. A la suite d'un accord temporaire attribué après première évaluation en sortie d'hôpital, une évaluation est reconduite à la fin de cette première période, pour proposer, le cas échéant, soit une prise en charge d'aide à domicile répondant à des critères de fragilité, soit une orientation vers l'APA si l'évaluation du GIR le justifie.*
Par ailleurs, des expérimentations sont conduites depuis le 1er semestre 2007, en Bourgogne et en Franche-Comté par la CNAVTS, la MSA et le RSI, regroupées dans le GIE IMPA, pour tester un dispositif d'aide de très courte durée (15 jours, pour un montant d'aide de 500€ au maximum) aux sorties d'hospitalisation. L'originalité réside dans la réactivité (évaluation des besoins par les référents hospitaliers -services sociaux ou cadres infirmiers- au plus tard 48 heures avant la sortie, instruction rapide par la caisse de retraite concernée effectivité de l'aide le jour même du retour à domicile) et le suivi : évaluation au domicile de la personne âgée réalisée par le service social de la caisse de retraite dans un délai de 3 à 10 jours après le retour à domicile, et éventuel réajustement du plan d'aide ; enquête de satisfaction deux mois après le retour à domicile.
Une première évaluation externe[62] *a livré des résultats encourageants sur 925 aides accordées.*
** l'objectif d'une évaluation 48 heures avant la sortie est jugé approprié par les référents hospitaliers des services de soins de suite, mais difficilement tenable par ceux des services de court séjour, où la gestion des sorties se fait généralement « de la veille pour le lendemain » ;*
** 83% des patients ont bénéficié d'une aide à domicile dès leur sortie de l'établissement. 76% des personnes ont bénéficié du service dans un délai de 5 à 10 jours et 24% dans un délai supérieur à 10 jours ;*
** lors de sa création, le recours au dispositif devait en principe éviter un déclenchement le week-end, on constate 31% de sorties d'hospitalisation les vendredis, samedis et dimanches. 15% des patients ont regretté ne pas avoir bénéficié d'une aide dès le week-end de sortie ;*
** la durée et le montant de l'aide sont jugés satisfaisants par les référents hospitaliers et par 75% des patients ;*
** la non éligibilité des aides à la toilette est signalée comme un problème par les référents hospitaliers pour certains patients ; l'articulation avec les prestations d'organismes complémentaires dont bénéficient certains patients est délicate ; l'articulation avec l'APA pose parfois problème ;*
** le coût pour la sécurité sociale par personne aidée est de 357€, dont 126€ de coûts de gestion (y compris les visites à domicile) et 231€ de montant d'aide versée ;*
** l'évaluation médico-économique, réalisée sur un nombre restreint de dossiers, fait apparaître que la durée d'hospitalisation est réduite dans plus d'une situation sur cinq ; par extrapolation, l'évaluation conclut à une économie nette (journées d'hospitalisation évitée – coût par personne aidée) de 540€ par bénéficiaire ;*

L'AGIRC – ARRCO *teste une aide à domicile momentanée dans les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Nord-Pas-de-Calais et Picardie, qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus qui ne bénéficient pas d'une aide régulière.*
L'objectif consiste à apporter une aide humaine déclenchée en 48 heures, dans un plafond de 10 heures financées intégralement, en réponse à un besoin ponctuel, survenant à la suite d'un événement particulier (problème de santé, absence de l'aidant habituel…) et susceptible d'affecter la vie quotidienne. Une évaluation du dispositif est en cours et doit être présentée en juin prochain. Ce dispositif est applicable à diverses situations d'urgence, y compris les sorties d'hospitalisation.

---

[61] *L'ARDH est accordée par les CARSAT pour 3 mois. Les prestations financées par l'aide doivent entrer dans le thésaurus des plans d'actions personnalisé Le volume d'aides est plafonné à 1 800 euros. Il est possible de prolonger l'aide en ne dépassant pas une période maximale de 4 mois et le montant de 1 800 euros. La participation du bénéficiaire aux prestations est croissante avec le revenu, selon le barème des plans d'actions personnalisés.*

[62] *Evaluation réalisée par un cabinet d'études à partir d'une trentaine d'entretiens, principalement en face-à-face, auprès des parties prenantes du dispositif (établissements hospitaliers, services à domiciles, services sociaux des caisses de retraite), du traitement de 220 questionnaires « bénéficiaire » et par questionnaire écrit.*

Il faut notamment pouvoir mesurer à quelles conditions un plus grand investissement en moyens d'accompagnement à domicile (hospitaliers, sanitaires et sociaux), en ressources hospitalières (infirmières, assistantes sociales) dédiées à la gestion sanitaire et sociale de la sortie d'hôpital, en temps de coordination des différents intervenants, permet de raccourcir effectivement les durées inutiles de séjour en hospitalisation complète, et permet aussi de réduire la survenance des ré-hospitalisations.

Les éléments possibles de projets pilotes d'aide temporaire à la sortie d'hospitalisation complète

A titre d'exemple, et en s'inspirant des divers dispositifs déjà mis en œuvre, les projets pourraient fondées sur les principes suivants :

- une évaluation des besoins si possible 48 heures avant la sortie d'hospitalisation complète par des personnels hospitaliers formés, assistés par les travailleurs sociaux des caisses de sécurité sociale ;
- les modalités d'une participation active du médecin traitant à la sortie d'hospitalisation, par exemple lors de l'élaboration de l'ordonnance de sortie ;
- une aide effective le jour de la sortie (ce qui suppose de traiter la question des vendredis et des week ends) ;
- une aide d'une durée limitée (15 jours à 3 semaines) et d'un montant réduit (financement de 5 à 15 heures d'aide) ;
- une aide qui n'est pas réservée aux seules personnes dont le GIR prévisible est de 5 à 6 ;
- un suivi des personnes bénéficiant de l'aide ;
- une évaluation de l'impact de l'aide sur les durées de séjour en hospitalisation complète et sur le taux de réadmission des personnes aidées, par rapport à un groupe témoin ne bénéficiant pas de l'aide.

La question de la subsidiarité ou de la complémentarité avec les aides proposées par les collectivités locales ou les organismes complémentaires au travers de contrats santé ou assistance devra être étudiée.

A cette fin, certains projets pilotes pourraient comporter un tour de table associant aux régimes obligatoires de sécurité sociale des organismes d'assurance complémentaire, ainsi que les conseils généraux et communes concernés, l'ensemble fonctionnant en « pool » de financeurs.

2. Une meilleure gestion intra-hospitalière des sorties

Le HCAAM l'avait noté dans son rapport d'avril 2010 : l'organisation actuelle des établissements de santé ne favorise pas une gestion optimale des sorties d'hospitalisation. Cette fonction n'est généralement pas gérée par des personnels dédiés[63].

Il conviendrait donc de renforcer et de professionnaliser la fonction de gestion des sorties d'hospitalisation.

Plusieurs orientations de travail devraient ainsi faire l'objet d'une évaluation :

- la systématisation de la remise le jour de la sortie des documents nécessaire à la continuité de la prise en charge du patient en ville, en SSIAD ou en EHPAD[64] ;
- le suivi des recommandations de sortie ;
- la garantie de l'accès des services hospitaliers à un ensemble de données complètes sur la situation sanitaire et sociale de la personne, et sur l'ensemble des professionnels susceptibles d'assurer sa prise en charge en ville (cf. Thématique n°2) ;
- l'utilisation d'outils permettant d'appréhender, au sein de l'hôpital, le niveau de complexité de la personne et le niveau de « temps » qui doit être consacré à sa prise en charge sanitaire et sociale en dehors de l'hôpital ;
- le suivi particulier des ré-hospitalisations ;
- l'appel à des compétences complémentaires aux services hospitaliers.

Les éléments possibles de projets pilotes de financement de personnels dédiés à l'organisation des sorties d'hospitalisation :

Pour les personnes âgées les plus lourdes, il conviendrait de tester l'opportunité du recours à des agents experts, par exemple un infirmier gériatrique s'appuyant sur des travailleurs sociaux.

Du côté des médecins hospitaliers, l'accent pourrait être mis sur les modalités de communication avec les professionnels libéraux appelés à prendre le relais du soin à domicile, et très particulièrement la communication avec le médecin traitant : nature et contenu du courrier de sortie, délai de rédaction et de transmission de ce courrier, possibilité d'en obtenir aisément un commentaire dans le cadre d'un dialogue entre médecins, etc.

Cet investissement en temps et en personnel des établissements de santé pourrait faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS. Sur la base d'un bilan de départ, pour un établissement diminuant la durée de séjour et / ou le taux de réadmission des personnes âgées en perte d'autonomie, une partie de l'économie sur la rémunération à l'activité de l'établissement pourrait être convertie en crédits Missions d'intérêt général (MIG), pour permettre le financement des personnels affecté à une meilleure gestion des sorties.

3. La mise à disposition de l'hôpital (par « réservation contractuelle ») de places de SSIAD et d'EHPAD de « transition », permettant de prendre en charge rapidement une personne âgée en sortie d'hospitalisation pour une durée de 45 jours, avant décision d'orientation définitive (retour à domicile, institutionnalisation etc.).

Les expériences d'hébergement temporaire en EHPAD ou de places de SSIAD de transition (par exemple en Gironde, avec Transi-SSIAD) montrent l'intérêt de disposer d'un volant de places pouvant être rapidement mobilisées pour permettre une sortie d'hospitalisation rapide.

[63] On le mesure d'un chiffre : les personnels éducatifs et sociaux ne sont qu'environ 18 000 sur les quelque 1,3 million d'agents des établissements de santé. Par ailleurs, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) n'existent pas dans l'ensemble des hôpitaux publics, et leurs personnels sont très largement tournés vers les missions d'ouverture de droits et d'accès aux soins des publics précaires.

[64] Pour les transferts en SSR, en HAD et en psychiatrie, le dossier médical hospitalier « suite » le patient.

Le délai est alors mis à profit pour identifier la meilleure orientation pour la personne âgée, et préparer soit le retour à domicile dans des conditions optimales (prestations de soins d'entretien, mise en place d'une aide à domicile, adaptation de l'habitat), soit l'entrée définitive en EHPAD.

Certains membres du HCAAM estiment que la même logique devrait conduire à disposer de places de SSIAD en aval des prises en charge en HAD.

Les éléments possibles de projets pilotes de fongibilité plus poussée des crédits sanitaires et médico-sociaux :

Un des enjeux d'un tel projet est d'établir que les crédits nécessaires à la création et l'immobilisation d'un nombre suffisant de places temporaires en SSIAD et en EHPAD engendrent des économies sur les dépenses hospitalières qui compensent les dépenses médico-sociales supplémentaires.
L'expérimentation régionale pourrait reposer sur un mécanisme de fongibilité permettant de financer ces prises en charge temporaires sur la base des économies réalisées sur des journées en MCO ou en SSR.
Par exemple, si un hébergement temporaire est mis en place par un EHPAD, celui perçoit de l'assurance maladie par journée la moitié du coût de la journée d'hospitalisation évitée en MCO ou en SSR.

Thème n° 3 - La coopération des professionnels de santé et médico-sociaux visant à prévenir la perte d'autonomie

Le HCAAM estime qu'il faut mettre en place sous le régime d'expériences « pilote », et évaluer l'impact soignant et financier, de différents schémas de coordination des soins ambulatoires ayant pour but d'organiser de la façon la plus efficace possible les interventions de prévention des professionnels dispensant, en ville (mais en lien avec l'hôpital) des soins curatifs, des soins d'entretien, de la formation et de l'information pour la santé, des aides à domicile, aussi bien pour les personnes déjà dépendantes, pour celles qui en sont menacées en raison de leur fragilité et pour les aidants naturels de ces personnes « fragiles » ou déjà dépendantes .

Dans son rapport sur le *Vieillissement* du 22 avril 2010, le HCAAM avait identifié deux fonctions au sein de la notion globale de « coordination des soins » autour de la personne[65], normalement confiée au médecin traitant :
- la « synthèse médicale » qui doit rester par principe le rôle du médecin traitant ;
- et la « coordination soignante et sociale » qui peut être déléguée par lui, selon la complexité du cas, à un professionnel de santé libéral (c'est-à-dire, la plupart du temps, à une infirmière), à une équipe pluridisciplinaire, ou à un travailleur social.

Le HCAAM souligne à nouveau qu'il faut s'appuyer sur ces deux fonctions pour valider de nouveaux modèles de coordination effective de la prévention et du suivi des personnes âgées concernées par la perte d'autonomie (qu'elle soit physique, sensorielle, de communication …).

Un projet pilote pourrait consister à permettre à un binôme médecin traitant / professionnel paramédical (le plus souvent un infirmier) d'établir, au plus près des besoins de la personne et de l'offre locale de soins au sens large (sanitaire et médico-social), sur le double volet médical et infirmier (mais aussi, le cas échéant, de kinésithérapie, d'orthophonie, d'orthoptie etc.) un protocole de maintien de l'autonomie, incorporant la dimension médico-sociale.

L'un des enjeux est de mesurer l'impact que peut avoir la formalisation d'un dispositif de coordination :

- autour de la personne âgée, fragile mais n'ayant pas perdu son autonomie,
- autour de la personne âgée ayant une perte d'autonomie limitée et vivant à domicile,

en termes, non seulement de qualité de vie de la personne et des ses proches aidants, mais aussi de dépenses de soins aigus, notamment d'hospitalisation complète, ainsi que les dépenses liées à l'aggravation de la perte d'autonomie (APA, résidence en EHPAD).

Les éléments possibles de projets pilotes de protocole interprofessionnel de prévention et de suivi de la perte d'autonomie :

Le dispositif de suivi et de prévention pourrait s'appuyer sur une formalisation expresse, sur la base d'un protocole type validé par la HAS, de l'action soignante et des actions d'accompagnement visant au maintien de l'autonomie de la personne âgée fragile.
Il pourrait s'agir :

[65] Laquelle ne se confond pas (cf. rapport du HCAAM sur le Vieillissement d'avril 2010, p.123) avec les deux autres niveaux de coordination que sont la coordination interprofessionnelle de territoire (qui renvoie par exemple au rôle des « coordonnateurs » installés dans chaque MAIA par le Plan Alzheimer), et la coordination juridique et financière d'ensemble, où les ARS jouent un rôle pivot.

- soit d'un document établi pour chaque personne à un âge suffisamment avancé pour que le risque de perte d'autonomie soit présent mais avant que cette perte d'autonomie ne soit survenue.
- soit d'un document établi lors d'une première prescription d'actes de « nursing » infirmier.

En pratique, il faudrait que ce protocole soit réalisé avant que la personne âgée ait demandé l'APA (et au plus tard de manière simultanée à une telle demande).

Les événements qu'on souhaite éviter et les moyens de les prévenir figureraient dans le document. Il en serait ainsi de la prévention de la dénutrition, des chutes, de l'iatrogénie médicamenteuse, des soins et des aides à la vie quotidienne nécessaires au maintien de l'autonomie (y compris aménagement du logement) etc.

Idéalement, ce document devrait être « revisité » régulièrement ou au moins à la suite d'une modification des conditions de vie de la personne (on peut penser à la perte du conjoint, de l'aidant principal ou à un retour d'hospitalisation).

L'articulation avec les services des conseils généraux, et la suppression des « doublons » de diagnostic, est évidemment un point essentiel. Notamment, si, par la suite, la personne est amenée à demander l'APA, ce document devra servir à la définition du plan d'aide pour éviter les redondances à la fois pour la personne et pour les financements.

Le protocole formalisé comprendrait :

- les éléments médicaux essentiels concernant la personne, notamment médecins spécialistes à consulter, soins infirmiers ou d'autres paramédicaux nécessaires, liste des médicaments, éléments concernant la dénutrition et conseils pour la prévenir le cas échéant ;
- les limitations dans les actes de la vie quotidienne et aides nécessaires pour y faire face (soins d'entretien infirmiers, soins de rééducation/réadaptation, services d'aide à domicile, prestataires de services) ;
- l'aménagement du logement conseillé, notamment pour éviter les chutes ;
- les points de vigilance à avoir à la fois sur les comportements, sur l'environnement de la personne (état de santé des aidants « naturels », isolement social, habitat) ;
- les événements marquants concernant la personne tant du point de vue sanitaire (par exemple hospitalisation) que de son environnement ;
- les coordonnées des professionnels et services intervenant auprès de la personne.

Le protocole serait rempli par le médecin traitant avec l'appui d'un infirmier ou le cas échéant, selon les besoins particuliers de la personne, par autre professionnel de santé ou avec les éléments transmis par un autre professionnel de santé, après une visite à domicile.

Il remplacerait, pour les infirmiers, la démarche de soins infirmiers (DSI).

On peut également concevoir une démarche dans laquelle le professionnel de santé libéral jouerait un rôle plus important, mais toujours en lien avec le médecin traitant et dans le cadre de la fonction de référence assurée par ce dernier[66].

Les autres intervenants (pharmacien, laboratoire d'analyse, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, aide soignante, auxiliaire de vie, assistante sociale, etc.) seraient coordonnés par le professionnel de santé chargé de la coordination soignante (lequel serait le plus souvent une infirmière), qui ferait ainsi le lien entre les professionnels sanitaires et médico-sociaux.

Une visite à domicile serait indispensable pour vérifier que le logement ne présente pas de danger pour une personne âgée fragile et plus largement pour connaitre ses conditions de vie (environnement, lien avec les proches, aidants).

Ce protocole serait mis à jour régulièrement ou lors d'un événement marquant la vie de la personne (hospitalisation, disparition du conjoint ou de l'aidant principal …).

Sa mise en œuvre supposerait évidemment la mise en place, simultanée et indissociable, d'un « document de suivi » des différents soins et actes effectués par l'ensemble des professionnels concernés (cf. Thème n°1)

[66] Certains membres du HCAAM estiment que cette fonction de coordination soignante du professionnel de santé non médecin, tout en étant déléguée par le médecin traitant dans le cadre de sa fonction de coordination d'ensemble, doit, pour être identifiée sans ambiguïté, faire l'objet d'une désignation spécifique (p.ex. : « infirmière référente », « infirmier traitant », « professionnel repère » …).

Thème n°4 - Faciliter la mobilisation par le médecin traitant de différents accompagnements spécialisés, et notamment des diagnostics et accompagnements sociaux

Une fonction « logistique » lourde n'est envisageable que pour un nombre restreint de malades très complexes (ainsi, les « gestionnaires de cas » des « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer » (MAIA), qui constituent une importante innovation du « Plan Alzheimer 2008-2012 », n'ont vocation à concerner que quelques dizaines de milliers de patients parmi les plus complexes).

En revanche, il est souhaitable que pour un nombre beaucoup plus importants de personnes très âgées, le médecin traitant (ou, si une mise en place pluridisciplinaire existe – cf. thématique n°2 – l'équipe pluridisciplinaire de référence) puisse disposer aisément d'appuis fonctionnels sous la forme, par exemple :

a) de l'élaboration d'un diagnostic synthétique sur les besoins d'aménagement du domicile, en prévention des risques notamment de chute,[67]

b) d'un avis expert ou d'une évaluation gériatrique spécialisée, permettant d'améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers et notamment les hospitalisations injustifiées ou les admissions par les services d'urgences,

Il convient là de s'inspirer des enseignements à tirer de plusieurs dispositifs locaux allant déjà dans ce sens : mise à disposition des médecins coordonateurs et des médecins de ville d'un numéro unique d'appel au sein de l'hôpital, mettant directement en relation avec un médecin et accessible sur de larges plages horaires, interventions d'équipes mobiles gériatriques à la demande de professionnels de santé pour des évaluations gériatriques « hors les murs », etc[68].

c) d'un diagnostic précis des besoins d'auxiliaires de vie pour la personne et son entourage, tel qu'il peut être conduit par un CLIC ou un CCAS,

d) d'un suivi de la prise en charge globale de la personne à domicile (observance des traitements et analyse prescrits) et de la bonne coordination des différents intervenants soignants et sociaux,

e) d'intervention d'autres professionnels – notamment de professionnels de santé libéraux – pour assurer des tâches de formation et d'information de l'entourage familial.

On peut noter que tout ou partie de ces fonctions sont souvent, d'ores et déjà, assurées par des infirmiers dans le cadre des séances de soins infirmiers en AIS, alors qu'elles relèvent d'une autre fonction soignante (laquelle pourrait précisément, dans bien des cas, être précisément assurée par un infirmier, mais sur la base d'une rémunération et d'un suivi spécifique).

A cela s'ajoute qu'un certain nombre de ces services pourrait également être fourni par une structure d'appui, en fonction de celles qui existent déjà ou sont en train de se constituer :

[67] Pour ce diagnostic pourrait être utilisé, par exemple, l'Outil de repérage des risques d'accidents domestiques élaboré par la Commission de la sécurité des consommateurs et l'Agence nationale des services à la personne.

[68] Sur les 230 équipes mobiles qui ont été crées, 70% déclarent réaliser, d'ores-et-déjà, des évaluations en EHPAD ou à domicile. A titre d'exemple, l'équipe mobile gériatrique du CHU de Limoges intervient sur appel d'un professionnel de santé (médecin, infirmière libérale, assistante sociale) sur appel à un numéro unique de régulation téléphonique.

réseau gérontologique, maison de santé pluridisciplinaire, CLIC de niveau 3, plate-forme d'appui ou de service, SPASSAD…

Les éléments possibles de projets pilotes d'appui au médecin traitant, sous forme de prestations de service aisément mobilisables

De nombreux dispositifs peuvent être envisagés pour permettre le déclenchement par le médecin traitant de différents services d'évaluation des besoins et de suivi à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

- Mise à disposition de ressources sur la base d'un protocole conjoint (une ARS, un ou plusieurs conseils généraux, un centre hospitalier…) de mise à disposition de moyens, permettant de sécuriser le maintien à domicile :

* Professionnel d'équipe mobile de gériatrie
* Professionnel de santé ou professionnel soignant « expert » (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, etc.)
* Travailleurs sociaux.

- Recours à des services soignants ou sociaux (par exemple des groupements de professionnels libéraux, ou des services polyvalents : « Services polyvalents d'aide et de soins à domicile » - SPASAD), pour assurer, en plus de leur prestation soignante et sociales, des fonctions de « coordination soignante et sociale » des patients à domicile : aménagement des plannings d'intervention, appui aux aidants, le cas échéant sensibilisation des professionnels d'aide à domicile, prévention.

Thème n° 5 : optimiser les parcours de soins entre EHPAD et hôpital pour les personnes âgées atteintes de pathologies lourdes mais ne nécessitant pas d'hospitalisation complète

L'OCDE, dans son rapport sur les soins de longue durée[69], estime que l'articulation entre les soins aigus et les structures de prise en charge « de long terme » (SSR, services et établissements médico-sociaux) est un enjeu majeur. 80% des pays de l'OCDE déclarent rencontrer des problèmes d'interface entre ces deux types de prises en charge.

La fréquence et la durée d'hospitalisation des personnes âgées résidant en EHPAD[70] justifient une forte mobilisation, dans l'intérêt des personnes elles-mêmes, des établissements les hébergeant, mais également pour éviter les dépenses lourdes associées à un séjour hospitalier non approprié. Par ailleurs, il apparaît que les résidents des EHPAD atteints de maladies chroniques lourdes, comme l'insuffisance rénale chronique terminale, ont peu accès à des modes de prise en charge « ambulatoires », ce qui engendre des transports sanitaires répétés vers des centres spécialisés.

Afin de promouvoir des prises en charge plus légères que l'hospitalisation complète pour certains résidents en EHPAD, deux orientations, parmi d'autres, peuvent être suggérées :

a) Promouvoir les prises en charge ambulatoires de pathologies lourdes en EHPAD en plaçant hors forfait certaines interventions des professionnels libéraux

Le forfait soins des EHPAD comprend en principe la totalité des actes infirmiers dont doivent bénéficier les résidents. Or certaines prises en charge nécessitent une présence infirmière spécifique qui s'ajoute aux soins d'entretien.

Eu égard à leur caractère variable ou épisodique, ces situations ne justifient pas forcément une augmentation permanente du personnel infirmier de l'EHPAD[71]. Mais en même temps, elles se révèlent très difficiles à gérer dans le cadre des effectifs infirmiers présents, et peuvent conduire à des hospitalisations. Il pourrait donc être envisagé de placer des interventions de ce type « hors forfait soins ».

Les éléments possibles de projets pilotes d'intervention d'infirmier libéral hors forfait soins de l'EHPAD
Un exemple typique de besoin de soins infirmiers lié à un traitement spécifique est fourni par celles des personnes âgées pour lesquelles il est à la fois possible et indiqué d'envisager un traitement par dialyse péritonéale de leur insuffisance rénale.
Sur un tel sujet, le projet pilote consisterait par exemple à rémunérer « hors forfait soins » l'intervention des infirmiers libéraux pour les résidents en EHPAD insuffisants rénaux chroniques bénéficiant d'une dialyse péritonéale, dans le cadre d'un contrat conclu entre l'ARS et des EHPAD volontaires.

[69] « *Help Wanted ? Providing and paying for long-term care* » (« *Besoin d'aide ? Dispenser et financer les services liés à la dépendance* »), mai 2011.
[70] Le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD (nombre de résidents hospitalisés sur nombre de résidents) présents est de 40% pour 19 jours d'hospitalisation annuels en moyenne selon l'enquête EHPA 2003 de la DREES. L'enquête PLEIAD déjà citée par le HCAAM dans son rapport annuel pour 2010 estime que 70% des sorties de l'EHPAD sont liées à des hospitalisations.
[71] Sachant que le HCAAM a pris position, dans son rapport d'avril 2010 sur le *Vieillissement*, sur le fait que l'accroissement de l'encadrement soignant en EHPAD était une chose nécessaire, dès l'instant que les modalités de cette présence renforcée (par exemple : astreinte infirmière de nuit) et les exigences de résultat (par exemple : régulation du recours aux urgences hospitalières) en étaient suffisamment définies.

L'exemple de la dialyse péritonéale est cité ici en raison de la documentation particulière dont il a déjà fait l'objet. La DSS a notamment chiffré l'économie nette par résident à 21 350€/an traité par rapport à la dialyse en centre, soit 5,5M€[72] de gain sur l'ensemble des résidents des EHPAD souffrant d'IRCT.

Les éléments de connaissance déjà rassemblés sur la dialyse justifieraient d'ailleurs, aux yeux de plusieurs membres du HCAAM, que la tarification « hors forfait » de la dialyse péritonéale soit mise en place d'entrée de jeu sur l'ensemble du territoire. Son caractère « pilote » serait alors à comprendre comme précurseur, non pas d'une généralisation géographique, mais d'autres tarifications « hors forfait » susceptibles d'être envisagées.
En effet, au-delà de cet exemple de la dialyse, il convient de valider les cas et conditions dans lesquelles d'autres prises en charge spécifiques, caractéristiques d'une alternative à l'hospitalisation complète, peuvent être financées en sus du forfait partiel ou global de l'EHPAD

b) Promouvoir la HAD en EHPAD par une contractualisation entre ARS et EHPAD sur un objectif de réduction des hospitalisations complètes.

Le récent rapport de l'IGAS sur la HAD[73] estime que figure, parmi les facteurs de blocage dans le développement ce type de prises en charge en EHPAD, l'abattement de la rémunération de la structure de HAD. Or, l'IGAS indique que les médecins coordonateurs d'EHPAD sont très demandeurs que la HAD prenne le « relais » pour certains résidents lourds, ne nécessitant pas d'hospitalisation complète. Il pourrait donc être envisagé de supprimer cet abattement dès lors que l'EHPAD s'engage à diminuer son taux d'hospitalisations « inadéquates ».

De même, il conviendrait de limiter le nombre de personnes âgées résidant en EHPAD qui sont hospitalisés les derniers jours de leur vie pour des soins palliatifs, sans justification curative réelle. Près de 50% des personnes de 85 ans et plus meurent à l'hôpital ou en clinique, contre 20,5% en maison de retraite et 28% à domicile.[74]

Les éléments possibles de projets pilotes sur la fin de vie, à domicile et en EHPAD.
La nomenclature de « soins palliatifs » en HAD est centrée sur la prise en charge de la douleur pour des patients atteints des pathologies les plus lourdes.
Or l'IGAS rappelle que les décès des personne âgées sont loin d'être tous des « fins de vie pathologiques » nécessitant une hospitalisation complète et estime qu'en établissement médico-social (et a fortiori à domicile), « *La fin de vie se gère de façon plus douce, et l'accompagnement peut être mieux préparé* ».
Il pourrait être expérimenté un forfait d'HAD « fin de vie de la personne âgée dépendante » qui permette une prise en charge de la fin de vie « naturelle » au sein de l'EHPAD ou à domicile, l'équipe de HAD apportant son soutien aux personnels de l'EHPAD et à la famille.

[72] D'après le rapport REIN 2009, au 31/12/2009, pour 20 régions étudiées, 12 791 patients de plus de 75 ans étaient en IRCT traitée par dialyse.
[73] *Hospitalisation à domicile*, rapport de l'IGAS, novembre 2010 : « *Le nombre de patients pris en charge avec les EHPAD reste modeste et l'activité concernée est très marginale (2.18% du nombre de journées en 2009). Les relations se sont développées dans certains domaines, notamment pour l'accompagnement des fins de vie. La valeur ajoutée apportée par l'HAD a été appréciée par des structures souvent démunies de moyens intrinsèques techniques et humains. En revanche, les autres prises en charge semblent freinées (par exemple l'antibiothérapie) car elles mobilisent trop de temps paramédical au sein des EHPAD. En fait, les résultats sont assez hétérogènes d'une région à l'autre, le partenariat étant le plus développé dans les régions PACA et Bretagne. (…) Dans ce contexte, le faible recours à l'HAD s'explique dans une large mesure par l'impossibilité d'assurer au niveau de l'EHPAD sa part dans les soins médicaux et paramédicaux.* »
[74] Source : *La mort à l'hôpital*, rapport de l'IGAS, 2009.

Conclusion

Quelles que puissent être les modalités d'attribution, de financement et de gouvernance d'une nouvelle « protection » contre la perte d'autonomie des personnes âgées, **une réalité s'impose : le cumul très fréquent des situations de poly-pathologie et de perte d'autonomie chez les personnes du grand âge.**

En conséquence, saisi par le Premier ministre de la question de l'articulation des dépenses d'assurance maladie et des dépenses appelées à couvrir la « dépendance » des personnes âgées, **le HCAAM estime impératif que les conditions de mise en œuvre de l'aide à la « dépendance » soient pensées en étroite continuité avec l'offre de soins.**

Le HCAAM souligne tout autant que le système de soins doit se mobiliser davantage **sur les enjeux de prévention de la perte d'autonomie, et que cette mobilisation suppose une meilleure coordination des interventions soignantes et sociales, et une meilleure prise en considération réciproque**.

Cet « enchaînement vertueux », entre la prise en compte des enjeux soignants par les mécanismes d'aide à l'autonomie et la prise en compte des enjeux d'autonomie par le système de soins, **est la condition absolue pour que la prise en charge de l'autonomie des personnes âgées ne crée pas une impasse financière supplémentaire pour les comptes publics.**

Les dépenses d'aide à l'autonomie peuvent, au contraire, être mises à profit comme de véritables outils d'amélioration, tout à la fois de la qualité des soins, et de la maîtrise de la dépense publique globale, appréciée sur le parcours de soins dans sa totalité.

Pour enclencher ce processus complexe et en éclairer le chemin, **le HCAAM recommande d'engager sans délai une démarche de préfiguration, reposant sur quelques dizaines de « projets-pilotes » animés au niveau national et mis en œuvre par les ARS**, destinés à démontrer, sur quelques thématiques exemplaires et prioritaires (amélioration des sorties d'hôpital, coordination en médecine ambulatoire, recueils partagés d'indicateurs de pratique clinique et sociale …) qu'un emploi plus efficient de l'argent public est possible, dans l'intérêt des usagers et du système soignant dans son ensemble, en direction de l'accompagnement ambulatoire, du soin d'entretien et de l'aide sociale à domicile.

*

Le HCAAM n'a, délibérément, pas entendu aborder les questions qui, ne relevant pas de son champ de compétence, concernaient plutôt celui des groupes spécifiques mis en place par le gouvernement : à savoir le niveau de prise en charge publique d'une nouvelle « protection de l'autonomie », la nature de ses ressources et les modalités de sa gouvernance.

Pour autant, il est conscient que l'objectif visant à insérer le mieux possible l'aide à l'autonomie dans le « parcours soignant » de la personne âgée n'est pas sans incidence sur ces questions :

- d'une part, parce qu'une cohérence est forcément à trouver entre l'universalité des prestations d'assurance maladie et celle des prestations d'aide à l'autonomie, si l'on veut que ces dernières puissent se substituer, dans l'intérêt de la personne et de sa famille, à des soins

moins adéquats et plus coûteux pour les finances publiques. A tout le moins, il ne faut pas que les conditions d'accès ou de reste à charge de ces aides se révèlent dissuasives ou pénalisantes pour l'usager, par rapport à ce qu'aurait été sa prise en charge dans le système de soins.

- d'autre part, parce que doit être clairement assumée à terme, c'est-à-dire au-delà de la phase de projets pilotes recommandée par le HCAAM, la mise en œuvre d'une gestion cohérente des prestations au niveau local (où coexistent aujourd'hui les compétences des ARS dans le champ soignant, des conseils généraux dans le champ social et des CARSAT dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie), et d'une animation intégrée au niveau national.

Sur ces deux points, pour lesquels il n'était pas sûr *a priori* que puisse se dégager une convergence de vue au sein du HCAAM, et pour lesquels, de surcroît, la composition du HCAAM – qui ne comporte pas de représentants des conseils généraux – ne permettait pas que s'expriment tous les avis, il a paru préférable que la réflexion s'engage sur la base d'éléments plus concrets, tels que ceux qui sont attendus des projets-pilotes proposés par le HCAAM.

_____

Lettre de saisine du Premier Ministre

Le Premier Ministre

05580

Paris, le 13 JAN. 2011

Monsieur le Président,

A l'issue de la réunion interministérielle du 15 décembre dernier, j'ai annoncé mon intention de saisir le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans le cadre du débat national sur la dépendance.

Il m'apparaît en effet particulièrement important que soient analysés et discutés les points de recoupement, et donc les articulations à trouver, entre la prise en charge de la dépendance et l'assurance maladie.

Votre Haut conseil a d'ores et déjà contribué, dans son avis d'avril 2010 intitulé Vieillissement, longévité et assurance maladie, à éclairer la question de l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé. Faisant apparaître que la cause première des dépenses élevées constatées au grand âge était la maladie et non la vieillesse, vos travaux montraient que la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes très âgées était un révélateur des dysfonctionnements de notre système de santé et que de nombreux surcoûts pouvaient s'expliquer par une insuffisante coordination des différentes interventions.

Vous aviez alors indiqué, et vous avez réaffirmé dans votre rapport annuel pour 2010, qu'il était crucial de prendre en compte, non seulement la très forte interaction entre les prestations sanitaires et médico-sociales, mais aussi l'articulation avec les aides de nature sociale, et notamment l'accompagnement et la compensation de la dépendance des personnes âgées.

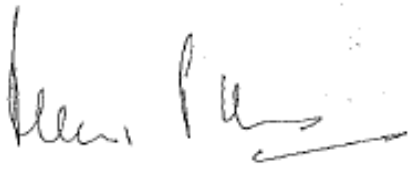
Cette approche globale me paraît particulièrement nécessaire, dans un contexte où la situation des finances publiques nous impose une vision d'ensemble de l'efficience de nos dépenses collectives. C'est bien la réponse globale aux besoins des personnes âgées dépendantes que nous devons améliorer, en sachant définir la manière dont chacun de nos grands systèmes de solidarité peut y apporter le plus juste concours, qu'il s'agisse des soins d'une part, et de la compensation de la dépendance, d'autre part.

Monsieur Denis PIVETEAU
Président du Haut Conseil pour l'Avenir
de l'Assurance Maladie
14 Avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

C'est pourquoi, conformément aux dispositions de l'article 72 de la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, je saisis votre Haut conseil afin que, dans le prolongement de ses travaux, il analyse les liens entre les différents dispositifs d'intervention en faveur des personnes âgées dépendantes (assurance maladie, collectivités locales, Etat) et qu'il propose une articulation entre la prise en charge des soins et celle de la dépendance, en recherchant les voies d'une plus grande cohérence de ces politiques et d'une meilleure prévention de la survenue de ces situations de dépendance.

Afin de concourir utilement à la concertation nationale que j'engage, il conviendrait que les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie soient disponibles avant la fin de ce semestre.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



François FILLON

NOTE DE CHIFFRAGE DU CHAPITRE PREMIER

Essai de chiffrage et de classification des dépenses d'assurance maladie au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie

Sur les bases des analyses développées dans la partie 1 du rapport du HCAAM, le secrétariat général du HCAAM a entrepris d'établir de nouveaux chiffrages des dépenses publiques d'assurance maladie concernant les personnes âgées en perte d'autonomie.

L'objectif était d'obtenir des chiffres plus complets que ceux qui existaient, car tentant d'appréhender l'ensemble des dépenses d'assurance maladie au profit des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'ils soient à domicile ou en établissement. En particulier, il était important de tenter de chiffrer les dépenses d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes résidant en EHPAD, qui n'apparaissent dans aucun compte de la dépendance publié à ce jour.

Il était également d'obtenir des chiffres plus « détaillés », pour permettre la classification des dépenses d'assurance maladie en fonction des besoins couverts selon la grille présentée en introduction et en partie 1 du présent rapport :
- les dépenses directement liées à la perte d'autonomie –principalement des « soins d'entretien », mais aussi des aides techniques ;
- les dépenses de « soins cliniques et techniques », qui sont plus liées à la maladie qu'à la perte d'autonomie, même si cette dernière peut être un majorant de ces dépenses.

1. Présentation de la démarche

Comme plusieurs groupes ayant contribué au débat national sur la dépendance, le secrétariat du HCAAM s'est heurté à l'absence de données individuelles chaînées sur les dépenses d'assurance maladie, que ce soit sur l'exhaustivité des personnes prises en charge, ou sur un panel représentatif. Le HCAAM a pu bénéficier néanmoins des premières exploitations par la DREES de l'appariement entre les données sur la situation de perte d'autonomie des personnes interrogées par l'enquête Handicap santé dans son volet portant sur les ménages ordinaires (HSM) et leurs dépenses remboursées de soins de ville données SNIIRAM.

Il s'est appuyé à cette fin :
- sur ses propres calculs, en repartant des données sur les dépenses d'assurance maladie par âge de cinq ans de la note *Vieillissement, longévité et assurance maladie*) ;
- sur des données issues des bases de gestion utilisées par la CNSA (SAISEHPAD et GALAAD) ;
- sur certaines données utilisées par le groupe de travail chargé de réfléchir à une « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées », présidé par Bertrand Fragonard ;
- sur les premières données issues du travail précité de la DREES.

2. Méthodes de calcul et résultats intermédiaires

Deux points préalables sont à souligner.

i) Conformément au principe retenu dans la partie du présent rapport, il a été retenu un « seuil d'âge» de 60 ans pour être en harmonie avec le seuil d'éligibilité à l'APA en cas de perte d'autonomie ; la méthodologie se distingue donc de celle retenue par la Cour des comptes, qui panachait deux seuils d'âge, l'un à 75 ans pour la dépense de soins de ville et d'hospitalisation des personnes à domicile bénéficiant d'actes infirmiers e soins (AIS), l'autre à 60 ans pour les dépenses médico-sociales.

ii) Le secrétariat général du HCAAM n'a pas centré ses chiffrages sur les seules personnes âgées en GIR 1 à 4 car d'une part cette donnée a plus de pertinence dès lors qu'on est sur le champ pur de la dépense des aides compensation de la perte d'autonomie, et d'autre part cette variable n'est pas ou peu intégrée dans le financement des dépenses d'assurance maladie, à l'exception des forfaits soins des EHPAD où elle intervient via la prise en compte du Gir Moyen Pondéré. Cette règle connaît toutefois une exception pour la dépense de soins de ville, le chiffrage retenu par le SG du HCAAM portant exclusivement sur les GIR 1 à 4, pour des raisons exposées *infra*.

Les chiffrages *infra* ne permet pas de distinguer, dans l'ensemble des dépenses des personnes de 60 ans et plus qui sont « en perte d'autonomie », celles qui s'inscrivent en « surcoût » par rapport à celles des personnes de plus de 60 ans autonomes. Toutefois, dans la partie 2 de son rapport, le HCAAM a identifié au sein des dépenses d'hospitalisation des personnes en perte d'autonomie un montant de dépenses liées à des durées de séjour anormalement élevées dans un certains nombre de départements de résidence.

2.1. Personnes âgées résidant en EHPAD

Les efforts de chiffrage ont particulièrement porté sur :
- la décomposition des dépenses des forfaits soins des EHPAD pour distinguer celles relatives aux soins d'entretiens et de celles liées aux soins cliniques et techniques ;
- sur le chiffrage des dépenses d'hospitalisation des résidents ;
- la dépense de soins de ville des résidents des EHPAD complémentaires à celles couvertes dans les forfaits des tarifs partiels.

a) Décomposition des dépenses des forfaits soins des EHPAD entre soins cliniques et techniques et soins d'entretien

Les dépenses liées aux prises en charge des soins en EHPAD (forfaits soins) sont de trois natures :
- des soins d'entretien, très majoritairement, tous les forfaits des EHPAD médicalisés couvrant les dépenses d'infirmiers et d'aides soignants ;
- des dépenses de soins cliniques et techniques, pour les forfaits soins incluant les dépenses de médecine, de biologie et de radiologie (tarif global) ou de médicaments ;
- des dépenses d'aides techniques à la compensation de la perte d'autonomie, pour une partie des dispositifs médicaux non individualisés réintégrés dans les forfaits soins des EHPAD.

Le secrétariat général du HCAAM a donc retenu une méthodologie particulière pour tenter d'isoler la part de soins cliniques et techniques des forfaits soins des EHPAD.

Méthodologie du chiffrage de la part de soins cliniques et techniques des forfaits soins des EHPAD

1) Estimation de la part de la dépense médico-sociale dévolue aux EHPAD, par soustraction des dépenses de dotation des SSIAD.

2) Calcul des forfaits annuels moyens par place à GMP et GMPS national équivalent pour les quatre types de tarifs (global et partiel, avec ou sans dépenses de médicaments) et les deux modes de tarification existants (GMP seul ; GMPS).

3) Calcul de l'écart entre le tarif partiel sans médicament, supposé ne recouvrir que les dépenses de soins d'entretien, et les trois autres types de tarifs, comportant essentiellement des dépenses de soins cliniques et techniques.

4) Calcul de l'écart global de dépenses de chacun des tarifs vis-à-vis du tarif partiel sans médicament, prenant en compte le nombre de places conventionnées.

En appliquant cette méthodologie, le secrétariat général du HCAAM a estimé sur la base des dépenses d'assurance maladie de financement des forfaits soins des établissements et services pour personnes âgées (base OGD personnes âgées 2010), après avoir soustrait 1,150 Md€ de dépenses estimées de financement des SSIAD :

- **à près de 800 M€ la part des dépenses de soins cliniques et techniques financée par le forfait soins des EHPAD**
- **à 320 M€ les dépenses de dispositifs médicaux à déduire, du fait de l'impossibilité de les attribuer totalement à des soins d'entretien.**

(Pour le chiffrage détaillé, voir le tableau 1 de l'annexe 1)

Au final, la dépense des seuls soins d'entretien au sein des forfaits des EHPAD est estimé à 5,9 Md€.

b) Estimation de la dépense d'hospitalisation des résidents en EHPAD

Aucun chiffrage n'a été réalisé à ce jour. L'appariement de l'enquête Handicap santé dans son volet « institutions » (HSI) et des bases PMSI devrait à terme y pourvoir.

Dans l'attente de cet appariement, le SG du HCAAM a retenu la méthodologie suivante.

Méthodologie du chiffrage des dépenses d'hospitalisation des résidents en EHPAD

1) Calcul des dépenses d'hospitalisation annuelles moyenne en MCO, SSR, HAD et psychiatrie par consommant par tranches d'âge de cinq ans sur le champ de la population générale.

Utilisation des données PMSI 2008 de l'ATIH (dépenses moyennes et taux d'hospitalisation par tranches de cinq ans).

2) Calcul du taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD

Faute de données statistiques précises, on a eu recours à deux étapes :

1ère étape :
Calcul du taux d'hospitalisation de la population en EHPAD à partir des effectifs par âge quinquennal de la population en EHPAD (donnés par la base de données GALAAD) et du taux d'hospitalisation de la population générale des mêmes tranches d'âge.

Constat que ce taux moyen pondéré est inférieur à l'estimation de la DREES (37 %) fondée sur l'enquête EHPA de 2003)[75]

« Dans l'ensemble des maisons de retraite répondantes, on dénombre près d'une hospitalisation en cours d'année pour deux résidents : La moyenne des ratios du nombre de résidents hospitalisés en 2003 sur le nombre de résidents présents en fin d'année de chaque établissement est de 0,42. »

2ème étape :
Estimation du taux d'hospitalisation par âge des résidents en EHPAD en multipliant les taux d'hospitalisation de la première étape par le facteur 0,42/0,37.

3) Calcul de la population des résidents en EHPAD hospitalisée chaque année par l'application des taux moyens d'hospitalisation calculés à la 2ème étape à l'effectif de la population des résidents en EHPAD par tranches d'âge de cinq ans.

4) Calcul de la dépense totale d'hospitalisation des résidents en EHPAD, en appliquant la dépense moyenne calculée en 1) à la population calculée en 3).

A partir de cette méthodologie, le SG du HCAAM estime à 1,7 Md€ les dépenses d'assurance maladie liées aux hospitalisations des résidents en EHPAD en base 2008.

(Pour le chiffrage détaillé, voir le tableau 2 de l'annexe 1)

[75] « *Les données présentées dans cette note concernent uniquement les maisons de retraite. Elles s'appuient sur les informations recueillies lors de l'enquête EHPA2003 auprès d'environ les trois quarts des maisons de retraite. En effet, n'ont été retenues que les maisons de retraite de France métropolitaine ayant fourni lors de l'enquête des données exploitables sur le nombre de résidents hospitalisés en 2003 et le personnel salarié.*
L'enquête EHPA permet de connaître le nombre de résidents ayant résidé en établissement et hospitalisés en cours d'année et le cumul des durées d'hospitalisations, tous résidents confondus. Il est donc possible d'étudier le ratio 'nombre de résidents hospitalisés/nombre de résidents' ou 'nombre total de jours d'hospitalisation/nombre d'hospitalisations' ; cependant, on ne peut pas connaître finement la distribution des durées d'hospitalisation et donc isoler des établissements qui se distingueraient par une fréquence importante de courtes durées d'hospitalisation. L'unité est dans cette note l'établissement (et non pas le résident) : les taux moyens sont calculés par catégorie d'établissement, sans pondération de taille. »

c) Estimation de la dépense de soins de ville des personnes âgées en perte d'autonomie résidant en EHPAD, en complément des forfaits soins des EHPAD

Ces dépenses sont manquantes dans les chiffrages existants. Mais quand bien même on voudrait les prendre en compte, aucune source statistique n'est disponible pour apprécier ces dépenses, dans l'attente de l'appariement à venir des données HSI / SNIIRAM.

Le secrétariat général du HCAAM a tenté de les apprécier en partant des deux hypothèses suivantes :
- il a imputé aux résidents des EHPAD aux tarifs autres que global l'équivalent en dépenses de soins de ville de celles couvertes par le tarif global avec pharmacie à usage intérieur (PUI), **soit 1,2 Md€**[76] **;**
- tous les résidents des EHPAD ont des dépenses qui ne sont couvertes par aucun des tarifs (dépenses de spécialistes, dépenses dentaires, d'optique, de transports), qui peuvent être estimées à partir des données de dépenses remboursées de soins des personnes par tranches d'âge de cinq ans (données de la note Vieillissement), appliquées aux populations des résidents sur les mêmes tranches d'âge. **Ce calcul donne une dépense de 215 M€ au titre des dépenses de spécialistes, de dentistes, d'optique et de transports.**

Le secrétariat général estime à environ 1,4 Md€ la dépense de soins de ville à réintégrer à celles des résidents en EHPAD, au titre des soins cliniques et techniques (l'optique émargerait plutôt au titre des aides techniques, mais représente peu de dépenses pour l'assurance maladie obligatoire).

2.2. Personnes âgées résidant à domicile

a) Estimation de la dépense de soins de ville des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile

Le rapport du groupe « « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées » a procédé à une projection à partir du calcul de la Cour des Comptes, donnant un dépense de 3 Md€.

Ce même rapport mentionne l'approche différente retenue par la DREES dans le cadre de l'appariement précité. La DREES a constaté de faibles écarts de consommation entre personnes âgées dont le GIR est estimé entre 1 et 4, et celle entre 5 et 6 sur les dépenses de consultations médicales, de médicament, d'analyses etc. En revanche, elle a constaté de forts écarts sur les dépenses d'AIS, de masseurs-kinésithérapeutes et de dispositifs médicaux. La DREES a donc estimé que seul le surcoût lié à ces dépenses pouvait être à coup sûr être attribué à la perte d'autonomie. De ce fait, la DREES ne retient qu'une dépense de 1,5 Md€ au titre de la dépense « de soins de ville » de ces personnes.

Sur la base des données issues de l'appariement enquête HSM / SNIIRAM réalisé par la DREES, le secrétariat du HCAAM a procédé à un calcul de la dépense de soins de ville pour la population des personnes pouvant être classées en GIR 1 à 4, extrapolées à partir des personnes classées en GIR 1 à 4 par l'enquête HSM. Cet appariement distingue les différents postes des dépenses de soins de ville, ce qui a permis d'isoler les dépenses pouvant être

[76] Cette somme est calculée en extrapolant la consommation de soins cliniques et techniques des personnes âgées en établissement aux tarifs autres que global, à partir de celle des personnes au tarif global avec PUI, au prorata du nombre de places.

rattachées directement aux soins d'entretien : dépenses d'AIS, dépenses de masso-kinésithérapie, dépenses de dispositifs médicaux hors optique[77].

Ce calcul fait apparaître une dépense totale pour les quelques 900 000 personnes de 5,4 Md€, dont :
*** 3,6 Md€ de dépenses de soins cliniques et techniques**
*** 1,8 Md€ de soins d'entretien.**
(Pour le chiffrage détaillé, voir le tableau 3 de l'annexe 1)

b) Estimation de la dépense d'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile

Aucune donnée n'est disponible sur le taux d'hospitalisation de ces personnes.

Le rapport de groupe de Bertrand Fragonard reprend la projection de dépenses de la DB à partir du chiffrage de la Cour des comptes, qui concerne les personnes de plus de 75 ans bénéficiant de séances d'AIS, soit 2 Md€.

Le SG du HCAAM a tenté un calcul différent[78] et a estimé **à 2,7 Md€ les dépenses d'assurance maladie liées aux hospitalisations des personnes âgées dépendantes à domicile. Cette hypothèse est très vraisemblablement un minorant, car il sous-estime vraisemblablement le montant des dépenses moyennes annuelles d'hospitalisation de ces dernières.**

(Pour le chiffrage détaillé, voir le tableau 4 de l'annexe 1)

[77] Grâce à une analyse de la DREES des postes de dépenses de dispositifs médicaux hors optique, il a été possible de reventiler 400 M€ vers les dépenses de soins cliniques et techniques.

[78] La DREES a fourni les taux d'hospitalisation par tranche d'âge de cinq ans des personnes dépendantes de l'enquête HSM, calculés au travers de la question « *Avez-vous été hospitalisé au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?* ». La DREES précise que la réponse à cette question est probablement affectée d'un biais de mémoire (les gens sous-estiment le nombre de leurs hospitalisations).
Le SG du HCAAM a imputé ce taux d'hospitalisation à la population des personnes âgées dépendantes à domicile calculé par la DREES à partir de la même enquête, et appliqué à cette population les dépenses moyennes annuelles d'hospitalisation par tranche de 5 ans issues de la note Vieillissement.

3. Résultats globaux

Les résultats de ces calculs sont consignés dans le tableau suivant. Ces chiffres sont établis en base 2010, mais il faut noter que le secrétariat général du HCAAM a dû recourir pour certains chiffrages à des dépenses moyennes issues de la note Vieillissement HCAAM, sur des données 2008.

(figurent en rouge, les calculs du SG du HCAAM, en vert les chiffres repris du groupe de travail « stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées », en noir les totaux)

	Protection de la santé		Accompagnement de la perte d'autonomie	Dépenses ressortissant de plusieurs besoins	TOTAL assurance maladie
	Soins cliniques et techniques		Soins d'entretien		
soins de ville					
personnes à domicile hors SSIAD			1801		1801
personnes à domicile SSIAD			1155		1155
personnes hors SSIAD et SSIAD		3620			3620
	Hors Forfait EHPAD	*Forfait EHPAD*			
personnes en EHPAD hors DM	1423	800	5900		8123
personnes en EHPAD DM				320	320
hospitalisations hors USLD					
personnes à domicile		2101			2101
personnes en EHPAD		2790			2790
USLD				990	990
TOTAL assurance maladie	1423	9312	8856	1310	20901
TOTAL soins d'entretien			8856		

Calculs du secrétariat général du HCAAM. Source : HCAAM note Vieillissement, DREES, CNAMTS, ATIH, CNSA.

Ce nouveau chiffrage permet de fixer les « bornes haute et basse » des dépenses d'assurance maladie (hors dépenses d'action sociale) concernant les personnes âgées dépendantes :

La borne haute, constituée par la nouvelle estimation des dépenses totales d'assurance maladie au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie, s'établit à 20,9 Md€.

La borne basse, constitué par les seules dépenses de soins d'entretien directement identifiables, s'établit à 8,9 Md€.

On passe donc du simple au double suivant le périmètre des besoins retenus.

Annexe 1 : tableaux intermédiaires de calcul du secrétariat général du HCAAM

Tableau1 : chiffrage de la part des soins cliniques et technique au sein des forfaits soins des EHPAD

modalité Tarifaire	option Tarifaire	PUI	Nombre de conventions	Nombre de places	PMP	GMP	GMPS	Tarif plafond par point	Coût annuel place	Ecart tarif partiel hors PUI coût annuel à GMPS égal	Dépenses totale	Dépense équivalent tarif partiel	Delta soins cliniques et techniques	annuel à ajouter pour estimer soins cliniques et techniques	Montant annuel total soins cliniques et techniques hors forfaits
	partiel	Avec PUI	172	16951		665		10,01	6 655 €	359 €	112 809 725 €	106 724 086 €	6 085 640 €	1 975 €	33 471 017 €
		Sans PUI	2226	145855		665		9,47	6 296 €	- €	918 308 156 €	918 308 156 €	- €	2 334 €	340 365 536 €
	global	Avec PUI	393	41065		665		12,98	8 630 €	2 334 €	354 375 477 €	258 546 669 €	95 828 808 €	- €	
dominic		Sans PUI	59	4028		665		12,33	8 197 €	1 901 €	33 019 438 €	25 360 428 €	7 659 010 €	432 €	1 740 684 €
mme des places sous financement "DOMINI				**207899**					Total DOMINIC		**1 418 512 796 €**	**1 308 939 339 €**	**109 573 457 €**		
	partiel	Avec PUI	110	13267	182	695	1167	10,01	11 684 €	630 €	155 008 445 €	146 646 351 €	8 362 094 €	3 467 €	45 991 517 €
		Sans PUI	2455	179812	182	695	1167	9,47	11 053 €	- €	1 987 546 069 €	1 987 546 069 €	- €	4 097 €	736 672 302 €
	global	Avec PUI	877	106353	182	695	1167	12,98	15 150 €	4 097 €	1 611 287 324 €	1 175 569 412 €	435 717 913 €	- €	- €
pathos		Sans PUI	801	67673	182	695	1167	12,33	14 392 €	3 338 €	973 928 465 €	748 021 295 €	225 907 170 €	759 €	51 342 539 €
									TOTAL Pathos		**4 727 770 304 €**	**4 057 783 126 €**	**669 987 177 €**		
									Total DOMINIC + Pathos		**6 146 283 100 €**	**5 366 722 465 €**	**779 560 634 €**		**1 209 583 595 €**
											Dispositifs médicaux	320 000 000			

Calculs du secrétariat du HCAAM. Source : SAISEPHAD au 31/12/2010.

Tableau 2: chiffrage des dépenses d'hospitalisation des résidents en EHPAD

Tranche d'âge	taux d'hospitalisation population générale (note Vieillissement)	dépenses moyennes remboursées par consommant	structure par âge EHPAD	population EHPAD par tranche d'âge	taux d'hospit moyen population générale à structure d'âge EHPAD	taux d'hospitalisation EHPAD redressé	pop hospitalisée EHPAD	dépense hospitalisation des résidents en ehpad
60-64	20,9%	5 012,6 €	3%	13860	20,9%	23,5%	3 263	16 357 933
65-69	24,4%	5 696,3 €	3%	16775	24,4%	27,6%	4 629	26 370 138
70-74	27,9%	6 423,6 €	5%	30030	27,9%	31,5%	9 466	60 802 879
75-79	31,7%	6 973,2 €	10%	57475	31,7%	35,8%	20 589	143 570 597
80-84	35,1%	7 509,2 €	20%	111320	35,1%	39,6%	44 122	331 323 800
85-89	39,0%	7 381,7 €	30%	165715	39,0%	44,0%	72 995	538 828 728
90-94	42,8%	8 419,9 €	16%	88495	42,8%	48,3%	42 773	360 146 501
95-99	44,3%	7 170,3 €	10%	56540	44,3%	50,0%	28 280	202 775 700
>99	44,4%	5 729,2 €	2%	9735	44,4%	50,1%	4 882	27 969 618
TOTAL	**28,3%**		**100%**	**550000**	**37,2%**	**42,0%**	**231 000**	**1 708 145 894**

Calculs du secrétariat du HCAAM. Source : HCAAM note Vieillissement, DREES enquête EHPA 2003.

Tableau 3 : chiffrage de la dépense de soins de ville des personnes âgées dépendantes à domicile

	Extrapolation nombre personnes population	dépense totale, toute population	*dépense totale remboursée par tête population*	Taux de consommation AIS	*dépense remboursée par tête AIS*	*dépense remboursée par tête MKR*	*dépense remboursée par tête LPP*	Dépense moyenne soins entretien	TOTAL soins entretien	Moyenne hors soins entretien	TOTAL hors soins entretien	TOTAL
GIR enquête HSM		remboursement AM										
1+2	179 506	1 635 513 269 €	*9 111 €*	32%	2 441,58 €	1 224,37 €	1 376,38 €	**5 042 €**	**905 130 685 €**	4 068,84 €	730 382 584,09 €	1 635 513 268,90 €
3	211 911	1 353 181 372 €	*6 386 €*	30%	1 487,32 €	605,19 €	667,13 €	**2 760 €**	**584 799 395 €**	3 625,96 €	768 381 976,94 €	1 353 181 371,99 €
4 A	357 318	2 088 171 742 €	*5 844 €*	18%	603,21 €	481,78 €	712,04 €	**1 797 €**	**642 107 875 €**	4 046,99 €	1 446 063 866,40 €	2 088 171 741,87 €
4 N	150 024	344 103 129 €	*2 294 €*	14%	147,77 €	179,35 €	131,94 €	**459 €**	**68 871 112 €**	1 834,59 €	275 232 016,62 €	344 103 128,98 €
5 A	343 572	1 544 496 340 €	*4 495 €*	9%	295,54 €	192,16 €	404,18 €	**892 €**	**306 426 472 €**	3 603,53 €	1 238 069 868,93 €	1 544 496 340,48 €
5 N	224 485	299 980 557 €	*1 336 €*	7%	52,80 €	105,84 €	58,03 €	**217 €**	**48 640 487 €**	1 119,63 €	251 340 069,50 €	299 980 556,65 €
6A	4 222 525	12 475 173 232 €	*2 954 €*	1%	36,04 €	93,60 €	188,73 €	**318 €**	**1 344 315 417 €**	2 636,07 €	11 130 857 815,32 €	12 475 173 232,06 €
6N	7 496 346	5 867 274 545 €	*783 €*	0%	1,50 €	39,46 €	22,13 €	**63 €**	**472 962 889 €**	719,59 €	5 394 311 655,63 €	5 867 274 544,53 €
GIR 1 à 4	**898 760**	**5 420 969 512**							**2 200 909 068**		**3 220 060 444**	**5 420 969 512**
Correctif DREES sur répartition dépenses de DM entre soins cliniques et techniques et soins d'entretien									- **400 000 000**		**400 000 000**	
Dépenses de soins de ville des personnes dépendantes à domicile									**1 800 909 068**		**3 620 060 444**	**5 420 969 512**

Calculs du secrétariat du HCAAM. Source : DREES, CNAMTS, appariement enquête HSM et SNIIRAM

Tableau 4 : chiffrage de la dépense d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes à domicile

Tranche d'âge	enquête HSM taux hospit déclaratif	dépenses moyennes remboursées par consommant	structure par âge enquête HSM DREES	population enquête HSM DREES	pop dépendante hospitalisée domicile	dépenses hospitalisation population dépendante domicile
60-64	40%	5 012,6 €	7,3	63 000	25 200	126 317 281
65-69	36%	5 696,3 €	7,5	66 000	23 760	135 343 631
70-74	45%	6 423,6 €	11,2	98 000	44 100	283 279 644
75-79	46%	6 973,2 €	19,4	170 000	78 200	545 301 108
80-84	49%	7 509,2 €	21,2	185 000	90 650	680 707 817
85-89	53%	7 381,7 €	20,8	182 000	96 460	712 040 382
90 et +	35%	7 986,5 €	12,6	110 000	38 500	307 478 335
TOTAL	**45,4%**		**100,0**	**874 000**	**396 870**	**2 790 468 197**

Calculs du secrétariat du HCAAM. Source : HCAAM note Vieillissement, DREES enquête HSM

Annexe 2 : les chiffrages de l'annexe 1 au rapport du groupe de travail sur le financement de la dépendance

3.1.2.2. Le chiffrage du coût des dépenses d'hospitalisation et de soins de ville des personnes dépendantes est plus approximatif

- Quel que soit leur lieu de vie (domicile ou établissement médicosocial), les personnes âgées peuvent recevoir des soins de médecine de ville, ou faire l'objet d'une hospitalisation. Les dépenses générées par ces actes médicaux sont alors retracées dans deux sous-objectifs de l'ONDAM, qui ne sont pas spécifiques à la dépendance :
  - → le sous-objectif « Soins de ville » ;
  - → le sous-objectif « Dépenses hospitalières ».
- **En l'état actuel des systèmes d'information de la CNAM, il n'est pas possible d'isoler avec précision les dépenses hospitalières et de soins de ville des personnes âgées dépendantes.** Une estimation de ces dépenses (hors crédits en faveur des unités de soins de longue durée – USLD) a toutefois été réalisée en 2005 par la Cour des comptes dans le rapport précité, à partir de données extraites du système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIRAM). En se fondant sur l'hypothèse que les personnes âgées de plus de 75 ans recevant des actes infirmiers de soins (AIS, ou « nursing ») étaient des personnes dépendantes, la Cour a calculé le montant des soins de ville et d'hospitalisation rattachables à ces personnes, et l'a extrapolé à la population des dépendants. Pour 2003, la Cour estimait donc les montants de soins de ville à 2,3 Md€, et les dépenses d'hospitalisation à 1,6 Md€.
- À partir de cette estimation initiale, et en faisant progresser ces montants comme le montant total des sous-objectifs correspondants de l'ONDAM entre 2003 et 2010, la direction du budget obtient pour 2010 un montant estimatif de 3 Md€ pour les soins de ville et de 2 Md€ pour les soins hospitaliers, soit 5 Md€.
- **Ces montants doivent être considérés avec précaution.**

Tableau n° 24 : Estimation des dépenses de soins et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes (Md€)

	2003	2010
Soins de ville	2,3	3,0
Soins hospitaliers	1,6	2,0
Total	3,9	5,0

Sources : Cour des comptes (2005) ; direction du budget (2010).

- Par ailleurs, le sous-objectif « Autres dépenses relatives aux établissements de santé » finance sur la dotation annuelle de financement des établissements hospitaliers les dépenses de soin des unités de soins de longue durée (USLD). Cette dépense, qui bénéficie pour l'essentiel à des personnes âgées dépendantes, était de 1,2 Md€ en 2009 et de 990 M€ en 2010.

3.1.2.3. D'autres conventions existent, notamment celle de la DREES

- Un chiffrage alternatif des surcoûts de soins engendrés par la dépendance est proposé par la DREES, à partir :
  - → des informations contenues dans ses enquêtes EHPA 2007 et SSIAD 2008 ;
  - → des premières exploitations de l'appariement de l'enquête Handicap-Santé et de SNIIRAM (cf. l'encadré suivant) ;
  - → de certaines hypothèses conventionnelles.
- Ces travaux, préliminaires, constituent une piste intéressante qui mériterait d'être affinée.

Encadré 8 : Méthodologie retenue par la DREES pour évaluer les dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes vivant à domicile

La DREES a réalisé une première estimation des dépenses en soins de ville des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile. Pour ce faire, elle a mobilisé l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) collectée en 2008. Cette enquête permet pour la première fois d'identifier les personnes dépendantes selon leur niveau de dépendance et de connaître leurs dépenses de soins de ville (hors SSIAD) grâce à l'appariement individuel de leurs réponses à l'enquête avec les données de la base SNIIRAM sur leurs dépenses de santé présentées au remboursement dans les 12 mois précédant l'enquête.

Toutefois, il doit être noté que ce niveau de dépendance ne repose pas sur une évaluation réalisée par une équipe médico-sociale en vue de l'attribution de l'APA, car cette information n'est pas disponible dans l'enquête HSM. Ainsi, il a été nécessaire de calculer un « pseudo-GIR » pour chaque personne de 60 ans ou plus interrogée, sur la base de ses déclarations vis-à-vis des incapacités éventuelles.

Au final, on dispose d'un échantillon (redressé afin d'être rendu représentatif) de 7200 personnes âgées de 60 ans ou plus, ce qui représente 1% des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Pour cet échantillon, on dispose à la fois d'une estimation de leur niveau de GIR (GIR 1 à 6) et de leurs dépenses de soins de ville (taux de recours, dépense moyenne remboursée aux personnes ayant eu effectivement recours, ticket modérateur, dépassement, participations et forfaits divers) par grands postes (soins de généralistes, de spécialistes, consommables dont médicaments, transports, soins infirmiers AIS et AMI, soins de kinésithérapie, biologie, soins optiques et dentaires).

La dépense de santé étant évaluée par le SNIIRAM entre juillet 2007 et juin 2008 et l'enquête HSM ayant lieu en fin d'année 2008, le surcroît de dépenses lié à la dépendance estimé à 1,4 Md € est affecté à l'année 2008 (dont 50 M€ restant à la charge des ménages). Il est revalorisé à 1,5 Md€ en 2010 comme suit :

- on applique le taux de croissance de l'ONDAM soins de ville par habitant entre 2008 et 2010 au montant de dépense par tête en 2008 ;
- on multiplie le montant par tête par la population de chaque catégorie en 2010.

Source : DREES.

- Les conventions retenues par la DREES pour évaluer les dépenses de soins sont les suivantes :
  - faute d'information exploitable, les dépenses hospitalières de toutes les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ou en établissement sont exclues du périmètre ;
  - les dépenses de soins de ville sont estimés à partir des surcoûts de dépenses de la population estimée comme dépendante dans l'enquête Handicap-Santé, et portent sur quelques postes de dépense seulement (AIS, certains actes de MK, certains dispositifs médicaux inscrits à la LPP) ;
  - pour l'OGD[1], le montant imputable aux personnes relevant des GIR 5 et 6, et résidant en maisons de retraite, a été soustrait. Toutefois, si le ciblage de la population exclusivement dépendante a été réalisé, il n'a pas été possible de procéder au ciblage de leur dépense de biens et services exclusivement dus à la dépendance (« care ») ni a fortiori de soustraire, comme pour les soins de ville, la dépense relative au « cure ».
- Au total, les hypothèses de la DREES sont plus conservatrices que les précédentes, permettant ainsi de calculer un minorant des surcoûts de soins engendrés par la dépendance.
- Le tableau suivant compare le chiffrage des deux conventions de calcul :

[1] L'OGD est l'agrégat représentant le montant des autorisations de dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées. Il est égal à la somme de l'Ondam médico-social et de l'apport de la CNSA qui inclut une quote-part de la CSA et un éventuel abondement d'une part des excédents antérieurs de la Caisse résultant de la sous-consommation de l'OGD.

Tableau 25 : Comparaison des deux méthodes de calcul des surcoûts de soins engendrés par la dépendance (2010, M€)

→	Montant suivant les conventions usuelles (à partir des travaux de la Cour des comptes)	Montant suivant les conventions DREES
ONDAM médico-social GIR 1 à 4	6 807	6 807
Financement CNSA établissements	912	912
Soins de ville	3 000	1 532
USLD	990	990
Hôpital	2 000	NC
Total GIR 1 à 4	13 709	-
ONDAM médico social personnes âgées GIR 5 et 6	296	296

Source : Cour des comptes, direction du budget, DLF, DREES.

3.1.3. → L'hébergement des personnes âgées dépendantes bénéficie d'une aide publique évaluée à 2,2 Md€

Les aides à l'hébergement destinées aux personnes âgées dépendantes, que l'on peut estimer à 2,2 Md€, peuvent être classées en deux catégories :

- → les aides en établissements médicosociaux ;
- → les aides à domicile.

3.1.3.1. → Les aides en établissements reposent principalement sur l'ASH (Aide sociale à l'hébergement) des départements

- → **L'aide sociale à l'hébergement (ASH) :**

L'Aide sociale à l'hébergement (ASH), qui est attribuée par les départements, vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillis en établissements médicosociaux qui ne peuvent pas faire face à ces frais.

L'intervention du département est subsidiaire. On fait appel tout d'abord aux ressources des personnes hébergées elles-mêmes : la contribution de l'intéressé au coût de son hébergement s'élève à 90% de ses ressources (y compris son éventuelle aide au logement – ALS/APL), sous contrainte que celui-ci dispose, après contribution, d'au moins 1% du montant annuel du minimum vieillesse (soit environ 85 € par mois en 2010). On fait appel ensuite aux obligés alimentaires de la personne hébergée. Enfin l'ASH peut être récupérée sur l'actif successoral au décès du bénéficiaire[1] :

Encadré 9 : L'obligation alimentaire et la récupération sur succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement

- → **L'obligation alimentaire** : La prise en charge par l'aide sociale intervient soit en complément des obligés alimentaires si leur participation est insuffisante, soit en totalité s'il n'y a pas d'obligés alimentaires ou si ceux-ci sont insolvables. Sont concernés : les conjoints entre eux, les enfants, les petits-enfants, les gendres et les belles-filles.
- → **La récupération** : Les sommes versées au titre de l'aide sociale peuvent faire l'objet d'un recours

[1] *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Alain Vasselle, juillet 2008, p. 47.

NOTE D'APPROFONDISSEMENT DU CHAPITRE II

Les liens entre les différents types de besoins et de prises en charge soignants et sociaux des personnes âgées en perte d'autonomie

PREMIERE PARTIE p. 111
Les liens entre la fréquence de la maladie et la perte d'autonomie

DEUXIEME PARTIE p. 120
Les besoins de coordination dans les protocoles ALD de la HAS

TROISIEME PARTIE p. 127
L'évolution de la DMS hospitalière en fonction de l'âge et du territoire

QUATRIEME PARTIE p. 151
Les liens entre prévention et perte d'autonomie

PREMIERE PARTIE

Les liens entre la fréquence des maladies et la perte d'autonomie chez les personnes âgées

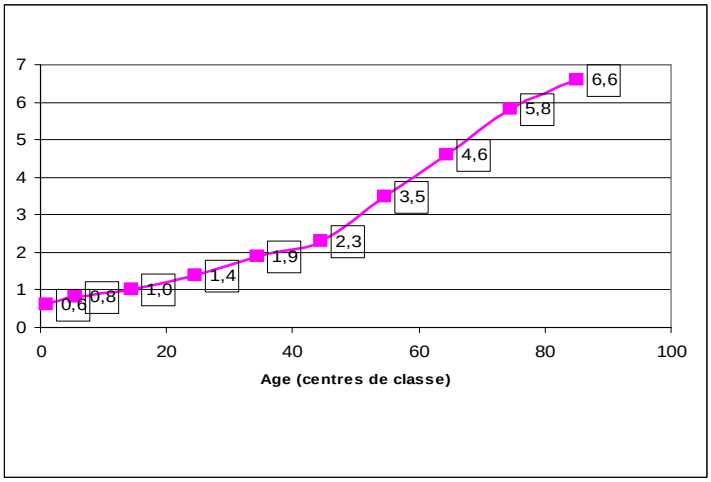
Dans sa note du 22 avril 2010 Vieillissement, longévité et assurance maladie, le HCAAM s'était penché sur le lien entre le vieillissement et l'incidence des pathologies, en tant que facteur explicatif majeur de la hausse des dépenses de santé en fonction de l'âge.

Extrait de la note du 22 avril 2010.

L'âge est ainsi, statistiquement, un marqueur empirique de la dépense de santé. Mais il n'a pas, par lui-même, d'incidence sur le niveau moyen de la dépense individuelle de soins. La consommation augmente avec l'âge car le nombre de maladies, et l'intensité des maladies, augmentent avec le vieillissement et la fragilité de l'organisme. Et ces derniers sont évidemment, statistiquement, liés à l'âge.

Figure 11

Nombre moyen de maladies déclarées par âge en 2006, hors troubles de la réfraction et problèmes dentaires



Source : IRDES –ESPS 2006

Dans le cadre des travaux sur les personnes âgées en perte d'autonomie, il convient d'approfondir ce constat en retenant un angle différent :

- le public concerné doit être restreint aux personnes âgées en perte d'autonomie, en retenant autant que faire se peut le seuil de 60 ans qui correspond au seul réglementaire de bénéfice de l'APA ;
- l'étude n'a pas pour objet d'analyser le lien entre l'âge, la perte d'autonomie et les dépenses, mais de faire apparaître la pluralité de besoins en soins et aide des personnes âgées en perte d'autonomie, et, partant, le besoin de coordination et d'articulation des différents types d'interventions dont ce public bénéficie.

1. Le lien entre maladie et perte d'autonomie du point de vue des personnes

1.Enquêtes Handicaps-incapacités-dépendance et Handicap santé

Une nouvelle enquête Handicap-Santé a été lancée par l'INSEE et la DREES en 2008 et 2009 afin d'actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), conduite entre 1998-2001. Elle vise « *à évaluer le degré d'autonomie des adultes et des personnes âgées vivant à domicile* ». Partant d'une « *approche large de l'autonomie et de la dépendance (au-delà du seul « handicap »), elle prend en compte les incapacités rencontrées au quotidien ainsi que l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes* »[79].

L'enquête HID ne permettait pas de procéder à un croisement fin des données sur les pathologies et celles sur la perte d'autonomie, le questionnaire administré se bornant à demander « **pour chacun des troubles que vous venez d'indiquer, son origine »,** le codage des réponses ne pouvant consister s'agissant des maladies qu'en **«** maladie héréditaire ou congénitale », « maladie professionnelle » ou « autre maladie ».

La nouvelle enquête Handicap santé va plus loin dans l'identification de la double problématique pathologies / limitations d'activité puisque le questionnaire prévoit des questions sur l'état de santé (*Comment est votre état de santé en général* ?), les pathologies connues *(Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?*), et les limitations liées à la maladie (*Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?*).

En outre, elle permet de dresser une carte des maladies en recueillant les réponses des enquêtés (*Avez-vous ou avez-vous déjà eu une de ces maladies ou problèmes de santé ?)* sur une liste de cinquante maladies.

La DREES a procédé à une exploitation particulière pour le compte du HCAAM des données croisant l'équivalent GIR résultant du questionnaire sur les limitations et incapacités, et celles sur l'état de santé général. Il apparaît une corrélation forte entre le niveau de dépendance mesurée par le GIR et un état de santé mauvais ou très mauvais. Par ailleurs, les limitations d'activité liées à un problème de santé sont croissantes avec le GIR.

[79] *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées*, Etudes et résultats n°718, DREES.

Tableau 1 : Répartition des personnes âgées vivant à domicile selon l'état de santé et l'estimation GIR

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Comment est votre état de santé en général ?						
Très bon	0	0	0	0	2	10
Bon	0	4	8	4	7	38
Assez bon	9	15	28	26	40	37
Mauvais	47	46	44	51	42	13
Très mauvais	43	35	21	18	8	1
Manquant/Refus/Ne sait pas	1	1	0	0	2	0
Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?						
Oui, fortement limité(e)	98	97	89	81	59	14
Oui, limité(e), mais pas fortement	1	3	8	19	33	28
Non, pas limité du tout	1	0	3	0	8	58
Manquant/Refus/Ne sait pas	0	0	0	0	0	0

Source : Enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires, INSEE-DREES, 2008.
Champ : personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.
Note de lecture : 47% des personnes âgées vivant à domicile classées en pseudo-GIR 1 déclarent que leur état de santé est mauvais ; 98% des personnes âgées vivant à domicile classées en pseudo-GIR 1 déclarent être fortement limité depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

2. Enquête SPS de l'IRDES sur le lien entre la pathologie et les limitations fonctionnelles

L'enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES est une source de données particulièrement intéressante en ce qu'elle permet de croiser des données très fines relatives à l'état de santé, aux limitations d'activité et des questions relatives au recours aux soins sur un échantillon de personnes à domicile.

L'IRDES a accepté de procéder à une exploitation particulière de l'enquête SPS 2008 pour le compte des travaux du HCAAM.

A partir des déclarations des personnes enquêtées en 2008, l'IRDES a classé 12 251 personnes de 16 ans et plus. Ces individus sont ceux qui ont renvoyé leur questionnaire santé, et répondu aux trois questions qui permettent de les classer en « sans limitation fonctionnelle » d'une part, « avec une ou plusieurs limitations fonctionnelles » d'autre part. La présence d'au moins une difficulté parmi celles identifiées à partir des trois variables (être limité depuis au moins 6 mois[80], au moins une limitation fonctionnelles physiques parmi trois (marche, monter un escalier, se couper les ongles) et difficulté à faire sa toilette) ; la présence d'une limitation fonctionnelle n'est ni une situation de perte d'autonomie déclarée par la personne, ni une perte d'autonomie attestée par la perception d'une allocation de compensation. Sur l'ensemble de cette population, 3 123 personnes, soit 26.9 % des individus déclarent au moins une limitation. Chez les 65 ans et plus, ce pourcentage atteint 60.2% (1 317 personnes).

[80] La question sur la limitation depuis au moins 6 mois a un spectre beaucoup plus large que les autres. Parmi les 3 123 personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles, 2 434 (78 %) ont répondu positivement à la question du mini-module européen. C'est elle qui pour l'essentiel capte les populations les plus jeunes.
Si l'on se restreint aux personnes qui ont répondu positivement à deux des trois variables considérées, ce qui revient à considérer qu'ils ont répondu positivement à une des deux variables autres que celle relative à la limitation depuis au moins 6 mois, alors seulement 2.02 % des 16-39 ans présentent des limitations fonctionnelles 8.59 % des 40-64 ans et encore 33.29 % des 65 ans et plus.

Le tableau en page suivante présente les résultats de cette exploitation. Les résultats les plus saillants sont :

- le nombre moyen de maladies est plus fort à tous les âges pour les personnes présentant au moins une limitation fonctionnelle. Pour les plus de 65 ans, le nombre moyen de maladies est 5,2 pour les personnes sans limitation fonctionnelle, et 8,1 pour les personnes présentant au moins une limitation fonctionnelle ;
- les personnes présentant au moins une limitation fonctionnelle de 65 ans et plus déclarent plus de maladies que l'ensemble des personnes présentant au moins une limitation fonctionnelle de l'échantillon ;
- près de 56% des personnes de plus de 65 ans présentant au moins une limitation fonctionnelle sont en affection de longue durée.

	Ensemble				16-39 ans				40-64 ans				65 ans et plus			
	Sans limitations fonctionnelles		Une ou plusieurs limitations fonctionnelles		Sans limitations fonctionnelles		Une ou plusieurs limitations fonctionnelles		Sans limitations fonctionnelles		Une ou plusieurs limitations fonctionnelles		Sans limitations fonctionnelles		Une ou plusieurs limitations fonctionnelles	
	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré
Age																
16-39 ans	4076	44,9	492	14,6												
40-64 ans	4143	43,8	1314	38,7												
65 ans et plus	909	11,4	1317	46,8												
Nombre de maladies																
0 à 1 maladies	4483	48	326	9,6	2577	62,8	141	28,3	1750	41,1	147	10,7	156	16,5	38	2,8
2 à 4 maladies	3298	36,4	966	29,8	1202	29,7	211	42,8	1711	42	453	33,8	385	41,9	302	22,3
5 à 9 maladies	1225	14,1	1281	42,1	277	7,1	110	23,2	625	15,5	496	38,1	323	36,5	675	51,3
10 et plus	122	1,4	550	18,5	20	0,5	30	5,7	57	1,5	218	17,2	45	5,1	302	23,6
nombre moyen de maladies	9128	3,2	3123	7,3	4076	2,1	492	4,9	4143	3,6	1314	7,1	909	5,2	1317	8,1
Exonération du ticket modérateur pour raison médicale																
Oui	727	8,4	1393	45,7	151	3,6	105	21,5	342	8,7	542	42,6	234	26,1	746	55,8
Taille du ménage																
1 personne	764	15,2	553	29,3	264	12	46	16,7	329	14,6	157	20,9	171	30,1	350	40,2
2 personnes	2689	29,5	1413	41,4	605	15,5	77	16,2	1427	35	514	38,5	657	62,9	822	51,7
3 personnes	1943	21,1	465	13,1	1041	26,3	106	21,8	852	20,1	266	18,8	50	4,7	93	5,6
4 personnes	2347	21	424	9,7	1331	27,8	156	26,2	997	19,2	237	13,5	19	1,4	31	1,5
5 personnes	1045	10,1	177	4,4	612	13,7	70	12,9	422	8,8	95	5,8	11	0,9	12	0,6
6 personnes et plus	340	3,2	91	2,1	223	4,8	37	6,2	116	2,3	45	2,5	1	0,1	9	0,5
Taille d'unité urbaine																
Commune rurale	2783	29,6	950	29,7	1211	29,1	139	27,8	1286	29,9	366	27,3	286	30,7	445	32,3
Unité urbaine < 20 000 hbts	1791	19,5	668	21,3	749	18,4	85	16,7	835	19,9	273	20,9	207	22	310	23
20 000 à 199 999 hbts	1693	18,9	599	19,8	757	18,7	107	22,3	752	18,7	241	19,1	184	20,6	251	19,7
200 000 à 1 999 999 hbts	1771	19,8	594	19,1	842	21	107	21,7	777	19,2	272	20,6	152	17,1	215	17,2
Unité urbaine de Paris	1090	12,2	312	10,1	517	12,9	54	11,5	493	12,2	162	12,3	80	9,5	96	7,9
A consulté pour un problème urgent dans les douze derniers mois (parmis les personnes ayant eu un recours)																
Oui	2546	36,3	1015	36,9	1308	45,4	241	65,2	1120	35,9	516	46,8	118	14,5	258	22,5
A consulté dans le cadre d'un suivi régulier (parmis les personnes ayant eu un recours)																
Oui	2843	52,1	2107	83,9	673	29,1	188	54	1537	60,3	825	81,2	633	86,5	1094	93,2
Durée moyenne passée avec le médecin au cours de la dernière consultation																
	7238	17,7 min	2796	19,2 min	3130	17,5 min	410	19,9	3293	18 min	1179	19,3 min	815	17,5 min	1207	18,9 min

Source : IRDES

Les effectifs présentés dans le tableau sont bruts, les pourcentages sont pondérés pour tenir compte de la non réponse, par le sexe, l'âge, le régime et la taille du ménage.

3. Exploitation de la base de données GALAAD sur le GIR et le score « Pathos » des résidents en EHPAD

L'outil Pathos est l'instrument réglementaire qui permet, par ce que l'on appelle les « coupes Pathos » réalisées en établissement sous le contrôle du médecin coordonateur, de mesurer la « charge en soins » des personnes âgées hébergées en EHPAD et d'en déduire, après combinaison avec l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR, le montant du « forfait de soins » versé à l'EHPAD par l'assurance maladie.

La base de données GALAAD recueille les données résultant des coupes Pathos conduites depuis 2007.

Elle avait déjà permis au HCAAM de donner des éléments sur la dispersion des GIR moyens et des Pathos moyens par département. Avec l'aide de la CNSA et d'experts de l'outil PATHOS[81], le secrétariat général du HCAAM s'est livré à une analyse plus poussée des données à la fois par établissement et individuelles.

Deux bases consolidées 2008-2010 ont été utilisées :

* une base *individu* dans laquelle, pour chacun des individus présents dans les établissements, se trouvent des données sur le sexe, l'âge, les items de la grille AGGIR, le groupe GIR et les pathologies,

* une base *établissement* dans laquelle, pour chacune des structures recensées (une ligne par structure), se trouvent les effectifs par sexe, âge de 80 ans et plus, GIR, profil de stratégie thérapeutique, pathologie (liste des 50), groupe de patients proches (GPP). Le PMP est également disponible.

Les données portent sur environ 4 800 établissements (sur un total de 6 700). Pour les établissements présents dans la base, les données individuelles sont exhaustives (environ 370 000 personnes).

A noter que le groupe GPP n'est pas disponible au niveau individuel. Les effectifs GPP au niveau établissement ne sont pas actuellement fiabilisés.

1. Les établissements

Le tableau suivant répartit les établissements selon leur GMP et leur PMP. Pour cela les distributions des deux variables ont été étudiées et 4 tranches comportant un nombre identique d'établissements (soit 25%) ont été constituées pour le GMP et aussi pour le PMP. Ainsi, un quart des établissements présente un PMP inférieur à 133, un quart un PMP compris entre 133 et 161, un quart un PMP compris entre 161 et 193, et un quart un PMP supérieur à 193. Le même découpage a été réalisé pour le GMP. Ensuite les établissements ont été répartis dans le tableau à double entrée PMP/GMP. Le total des cases de ce tableau est égal à 100%.

Un élément retient l'attention : plus le PMP est faible (colonne 1), plus on trouve d'établissement dont le GMP est faible. Par exemple, 9,7% du total des établissements recensés dans la base présentent un PMP inférieur 133 (faible) et un GMP inférieur à 623 (faible) tandis que seuls 3,8% des établissements ont un PMP inférieur à 133 (faible) et un

[81] Le secrétariat général du HCAAM tient à remercier ici les docteurs Yannick EON (ARS Bretagne) et Catherine REA (ARS Centre) pour leur concours très actif à cette étude.

GMP supérieur à 742 (élevé). Ainsi, se dessine une correspondance selon laquelle un PMP faible est plus souvent associé à un GMP faible et un PMP élevé est plus souvent associé à un GMP élevé.

		PMP			
		Moins de 133	De 133 à 161	De 161 à 193	Plus de 193
GMP	Moins de 623	9,7	7,2	4,6	3,3
	De 623 à 691	6,8	6,4	6,9	5,0
	De 691 à 742	4,8	5,9	7,2	6,9
	Plus de 742	3,8	4,8	6,8	10,0

Source GALAAD. Retraitements SG du HCAAM

GMP : moyenne = 682 ; médiane = 691
PMP : moyenne = 167 ; médiane = 161
Le PMP (Pathos moyen pondéré) est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des poly-pathologies dans une population donnée.
Le GMP est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important.

2. Les résidents

Les résidents en EHPAD sont classés selon leur GIR, qui évalue leur niveau de dépendance, mais aussi selon le nombre de pathologies dont ils souffrent.

On retrouve ces informations dans le tableau suivant. Le total des cases du tableau fait 100% et représente l'ensemble de l'échantillon (370 000 personnes, soit à peu près les deux tiers des résidents en EHPAD).

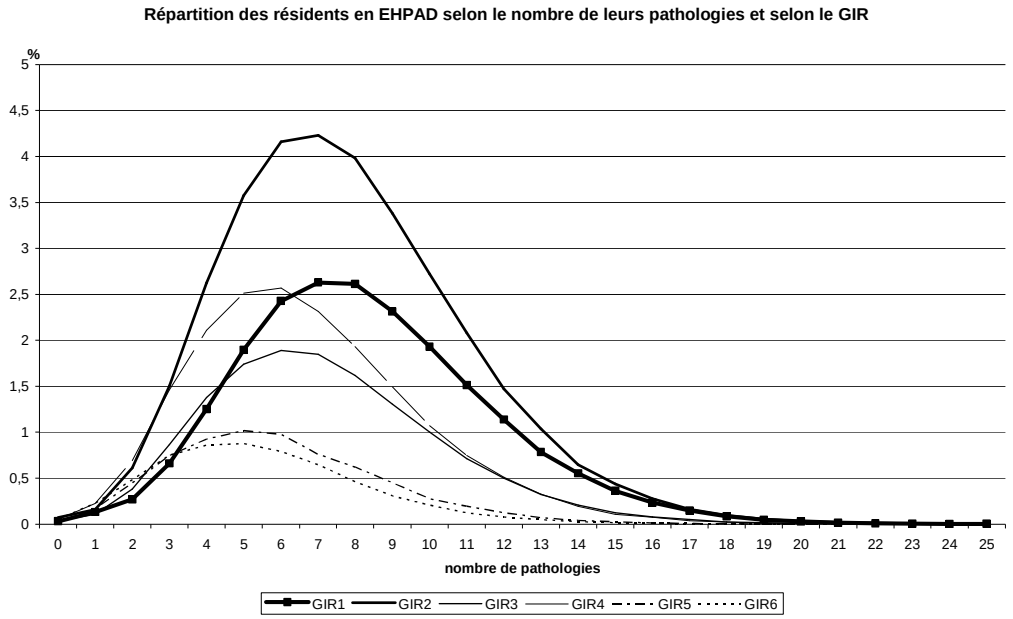
Les GIR les plus présents sont les personnes en GIR2 avec 33,4% des effectifs puis celles en GIR1 avec 21,1%. On note qu'environ 13% des résidents sont en GIR5 et GIR6. Les résidents souffrant de 5 à 8 pathologies représentent près de 50% des personnes en EHPAD.

En prenant en compte le GIR et le nombre de pathologies, on remarque que la sous-population la plus importante est composée de personnes en GIR2 et souffrant de 7 ou 8 pathologies (8,2%), puis viennent les résidents en GIR2 souffrant de 5 ou 6 pathologies (7,7%).

	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	TOTAL
0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
1-2	0,4	0,8	0,5	0,9	0,6	0,7	3,9
3-4	1,9	4,1	2,2	3,6	1,7	1,6	15,1
5-6	4,3	7,7	3,6	5,1	2,0	1,7	24,4
7-8	5,2	8,2	3,5	4,2	1,4	1,1	23,7
9-10	4,2	6,1	2,3	2,6	0,7	0,5	16,5
11-12	2,7	3,6	1,2	1,3	0,3	0,2	9,2
13-14	1,3	1,7	0,5	0,5	0,1	0,1	4,3
15 et plus	0,9	1,1	0,3	0,3	0,1	0,0	2,7
TOTAL	21,1	33,4	14,2	18,5	6,9	6,0	100,0

Source GALAAD. Retraitements SG du HCAAM

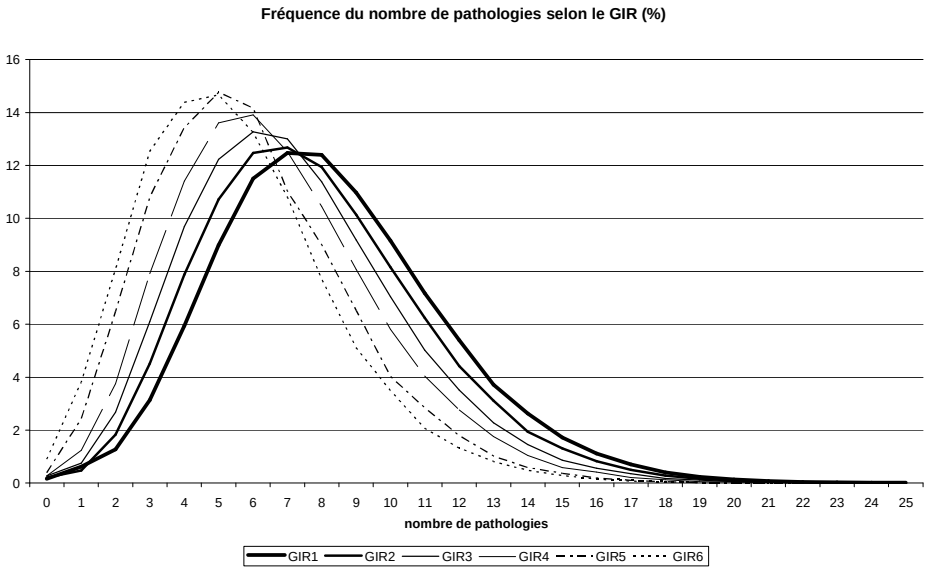
Le graphique suivant présente de manière plus détaillée les informations présentes dans le tableau précédent. Notamment, on y trouve la distribution par nombre de pathologies. On met en évidence les effectifs importants de GIR2 et l'on voit que c'est pour un total de 7 pathologies que l'on retrouve le plus de personnes.



Source GALAAD. Retraitements SG du HCAAM

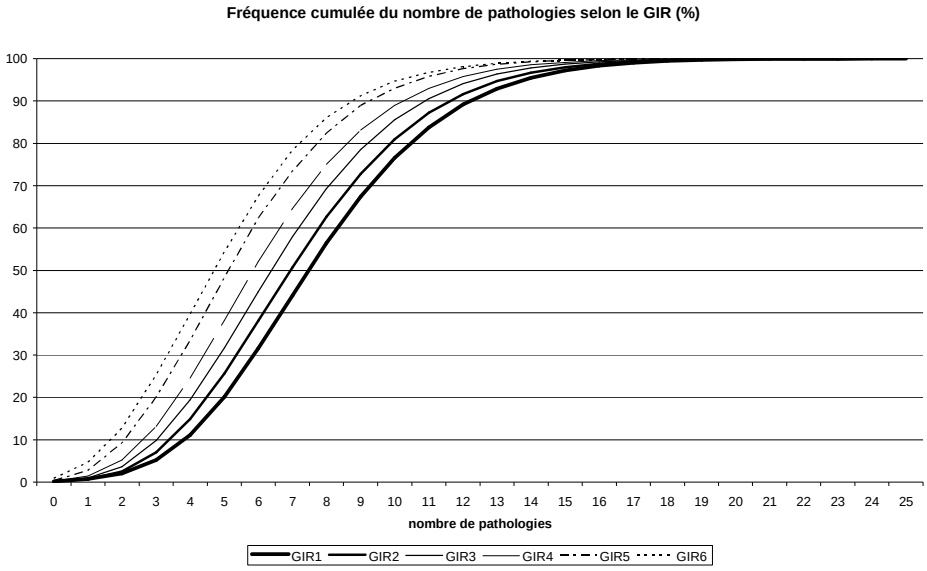
Le graphique suivant présente pour chaque GIR, la fréquence du nombre de pathologies. Par exemple, les personnes classées en GIR6 sont près de 15% à souffrir de 5 pathologies.

On met nettement en évidence le fait que plus le niveau de dépendance est élevé plus le nombre de pathologies identifiées est important. Ceci peut s'apprécier naturellement par le décalage croissant vers la droite (plus de pathologies) des courbes à mesure que le niveau de dépendance s'accroit.



Source GALAAD. Retraitements SG du HCAAM

Le graphique suivant présente pour chaque GIR la fréquence cumulée du nombre de pathologies. Ainsi, 50% des personnes en GIR6 souffrent de 5 pathologies ou moins tandis que 50% des personnes en GIR1 souffrent de 8 pathologies ou moins. Une dépendance plus lourde est donc associée à un nombre plus élevé de pathologies.



Source GALAAD. Retraitements SG du HCAAM

Il résulte de ces études que les personnes âgées en perte d'autonomie vont fortement solliciter les différents segments du système de soins et concomitamment des services d'aide, et donc qu'elles vont combiner ou enchaîner avec une grande intensité ou une fréquence élevée des prises en charge diverses.

DEUXIEME PARTIE

Les besoins de coordination des professionnels sanitaires et sociaux vus au travers des protocoles « affections de longue durée » de la Haute autorité de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée de produire des recommandations et des guides relatifs à la prise en charge des affections de longue durée (ALD), à l'attention des professionnels de santé et des malades[82]. Le médecin traitant, pour tout malade entrant en ALD, doit établir un protocole définissant les soins et l'accompagnement souhaitables pour le malade, et permettant après validation par les services médicaux des caisses de permettre le prise en charge à 100% des actes et prestations inscrites au remboursement.

Il a semblé intéressant d'analyser plusieurs guides relatifs aux ALD afin d'évaluer le nombre de professionnels dont l'intervention est requise dans le traitement et le suivi du patient et d'étudier les éventuelles modalités de coordination préconisées.

1. Analyse synthétique du nombre de professionnels impliqués et du besoin de coordination sur un échantillon de six ALD

Six référentiels ont donc été analysés, concernant des ALD qui touchent une part significative de personnes âgées et qui peuvent conduire à une perte d'autonomie : les guides relatifs à la maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15), aux syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles (ALD 16), aux affections psychiatriques de longue durée (ALD 23), à l'accident vasculaire cérébral (ALD 1), à l'insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une broncho-pneumopathie chronique obstructive (ALD 14) et au cancer de la prostate (ALD 10) ont ainsi été retenus, compte tenu de leurs caractéristiques présentées dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Une part significative de personnes âgées concernées par les ALD analysées

Les personnes âgées assurées du régime général de plus de 60 ans représentaient au 31 décembre 2009 :

- 71,7 % (190 405 malades) de l'ensemble des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (ALD 1) ;
- 62,2 % (199 103 malades) de l'ensemble des personnes ayant une insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une BPCO (ALD 14) ;
- 98 % (237 182 malades) de l'ensemble des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ALD 15) ;
- 95, 3 % (136 474 malades) de l'ensemble des personnes atteintes de syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles (ALD 16) ;
- 28 % (277 536 malades) de l'ensemble des personnes souffrant d'affections psychiatriques de longue durée (troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte - ALD 23) ;
- 30,9 % (1 261 725 malades) de l'ensemble des personnes ayant un cancer (ALD 30) ; l'âge

[82] Article L161-37 du code de la sécurité sociale.

moyen des personnes atteintes d'un cancer de la prostate est de 73 ans ;

Source : CNAMTS, données Régime général.

L'analyse des protocoles de soins relatifs à ces ALD met tout d'abord en évidence le grand nombre d'intervenants impliqués dans le traitement et le suivi des patients, illustré par les exemples suivants[83] :

- le suivi des malades souffrant d'affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) requiert l'intervention systématique ou fréquente de 9 professionnels de santé, dont 7 spécialistes, un médecin généraliste et un infirmier et de 4 professionnels du secteur social ;

- Outre l'équipe ayant pris en charge l'accident vasculaire cérébral à l'hôpital, la prise en charge des malades ayant eu un AVC (ALD 1) conduit à l'intervention systématique ou quasi-systématique de 10 professionnels de santé (médecin généraliste, 4 spécialistes et 5 intervenants paramédicaux). En fonction des caractéristiques du patient, 7 autres spécialistes et 4 autres professionnels paramédicaux peuvent être conduits à intervenir pour la prise en charge thérapeutique ou le suivi. Enfin, l'intervention de 3 professionnels du secteur social est fréquente dans le cadre du maintien à domicile, en cas de handicap ;

- Pour les patients atteints de syndromes parkinsoniens (ALD 16), l'intervention systématique d'un médecin généraliste et d'un neurologue est prévue. En fonction du tableau clinique (apparition de différents troubles associés) et de la perte d'autonomie du patient, l'avis de 17 spécialistes peut être requis, ainsi que l'intervention de 7 professionnels paramédicaux et de 4 professionnels du secteur social.

L'implication d'un grand nombre de professionnels induit un fort besoin de coordination des différents intervenants, afin d'assurer une prise en charge efficace du patient. Les guides de la HAS mettent systématiquement en avant le rôle du médecin traitant, chargé de coordonner l'ensemble des intervenants, souvent en lien avec le spécialiste intervenant à titre principal (psychiatre pour les affections psychiatriques de longue durée, pneumologue pour l'insuffisance respiratoire chronique grave, neurologue pour les syndromes parkinsoniens etc…).

Pour certaines pathologies (cancer de la prostate), la HAS souligne que la mise en place de la coordination entre les différents professionnels doit être très précoce, en particulier pour l'annonce du diagnostic. Le patient doit pouvoir comprendre les articulations entre les professionnels et identifier son interlocuteur principal.

Certaines ALD, comme l'AVC, nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée : il est alors souhaitable que le patient bénéficie d'une prise en charge globale dans le cadre de réseaux, articulée autant que possible avec des structures spécialisées (HAD ou SSIAD).

[83] Sont annexés à la présente fiche des tableaux récapitulant le nombre de professionnels impliqués pour les six ALD analysées.

Le guide HAS relatif aux affections psychiatriques de longe durée précise que la relation d'aide ou de soutien, qui est primordiale pour assurer la continuité d'une prise en charge qui s'inscrit dans la durée, est un « soutien à plusieurs » et peut mobiliser, outre le médecin généraliste et le psychiatre / psychologue, de nombreux intervenants : l'entourage, les autres professionnels de santé, les associations d'usagers de santé, les travailleurs sociaux.

Le protocole de soins relatif à la maladie d'Alzheimer précise pour sa part qu'il convient qu'un professionnel chargé de la coordination assiste le médecin traitant pour assurer le suivi standardisé du patient tous les six mois.

Les guides de la HAS insistent également sur l'indispensable articulation entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale. L'intervention de professionnels du secteur social fait ainsi partie du protocole de soins : leur intervention est particulièrement nécessaire en cas de maintien à domicile. Assistantes sociales, aide-ménagères, auxiliaires de vie, éducateurs médico-sportifs ou animateurs participent au maintien à domicile à travers les aides à domicile, le suivi social ou l'éducation thérapeutique.

Dans le cadre de la prise en charge des affections psychiatriques de longue durée, le guide HAS recommande particulièrement la mise en place d'un accompagnement social adapté à la personne âgée.

Le caractère indispensable de l'intégration de la prise en charge sociale dans le cadre du protocole de soins est souligné pour l'AVC : pour les personnes en situation de handicap, l'assistante sociale réalise un bilan de la situation socio-économique du patient, l'informe sur ses droits et recours, facilite l'ouverture des droits et des prestations dont le patient peut disposer (SSAF, APA). Le médecin de MPR, l'ergothérapeute et l'assistante sociale doivent également se coordonner dans le cadre de la réalisation d'un bilan d'autonomie.

2. Tableaux détaillés relatifs aux professionnels impliqués pour les six ALD analysées

ALD 1 – Accident vasculaire cérébral

	Intervention systématique ou quasi-systématique				Intervention dépendant des caractéristiques du patient		
Professionnels impliqués	Médecin généraliste	Equipe hospitalière[84]	4 Spécialistes[85]	5 intervenants paramédicaux[86]	7 spécialistes[87]	4 autres professionnels paramédicaux[88]	3 autres professionnels[89]
Raison du recours aux professionnels	Prise en charge ambulatoire initiale du patient ayant un AVC[90] Suivi Coordination de l'ensemble des intervenants	Prise en charge de l'AVC à l'hôpital Suivi assuré avec le médecin traitant	Prise en charge de la rééducation fonctionnelle et suivi	Education thérapeutique Prise en charge de la rééducation fonctionnelle Réalisation des actes médicaux infirmiers et de soins	Avis spécialisés pour la prise en charge thérapeutique et le suivi (co-morbilités, complications, effets indésirables des traitements)	Prise en charge thérapeutique	Indispensable en cas de handicap Maintien à domicile

[84] Service de neurologie, centre de rééducation fonctionnelle polyvalent ou spécialisé dans la prise en charge neurovasculaire, court séjour gériatrique, soins de suites et réadaptation gériatrique.
[85] Médecin de MPR, gériatre, neurologue, psychiatre ou psychologue.
[86] Masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, infirmier, aide-soignant à domicile.
[87] ORL, urologue, cardiologue, ophtalmologue, neuroradiologue interventionnel, neurochirurgien, radiothérapeute.
[88] Diététicien, orthoptiste, tabacologue, podo-orthésiste.
[89] Auxiliaire de vie, aide-ménagère, assistante sociale.
[90] Actualisation du bilan incluant la synthèse des déficiences du patient et évaluation de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

ALD 14 – Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructive

	Intervention systématique ou fréquente				Intervention dépendant des caractéristiques du patient		
Professionnels impliqués	Médecin généraliste	Pneumologue	Kinésithérapeute[91]	Autres professionnels[92]	4 spécialistes[93]	4 autres professionnels paramédicaux[94]	Autres professionnels
Raison du recours aux professionnels	Diagnostic et évaluation initiale	Confirmation du diagnostic et ajustement du traitement	Bilan-diagnostic et kinésithérapie respiratoire	Oxygénothérapie (prestations techniques, administratives et générales)	Réhabilitation respiratoire Autres avis spécialisés en fonction des caractéristiques du patient	Prise en charge thérapeutique	Services sociaux pour les patients handicapés
	Suivi pour l'ensemble des pathologies non respiratoires et rôle de surveillance et d'alerte pour l'état respiratoire	Coordination de la réhabilitation respiratoire					

ALD 15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences

	Intervention systématique ou quasi-systématique		Intervention dépendant des caractéristiques du patient		
Professionnels impliqués	Médecin généraliste	3 spécialistes (neurologue, gériatre, psychiatre)	3 spécialistes[95]	6 professionnels paramédicaux[96]	Autres professionnels
Raison du recours aux professionnels	Diagnostic initial	Suivi pluridisciplinaire du patient	Pour le bilan initial (radiologue, neurospychologue)	Pour le bilan initial (orthophoniste)	Aides à domicile
	Pilotage du suivi du patient	Suivi 6 mois après l'annonce du diagnostic ou à la fin de la titration des traitements spécifiques puis 1 fois par an minimum	En fonction du plan de soins et d'aides	En fonction du plan de soins et d'aides	
Professionnel chargé de la coordination	Rôle d'assistance auprès du médecin traitant pour assurer le suivi standardisé du patient tous les six mois				

ALD 16 - Syndromes parkinsoniens dégénératifs ou secondaires non réversibles

[91] Kinésithérapeute.
[92] Prestataire spécialisé dans l'oxygénothérapie.
[93] Médecin de MPR, psychiatre / psychologue, médecin du travail, chirurgien thoracique, et éventuellement d'autres spécialistes en cas de comorbidités.
[94] Tabacologue, infirmier, auxiliaires médicaux, diététicien.
[95] Radiologue, neuropsychologue, psychologue.
[96] Orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant.

	Intervention systématique ou quasi-systématique		Intervention dépendant des caractéristiques du patient		
Professionnels impliqués	Médecin généraliste	Neurologue	17 spécialistes[97]	7 professionnels paramédicaux[98]	4 autres professionnels[99]
Raison du recours aux professionnels	Evaluation initiale, traitement et suivi	Evaluation initiale, traitement et suivi	Avis spécialisés en fonction du tableau clinique (apparition de différents troubles associés)	Traitement et suivi en fonction des troubles constatés.	Notamment aide à domicile, suivi social
	Consultation au minimum tous les 3 mois	Consultation au minimum tous les 6 mois		Education thérapeutique	

ALD 23 - Affections psychiatriques de longue durée (troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte)

	Intervention systématique ou fréquente				
Professionnels impliqués	Psychiatre	Médecin généraliste	6 spécialistes[100]	Intervenant paramédical[101]	4 autres professionnels (personnels socio-éducatifs)[102]
Raison du recours aux professionnels	Réalisation de l'évaluation	Premières consultation et début de l'évaluation	Implication fréquente dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique	Prise en charge thérapeutique	Prise en charge thérapeutique et participation à la création de la relation d'aide ou de soutien
	Prise en charge thérapeutique	Mise en place du plan de traitement en coopération avec le psychiatre			

ALD 30 – Cancer de la prostate

	Intervention systématique ou quasi-systématique		Intervention dépendant des complications et caractéristiques du patient		
Professionnels impliqués	Médecin généraliste	6 spécialistes[103]	5 autres spécialistes[104]	4 professionnels paramédicaux[105]	1 autre professionnel (assistant social ou socio-éducatif)
Raison du recours aux professionnels	Bilan initial, traitement, surveillance et suivi	Bilan initial, traitement, surveillance et suivi	Avis spécialisés en fonction notamment des complications, séquelles ou formes de la maladie	Selon besoin	Selon besoin
				Infirmier pour soins à domicile	

[97] Neurochirurgien, médecin spécialiste en médecine physique, urologue ou gynécologue, gastro-entérologue, dentiste, psychiatre, psychologue ou neuropsychologue, radiologue, rhumatologue, pneumologue, cardiologue, ORL, cardiologue, ophtalmologiste, médecin nucléaire, gériatre, chirurgien orthopédique.
[98] Kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, infirmier, diététicien, podologue-pédicure, orthoptiste.
[99] Auxiliaire de vie, aide-ménagère, assistante sociale, éducateur médico-sportif.
[100] Gériatre, médecin du travail, neurologue, endocrinologue, cardiologue, psychologue.
[101] Infirmier.
[102] Assistants sociaux / travailleurs sociaux, aides à domicile, éducateurs, animateurs.
[103] Urologue, radiologue, chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste.
[104] Dont médecin spécialiste dans la prise en charge de la douleur, gériatre, anesthésiste, spécialiste de médecine nucléaire, psychologue.
[105] Infirmier, diététicien, kinésithérapeute, manipulateur d'électroradiologie.

TROISIEME PARTIE

L'évolution de la DMS hospitalière en fonction de l'âge et du territoire de résidence

Le rapport du HCAAM *« Vieillissement, longévité et assurance maladie »* a montré qu'il existe une forte interaction entre les différentes dépenses du « parcours » des personnes âgées : interaction entre les soins dispensés en ville et ceux dispensés à l'hôpital, entre les soins, hospitaliers ou ambulatoires, et l'accompagnement médico-social et social. De nombreuses histoires de vie montrent que ces interactions existent à un degré plus élevé quand on s'intéresse, non pas à l'ensemble des personnes âgées, mais aux seules personnes âgées en perte d'autonomie, qui ont particulièrement besoin d'être soignées et aidées.

Mettre en évidence ces liens est délicat, tant les phénomènes sont multifactoriels, dépendants d'une quantité de circonstances spécifiques qui vont du système de soins à l'entourage familial des personnes concernées, en passant par toutes les aides médico-sociales et sociales.

Le rapport du HCAAM avait recouru à la durée moyenne de séjour comme « marqueur » des difficultés dans le parcours du patient au sein et en aval de l'hôpital. Il était noté que certains séjours anormalement longs ne reposaient sur aucune nécessité médicale. De multiples facteurs étaient avancés pour expliquer la durée excessive des séjours : la qualité de l'organisation mise en place pour gérer les sorties des établissements hospitaliers, le manque de disponibilité de services d'aval de soins, aussi bien en établissement qu'en ville, ou le manque de services d'accompagnement social et médico-social pour organiser la sortie de l'hôpital.

Le SG du HCAAM a approfondi cette analyse pour faire apparaître des disparités qui refléteraient de plus ou moins bons «trajets de santé». De façon traditionnelle, les écarts territoriaux ont été étudiés. L'échelon géographique retenu est le département de résidence des patients. De ce fait, ce qui est décrit concerne les personnes habitant dans tel ou tel département. En particulier, les séjours hospitaliers ont été rattachés au département de résidence du patient, puisque les personnes peuvent être hospitalisées ailleurs que dans leur département de résidence.

Il aurait sans doute été préférable de disposer d'un zonage plus détaillé que le département pour décrire la liaison entre l'hospitalisation et les soins ou l'accompagnement de proximité. Des études plus fines seraient naturellement nécessaires pour aller au-delà des quelques constats qui suivent[106].

L'ATIH a transmis au SG du HCAAM une base de données issue de PMSI relative à l'hospitalisation en MCO pour l'année 2009. Cette base fournit un certain nombre de variables décrivant les séjours hospitaliers par département de résidence des personnes, sexe, classe d'âge quinquennale, catégorie majeure de diagnostic détaillée (hors séances et CMD 28). La catégorie majeure de diagnostic détaillée correspond à la CMD à laquelle est adjoint le groupe (chirurgie, acte classant non opératoire et médecine). Cette classification conduit à distinguer 65 CMD détaillées appelées par la suite « affections et traitements ».

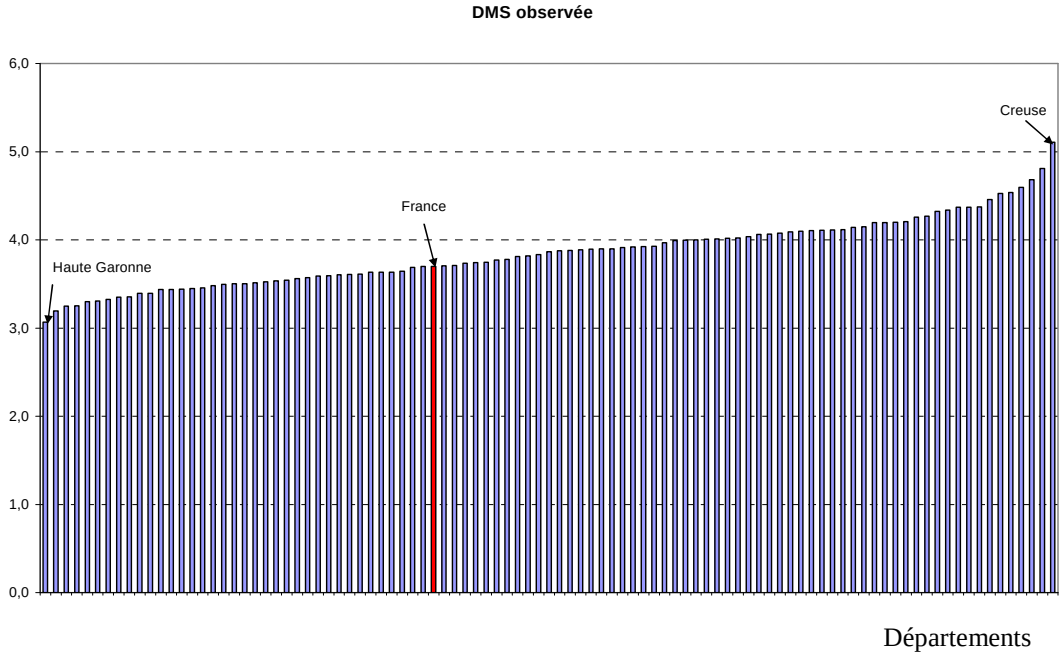
[106] Etudes et Résultats, DREES, n°754, février 2011, cette étude de la DREES montre que les patients sont fréquemment hospitalisés à une faible distance de leur domicile.

Les séjours pris en compte sont les séjours avec et sans nuitée. De ce fait, la DMS est plus courte que les données couramment mobilisées (qui ne concernent que les séjours avec nuitée ou « hospitalisation complète »).

Bien que les données fournies par l'ATIH couvrent la France entière, le champ de l'analyse est restreint aux départements de métropole, ceux d'outre mer, montrant de grandes particularités, mériteraient une étude à part.

Comme dans le rapport précédent du HCAAM, la durée moyenne de séjour est utilisée ici comme « marqueur » de la qualité de l'interaction entre l'hôpital MCO et les services de soins et d'accompagnement médico-social et social.

En 2009, selon les données de l'ATIH, la durée moyenne de séjour en MCO[107] calculée au niveau des départements de résidence varie avec une ampleur de 2 jours, allant de 3,1 jours pour les personnes résidant en Haute-Garonne à 5,1 jours pour les habitants de la Creuse, avec une moyenne de 3,7 jours pour l'ensemble de la France métropolitaine.



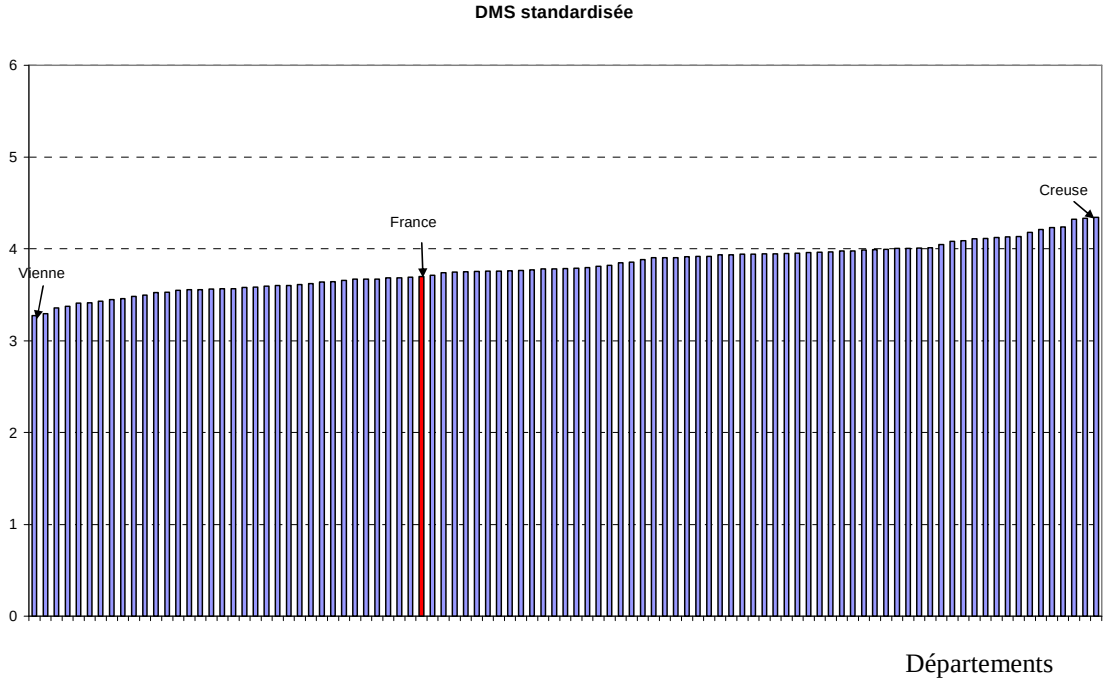
Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

On sait que les DMS varient en fonction de l'âge et des pathologies traitées. Par exemple, que la DMS soit la plus élevée dans la Creuse s'explique en partie par le fait que les personnes âgées y sont plus nombreuses. Cet effet de structure n'a rien à voir avec une différence d'organisation des soins. C'est pour cette raison qu'il faut le neutraliser.

Pour le faire, des durées moyennes de séjour « standardisées » ont été calculées. Il s'agit de calculer pour chaque département une durée moyenne de séjour en pondérant les durées de séjour connues au niveau de décomposition le plus fin (croisement sexe, âge et CMD détaillée) par la proportion de séjours observée pour la France métropolitaine (et non celle du département en question).

[107] Y compris séjours sans nuitée, hors séances

Une fois neutralisées ces différences en termes d'âge, de sexe et d'affections traitées, les écarts de DMS entre départements de résidence sont nettement plus faibles. Il n'est plus que d'un jour entre le département où la DMS standardisée est la plus faible (3,3 jours pour les habitants de la Vienne et 4,3 jours pour ceux de la Creuse).



Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

I Six « affections et traitements », liés à la dépendance, apparaissent comme très caractéristiques de l'interaction entre l'hôpital et son environnement

Un examen des durées de séjour par sexe, âge et catégorie majeure de diagnostic détaillée (chirurgie, acte classant non opératoire et médecine) mené pour chaque département indépendamment de la part des personnes âgées concernées, a montré que 6 « affections » traitées pour la plupart en médecine jouaient un rôle très particulier.

- Ces 6 « affections et traitements » concernent davantage les personnes âgées en perte d'autonomie.

- L'évolution de la durée moyenne de séjours selon l'âge des patients est nettement plus « pentue » pour ces 6 affections que pour les autres affections.

- Les départements de résidence présentant une durée moyenne de séjour pour ces 6 affections et traitements supérieure à la moyenne sont aussi les départements dont la DMS globale (toutes CMD-lettre) est la plus élevée, l'écart vis-à-vis de la moyenne augmentant progressivement à partir de 50 ou 60 ans. L'inverse est également vrai : une plus faible durée de séjours pour les 6 affections traitées va de pair avec une plus faible DMS globale.

- La dispersion de la durée de séjour par département autour de la durée de séjour moyenne (celle de la France métropolitaine) est plus forte pour ces 6 affections traitées que pour les autres. Ainsi, ces catégories majeures de diagnostic – lettre expliquent une part importante des écarts de durée de séjours entre départements (nettement plus importante que leur part en termes de nombre de séjours).

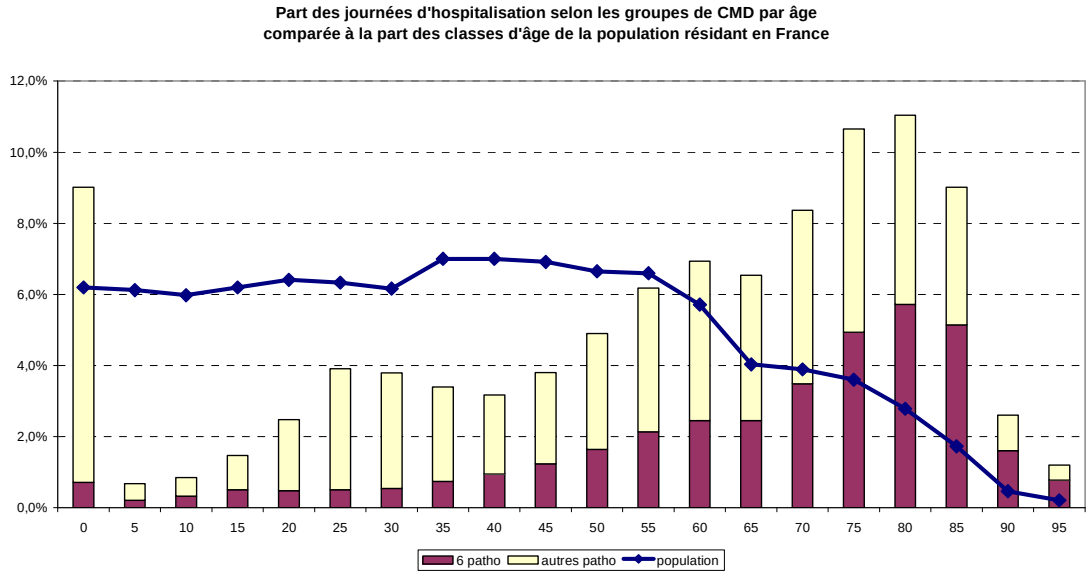
I-1 Les six affections et traitements caractéristiques concernent davantage les personnes âgées en perte d'autonomie.

Les 6 catégories majeures de diagnostic détaillées qui apparaissent comme très particulières sont des affections essentiellement traitées en médecine (et non en chirurgie ou ne comportent pas d'actes classants non opératoires). Il s'agit des :
- affections du système nerveux en médecine (CMD01 MZ),
- affections de l'appareil respiratoire en médecine (CMD04 MZ),
- affections de l'appareil circulatoire en médecine (CMD05 MZ),
- affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, traités en médecine et en chirurgie (CMD08 C et CMD08 MZ),
- maladies et troubles mentaux en médecine (CMD19 MZ).

Ces affections touchent davantage les personnes très âgées alors que c'est moins le cas des autres affections.

La part des personnes âgées de moins de 60 ans dans les journées d'hospitalisation est inférieure à leur part dans la population, ce qui traduit évidemment leur moindre taux d'hospitalisation et leur durée de séjour plus courte. A partir de 60 ans, les personnes âgées sont surreprésentées dans les journées d'hospitalisation. Le graphique suivant montre la montée progressive avec l'âge de la part des 6 CMD-lettre dans l'ensemble des journées d'hospitalisation.

Autour de 80 ans, une journée d'hospitalisation sur deux correspond à l'une des 6 CMD-lettre, l'autre journée correspondant à l'une des 61 autres CMD-lettre. Le groupe des 6 affections devient ensuite prépondérant. A partir de 85 ans, près de 60 % des journées d'hospitalisation correspondent à l'une des 6 CMD-lettre.



Source ATIH, MCO, 2009, INSEE,, traitement SG du HCAAM

D'un point de vue médical, ces 6 affections sont toutes fortement invalidantes et donc tout particulièrement chez les personnes âgées. Pour celles-ci, elles sont source de perte d'autonomie, le plus fréquemment par leur effet direct propre mais également par la cascade d'évènements à fort risque de perte d'autonomie qu'ils entraînent.

Les affections du système nerveux correspondent notamment aux AVC, démences et douleurs neurologiques. Il s'agit de pathologies fréquentes chez les sujets âgés, conduisant fréquemment à la perte d'autonomie ; elles peuvent par ailleurs aggraver ou révéler une perte d'autonomie préexistante (fréquence des AVC chez les sujets atteints d'Alzheimer ou apparentés).

Les affections de l'appareil respiratoire recouvrent, outre la pathologie tumorale, les broncho-pneumopathies et les bronchites, grippes, qui sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. Dans cette population âgée, leur survenue génère très fréquemment des hospitalisations en MCO, en raison du risque de décompensation rapide des grandes fonctions vitales. Chaque épisode contribue à dégrader la fonction respiratoire antérieure, jusqu'à une insuffisance respiratoire interdisant l'effort, donc réduisant l'autonomie.

Au sein du groupe des pathologies de l'appareil circulatoire, l'insuffisance cardiaque globale et les troubles du rythme sont les motifs d'hospitalisation du sujet âgé, bien plus que l'hyper tension artérielle et même l'infarctus du myocarde. Ces pathologies sont invalidantes tant sur le plan moteur (perte de la force musculaire, asthénie majeure, dénutrition) que sur le plan cognitif (baisse du débit sanguin cérébral). Ces troubles peuvent constituer l'entrée dans la perte d'autonomie ou aggraver une perte d'autonomie déjà préexistante..

La chirurgie orthopédique est dominée par la chirurgie de la hanche, du genou et des avant-bras, où la population âgée (>75 ans) représente souvent plus de la moitié des séjours (année 2009). L'hospitalisation est inévitable : la durée ne varie que très peu en fonction de l'âge pour la chirurgie du membre inférieur, alors qu'elle est radicalement différente pour la chirurgie des fractures de l'avant-bras : elle est environ 2 fois plus longue chez les >75 ans. En tout cas toutes ces pathologies génèrent une perte d'autonomie motrice.

Les affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif traitées en médecine regroupent l'ensemble de la pathologie rhumatologique aiguë ou chronique. Ces pathologies sont directement invalidantes.

Les maladies et troubles mentaux recouvrent les psychoses et les névroses (notamment dépressives), mais aussi quelques démences avec troubles du comportement, admises en psychiatrie. La perte d'autonomie est partie intégrante de ces affections par l'atteinte des fonctions supérieures, cohérence, orientation, humeur.

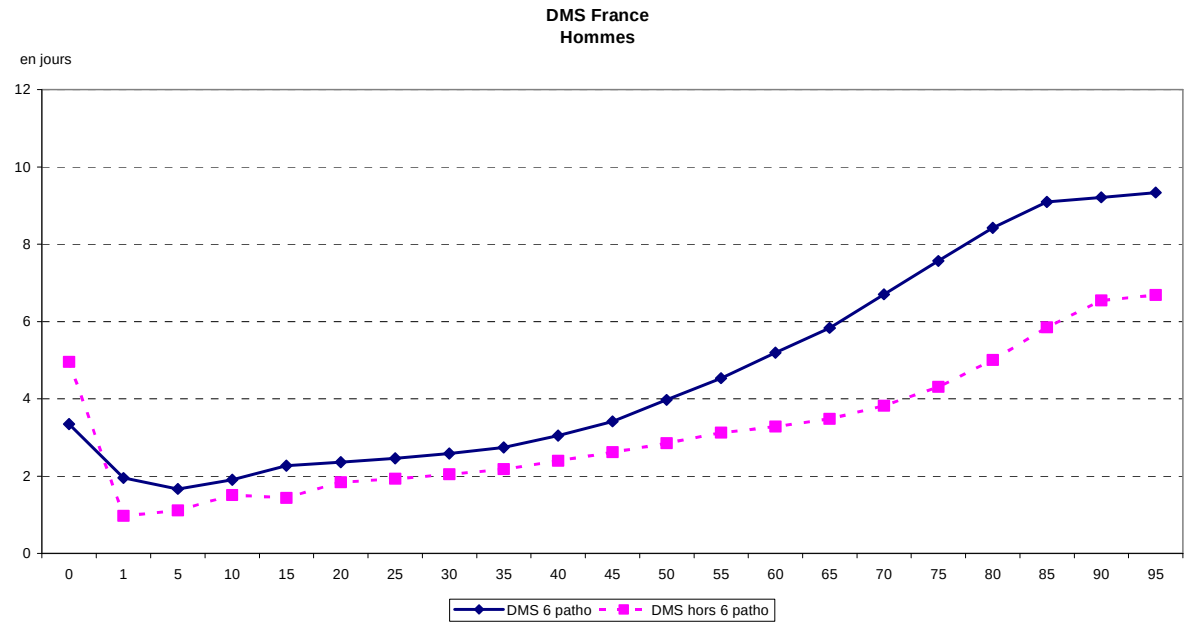
Toutes ces affections provoquent des hospitalisations qui peuvent entraîner par elles-mêmes une cascade d'événements conduisant à l'instauration ou la majoration de la perte d'autonomie (alitement prolongé, perte de la verticalité, désapprentissage rapide de la marche et des autres automatismes, troubles de l'équilibre, désorientation spatio-temporelle).

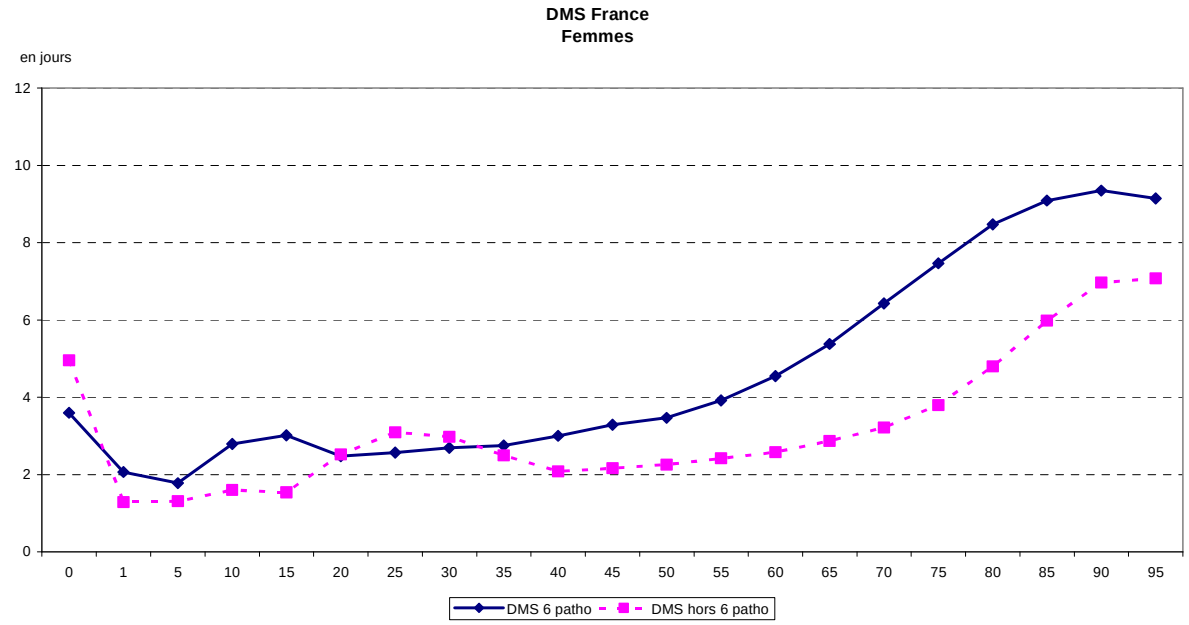
Au total, les 6 affections et traitements qui se sont dégagées de l'analyse statistique concernent davantage les personnes âgées et sont d'un point de vue médical fortement invalidantes. Cela ne signifie évidemment pas que les autres affections ne comportent pas de situations pathologiques génératrices de perte d'autonomie.

On notera qu'a contrario des affections fréquentes pour les personnes âgées telles que la chirurgie des affections de l'œil (02 C) dont la chirurgie du cristallin ou les affections du tube digestif traitées en médecine (06 MZ) dont les endoscopies n'ont pas montré de durées de séjour atypiques. Il est significatif que ces deux affections et traitements ne soient pas en rapport avec la perte d'autonomie, même si elles sont fréquentes chez la personne âgée : il semble que parmi les affections fréquentes des personnes âgées, seules celles qui sont liées à la perte d'autonomie sont apparues comme particulières.

I-2 L'évolution de la durée moyenne de séjours selon l'âge des patients est nettement plus « pentue » pour ces 6 affections et traitements que pour les autres.

Les graphiques ci-dessous retracent l'évolution de la DMS par sexe et âge pour les 6 CMD-lettre identifiées d'une part et les 61 autres d'autre part, pour l'ensemble des départements de France métropolitaine.





Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

On retrouve bien pour les 6 affections ainsi que pour les autres l'augmentation de la DMS avec l'âge que la note *« Vieillissement, longévité et assurance maladie »* avait montrée pour l'ensemble des CMD de l'hospitalisation en MCO.

Pour les 6 affections et traitements, la « rupture de pente » a lieu entre 40 et 45 ans pour les hommes, entre 50 et 55 ans pour les femmes. Elle est beaucoup plus tardive pour les autres affections, autour de 70 ans (autrement dit : aux âges où, par l'effet des poly-pathologies, les

retentissements des différentes situations pathologiques les unes sur les autres sont susceptibles d'entraîner, quelle que soit la pathologie observée, une augmentation de la DMS).

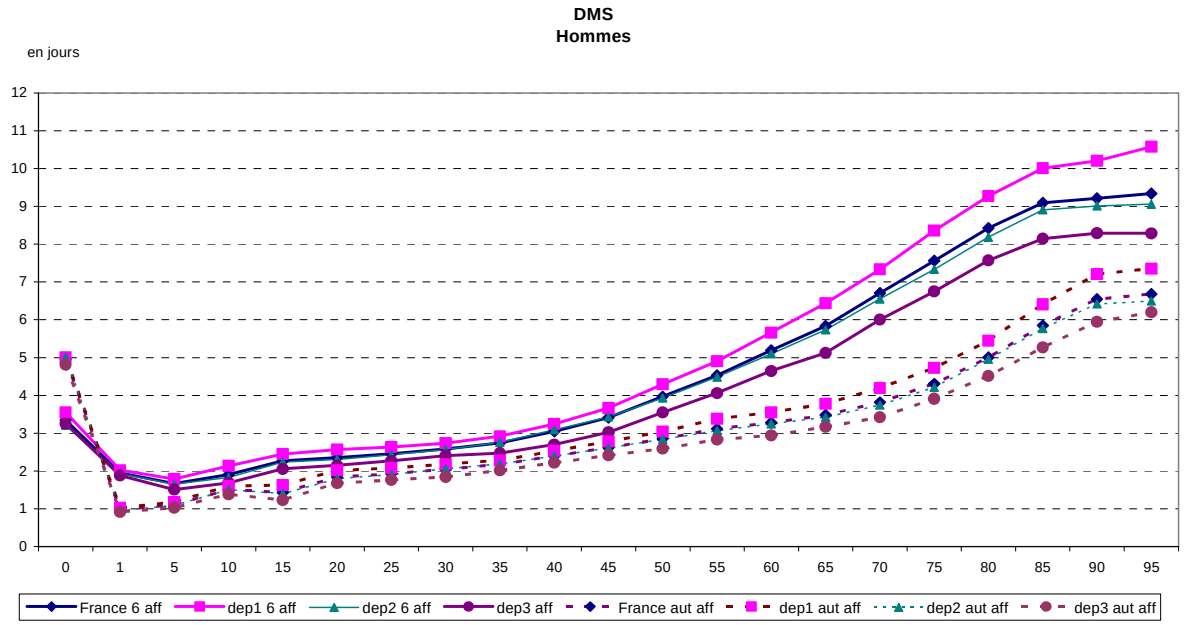
De ce fait, l'augmentation de la DMS avec l'âge est nettement plus marquée pour les 6 CMD-lettre identifiées que pour les autres. Ainsi, pour les femmes, la DMS relative à ce groupe d'affections et traitements augmente de 5,9 jours entre 50-54 ans et 90-94 ans, ce qui correspond à une hausse de 0,15 jour par année d'âge. Pour les autres CMD-lettre, l'accroissement entre 65-69 ans et 90-94 ans est de 4,1 jours, ce qui correspond à une hausse de 0,10 jour par année.

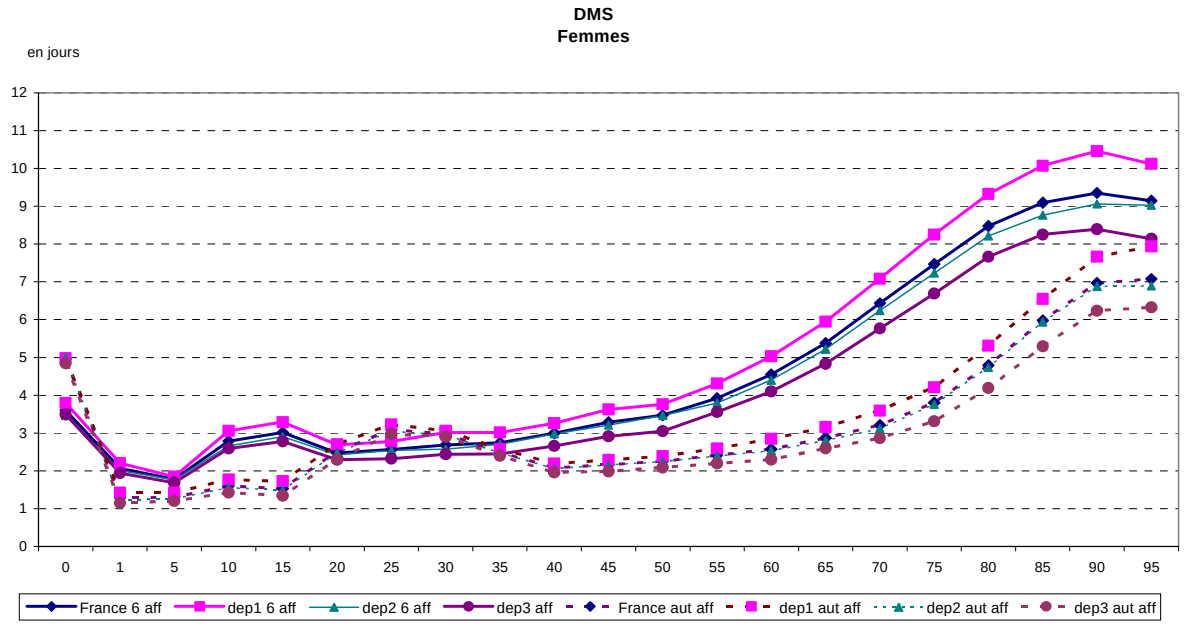
Cette différence d'augmentation de la DMS selon l'âge entre les deux groupes d'affections n'a pas d'explication immédiate. Elle est compatible avec le fait que **l'interaction entre l'hôpital et son environnement est d'autant plus difficile que la personne est âgée et en perte d'autonomie** puisque le groupe des 6 affections identifiées touchent particulièrement des personnes en perte d'autonomie.

I-3 L'augmentation de la durée de moyenne de séjour avec l'âge est plus forte pour les habitants de certains territoires départementaux de résidence, à la fois pour les six affections et traitements et pour les autres

Les territoires départementaux de résidence dont la DMS pour les 6 CMD-lettre identifiées est supérieure à la moyenne nationale ont aussi une DMS pour l'ensemble des affections supérieure à la moyenne nationale. L'inverse est vrai pour les territoires départementaux de résidence dont la DMS est inférieure à la moyenne. Enfin, les territoires départementaux de résidence qui se situent dans la moyenne pour le groupe des 6 affections ont également une durée de séjour proche de la moyenne nationale pour l'ensemble des affections.

On constate aussi que l'écart à la moyenne est toujours de même sens, quel que soit l'âge (toujours positif ou toujours négatif).





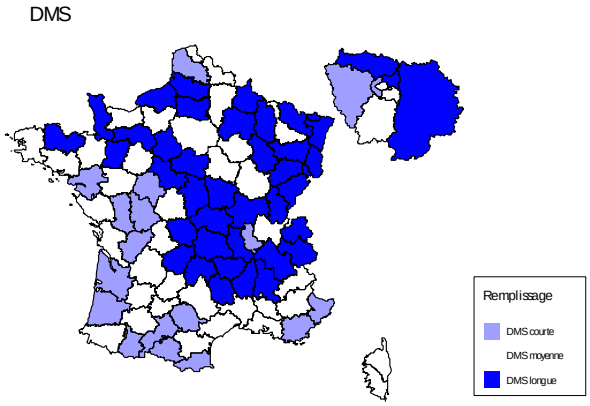
Note : Les graphiques en annexe montrent que la « bosse » concernant les jeunes filles pour les 6 CMD provient essentiellement des maladies et troubles mentaux. La « bosse » des DMS des autres CMD sont liées aux séjours liés à la maternité.
Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

A ce stade de l'analyse, si la DMS est un bon marqueur de l'interaction entre l'hôpital et son environnement, **une interaction satisfaisante pour les 6 affections et traitements s'accompagne d'une bonne interaction pour l'ensemble des affections et inversement. Cela à tous les âges.**

La carte suivante montre la répartition des départements.

Les territoires départementaux de résidence dont la DMS globale (et la dynamique de croissance de la DMS en fonction de l'âge) est supérieure à la moyenne forment l'ensemble dénommé « DEP 1 », ceux où l'une et l'autre sont inférieures à la moyenne correspondent à l'ensemble dénommé « DEP 3 », le groupe du milieu étant l'ensemble « DEP 2 ».

Dans le premier groupe (DEP1), on trouve 41 territoires départementaux de résidence situés plutôt dans le centre et l'Est. Les territoires départementaux de résidence du troisième groupe (DEP3), au nombre de 18, se trouvent en général au Sud et au Sud-ouest. Les territoires départementaux de résidence où la DMS est proche de la moyenne se répartissent au pourtour du Centre et à l'Ouest.



Départements de résidence où la dynamique d'augmentation de la DMS avec l'âge est la plus forte	Départements de résidence où la dynamique d'augmentation de la DMS avec l'âge est proche de la moyenne	Départements de résidence où la dynamique d'augmentation de la DMS avec l'âge est la plus faible
03 Allier	01 Ain	06 Alpes Maritimes
07 Ardèche	02 Aisne	09 Ariège
08 Ardennes	04 Alpes de Haute Provence	16 Charente
15 Cantal	05 Hautes Alpes	31 Haute Garonne
18 Cher	10 Aube	33 Gironde
19 Corrèze	11 Aude	37 Indre et Loire
22 Côtes d'Armor	12 Aveyron	40 Landes
23 Creuse	13 Bouches du Rhône	44 Loire Atlantique
25 Doubs	14 Calvados	62 Pas de Calais
26 Drôme	17 Charentes Maritimes	65 Hautes Pyrénées
28 Eure et Loir	21 Côte d'Or	66 Pyrénées Orientales
38 Isère	24 Dordogne	69 Rhône
39 Jura	27Eure	78 Yvelines
41 Loir et Cher	29 Finistère	79 Deux Sèvres
42 Loire	30 Gard	81 Tarn
43 Haute Loire	32 Gers	83 Var
45 Loiret	34 Hérault	86 Vienne
48 Lozère	35 Ille et Vilaine	92 Hauts de Seine
50 Manche	36 Indre	
51 Marne	46 Lot	
52 Haute Marne	47 Lot et Garonne	
53 Mayenne	49 Maine et Loire	
55 Meuse	54 Meurthe et Moselle	
57 Moselle	56 Morbihan	
58 Nièvre	59 Nord	
60 Oise	64 Pyrénées Atlantiques	
61 Orne	72 Sarthe	
63 Puy de Dôme	75 Paris	
67Bas Rhin	82 Tarn et Garonne	
68 Haut Rhin	84 Vaucluse	
70 Haute Saône	85 Vendée	
71 Saône et Loire	87 Haute Vienne	
73 Savoie	89 Yonne	
74 Haute Savoie	91 Essonne	
76 Seine Maritime	94Val de Marne	
77 Seine et Marne	2A Corse du Sud	
80 Somme	2B Corse du Nord	
88 Vosges		
90 Territoire de Belfort		
93 Seine Saint Denis		
95Val d'oise		

I-4 La dispersion de la durée de séjour par département autour de la durée de séjour moyenne (celle de la France métropolitaine) est plus forte en valeur absolue pour ces 6 affections et traitements que pour les autres.

Pour les 6 affections, les écarts pour les deux groupes extrêmes de territoires départementaux de résidence (DEP 1 et DEP3), **au dessus ou en dessous de la moyenne nationale, augmentent régulièrement avec l'âge**. Quasi inexistants au début de la vie, ils

augmentent pour atteindre 1 jour de part et d'autre de la moyenne à 85-90 ans pour les deux groupes de territoires opposés. Cet écart apparaît assez important compte tenu de la faible variabilité globale des DMS moyennes standardisées par territoire. La situation des hommes et des femmes est très comparable.

Pour les autres affections, les écarts autour de la moyenne entre les deux groupes de territoires départementaux de résidence DEP 1 et DEP 3 **sont aussi croissants avec l'âge. Mais ils sont plus réduits que pour les 6 affections et traitements liées à la perte d'autonomie** : de l'ordre de 0,6 jour de part et d'autre de la moyenne à 85-90 ans.

Empiriquement, ces écarts sont pratiquement proportionnels au niveau de la DMS par âge de la France. Pour les territoires départementaux de résidence du premier groupe (DEP 1), la DMS relative aux 6 CMD-lettre est à chaque âge 10 % supérieure à la DMS de la moyenne nationale pour ces 6 affections. A l'opposé, la même DMS pour les territoires départementaux de résidence du troisième groupe (DEP 3) est inférieure de 10 % à chaque âge à celle de la moyenne. Le même constat peut être fait pour les autres affections : l'écart plus faible en nombre de jours correspond à un écart rapporté à la moyenne de plus ou moins 10 %[108] (voir infra les graphiques de proportionnalité de l'écart).

*
* *

<u>En résumé :</u>

La note *« Vieillissement »* avait montré que la durée moyenne de séjour en hospitalisation MCO augmentait nettement avec l'âge. Compte tenu de la complexité du traitement des personnes âgées, qui sont fréquemment poly-pathologiques, il est normal que la DMS s'accroisse au fur et à mesure que les personnes vieillissent. Cependant, le HCAAM avait mis en évidence qu'une partie de cette hausse était excessive, ce qu'une organisation des soins plus efficiente autour de la personne âgée pouvait significativement améliorer.

Pour faire apparaître la part « anormale » au vu du juste soin de la montée de la DMS avec l'âge, une analyse par lieux de résidence des patients a été menée.

Elle montre que la DMS croît avec l'âge bien davantage pour un ensemble d'affections touchant particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie ou en risque de l'être que pour l'ensemble des autres affections.

Elle montre aussi que l'écart de durée de séjour entre les départements de résidence autour de la moyenne nationale, pour le groupe des six affections d'une part, pour le groupe de toutes les autres affections d'autre part, existe à tous les âges mais en augmentant au fur et à mesure de l'avancée en âge du patient. Il apparaît aussi que ces écarts sont globalement proportionnels à la durée de séjour elle-même.

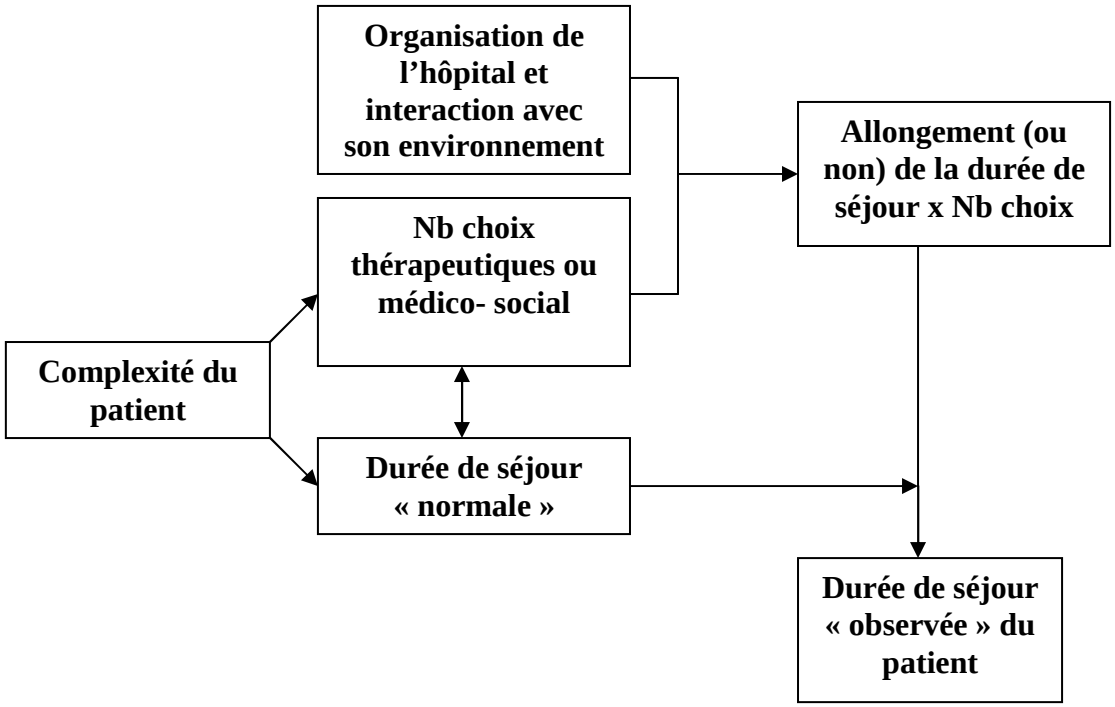
Ces constats appellent les questions suivantes :

- Pourquoi la hausse de la DMS avec l'âge est-elle plus marquée pour six affections et traitements particulièrement liés à la perte d'autonomie ? Est-ce en raison de la

[108] Cette « loi » n'en est pas une car, CMD par CMD, cet écart de 10% ne se vérifie pas toujours. L'écart est supérieur à 10 % pour les affections du système nerveux. Il semble être non proportionnel pour les troubles mentaux.

complexité accrue d'une personne dépendante par rapport à une personne autonome ? Concrètement comment joue cette complexité sur le séjour à l'hôpital ?

- Que reflètent les écarts de durée de séjour entre lieux de résidence ? S'agit-il d'une organisation des soins en aval de l'hôpital ? au sein de l'hôpital également ?
- Le fait qu'une DMS plus faible que la moyenne (respectivement : une DMS plus forte que la moyenne) pour les 6 affections identifiées aille de pair avec une DMS plus faible (respectivement : une DMS plus forte) pour l'ensemble des autres affections traduit-il une meilleure organisation générale de la filière sanitaire, médico-sociale et sociale dans le lieu de résidence ?
- Comment peut-on expliquer que l'écart à chaque âge de la DMS par rapport à la moyenne nationale soit approximativement proportionnel à la durée de séjour ? Que penser de l'explication suivante résumée dans le schéma ci-dessous ? Le traitement d'une personne impliquerait un nombre de choix qui irait croissant avec la complexité présentée par le patient, celle-ci se reflétant dans la durée de séjour à l'hôpital. Au moment de chaque choix, une moins bonne organisation au sein ou en aval de l'hôpital pourrait conduire à allonger la durée de séjour. La durée de séjour varierait ainsi pour un âge donné proportionnellement avec le nombre de choix à opérer et donc la complexité du patient. Au final, la durée de séjour varierait avec une amplitude d'autant plus forte que la durée de séjour « normale » est élevée.

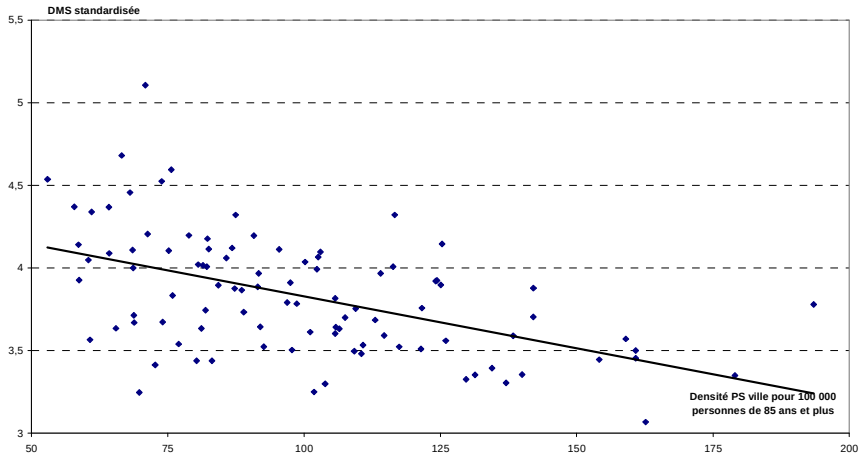


II Pas de corrélation nette avec l'offre de soins et l'offre médico-sociale sur les territoires.

La durée moyenne de séjour des habitants des départements est comparée avec l'offre de soins des professionnels de santé exerçant en ville d'une part et avec le nombre de places en EHPAD et en SSIAD.

Trois professions de santé, au plus près des personnes âgées en perte d'autonomie, ont été retenues : les médecins généralistes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. Le nombre total de ces professionnels dans chaque département a été rapporté à la population de 85 ans et plus. Cette « densité » est comparée à la durée moyenne de séjour des résidents du département où exercent ces professionnels libéraux.

Comparaison de la durée moyenne de séjour et de l'offre des professions de santé libérales

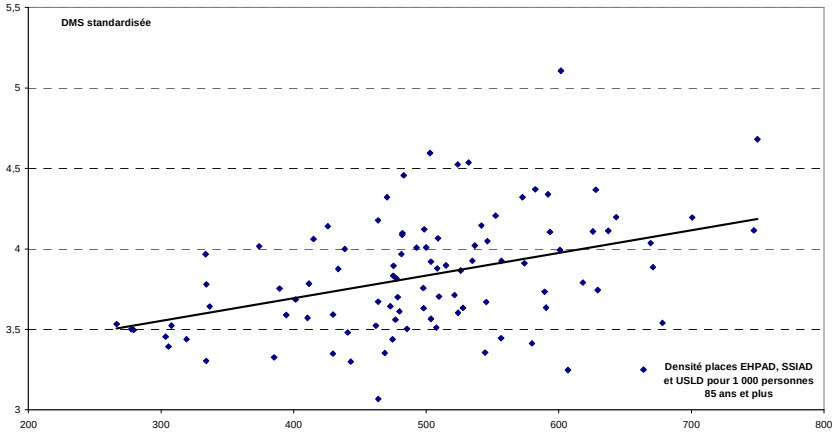


Source ATIH, MCO, 2009, CNAMTS, traitement SG du HCAAM

Cette comparaison montre un lien négatif mais ténu. Une durée de séjour longue est plutôt associée avec une faible densité de ces trois professions de santé que sont les médecins généralistes, les infirmières et les masseurs kinésithérapeutes.

La comparaison de la durée de séjour avec la densité de places en EHPAD, SSIAD et USLD montre un lien tout aussi faible mais de façon surprenante, positif.

Comparaison de la durée moyenne de séjour et de l'offre de places en EHPAD, SSIAD et USLD



Source ATIH, MCO, 2009, CNAMTS, traitement SG du HCAAM

Dans l'interprétation de ces rapprochements, il convient d'être très prudent. Car le fait que des phénomènes semblent « aller ensemble » ne signifie pas qu'ils soient corrélés toutes choses égales par ailleurs. On sait que les parcours des personnes âgées, en particulier celles qui sont en perte d'autonomie, sont tributaires d'une multitude de facteurs. Il est assuré que leur prise en compte simultanée (si elle était possible) conduirait à modifier les liens apparents. Ainsi, il est possible que les endroits où la densité de places d'EHPAD, de SSIAD et d'USLD est plus élevée aient des caractéristiques autres qui conduisent à l'allongement de la durée de séjour. A plus forte raison, les rapprochements statistiques qu'on peut faire ne peuvent être la marque de liens de causalité. Ceux-ci ne peuvent être indiqués que par des professionnels sur le terrain, au travers de leur expérience.

III En se limitant aux seules six affections dont la DMS varie le plus fortement avec l'âge, une convergence des durées de séjour des personnes âgées hospitalisées vers celles qui sont observées dans les territoires de résidence où elle est la plus faible diminuerait les coûts d'hospitalisation d'un montant brut de l'ordre de 2 milliards d'euros.

Un calcul extrêmement schématique, visant seulement à offrir un ordre de grandeur, permet de montrer que si la croissance de la durée de séjour pour les personnes de 55 ans et plus, hospitalisées pour l'une des 6 affections identifiées, avait, sur l'ensemble du territoire, le profil (au demeurant, déjà fortement croissant !) qu'il a dans les territoires départementaux de résidence où cette croissance en fonction de l'âge est la mieux maîtrisée, la valorisation financière du nombre de journées d'hospitalisations ainsi supprimées serait d'environ 2 milliards €, ce qui correspond à près de 3 millions de journées d'hospitalisation (5 % environ du nombre total de journées d'hospitalisation en MCO).

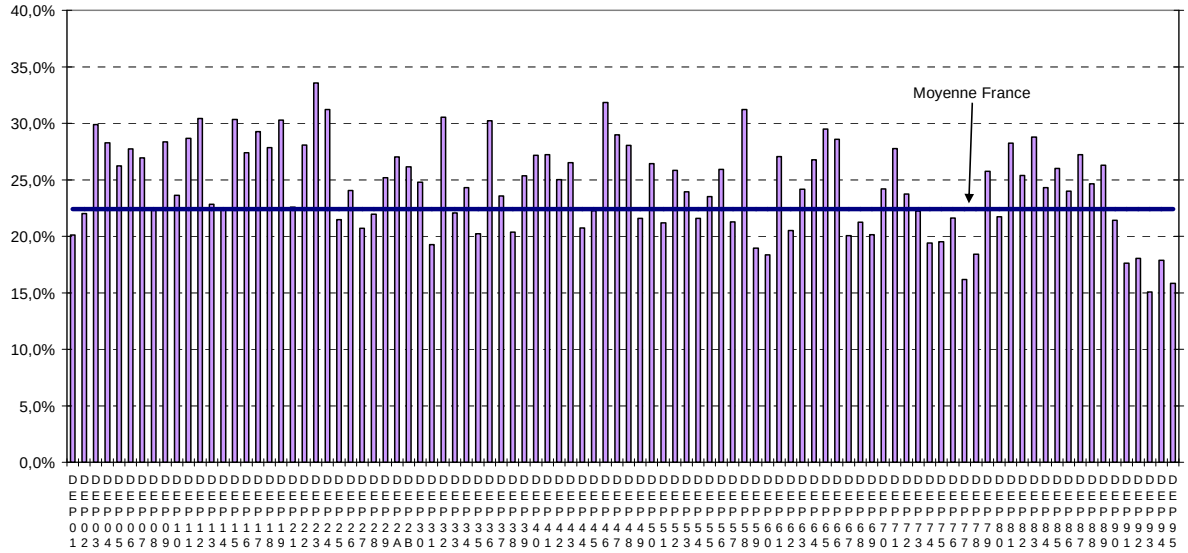
Pour fixer les idées, cette somme représente près de la moitié (40%) des dépenses annuelles d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

On touche ici, sur cette évaluation volontairement simpliste, l'ordre de grandeur des ressources potentiellement mobilisables pour mettre en place – dans l'intérêt des patients âgés et de la qualité des soins – une amélioration de l'accompagnement soignant et social, en amont et en aval de l'hôpital, qui permette de réduire le nombre de journées d'hospitalisation.

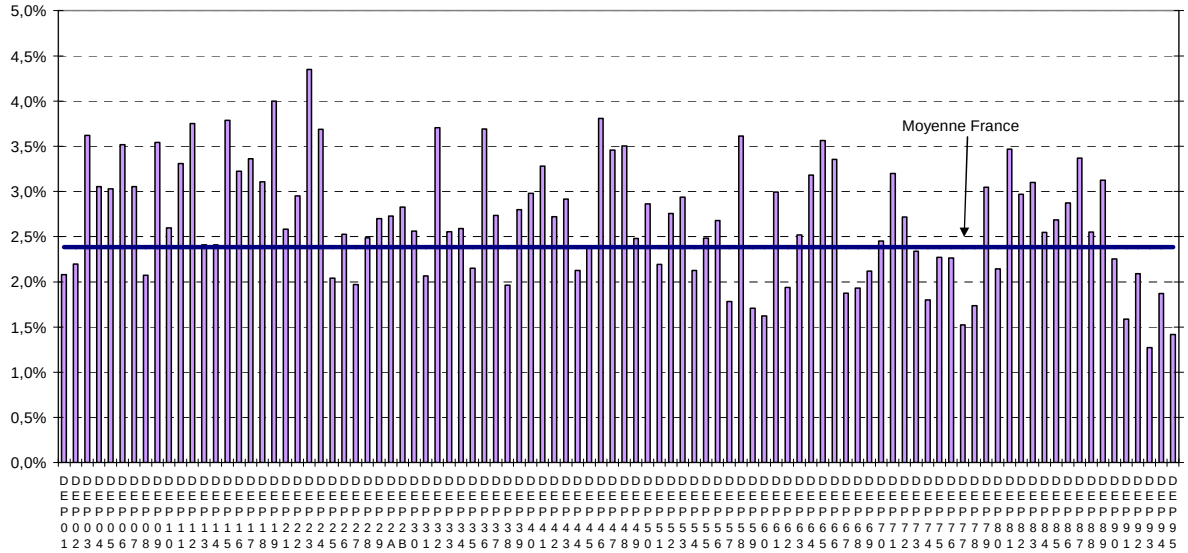
Données complémentaires

Part des personnes âgées dans la population des départements

Part des personnes de 60 ans et plus dans le département 2009



Part des personnes de 85 ans et plus dans le département 2009

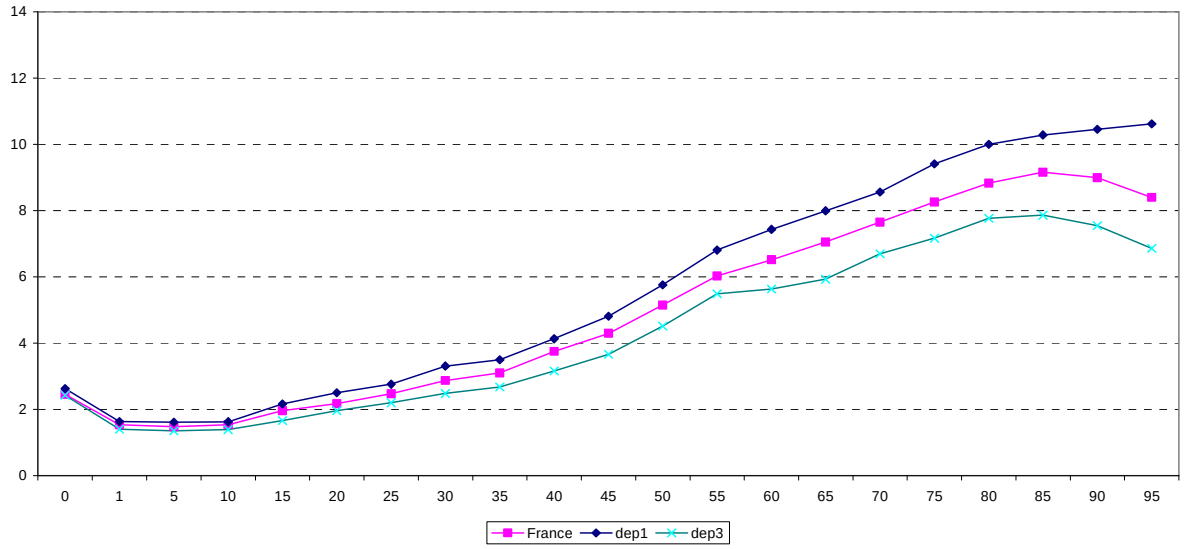


Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

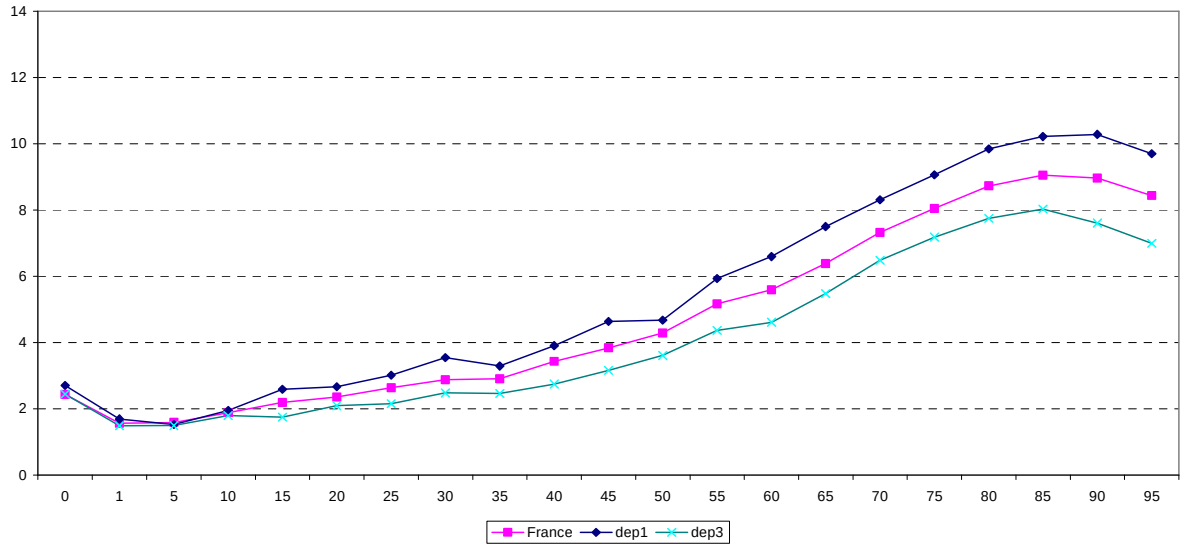
DMS des 6 CMD-lettre par groupes de départements

Affections du système nerveux

01 MZ
Hommes

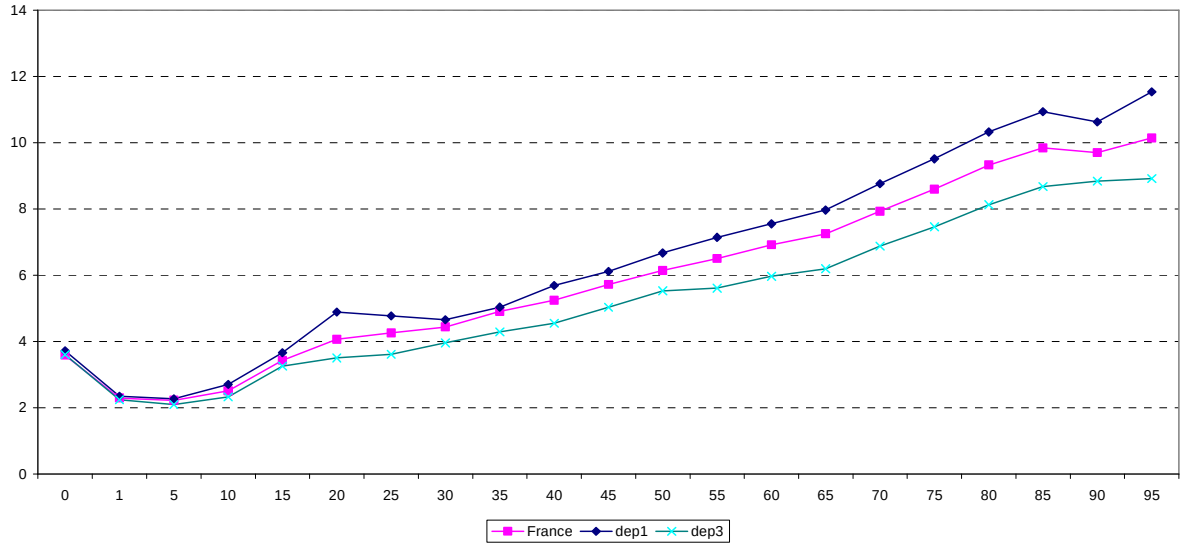


01 MZ
Femmes

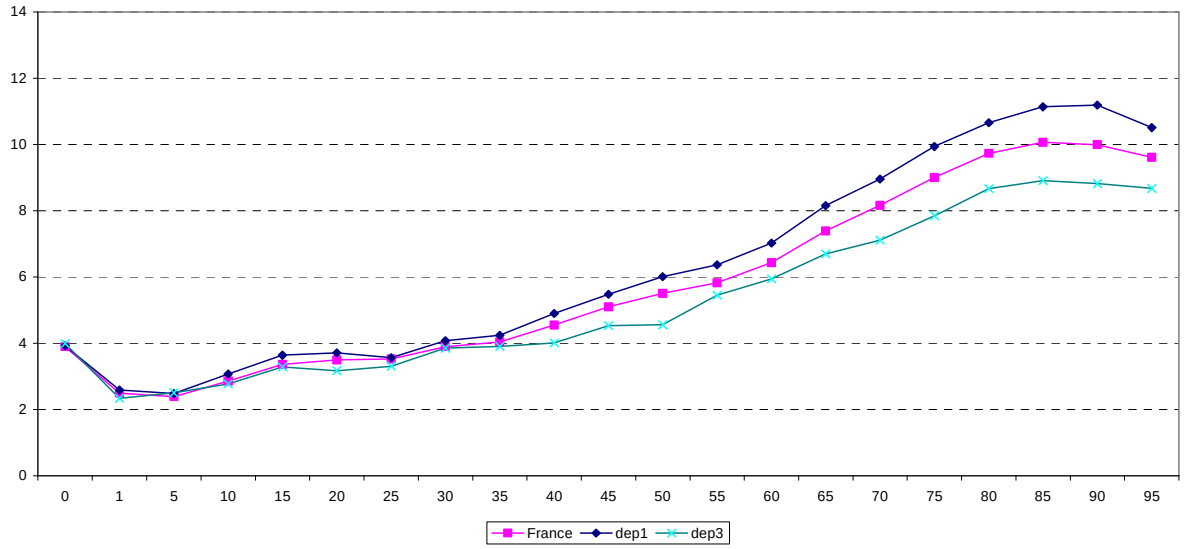


Affections de l'appareil respiratoire

04MZ
Hommes

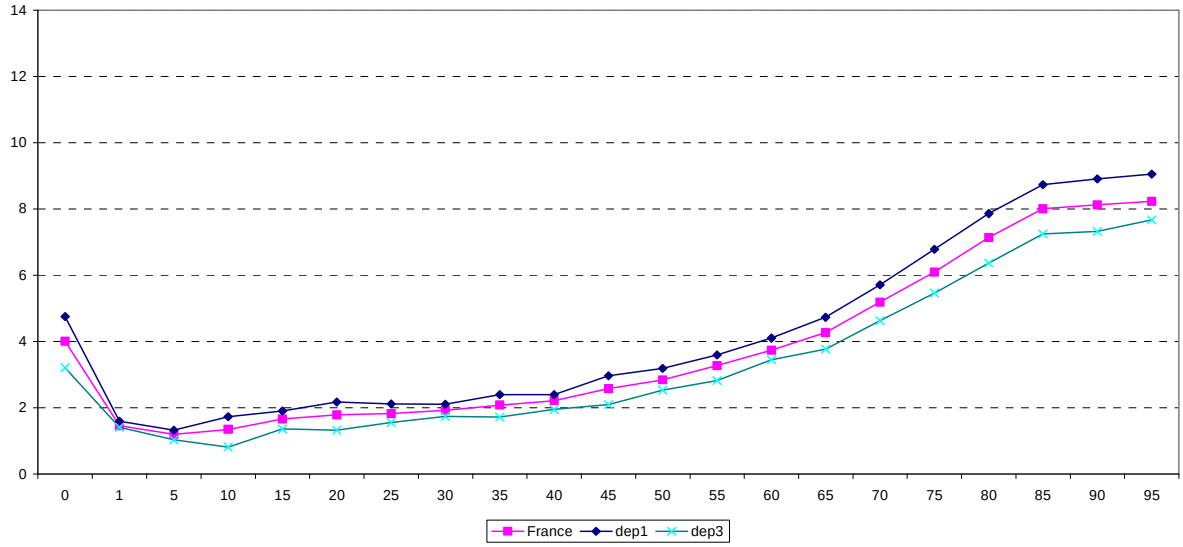


04 MZ
Femmes

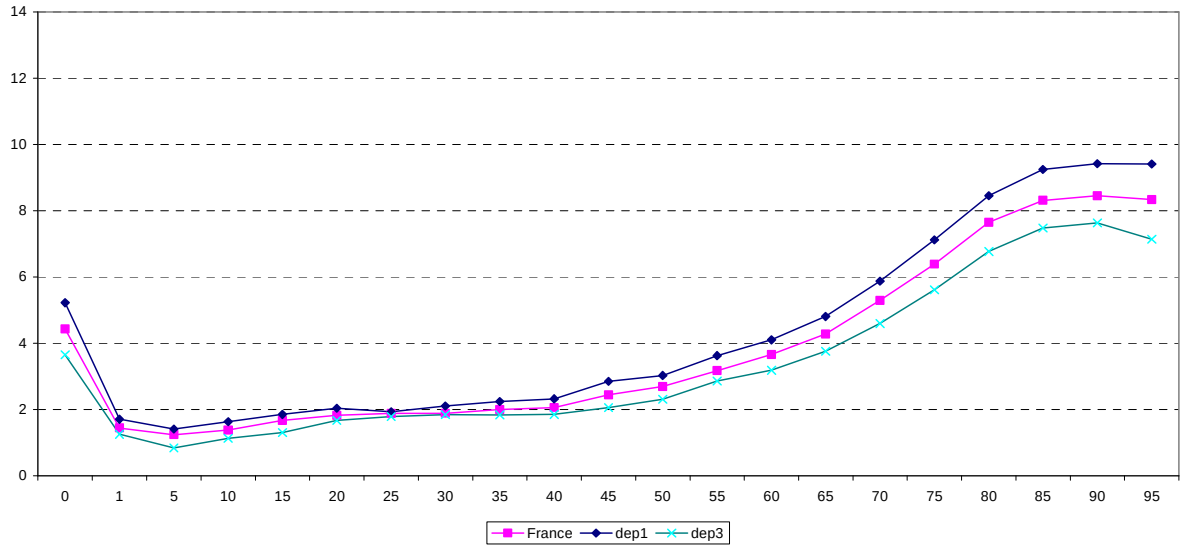


Affections de l'appareil circulatoire

05MZ
Hommes

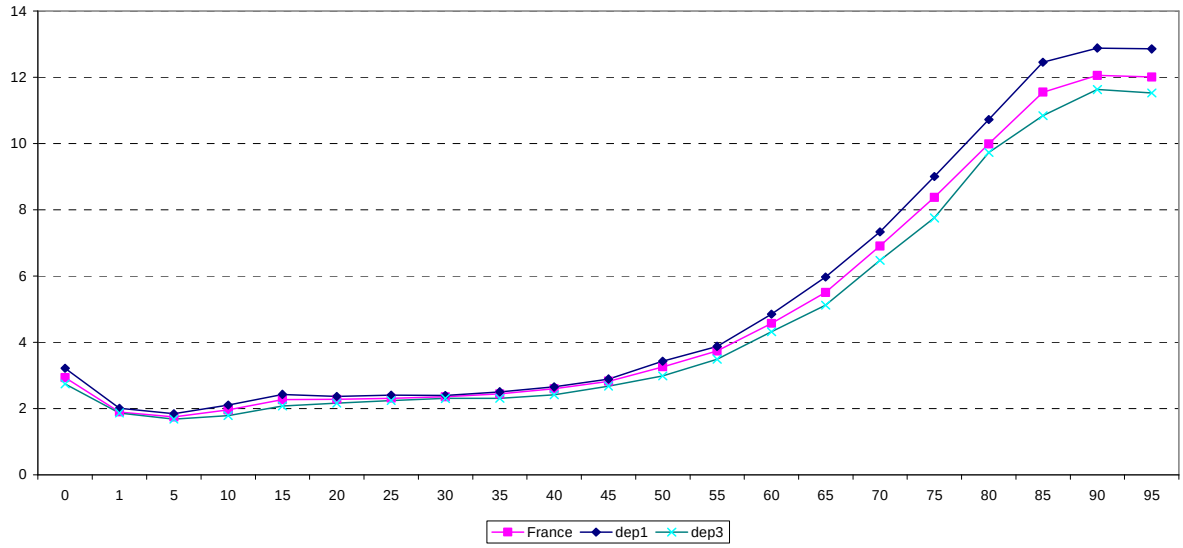


05 MZ
Femmes

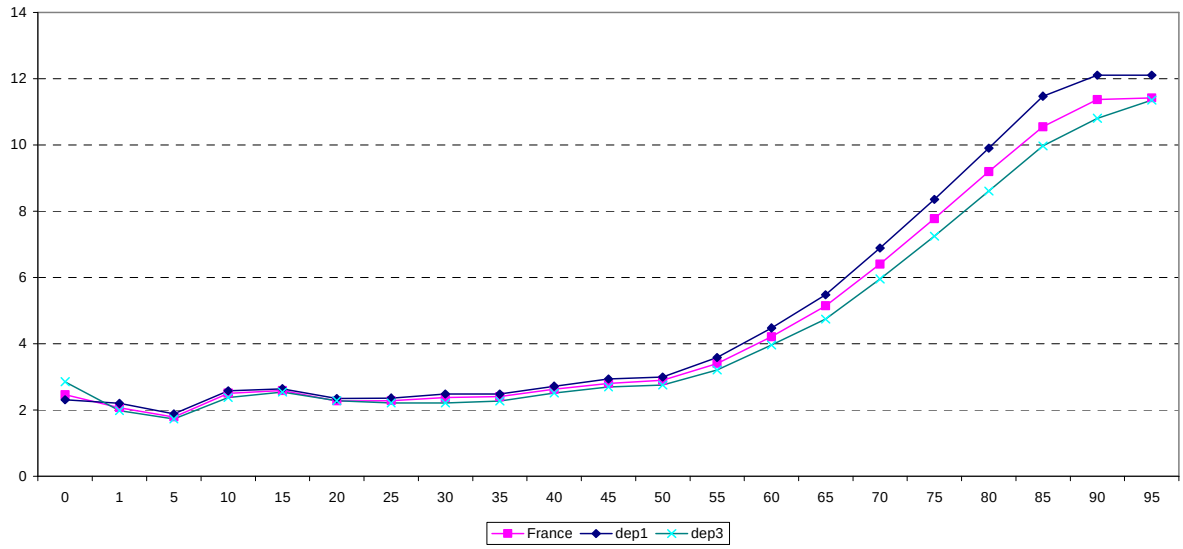


Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (Chirurgie)

08C
Hommes

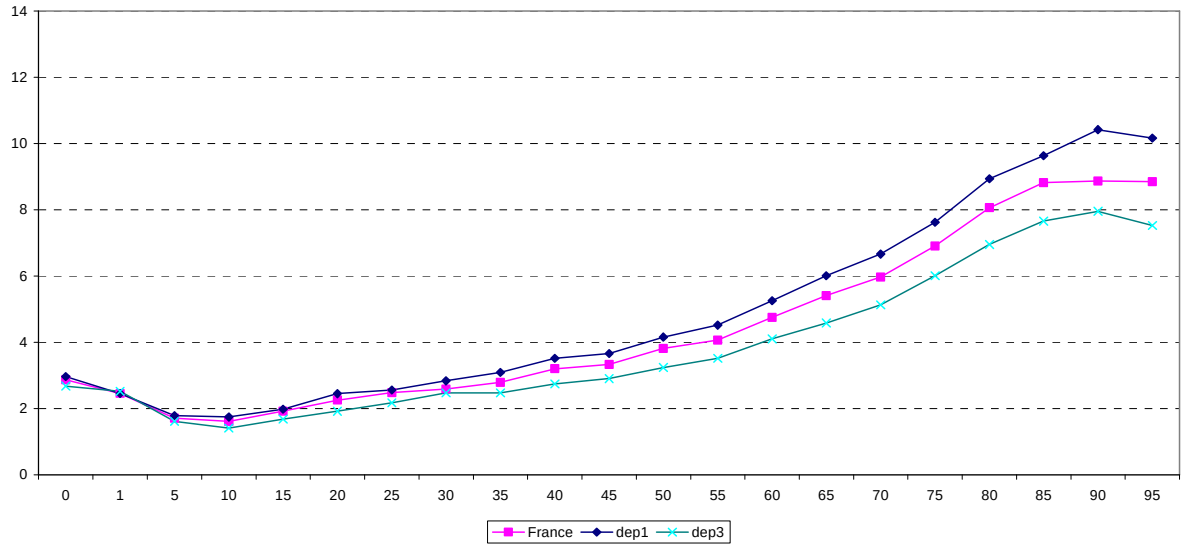


08 C
Femmes

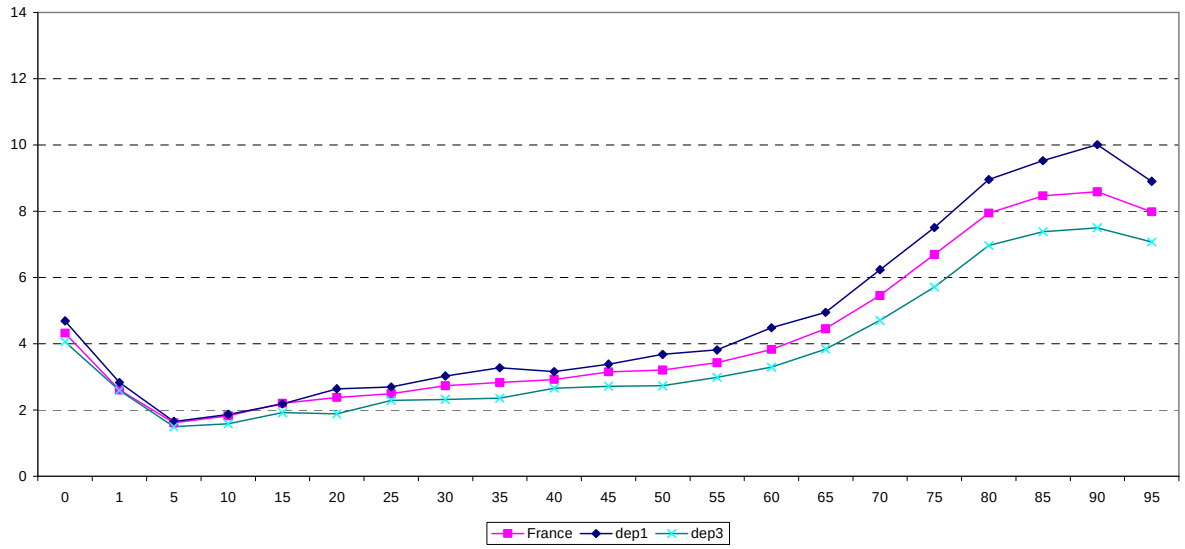


Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (Médecine)

08MZ
Hommes

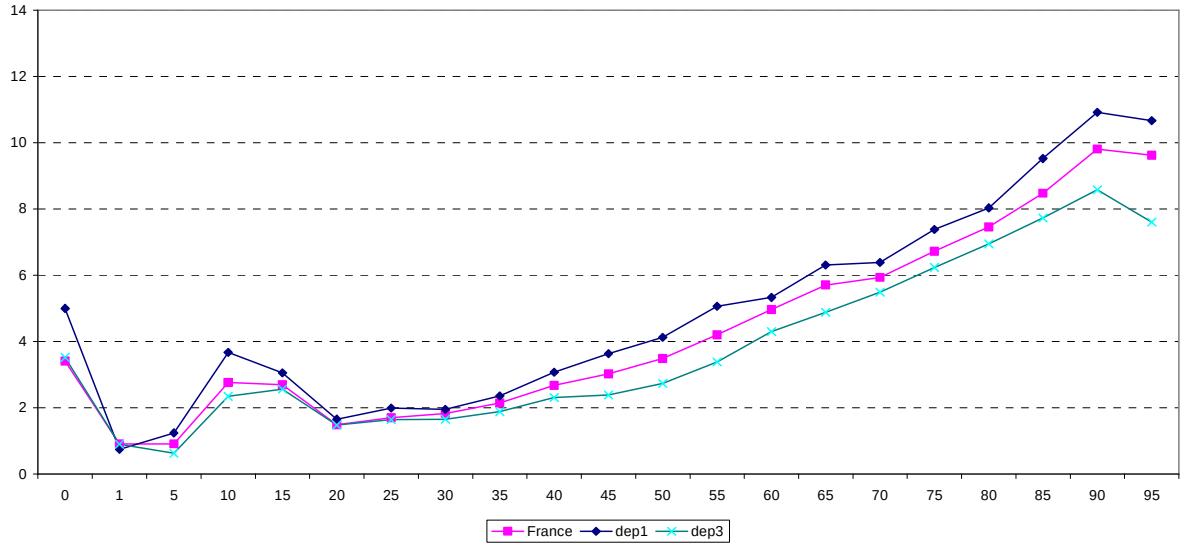


08 MZ
Femmes

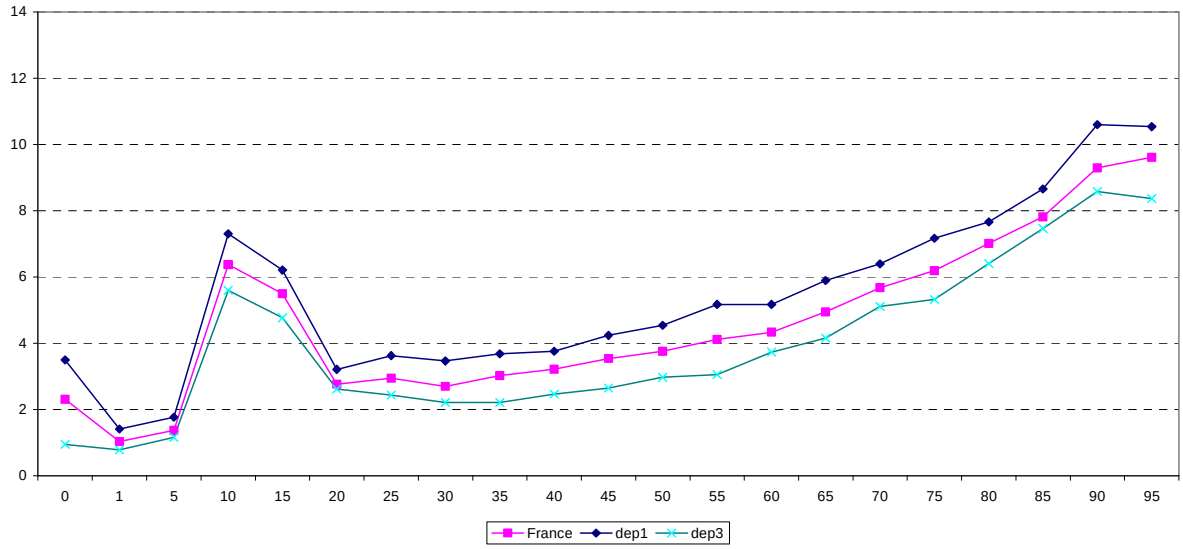


Maladies et troubles mentaux

19MZ
Hommes



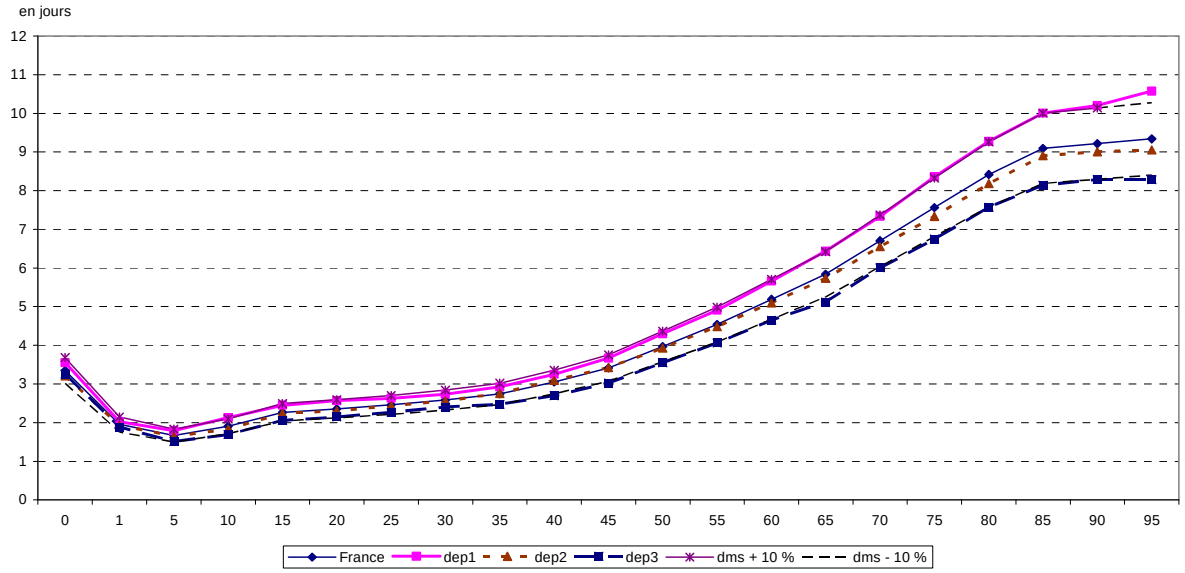
19MZ
Femmes



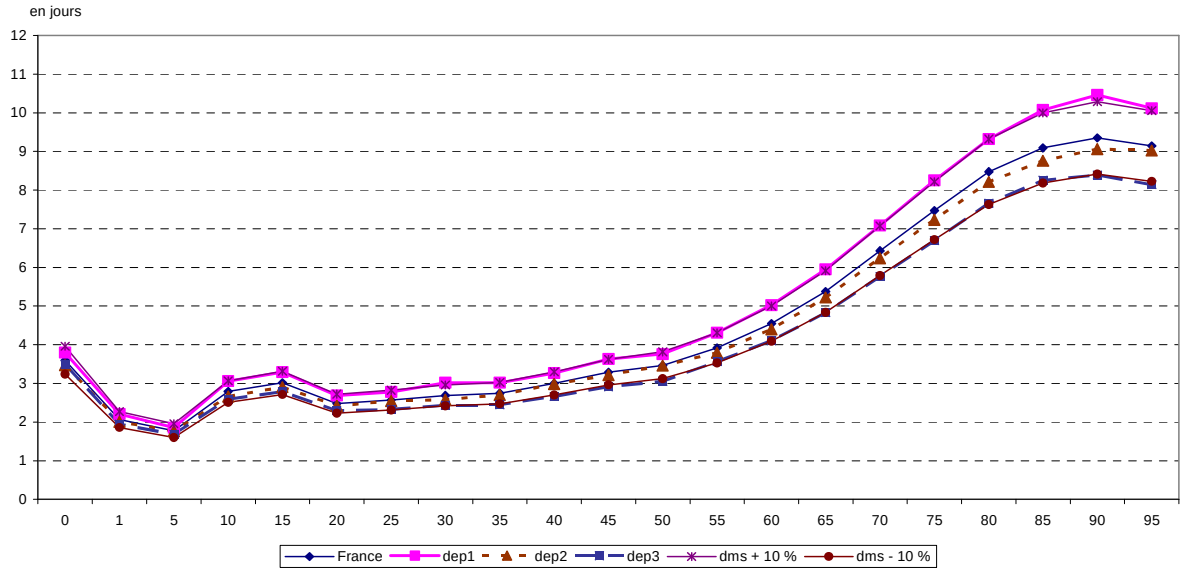
Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

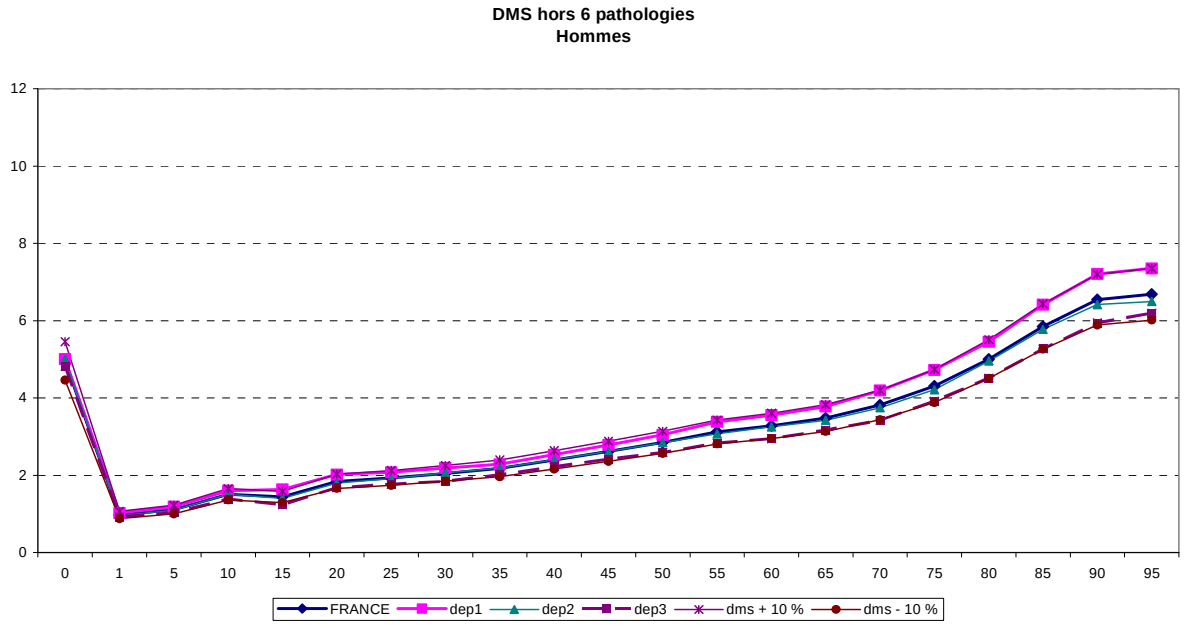
Proportionnalité des écarts de DMS

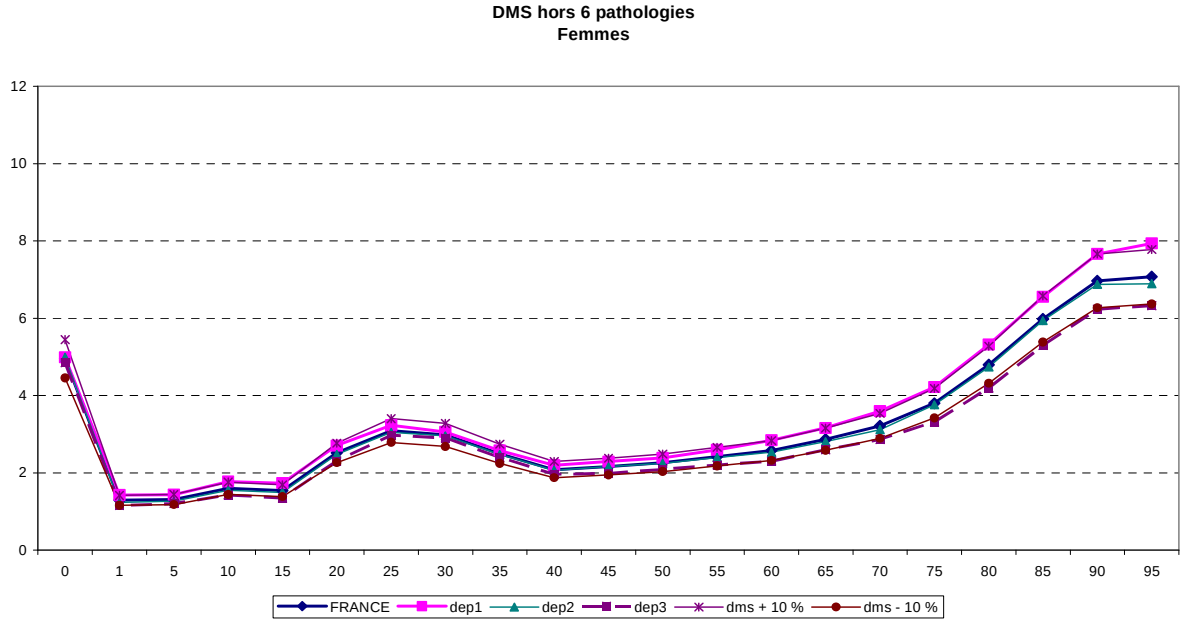
Durée moyenne de séjour par sexe et âge pour les 6 pathologies identifiées
Hommes



Durée moyenne de séjour par sexe et âge pour les 6 pathologies identifiées
Femmes







Source ATIH, MCO, 2009, traitement SG du HCAAM

QUATRIEME PARTIE

Les liens entre les politiques de santé et de prévention et la perte d'autonomie

La perte d'autonomie est directement entraînée par une détérioration des capacités physiques, cognitives ou sensorielles, la notion de dépendance liée à « l'usure du temps » étant depuis longtemps écarté par la médecine. Partant, les politiques qui visent à maintenir ou stabiliser les capacités fonctionnelles influent fortement sur la prévalence, la lourdeur et l'âge d'entrée dans la perte d'autonomie.

L'aspect le plus fréquemment mis en avant est l'apport que peuvent avoir des politiques de « prévention » sur la réduction de l'incidence de la perte d'autonomie. Mais les soins curatifs peuvent également jouer un rôle déterminant dans la limitation ou la stabilisation de la perte d'autonomie et, *a contrario*, des prises en charges sanitaires inadéquates peuvent avoir des conséquences délétères sur le niveau d'autonomie.

L'objectif global des politiques de santé et de prévention est d'améliorer l'espérance de vie en réduisant la morbidité et la mortalité évitables à tous âges, ainsi que le bien être des personnes. L'objectif de ces politiques en matière de perte d'autonomie est d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire « sans handicap ou gène dans la vie quotidienne ». Elle est mesurée à partir d'enquêtes soit en nombre d'années (à la naissance, à 20 ans, à 65 ans…), soit en pourcentage (rapport entre l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie totale).

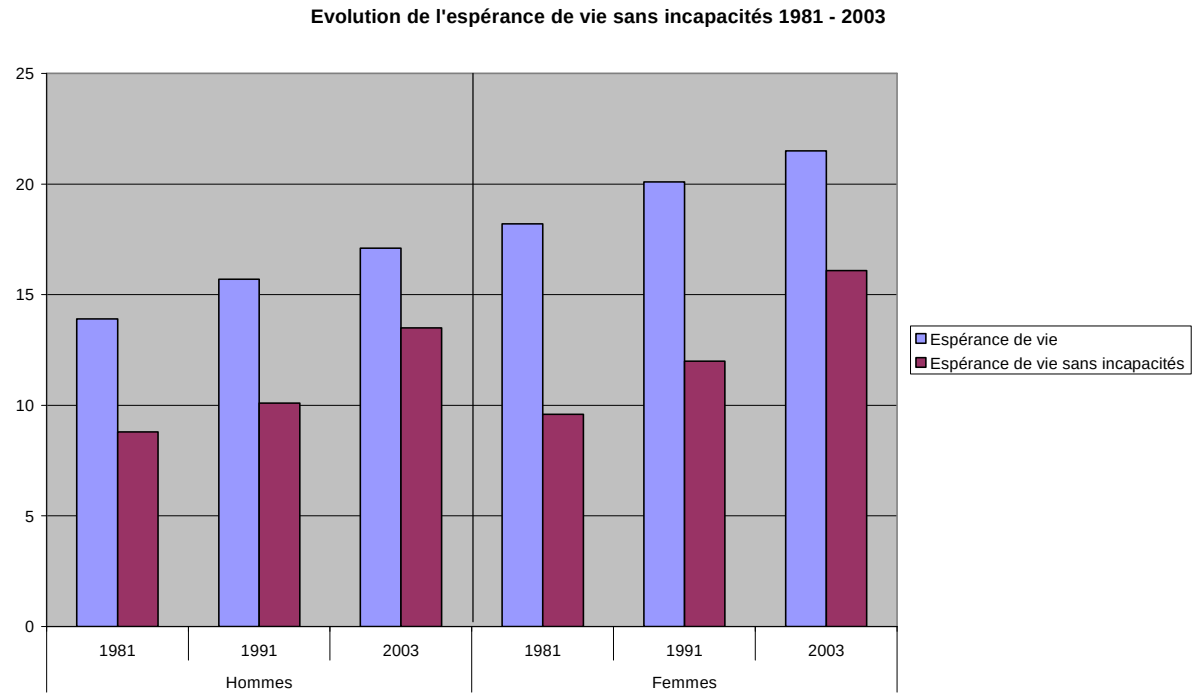
D'important progrès ont été enregistrés depuis les années 1980 s'agissant de l'espérance de vie en bonne santé. Entre 1981 et 2003, le nombre d'années de vie supplémentaires sans incapacité a cru plus vite que le nombre moyen d'années de vie supplémentaires total, avec une accélération du gain sur la période 1991 – 2003 par rapport à la période 1981-1991, qui était déjà à interpréter avec prudence du fait de changement méthodologiques dans l'enquête de l'INSEE qui la mesure[109]. Il y aurait bien eu une « compression » du nombre moyen d'années vécus en incapacité.

En 2003, l'espérance de vie sans incapacité était estimée, à la naissance, de 69 ans pour les hommes (91 % de l'espérance de vie totale) et de 74 ans pour les femmes (89 % de l'espérance de vie totale)[110]. A 65 ans, elle était de 13,5 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes, soit 79 % et 75 % de l'espérance de vie à cet âge.

[109] *L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter*, Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE, dossiers solidarité et santé, n° 2 • avril - juin 2006.

[110] INSEE, enquêtes sur la sante et les soins médicaux 1980-1981, 1990-1991, 2002-2003, synthèse du Programme de qualité et d'efficience Maladie annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Tableau 1



Source : INSEE, enquêtes sur la sante et les soins médicaux 1980-1981, 1990-1991, 2002-2003

L'étude approfondie des résultats de ces enquêtes, croisées avec d'autres sources, fait apparaître que la progression de l'espérance de vie s'est accompagnée de trouble fonctionnels plus nombreux, mais qui n'entraînent pas forcément de situations lourdes de handicap et de limitations d'activité. Cela explique que l'espérance de vie à 65 ans « sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne » soit meilleure que l'espérance de vie « sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle ». Ce phénomène est vrai pour les hommes et les femmes, même si l'on constate que l'indicateur prenant en compte les limitations fonctionnelles nivelle la différence entre sexes.

Tableau 2

Espérance de vie à 65 ans en 2003 (années)	Hommes	Femmes
Sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne	13,5	16,1
Sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle	6,8	6,9

Source : INSEE, 2002-2003

La période récente semble marquée par une stagnation de l'espérance de vie sans incapacité. Dans un document de travail de mars 2011, l'Institut national des études démographiques (INED)[111] a analysé les données provisoires de l'enquête Handicap santé dans son volet ménages ordinaires (HSM) de 2008, celles de l'enquête européenne SHARE[112] et de l'enquête SPS de l'IRDES. Il en ressort le constat que « *alors qu'entre 1900 et 2003, les EVSI-ADL [*espérances de vie sans incapacité mesurée sur les activités de la vie courante*]*

[111] *L'espérance de vie sans incapacité, une tendance moins favorable que dans le passé*, Audrey Sieurin, Emmanuel Cambois, Jean-Marie Robine, Documents de travail n°170, INED, janvier 2011.

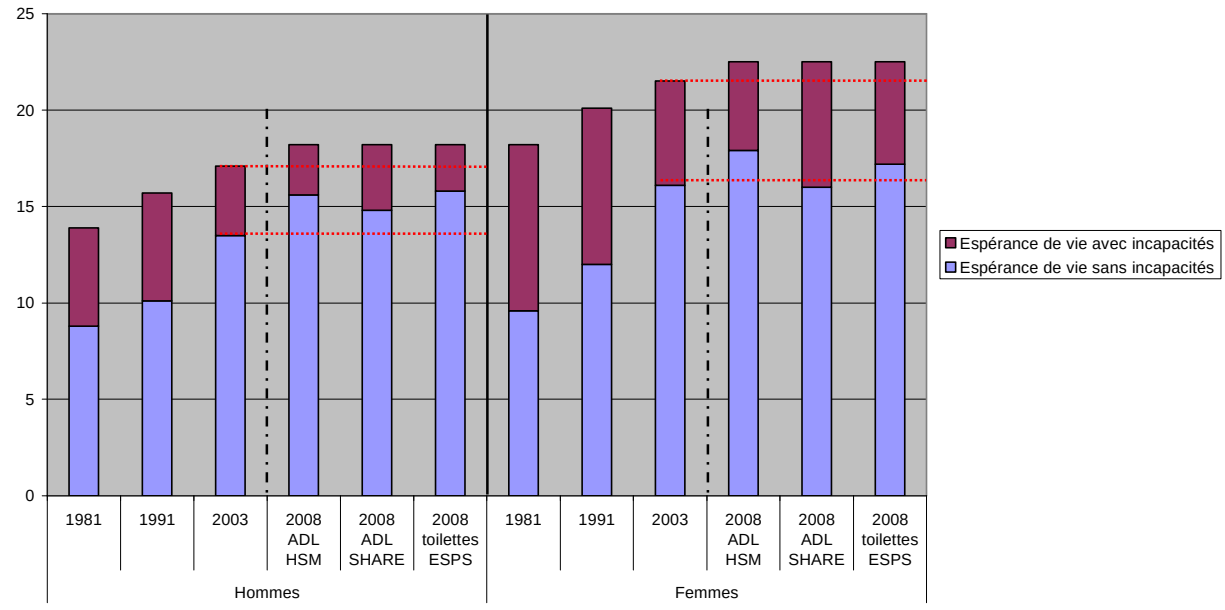
[112] L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) interroge depuis 2004 un échantillon de ménages dont au moins un membre a 50 ans et plus. Deux vagues d'enquête ont été lancées, en 2004-2005 et 2006-2007. L'enquête 2008-2009 (intitulée SHARELIFE) a permis d'interroger 30 000 personnes dans 13 pays européens dont la France.

progressaient plutôt parallèlement à l'espérance de vie totale pour les hommes et les femmes, cette tendance ne se retrouve pas nettement entre 2004 et 2008 ».

Le graphe suivant, établi par le SG du HCAAM sur la base des données de ce document de travail, rapproche les données d'espérance de vie à 65 ans issues des trois enquêtes santé de l'INSEE pour 1981, 1991 et 2003, de celles des trois enquêtes de 2008 précitées. Il est à interpréter avec beaucoup de précautions du fait de la différence de méthodologies entre ces enquêtes, mais il fait néanmoins apparaître un coup de frein sur les progrès de l'espérance de vie sans incapacités à 65 ans (mesurée sur les activités de la vie quotidienne, barres bleues) alors que l'espérance de vie totale au même âge continue de progresser (total de barres bleues et rouges).

Tableau 3

Evolution de l'espérance de vie à 65 ans avec et sans restrictions sur les actes de la vie quotidienne entre l'enquête INSEE de 2003 et différentes enquêtes de 2008



Source : INED. Retraitements : SG du HCAAM

Les auteurs ont par ailleurs mesuré l'évolution de l'EVSI entre 1999 et 2008, en rapprochant les données de l'enquête HID de 1999 de celles des mêmes enquêtes de 2008. On constaterait une légère progression de l'EVSI mesurée sur les actes de la vie quotidienne pour les hommes de plus de 65 ans (+11,4%, soit +1,4 an), et une régression chez les femmes de plus de 65 ans (-2,5% soit -0,4 an). Sur cette même période, l'espérance de vie totale à 65 ans a progressé de 1,7 an chez les hommes et 1,4 an chez les femmes.

Les auteurs apportent par ailleurs des analyses nouvelles sur la tranche d'âge des 50-64 ans, pour lesquelles des données d'EVSI n'étaient pas présentées dans les précédents publications. Il apparaît que l'EVSI aurait reculé entre 1999 et 2008 pour les 50-64 ans, pour les hommes (-2,1%) comme pour les femmes (-0,8%).

Pour résumer, il apparaîtrait que les années de vie gagnées s'accompagneraient désormais non seulement de limitations fonctionnelles mais aussi de restrictions d'activité. Les auteurs

incitent à la prudence s'agissant de ces premiers résultats et appellent à des recherches approfondies.

Néanmoins, les signaux concordants entre ces différentes enquêtes sur une dégradation possible de l'autonomie des personnes entre 50 et 64 ans incitent à reprendre la réflexion sur les politiques de prévention de la perte d'autonomie.

C'est ce qu'a fait le conseil de la CNSA qui, dans le rapport adopté par son conseil le 12 avril 2011, s'est longuement penché sur l'importance des politiques de santé, dans leur volet de prévention, en matière de « prévention au service de l'autonomie ». L'objectif souhaité par le conseil de la CNSA est que la prolongation de l'espérance de vie sans incapacité soit un enjeu majeur du débat national sur la dépendance[113].

Le groupe de travail présidé par Jean-Michel Charpin, dans son rapport sur les « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », a également, de son côté, retenu un jeu d'hypothèses qui «*constitue une légère inflexion dans le sens de scénarios moins optimistes par rapport aux dernières projections réalisées en France* ».

Les trois hypothèses qu'il retient s'agissant de « l'espérance de vie sans dépendance » pour établir des projections d'évolution à 2030 et 2060 du nombre de personnes dépendantes sont les suivantes :
- progression de l'espérance de vie sans dépendance au même rythme que celle de l'espérance de vie ; c'est l'hypothèse optimiste, qui était « *prédominante dans les études passées* » ;
- partage neutre des gains d'espérance de vie entre espérance de vie avec et sans dépendance. C'est l'hypothèse intermédiaire retenue par le rapport.
- progression de l'espérance de vie sans dépendance lourde inférieure à celle de l'espérance de vie, hypothèse qui n'est « *pas à écarter* » et stagnation de la fréquence de la dépendance modérée, compte tenu de « *l'incertitude sur les tendances passées et l'évolution potentielle des pathologies et de leurs conséquences*».

1. Les politiques de prévention de la perte d'autonomie indépendante de l'âge

Les actions de prévention permettant de prolonger l'espérance de vie en bonne santé et sans incapacité ont en commun qu'elles concernent tous les âges, et ne sont pas centrées sur les problématiques propres au vieillissement ou à la fragilité liée à l'âge.

a) La prévention de la perte d'autonomie s'applique à tous les âges de la vie, dans le cadre des politiques de prévention primaire et d'éducation à la santé.

L'objectif d'éviter la survenue des maladies ou d'un état pathologique chez les personnes en bonne santé repose sur des politiques de prévention primaire, pour reprendre la classification établie par la DREES et l'IRDES[114] en 2006.

[113] Le groupe « société et vieillissement » mis en place dans le cadre du débat national sur la dépendance et présidé par Annick Morel travaille ainsi sur la place qu'il convient de donner à la prévention dans les politiques concernant la dépendance.
[114] *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France*, Etudes et résultats n°504, juillet 2006 et Questions en économie de la santé de l'Irdes, n° 111, juillet 2006.

Elles passent par des actions sur :

- l'environnement de vie ou de travail (hygiène, sécurité sanitaire, lutte contre les expositions nocives environnementales ou professionnelles, accidents du travail) ;
- les comportements individuels: campagnes de sensibilisation et de promotion de l'hygiène de vie (nutrition, exercice physique, hygiène bucco-dentaire) ;
- des campagnes de santé publique sur les facteurs de risque, tel que le tabac et l'alcool, ou sur les risques d'accidents (prévention routière, accidents domestiques) ;
- des actions d'éducation à la santé.

Ces actions ne sont pas propres aux personnes âgées, et on peut même dire qu'elles doivent être conduites dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Ainsi que le résumait le professeur Françoise Forette, « *La prévention doit être entendue « tout au long de la vie ». Il n'est jamais trop tôt, il n'est jamais trop tard. Voici quelques exemples :*
La prévention des maladies cardiovasculaires de l'âge mûr et avancé passe par la diminution des teneurs en sel et en graisses des aliments pour enfants (petits pots, biscuits etc), par la lutte contre l'obésité de l'enfant, l'interdiction du tabagisme dans les écoles et tous les lieux qui reçoivent des adolescents.
La prévention de l'ostéoporose et des fractures implique la promotion de l'activité physique des adolescentes et une ration calcique suffisante. Le capital osseux et musculaire est constitué avant l'âge de 20 ans.
La prévention des troubles sensoriels nécessite de diminuer l'intensité sonore dans les lieux publics pour éviter les surdités, de protéger les yeux du soleil pour retarder les cataractes voire les DMLA [dégénérescence maculaire liée à l'âge] *etc*[115]. »

Les effecteurs de ces politiques sont les services de médecine spécialisés (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, médecine du travail), les agences et services de l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les professionnels et établissements de santé agissant dans le cadre des politiques ou des plans de santé publique.

b) La prévention de la perte d'autonomie passe également par un suivi ou une prise en charge médicale de qualité tout au long de la vie

Ainsi que l'ont montré la DREES et l'IRDES dans leur étude de 2006, la prévention ne repose pas uniquement sur des actions individuelles et collectives directement identifiables, y compris dans les comptes de la santé. Le système de soins concourt à la prévention dans son activité générale de réponse aux besoins de santé, au travers de la consommation de soins et de biens médicaux. Ces dépenses étaient évaluées à 5,8 Md€ pour l'année 2002, et consistaient principalement en des actes de prévention secondaire : prise en charge de facteurs de risque, des addictions et des formes précoces de maladies chroniques (diabète, l'hypertension artérielle ou encore l'hyperlipidémie) et dépistages.

L'Organisation mondiale de la santé et de nombreux travaux de recherche mettent l'accent sur l'importance d'un suivi régulier des personnes pour identifier précocement les facteurs de risque, les symptômes. Ainsi que le rappelle l'IRDES dans son exploitation des résultats de

[115] *Prévention de la dépendance : le défi de la Longévité*, communication à l'Académie de médecine, 2 mars 2009.

l'enquête SHARE, « *de nombreuses pathologies coûteuses et invalidantes peuvent être évitées par une détection précoce* »[116].

L'IRDES s'est concentré sur l'utilisation régulière du système de soins pour mesurer la proportion des personnes enquêtées qui déclaré avoir bénéficié régulièrement « sur une période de plusieurs années », d'un des cinq examens de routine suivants :

- Prise de tension artérielle
- prises de sang régulières « pour mesurer par exemple votre taux de cholestérol ou de sucre tension artérielle »
- Contrôles de la vue
- Examens gynécologiques
- Mammographies

Il apparaît que le France, sur ces cinq items, est systématiquement placée au dessus de la moyenne des 13 pays inclus dans l'enquête SHARELIFE :

Tableau 4 : part de la population ayant eu des examens réguliers, par pays et sexe

	Blood tests		Blood pressure tests		Vision tests		Gynaeco. tests	Mammo-grams
Country	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women only	Women only
Austria	72.0	68.7	63.2	61.7	77.9	64.9	74.9	66.1
Germany	69.4	69.9	65.1	61.3	71.4	66.8	78.9	45.9
Sweden	41.4	52.7	54.6	61.7	50.5	44.3	81.7	88.9
Netherlands	51.8	53.0	62.7	61.6	63.4	57.1	47.9	83.1
Spain	85.4	82.8	81.9	73.7	70.0	64.7	59.8	68.5
Italy	80.8	79.0	75.7	75.8	59.3	52.4	57.3	57.7
France	78.9	77.0	87.3	88.5	84.8	82.3	71.9	75.2
Denmark	50.7	51.9	47.4	51.2	47.8	38.0	56.8	32.8
Greece	89.5	85.3	82.7	80.8	74.6	67.2	69.4	46.4
Switzerland	60.9	65.2	69.6	65.8	69.8	64.0	75.2	48.4
Belgium	83.3	84.4	84.6	84.6	76.7	71.7	69.9	71.6
Czechia	48.5	53.9	60.1	63.3	67.4	57.3	86.0	62.3
Poland	58	52.4	68.7	58.2	56.0	44.6	51.5	38.4
Total	**72.3**	**71.6**	**73.1**	**70.8**	**68.8**	**63**	**67.1**	**58.6**

Note: Calibrated individual weights used.

Source : enquête SHARLIFE

Les analyses conduites sur trois cohortes de personnes enquêtées classées par tranches d'âge (personnes nées avant 1935, entre 1935 et 1945, après 1945) montrent que dans l'ensemble des 13 pays, la proportion de personnes bénéficiant d'un suivi régulier progresse.

c) Les inégalités sociales se traduisent par une inégalité face à la santé, mais aussi face à la perte d'autonomie

Les inégalités sociales de santé sont désormais bien documentées s'agissant des inégalités d'accès à la prévention et aux soins[117] ; elles se répercutent sur la perte d'autonomie.

[116] *Disparities in Régular Care Utilisation in Europe*, Nicolas Sirven, Zeynep Or, Document de travail n°37, IRDES, décembre 2010. Traduction du SG du HCAAM.

La même étude de l'IRDES à partir de SHARELIFE fait apparaître que les variables les plus discriminantes de l'accès à un suivi régulier mesuré sur cinq examens de routine sont d'ordre socio-économique. Ainsi, les personnes appartenant au quatrième quartile de revenus (revenus les plus élevés), ayant une meilleure éducation, ayant eu une activité professionnelle, ont de meilleurs chances de suivi sur un ou plusieurs des cinq items, à l'exception des analyses sanguines qui sont fortement corrélées avec le nombre de maladies déclarées.

Du fait du lien entre pathologies et déficiences, le même phénomène devrait se retrouver s'agissant des déclarations de limitations fonctionnelles.

C'est que montre une étude récente[118], exploitant les résultats de l'enquête Handicap santé de 2008. Le « gradient social » en matière de santé se retrouve en effet en matière d'incapacité.

Tableau 5 : risque de limitation fonctionnelle ou de difficultés pour les soins personnels par catégorie sociale chez les personnes de 18 ans et plus

Catégorie sociale	18-59 ans		60 ans et plus		
	Au moins une limitation fonctionnelle		Au moins une limitation fonctionnelle		Avec difficultés pour les soins personnels
	Prévalence %	RR * [IC 95%]	Prévalence %	RR * [IC 95%]	RR * [IC 95%]
Cadre	4	1 [ref]	24	1 [ref]	1 [ref]
Profession intermédiaire	8	**2,1** [1,6-2,6]	27	1,1 [0,9-1,3]	1,2 [0,7-2,0]
Artisan(e), commerçant(e)	9	**2,1** [1,5-2,8]	39	**1,5** [1,2-1,8]	**1,9** [1,2-2,9]
Employé(e)	14	**3,8** [3,0-4,7]	44	**1,7** [1,4-2,0]	**1,8** [1,2-2,6]
Agriculteur(trice)	15	**3,5** [2,4-4,9]	50	**1,9** [1,5-2,2]	**2,2** [1,4-3,3]
Ouvrier(ère)	16	**4,7** [3,8-5,8]	47	**2,1** [1,9-2,5]	**2,0** [1,4-3,0]
Autre	19	**7,8** [6,3-9,6]	59	**2,2** [1,9-2,7]	**2,6** [1,7-3,8]

Lecture : après 60 ans, et à sexe et âge comparables, les ouvriers ont 2,1 fois plus de risques de déclarer au moins une limitation fonctionnelle que les cadres. Parmi les personnes de plus de 60 ans qui déclarent des limitations fonctionnelles, les ouvriers ont 2,0 fois plus de risques de déclarer des difficultés pour les soins personnels que les cadres.
* Risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge.
En gras : significatif à 5%.

Source : Enquête Handicap santé, BEH, mars 2011

L'étude conclut sur ce point que « *La catégorie sociale reflète des différences de conditions de travail mais aussi de niveau de vie et d'instruction, de modes de vie ou de comportements à risques. Aucun de ces facteurs ne peut rendre compte à lui seul des inégalités de santé. C'est tout au long du cycle de vie que ces facteurs se cumulent ou se combinent pour expliquer les inégalités entre groupes sociaux. Les inégalités sociales sont plus visibles après 60 ans : à ces âges, les limitations fonctionnelles sont fréquentes dans tous les milieux sociaux, et les cadres en déclarent moins que les ouvriers. Par ailleurs, les cadres, hommes et femmes, atteints de limitations fonctionnelles semblent arriver à mieux les compenser pour rester autonomes dans la vie de tous les jours* »

[117] Voir par exemple l'article *Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle*, Menvielle G., Leclerc. A, Chastang J.-F., Luce D, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°33, 2008.

[118] Les inégalités sociales de santé en France, Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008, Alexis Montaut, Sandrine Danet, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 8 mars 2011.

2. Les actions de prévention ciblées sur la fin de la vie active

La période de la fin de la vie active et des premières années de retraite est fréquemment considérée comme sensible s'agissant de la préparation d'un « bon vieillissement », ou la maladie et ses conséquences sur l'activité seraient minimisées.

Bien que la France soit bien positionnée s'agissant de l'espérance de vie de sa population, y compris à 65 ans, la santé de ses seniors âgés de 50 à 59 ans n'apparaît pas comme une des meilleures des pays européens.

Une exploitation par l'IRDES de l'enquête SHARE précitée montre qu'elle se situe en position intermédiaire sur l'ensemble des indicateurs retenus sur cette tranche d'âge : mauvaise santé perçue, limitation d'activité, symptômes physiques, faible préhension, symptômes dépressifs. Les personnes en situation d'emploi sont dans tous les pays étudiés dans une situation plus favorable que les chômeurs et les retraités[119], mais les auteurs concluent que « *s'il apparaît difficile de dégager un schéma européen tranché, il apparaît qu'en général les travailleurs quinquagénaires figurent parmi ceux en moins bonne santé* ».

Des actions de prévention ciblées sont donc mises en œuvre sur les personnes en fin de période d'activité professionnelle ou dans les premières années de retraite.

Elles passent souvent par des consultations de prévention ou « check up », suivies d'un précédées ou suivies d'examen et de bilans, parfois couplées à des programmes de mobilisation permettant la restauration ou le maintien des capacités physiques ou psychiques.

Ces programmes sont principalement mis en œuvre par des organismes de protection sociale ou d'assurance, de base ou complémentaires. Elles peuvent être gérées sur le risque maladie, le risque vieillesse ou sur des prestations de prévoyance facultatives. S'agissant des régimes de protection sociale, elles sont fréquemment financées soit par sur les fonds de prévention, soit sur ceux d'action sociale.

1. Les actions mise en place par les organismes de sécurité sociale

Depuis une dizaine d'année, les régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ont développé des programmes de prévention de la perte d'autonomie, autour de la fin de période de vie professionnelle.

S'agissant du régime général, les centres d'examen de santé doivent cibler dans leur activité d'examens périodiques de santé proposés gratuitement aux assurés, outre les publics précaires et les assurés exposées à des risques particuliers menaçant leur santé, les retraités ou préretraités (arrêté du 20 juillet 1992). La Cour des comptes a toutefois estimé que l'intérêt des examens périodiques de santé, dans leur modalité actuelle de mise en œuvre, n'était pas démontré[120].

D'autres régimes d'assurance maladie, comme la MSA, ont mis en place des consultations ciblées sur les différents âges de la vie, dont celui de la cessation d'activité professionnelle.

---

[119] *La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006*, Marie-Camille Lenormand, Catherine Sermet, Nicolas Sirven, Irdes, Questions d'économie de la santé, décembre 2010.

[120] Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009.

Encadré 1 : l'exemple des Instants prévention et des ateliers du Bien Vieillir de la Mutualité sociale agricole

La MSA et son réseau s'investissent depuis plusieurs années sur la qualité des prises en charge, avec un accent particulier mis sur la prévention, sur l'organisation territoriale des soins et sur les personnes âgées.

La MSA a l'originalité de donner des thématiques à ces consultations de prévention en fonction des risques de chacun des âges de la vie, et de s'appuyer sur les professionnels libéraux pour les analyses et les consultations (dans le régime général, les examens se font dans des centres d'examen de santé gérés par les CPAM).

Les classes d'âge concernées sont les 16/24 ans ; les 25/34 ans (dépistage des risques cardio-vasculaires) ; 35/44 ans ; 45/54 ans ; 55/64 ans.

Les consultations pour les 65/74 ans sont centrées sur le repérage de facteurs de risque de dépendance et la sensibilisation aux dépistages des cancers.
Le protocole :
1- l'adhérent complète un questionnaire d'auto-analyse.
2- il est convoqué sur son canton pour effectuer un bilan pré-médical (analyses et examens complémentaires selon les facteurs de risque liés à son âge). Cette phase ne concerne pas les 16/24 ans.

S'agissant du taux d'adhésion, les données communiquées par la MSA sont les suivantes : sur les 222 400 adhérents âgés de 25 à 74 ans invités aux Instants Santé de la MSA en 2009 : 87 300 ont répondu positivement à l'invitation, 67 100 ont réalisé l'examen prémédical, 50 900 ont réalisé l'examen médical.

Depuis 2005, la MSA a mis en place les ateliers du « Bien vieillir ». S'adressant aux personnes de plus de 55 ans, assurés MSA ou de régimes (RSI) ayant passé une convention avec la MSA, les Ateliers du Bien Vieillir ont pour objectif de mieux les responsabiliser vis à vis de leur capital santé. L'action propose six ateliers permettant de s'informer sur les clés du mieux vivre et du bien vieillir sur les thématiques suivantes: le bien vieillir, l'alimentation, les 5 sens, l'ostéoporose, le sommeil, le médicament et un atelier en option: le dentaire.

Depuis leur création, les ateliers ont bénéficié à près de 30 00 personnes, dont 8 000 en 2009. Le taux de satisfaction des participants est de 98%. Une évaluation a été réalisée entre janvier 2007 et janvier 2009 comparant, à partir d'un questionnaire, les habitudes de vie de deux groupes de personnes, l'un ayant participé aux ateliers (774 personnes), l'autre non (220 personnes du groupe témoin). Une étude sur la consommation de soins a été réalisée à partir de données de remboursement. L'étude montre que les comportements du groupe ayant suivi les ateliers sont significativement modifiées sur les questions d'alimentation, de sommeil et de vie sociale. S'agissant de la consommation de soins, elle augmente pour ces personnes s'agissant des consultations chez le médecin généraliste, et reste stable sur les autres postes.

Les organismes gestionnaires du risque vieillesse ont mis en place des actions de prévention et de préparation au vieillissement, souvent proposée autour de la problématique de la cessation de l'activité professionnelle.

La CNAV dispense au moment du passage à la retraite une information et des conseils à l'attention de l'ensemble des retraités portant sur les comportements et règles de vie favorisant le vieillissement autonome, la prévention des risques aggravés par la fragilisation sociale, la prévention des risques liés à l'environnement du retraité. Elle a noué un partenariat avec la CNAMTS pour intégrer dans ses livrets de prévention les thématiques de santé du bien vieillir (grippe, dépistage cancers, diabète, valorisation de l'examen périodique de santé, etc.).

Les régimes de retraite complémentaire ont également développé des programmes de prévention, notamment l'AGIRC-ARRCO.

Encadré 2 : l'exemple de l'AGIRC-ARRCO

L'AGIRC-ARRCO propose un « parcours type de la prévention » proposé à ses affiliés à partir de 50 ans, qui se compose de quatre étapes :

- Invitation à réaliser un bilan
- Entretien avec le médecin gériatre
- Entretien avec un psychologue (bilan psycho-social et bilan mémoire si nécessaire)
- Accompagnement : ordonnance de prévention, propositions d'ateliers

Le bilan de prévention est réalisé dans un centre de prévention convention par le régime de retraite.
Les prestations proposées sont les suivantes :
- Un bilan personnalisé réalisé avec des spécialistes de l'avancée en âge,
    - bilan médical : traitements, vaccinations, facteurs de risques, hygiène de vie…
    - bilan psychologique : vécu affectif et relationnel, adaptation à la retraite, projets…
    -bilan social : habitudes de vie, habitat, intégration sociale.
- Des conférences thématiques sur la mémoire, le sommeil, la nutrition, la motricité, mais aussi sur tous les troubles liés au vieillissement : troubles de la vue ou de l'audition, ostéoporose, incontinence, dépression…
- Des ateliers pratiques : atelier Equilibre, atelier Mémoire, atelier Nutrition…
- Des activités pour le mieux être : gymnastique douce, yoga, Taï chi chuan…

Depuis 1999, l'activité des centres de prévention fait l'objet d'un recueil unifié d'informations à partir de d'un questionnaire commun. Il comprend trois volets :
* un questionnaire d'auto-évaluation complété par le bénéficiaire ;
* une feuille de saisie pour le médecin ;
* une feuille de saisie pour le psychologue.

L'ensemble des données recueillies est traité par l'Association pour la diffusion de la médecine de prévention. Les statistiques obtenues permettent d'éditer un rapport par centre et un rapport commun chaque année.

Une première exploitation à partir d'un échantillon de 12 000 personnes reçues dans les centres entre 2001 et 2003 a été publiée en 2005 (AGIRC-ARRCO, *Les clés du bien vieillir*).Une nouvelle étude a été publiée en 2009 (AGIRC-ARRCO, Étude nationale 2009 Bien vieillir, *Évaluation et perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres de prévention* L'AGIRC-ARRCO). Cette dernière publication indique que 45 % des bénéficiaires ayant répondu à l'enquête de satisfaction en 2008 ont déclaré avoir changé leur comportement suite à la démarche de prévention.

2. Les actions proposées par les assureurs complémentaires santé ou prévoyance

Les assureurs complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance ont développé ces dernières années des programmes de prévention ciblés sur le repérage précoce des facteurs de risque maladie et perte d'autonomie. Ces programmes peuvent être proposés dans le cadre de garanties « santé » ou dans celui plus large de garanties « prévoyance » ou « assistance ». Ils sont proposés dans le cadre de contrat individuels mais aussi dans celui de contrats collectifs.

Encadré 3 : l'exemple du programme « Mon Bilan Santé » de Malakoff Médéric

« Mon Bilan Santé » est un programme qui permet aux entreprises de proposer à leurs salariés le bénéfice d'un bilan de santé complet et l'accès au dépistage des principales maladies graves avant 65 ans. Il doit permettre de réduire significativement le risque de décès, d'invalidité et d'arrêts de travail. Ce programme propose aussi des actions individuelles de prévention. Compte tenu de ce qu'il se déroule dans le milieu de travail des garanties très strictes sont apportées quant au respect de la confidentialité médicale. Une première action pilote menée en région PACA aurait donné des résultats encourageants : le taux de satisfaction et de recommandation spontané a dépassé 88% ; le taux de dépistage du cancer du sein a été fortement amélioré de 50 à 83%, pour le cancer de colon de 21 à 63%, et pour le diabète de 4% à 41%. Une estimation de l'impact potentiel sur les arrêts de travail a été calculée à 36% sur 10 ans.

3. Des expériences originales faisant intervenir plusieurs financeurs

La problématique du maintien des capacités physiques des seniors a mobilisé de nombreuses équipes médicales de gériatrie, car elle apparaît comme un levier déterminant dans la réduction des limitations fonctionnelles. On peut citer l'exemple du pôle de gériatrie du CHRU de Strasbourg, qui a développé, expérimenté et évalué une Consultation de l'aptitude physique du senior[121]. Cette consultation, et le programme de restauration des capacités physiques qui est proposé à sa suite, a fait l'objet d'un cofinancement notamment par des organisme de sécurité sociale, des mutuelles (MGEN) et des institutions de retraite complémentaire et de prévoyance (groupe Arpège - Réunica).

Encadré 4 : la Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS)

Sous l'impulsion de la commission interministérielle "activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes" du ministère en charge de la santé et de partenaires locaux (MGEN, MSA, Conseil Général du Bas Rhin, association AGIRA, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) une étude pilote a été mise en place au Pôle de Gériatrie du CHRU de Strasbourg sous la forme d'une Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS). L'objectif de la CAPS est triple : 1) une évaluation initiale de l'aptitude physique du senior consultant comprenant une consultation d'orientation et des explorations fonctionnelles cardiorespiratoires à l'effort ; 2) des séances de reconditionnement physique élaborées selon un Programme d'Endurance Personnalisé sur ergo-Cycle (PEP'C) incluant 18 séances en 9 semaines avec évaluation en fin de programme des principaux paramètres d'endurance ; 3) la pérennisation de la pratique d'activités physiques grâce à un réseau associatif homologué. Un gain d'au moins 30% des principaux critères d'endurance "aérobie" est ainsi obtenu, rendant compte du mieux être à l'effort ressenti par le senior.

4. Les consultations de prévention prévues par les plans gouvernementaux.

Le Plan solidarité grand âge 2007 – 2012 avait prévu une consultation de prévention, proposée à toutes les personnes dans leur 70ème année. Des crédits avaient été budgétés pour une expérimentation sur trois départements sur les fonds de prévention des trois régimes d'assurance maladie. Elle a été menée dans le Finistère, le Bas-Rhin, la Seine et Marne et l'Hérault. Une évaluation a été réalisée par l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED).

Un auto-questionnaire a été établi, pour responsabiliser le patient et préparer le dialogue avec le médecin au cours d'une consultation longue. L'expérimentation conduite semble cependant ne pas avoir été concluante, car cette consultation n'a pas été généralisée.

Le plan Bien vieillir 2007 – 2009 avait prévu une consultation médicale de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité. Ce même plan avait prévu la création d'un consultation bucco-dentaire gratuite de prévention à 60 ans comprenant un bilan, des conseils sur le lien entre l'état bucco-dentaire et la santé et une sensibilisation à l'utilisation des fluorures, financée sur le fonds national de prévention (FNPEIS).

Lors d'un comité de suivi du plan Bien vieillir en 2008, la ministre de la santé et des sports avait demandé au président du comité national de suivi du plan « Bien vieillir », de mettre en place un groupe de travail, qui devait élaborer le contenu d'une consultation de longévité pour

[121] *La consultation de l'aptitude physique du senior*, Pierre-Henri Bréchat et Jean Lonsdorfer, presses de l'EHESP, juin 2010.

les personnes qui cessent leur activité et lancer une expérimentation. Cette expérimentation ne semble pas avoir été lancée[122].

3. Les actions de prévention ciblées sur les personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie

Pour les personnes très âgées, aux problématiques liées à l'état de santé et à la prévention de sa dégradation, s'ajoutent celles liées à la fragilité globale de l'organisme et à l'environnement domestique et social. L'isolement, un habitat parfois inadapté sont autant de facteur de risque de bascule ou d'installation dans la perte d'autonomie.

Une étude récente de l'Institut national de veille sanitaire (INVS)[123] fait apparaître que les personnes très âgées sont plus fortement exposées que le reste de la population aux accidents de la vie courante (AcVC), qui sont définis comme « *des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents du travail* ».

Le taux de mortalité standardisé par accident de la vie courante des personnes de plus de 85 ans atteignait 584,2 pour 100 000 personnes, contre 25,2 pour 100 000 pour l'ensemble des classes d'âge. Le risque pour les plus de 85 ans est cinq fois plus élevé que pour les 75-84 ans (122,2 pour 100 000).

Dans sa note du 22 avril 2010, le HCAAM a déjà estimé que « *parmi les actions de prévention qui semblent prioritaires figurent les « accidents évitables » que sont les chutes et l'iatrogénie médicamenteuse, sur lesquels la HAS a d'ores et déjà émis des recommandations* ». A ces deux sujets, il conviendrait d'ajouter la prévention de la dénutrition, qui touche particulièrement les personnes âgées dépendantes.

L'idée n'est pas ici de reprendre et de citer l'ensemble des recommandations sur ces deux sujets, mais de mettre en lumière le fait que des dispositifs de prévention qui ne relèvent pas uniquement de la sphère sanitaire peuvent apporter en termes de réduction de la perte d'autonomie.

a) La prévention des chutes et des fractures

Les accidents les plus fréquents chez les personnes très âgées sont les chutes mortelles, avec un risque plus de trente fois plus élevé que pour l'ensemble des classes d'âge.

[122] Dans le rapport Rosso-Debord (Assemblée nationale, 2010), il est ainsi précisé que le « *ministre de la santé et des sports, a indiqué que ses services travaillaient actuellement sur un projet de consultation de longévité laquelle, après avoir été expérimentée sur quatre départements, serait gratuitement proposée aux personnes lors de leur cessation d'activité ou à partir de cinquante-cinq ans, en cas d'inactivité.* »

[123] *Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006*, Linda Lasbeur, Bertrand Thélot, INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2 mars 2010.

Tableau 6 : effectifs et taux de mortalité standardisés par type d'accidents de la vie courante, France métropolitaine, 2006 (taux pour 100 000 personnes).

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total	
Âge (ans)	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 1	3	0,38	25	3,20	11	1,41	–	–	4	0,51	–	–	8	1,02	51	6,52
1-4	15	0,50	18	0,59	39	1,29	7	0,23	20	0,66	3	0,10	14	0,46	116	3,83
5-14	13	0,17	6	0,08	30	0,40	8	0,11	14	0,19	12	0,16	16	0,21	99	1,33
15-24	53	0,67	18	0,23	54	0,68	54	0,68	20	0,25	30	0,38	106	1,34	335	4,24
25-44	231	1,38	112	0,67	178	1,07	250	1,50	85	0,51	130	0,78	318	1,90	1 304	7,80
45-64	767	4,97	379	2,45	331	2,14	224	1,45	154	1,00	231	1,50	608	3,94	2 694	17,4
65-74	688	13,8	357	7,14	177	3,54	97	1,94	45	0,90	102	2,04	415	8,30	1 881	37,6
75-84	2 554	65,8	802	20,7	144	3,71	196	5,05	77	1,98	82	2,11	887	22,9	4 742	122
85 et plus	4 775	381	1 131	90,2	44	3,51	186	14,8	77	6,14	60	4,78	1 054	84,0	7 327	584
Total	9 099	11,9	2 848	3,81	1 008	1,60	1 022	1,50	496	0,73	650	0,96	3 426	4,75	18 549	25,2

Source : INVS, BEH, 2010

La prévention des chutes mortelles est donc un enjeu de santé public majeur pour les personnes très âgées. A cette mortalité directement imputable aux chutes s'ajoutent eux phénomènes :

- la surmortalité des personnes âgées dans les deux ans qui suivent une fracture ;
- l'impact des chutes et fractures sur la perte d'autonomie et sur la capacité à rester à domicile.

Des programmes de prévention des chutes ont été mis en place. Ils s'appuient sur deux types d'actions :

- l'adaptation de l'habitat ;
- le maintien de l'équilibre et la gestion des chutes

Pour les ressortissants du régime général, les diagnostics et les aides à l'adaptation de l'habitat ont été intégrée dans les actions financées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, sous condition de ressources et financées par les fonds d'action sociale[124].

On peut enfin signaler, s'agissant de la réduction des risques de troubles de l'équilibre, qu'un certain nombre d'organismes ont mis en place, comme l'a fait par exemple la MSA d'Alsace, des « ateliers équilibre » qui visent d'une part à prévenir la survenance de chutes, et d'autre part à en prévenir les conséquences les plus graves en apprenant aux personnes concernées à se relever.

b) La prévention de la dénutrition

La problématique de prévention de la dénutrition est présente chez les personnes âgées, qu'elles résident à domicile ou en établissement. En sus de son impact délétère sur les fonctions organismes, la dénutrition entraîne une perte de masse et de force musculaire est à la fois un symptôme d'un état pathologique (physique ou psychique) et un facteur de perte d'autonomie par les limitations physiques qu'elle engendre.
Le Programme national nutrition santé (PNNS) a prévu des actions de prévention du risque de dénutrition. Elles passent pour les personnes âgées par un suivi régulier du poids et de l'indice de masse corporelle et un repérage précoce des « *situations susceptibles d'entraîner une*

[124] Ces financements visent aussi bien les travaux de conservation du gros œuvre (toiture, façade, maçonnerie, etc.) ainsi que les travaux de mise en conformité, d'entretien et de second œuvre. Les travaux et équipements pour personnes handicapées sont également couverts (élargissement des portes, pose de barre d'appui, remplacement d'une baignoire par une douche, etc.).

diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins nutritionnels. Du fait du défaut de régulation de l'appétit associé au vieillissement, ces situations sont potentiellement multiples. Ce sont d'abord des situations non spécifiques à la personne âgée (…). La dépendance dans les actes de la vie quotidienne, la dépression et la démence représentent des facteurs de risque particulièrement importants de dénutrition. »

Sachant qu' « *il peut être plus difficile d'estimer les apports alimentaires chez une personne âgée que chez l'adulte ou chez l'enfant, en raison de la présence d'éventuels troubles mnésiques*. », le programme préconise de solliciter les proches et les aidants informels ou professionnels pour leur demander de signaler toute modification dans le comportement alimentaire.

On est donc dans une « chaîne de prévention » qui passe évidemment par les professionnels de santé en charge du suivi médical des personnes, mais qui mobilise toutes les personnes qui sont présentes ou qui interviennent au domicile des personnes âgées fragiles.

Mais cette politique de prévention de la dénutrition ne doit pas exclure les personnes âgées hébergées en maisons de retraite, où la dénutrition toucherait en moyenne 27 % des résidents[125]. Elle passe par les mêmes mesures de suivi du poids et de l'IMC, mais également par un travail sur les causes physiques de la sous-alimentation et le préparation d'une nourriture équilibrée, appétissante en aspect et en goût. Certains EHPAD emploient ainsi des nutritionnistes ou des diététiciens pour la préparation des menus et le suivi des résidents.

c) Une initiative originale : le projet OMAGE

Cet essai d'intervention a été conçu par une équipe autour du Pr Sylvie Legrain. Il a été conduit par six Unités de gériatrie aiguë hospitalière et quatre gériatres interventionnels dans le nord de Paris. L'intervention a été centrée sur trois risques pour la personne très âgées :
* les problèmes liés aux médicaments (iatrogénie, insuffisance de prescription et observance) ;
* la dépression ;
* la dénutrition.

L'intervention passait par un nouveau programme d'éducation thérapeutique dédié aux sujets âgés polypathologiques sortant d'hospitalisation. Il utilisait des supports adaptés, comme des « jeux de cartes » éducatifs. Le patient et/ou son aidant (en cas d'incapacité du patient) étaient invités à participer à ce programme. Le programme était associé à une optimisation de la prescription et à une coordination avec les professionnels de ville, « *précoce, renforcée et simplifiée* ».

L'intervention a donné lieu à un suivi et une étude randomisée et contrôlée et a donné lieu à de très bons résultats sur la diminution des ré-hospitalisations, qui ont été présentés à la session plénière de l'American Geriatrics Society à Orlando en mai 2010, et qui devraient donner lieu prochainement à publication.

[125] Article cité dans le PNNS, J.-C. Desport et al., Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010.

Résultats du projet OMAGE

665 malades consécutifs (348 dans le groupe soins usuels, 317 dans le groupe intervention) ont été inclus d'avril 2007 à octobre 2008 et suivis après leur sortie pendant 6 mois. Ces malades avaient un âge moyen de 86 ans et en moyenne 6.8 traitements chroniques prescrits. La durée moyenne de l'intervention était de 3h30 par patient. L'intervention a permis une diminution relative de 28.9% des malades réadmis en urgence à 3 mois (p=0.0134) et de 14.9% à 6 mois (p=0.12), alors même que l'essai manque de puissance (800 malades étaient théoriquement nécessaires pour démontrer un effet) et que l'intervention n'avait lieu que pendant le séjour hospitalier. De plus, l'intervention a permis d'économiser 519 euros par patient. Enfin, l'intervention a été efficace quel que soit le lieu et le gériatre interventionnel, ce qui laisse présager d'une bonne reproductibilité des résultats à plus grande échelle.

4. La prise en compte de la dimension de « prévention de la perte d'autonomie » dans l'activité soignante et l'exemple des accidents vasculaires cérébraux

Dans sa note du 22 avril 2010, le HCAAM avait exprimé le souhait que les prises en charge sanitaires, au premier chef hospitalières, adoptent le souci d'un traitement global de la personne âgée, en prenant en compte les dimensions de la fragilité et du risque de perte d'autonomie.

Lors de la reprise de cette note dans son rapport annuel de novembre 2010, le HCAAM citait une étude du gérontopôle de Toulouse de juin 2010 faisait apparaître les risques de dégradation de l'état des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD lors des fréquents épisodes hospitaliers. Ainsi, s'agissant des risque de dénutrition évoqués *supra*, ils sont plus élevés lors d'un épisode hospitalier, comme l'a montré une étude de l'AP-HP de 2003 : 60% des personnes âgées étaient en état de situation de dénutrition, les causes étant médicales dans seulement 50 % des cas et logistiques ou organisationnelles pour le reste. La même préoccupation pourrait être exprimée s'agissant de la prévention du risque d'escarres en milieu hospitalier.
A contrario, ce souci du maintien de l'autonomie est fortement présent dans la prévention et le traitement de certaines pathologies fortement invalidantes, comme l'accident vasculaire cérébral.
L'accident vasculaire cérébral (AVC) est en effet une des principales causes de décès et de perte d'autonomie.

Les voies d'amélioration de la prévention et de la prise en charge reposent sur **un soin le plus efficace, qui donne les meilleurs résultats cliniques, ainsi qu'une coordination de très nombreux professionnels de santé et médico-sociaux autour de la personne et de son entourage familial**.

L'accident vasculaire cérébral est en effet, au moment où il survient, une pathologie aiguë, qui appelle des soins en extrême urgence. Après sa survenue, ses séquelles peuvent être très invalidantes. Elles nécessitent des soins et un accompagnement médico-social.

Encadré 1 : l'AVC, enjeu pour la santé publique et le maintien de l'autonomie

L'AVC touche chaque année 130 000 personnes par an. La moitié d'entre eux touche des personnes de 75 ans et plus. Après un premier AVC, le risque de récidive est important (entre 30 % et 43 % à cinq ans)[126]. L'AVC est une des principales causes de mortalité en France, davantage pour les femmes (deuxième cause de décès) que pour les hommes (troisième cause). Il s'agit de la première cause de handicap non traumatique dans notre pays, de la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer. Environ 75 % des patients survivent avec des séquelles (30 000 personnes gardent des séquelles lourdes[127]).

La prévalence est estimée à 400 000 patients environ[128]. Près de 250 000 personnes, assurées du régime général, sont classées en ALD « Accident vasculaire cérébral invalidant » fin 2008[129]. La différence entre ces deux nombres s'explique par la sous estimation des déclarations de cette affection (notamment quand l'AVC survient chez une personne déjà en ALD pour une autre pathologie).

Selon les évaluations élaborées pour le rapport « La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » de la HAS, les dépenses annuelles pour l'assurance maladie sont supérieures à 8 milliards d'€ : près de 6 milliards d'€ pour le secteur sanitaire et plus de 2 milliards pour le secteur médico-social.

Toujours selon la même source, les AVC représentent 2 % des séjours d'hospitalisation en courte durée MCO, 4,5 % des journées en soins de suite et de réadaptation et 15 % des personnes résidant en EHPAD ont eu un AVC.

La proportion des personnes très dépendantes est particulièrement élevée après un AVC : 54,5 % le sont en début de séjour en SSR et 43,2 % le sont restées en fin de séjour[130].

Cette maladie est accessible à la prévention, à la fois avant la survenue de la maladie (prévention primaire) et après pour empêcher l'apparition des séquelles (prévention tertiaire), comme le montrent les encadrés suivants.

Les démographes attribuent les bonnes performances des pays de l'Ouest de l'Europe, et de la France en particulier, par rapport aux pays de l'Est, à la prévention primaire[131].

Les recommandations de la Haute autorité de santé et le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » d'avril 2010 couvrent l'ensemble de ce champ de prévention qui va de l'éducation à la santé jusqu'à la gestion de la prise en charge post-hospitalière.

[126] *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France, r*apport de juin 2009 et HAS.
[127] Source HAS
[128] *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France, r*apport de juin 2009
[129] Source CNAMTS
[130] *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France, r*apport de juin 2009
[131] Mortalité en Europe : la divergence Est-Ouest, F. Meslé, J. Vallin, Ined, 2002, Population n°57.

Encadré 2 : La prévention « primaire » du risque d'accident vasculaire cérébral

L'AVC peut être dans une grande mesure prévenu. Ses facteurs de risque sont l'hypertension artérielle, le diabète, le tabac, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Des études ont montré que le contrôle strict de l'hypertension artérielle et du diabète de type 2 réduit le risque d'AVC de 44 %[132].

Le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » d'avril 2010 comporte un certain nombre de mesures visant la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle, le dépistage et la prise en charge du diabète et l'aide à l'arrêt du tabac des personnes classées en ALD (Action 1 : Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral).

En 2009, la CNAMTS a débuté auprès des médecins une campagne de communication et d'information qui s'est prolongée en 2010 par un volet concernant directement les assurés sociaux. Conformément aux recommandations de l'OMS, il s'agit d'une combinaison d'actions en direction d'une population large et des patients à haut risque cardiovasculaire.

Pour la population large, c'est-à-dire entre 35 et 45 ans pour les hommes, entre 45 et 55 ans pour les femmes, des mesures d'hygiène de vie sont préconisées. Pour les patients à risque, il est prévu de les sensibiliser et d'évaluer leur risque cardiovasculaire à l'occasion du remboursement d'un bilan lipidique.

Le régime social des indépendants (RSI) expérimente pour sa part un programme pilote dans ce domaine : le Programme pluriannuel de prévention pour les ressortissants du RSI présentant des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire. Pour les tranches d'âge 25 à 70 ans, ce bilan de prévention est axé sur le dépistage des cancers et le risque cardiovasculaire.

Le plan national comporte aussi un ensemble de préconisations relatives à l'éducation thérapeutique du patient à risque d'AVC, notamment les hypertendus et les diabétiques (Sous Action 3 1 : Développer l'éducation thérapeutique pour les patients à risque d'AVC).

Le parcours du patient atteint d'un AVC est complexe et fait intervenir un grand nombre de professionnels de santé. La qualité de la prise en charge est déterminante pour réduire, voire empêcher les séquelles lourdes. Elle résulte des bonnes pratiques et de l'articulation de nombreuses professions de santé et d'autres acteurs.

La HAS a mis en place en juin 2010 des indicateurs de pratique clinique (IPC) permettant de mesurer et mettre en œuvre la qualité des soins, quel que soit le mode d'organisation des filières. Ces indicateurs portent sur des processus contribuant directement à de meilleurs résultats cliniques, mais aussi sur l'orientation des patients après la phase aigue et les résultats finaux en matière d'évaluation des handicaps et de la qualité de vie[133].

Cette démarche d'ensemble est très en phase avec les orientations exprimées par le HCAAM dans son rapport annuel pour 2010 sur la nécessité de mettre en place, sur certaines pathologies ou certains publics, des «trajets de santé» efficients, fondé sur des recommandations de bonne pratique, intégrant les interventions de l'ensemble des professionnels, les services d'amont et d'aval de l'hôpital, et prenant en compte la dimension de l'autonomie de la personne.

S'agissant des AVC, cette mobilisation apparaît plus que justifiée : selon le rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC de 2009, seuls 1 % des patients ayant une suspicion d'AVC ont bénéficié d'une IRM et 1% des patients bénéficient d'une thrombolyse alors qu'ils pourraient être au moins 15 %[134]. Les auteurs du rapport expliquent la rareté de ce traitement

[132] Rapport de juin 2009 « La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France »

[133] Voir notamment parmi les indicateurs élaborés par un groupe de coopération « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'AVC » les indicateurs suivants :

* taux de projets de soins établis en concertation par l'équipe, patient, entourage
* taux de proposition d'orientation par évaluation médicale du pronostic et des besoins
* taux de patients orientés selon la proposition d'orientation optimale
* taux d'évaluation de la qualité de vie et du handicap

[134] Il existe en effet des contre indications à la pratique de la thrombolyse.

par le dépassement du délai de 4h30 en raison de la mauvaise information du public et d'une mauvaise organisation de la filière.

Encadré 3 : La prévention « tertiaire » du risque d'accident vasculaire cérébral

En mai 2009, la HAS a produit des recommandations de bonne pratique relatives à la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral. La prévention des séquelles lourdes de l'AVC, une fois celui-ci survenu, repose sur une prise en charge très rapide et adaptée. En particulier, sous certaines conditions, une thrombolyse dans un délai de 4h30 après l'apparition des premiers signes, et le plus tôt possible, peut réduire les risques de séquelles de façon importante. De ce fait cette prévention repose sur la rapidité de l'alerte, du diagnostic, la rapidité et la prise en charge adéquate à l'hôpital.

L'alerte

Pour que l'alerte soit rapide, il faut que la population générale connaisse les symptômes de l'AVC et sache qu'il s'agit d'une urgence absolue pour laquelle il faut appeler le Samu Centre 15. L'information ne doit pas seulement viser les personnes à risque mais aussi leur entourage, en particulier les jeunes. Il est important que le médecin traitant informe ses patients à risque de la marche à suivre (appeler le 15 et noter l'heure de premiers symptômes).

Selon l'INPES, les connaissances du public relatives aux symptômes de l'AVC sont faibles et disparates ainsi que sur la conduite à tenir. Selon la Société française neurovasculaire (SFNV) et diverses études des professionnels de l'urgence, moins de la moitié des patients sont régulés par le Centre 15, 50 % des patients arrivent aux urgences dans des délais compatibles avec une thrombolyse, mais ce taux n'a pas varié depuis 9 ans. Des études ont montré que les campagnes grand public ont un impact mais qui ne dure pas. Il est peut-être plus efficace de communiquer vers les publics à risque.

Le plan d'actions national AVC prévoit de renouveler les campagnes en direction de la population générale sur la reconnaissance des signes de l'AVC et de la conduite à tenir (appel du 15). Le plan prévoit aussi de former spécifiquement les collégiens et les lycéens.

La HAS recommande que des messages clés soient diffusés aux professionnels de la filière d'urgence ainsi que ceux qui peuvent être alertés par la population pour qu'ils puissent proposer la meilleure prise en charge au plus grand nombre possible de patients atteints d'AVC.

Les professionnels de santé et les acteurs concernés par l'alerte sont nombreux : médecins généralistes, neurologues, urgentistes, réanimateurs, gériatres, médecins coordinateurs d'EHPAD…, professionnels paramédicaux des services d'urgence, des unités neurovasculaires (UNV), personnes soignants des EHPAD, permanenciers de régulation médicale des Samu Centre 15, des secouristes et des ambulanciers.

La phase préhospitalière

En principe le patient doit être orienté vers une UNV, l'orientation du patient devant être décidée de concert entre le médecin régulateur et le médecin de l'UNV la plus proche. Les centres de régulation doivent choisir le moyen de transport le plus rapide.

En juin 2009, le rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC notait que la majorité des patients ne sont pas hospitalisés dans les UNV malgré leur développement récent. 20 % seulement des patients victimes d'un AVC ont été hospitalisés dans une UNV, ce pourcentage variant selon les régions entre 8 % et 33 %.

Le plan d'actions national demande aux ARS d'organiser les filières de prise en charge des AVC, chaque filière devant intégrer une UNV et les structures MCO, HAD, SSR, USLD, hôpitaux locaux, EHPAD, SSIAD et aide au retour à domicile. Le plan préconise une cible de 140 UNV pour l'ensemble du territoire national (87 unités existaient à la date du plan).

La phase hospitalière initiale

La filière neurovasculaire doit être organisée au préalable, coordonnée avec tous les acteurs impliqués, et formalisée par des procédures écrites.

La rapidité d'accès à l'expertise neurovasculaire et à l'imagerie cérébrale doit être privilégiée. Les établissements ne disposant pas d'UNV doivent organiser une prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV.

Les patients doivent avoir accès 24h / 24 et 7 j / 7 à l'imagerie cérébrale, l'IRM étant l'examen le plus performant. Des protocoles de prise en charge doivent être formalisés avec les services de radiologie.

La thrombolyse des infarctus cérébraux est recommandée par la HAS jusqu'à 4 h 30 et elle doit être effectuée le plus tôt possible. Dans les UNV, la thrombolyse est prescrite par un neurologue et le patient est surveillé dans cette unité. Dans les établissements ne disposant pas d'une UNV, l'indication doit être portée lors d'une téléconsultation par télémédecine du médecin neurovasculaire d'une UNV. Le patient doit ensuite être transféré dans cette unité. Il est scientifiquement démontré que ce parcours minore le handicap et la mortalité.

ANNEXES

ANNEXE 1 Eléments internationaux p. 171

ANNEXE 2 Les chiffrages du coût de la dépendance présentés dans leur classification par type de financements p. 176

ANNEXE 3 Le compte social du handicap p. 177

ANNEXE 4 Données du Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » pour 2011 p. 178

ANNEXE 5 Les prestations invalidité p. 179

ANNEXE 6 Schéma de la Classification internationale du fonctionnement de 2001 (Organisation mondiale de la santé) p. 181

ANNEXE 1

Eléments internationaux

Les lignes de partage complexes et l'imbrication des financements ne sont pas des singularités françaises

Comme on l'a vu dans le cadre des travaux du HCAAM sur les indicateurs de restes à charge, les différences entre les systèmes nationaux de protection sociale rend malaisée l'approche par les comparaisons internationales.

Les soins de longue durée dans la définition de l'OCDE

L'OCDE utilise la notion des « soins de longue durée » pour regrouper les soins aux personnes dépendantes ou handicapées. Dans son rapport « Les soins de longue durée pour les personnes âgées », l'OCDE estime que « *Les soins de longue durée sont à la jonction de plusieurs domaines de l'action politique. Ils recouvrent un large éventail de services aux personnes dépendant de l'aide d'un tiers pour accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne.* »

La définition même des soins de longue durée est marquée par une ambiguïté : il s'agit de soins « médicaux » pour des personnes qui ont une limitation de long terme de leurs capacités à accomplir les tâches de la vie quotidienne, mais dont on dit qu'ils peuvent « aussi » également être réalisés par des effecteurs de moindre niveau :

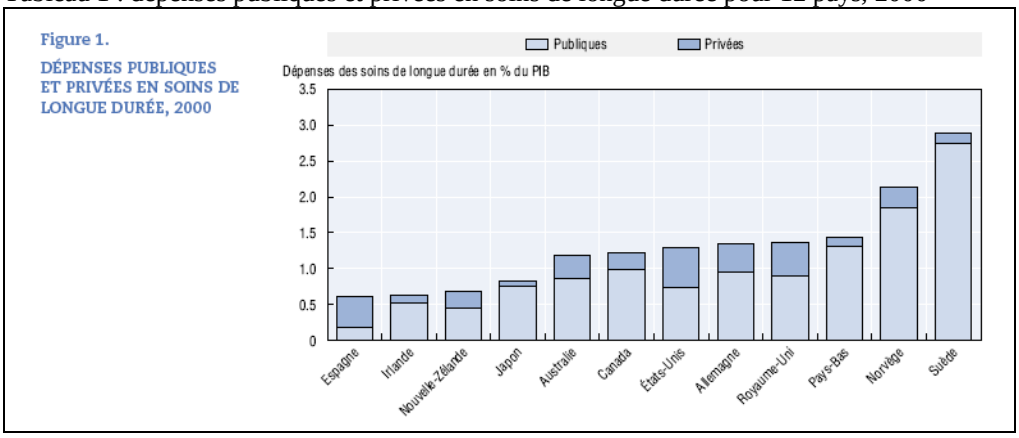
> Long-term care is defined as a range of services required by persons with a reduced degree of functional capacity, physical or cognitive, and who are consequently dependent for an extended period of time on help with basic activities of daily living (ADL), such as bathing, dressing, eating, getting in and out of bed or chair, moving around and using the bathroom. This personal care component is frequently provided in combination with help with basic medical services such as help with wound dressing, pain management, medication, health monitoring, prevention, rehabilitation or services of palliative care. Long-term care services can also be combined with lower-level care related to help with instrumental activities of daily living (IADL), such as help with housework, meals, shopping and transportation[135].

[135] *Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées*, OCDE, 2005. Traduction du SG du HCAAM : « *Les soins de longue durée se définissent comme une variété de services requis par les personnes qui ont un niveau réduit de capacité fonctionnelle, physique ou cognitive, et qui sont par conséquence dépendantes pendant une période étendue d'une aide pour les activités de base de la vie quotidienne, comme se laver, s'habiller, manger, se lever ou se coucher ou s'assoir, se déplacer et utiliser une salle de bain. Ce composant du soin aux personnes est fréquemment fourni par une combinaison d'aides avec des services médicaux de base comme les pansements, la gestion de la douleur, la médication, le suivi des constantes, des soins de réhabilitation ou des soins palliatifs. Les services de soins de longue durée peuvent aussi être associés avec des soins d'intensité moins élevée pour aider aux gestes basiques de la vie quotidienne, comme l'aide ménagère, la préparation des repas, les achats, les transports.* »

Dans son rapport de mars 2005 intitulé *Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées*, l'OCDE reconnaît les risques d'existence de prise en charges « segmentées » et les pertes d'efficience qui en résultent :
« *Les politiques relatives aux soins de longue durée posent de nombreux problèmes de chevauchement avec d'autres services sociaux et de santé, et avec les soins informels assurés à domicile par la famille et les amis. Les défauts de coordination entre soins aigus, réadaptation et soins de longue durée, par exemple, peuvent non seulement être préjudiciables aux patients mais aussi donner lieu à un gaspillage de ressources aussi bien dans le secteur de la santé que dans celui des soins de longue durée.* »

S'agissant des comparaisons de dépenses entre pays de l'OCDE s'agissant des soins de longue durée, l'OCDE a présenté dans ce même rapport une comparaison sur 12 pays du poids des dépenses de soins de longue durée (SLD) en % du PIB. La France ne comptant pas parmi les pays étudiés par le rapport de 2005, elle ne figurait pas dans le tableau comparatif.

Tableau 1 : dépenses publiques et privées en soins de longue durée pour 12 pays, 2000



Source : OCDE, Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées, 2005.

En revanche, l'OCDE a publié dans le cadre de son rapport Eco- santé 2010[136] une nouvelle présentation du poids des dépenses de SLD, publiques et totales, pour l'ensemble des pays de l'OCDE, chiffres portant sur les 2008.

Ces chiffres doivent être analysés avec de nombreuses précautions, qui rendent difficile au final la comparaison internationale :

- les soins de longue durée au sens de l'OCDE concernent des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge (les « *personnes qui ont un niveau réduit de capacité fonctionnelle, physique ou cognitive, et qui sont par conséquence dépendantes pendant une période étendue d'une aide pour les activités de base de la vie quotidienne* »). La caractéristique de ces personnes est d'être « *limitées dans leur capacité à assumer de façon autonome et quotidienne certaines fonctions pour une longue période de temps*[137] ». Les données transmises par les états membres de l'OCDE se situent donc sur le champ large de l'incapacité, incluant le handicap, l'invalidité et la dépendance des personnes âgées ;
- les SLD consistent en une « variété de services » très large qui émargent sur des financements classés en dépenses de santé et d'autres en dépenses sociales (« *Les*

[136] *Eco-Santé OCDE 2010,* OCDE, juin 2010.
[137] *Conceptual framework and definition of long term care expenditure*. Input document Unit 2, System of health accounts, Division santé, OCDE. Traduction du SG du HCAAM.

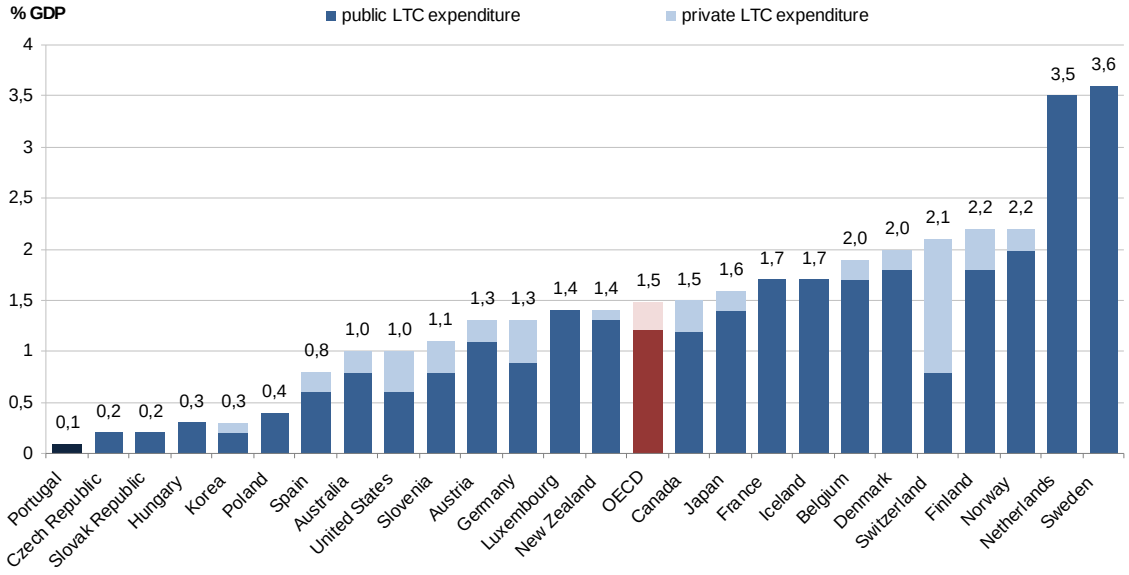
soins de longue durée sont typiquement un mélange de services médicaux (par exemple les soins d'entretien) et sociaux »[138]. Ces dépenses sont classées en trois catégories : services de soins d'entretien de longue durée, administration et dépenses de services sociaux en nature, administration et dépenses d'aide sociale en espèce. Ces catégories ne correspondent pas forcément aux catégories de prestations offertes dans chacun des pays de l'OCDE. Certains pays ne fournissent des données n'incluant que les dépenses classées en dépenses de santé (voir liste infra) ;

- les dépenses de SLD calculées par l'OCDE n'incluent pas – par définition, puisque ce sont des soins de long terme - les dépenses de soins de prévention, des soins aigus, de médicament etc (*prevention and public health, acute care, pharmaceuticals*), à la différence des chiffrages de la Cour des comptes et des rapports parlementaires.

Partant, le poids des dépenses de SLD dans le PIB qui résulte du recueil de l'OCDE est :

1) difficilement comparable d'un pays à l'autre ;
2) non comparable pour la France (1,7% en 2008 du PIB dans le chiffrage repris par l'OCDE, soit 33 Md€) avec les chiffrages existants présentés dans la partie 1, car ils englobent des dépenses liées également aux personnes « handicapées ».

Tableau 2 : Dépenses publiques et totales de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE en % du PIB, 2008



Notes: Data for Austria, Belgium, Canada, the Czech Republic, Denmark, Hungary, Iceland, Norway, Portugal, Switzerland and the United States refer to only health-related long-term care expenditure. In other cases, expenditure relates to both health-related (nursing) and social long-term care expenditure. Social expenditures on LTC are estimated at 1% of GDP (Source: Czech Ministry of Health, 2009). Data for Iceland and the United States refer to only to nursing long-term care in institutions. Data for the United States underestimate expenditure on fully private LTC arrangements. Data for Poland exclude infrastructure expenditure, amounting to about 0.25% of GDP in (2007). Data for the Netherlands do not reflect user co-payments, estimated at 8% of total AWBZ expenditure in (2007).

L'OCDE a rendu public en mai 2011 son rapport sur le financement et les ressources humaines consacrées aux soins de longue durée. Ce rapport, intitulé « *Help Wanted ? Providing and paying for long-term care* » (« *Besoin d'aide ? Dispenser et financer les services liés à la dépendance* ») confirmant et analysant ces données comparatives.

[138] *Ibidem*. Traduction du SG du HCAAM.

La séparation entre les soins aigus, les soins de longue durée et les aides aux personnes en perte d'autonomie est commune

La Suède en est un bon exemple.

L'Etat est chargé de la législation et de la définition de la stratégie générale ;
- les communes ont la responsabilité principale des écoles, du logement, de l'accueil de l'enfance et des services sociaux ;
- les conseils régionaux ont essentiellement la responsabilité des services de santé et de la fourniture de certaines aides techniques.

Ce sont les régions qui sont compétentes pour les soins aux personnes. Elles gèrent les hôpitaux et salarient des médecins au sein de centres de soins primaires. Elles fournissent certaines aides techniques.

Les communes sont compétentes pour les aides aux personnes âgées et handicapées. Ces aides représentent 30% du budget des communes. Elles sont délivrées à domicile ou en établissement. Les communes sont responsables de la fourniture aux personnes handicapées des services et du soutien. Il peut s'agir, par exemple, d'une place dans un hébergement adapté (appartement thérapeutique ou foyer) qui ne sera pas un établissement s'agissant des personnes handicapées, la Suède se caractérisant par la suppression des établissements spécialisés pour les personnes handicapées) , de l'aide à domicile, de services de transports ou encore de la possibilité de bénéficier d'un interprète de la langue des signes.

L'Agence de la sécurité sociale (*Försäkringskassan*) finance la compensation de perte de revenu par une pension d'invalidité (*aktivitetsersättning* ou *sjukersättning*).

Une troisième prestation compensant le besoin d'aide liée au handicap peut être versée, soit par les communes, soit par l'Agence de la sécurité sociale, selon le nombre d'heures.

Encadré 1 : les prestations liées à la perte d'autonomie. Extrait du document *Le modèle social suédois : marché du travail et protection sociale*, Ambassade de France en Suède.

L'allocation pour handicapés (*handikappersättning*) est destinée à compenser toutes les dépenses supplémentaires liées au handicap et est versée par l'Agence de la sécurité sociale. Le demandeur peut recevoir une telle allocation en complément d'une autre s'il est âgé de 19 à 64 ans et si ses besoins s'étalent sur une longue durée (un an minimum). Elle peut être conservée après l'âge de 65 ans si ces besoins spécifiques existent toujours. Les personnes souffrant de cécité ou de surdité y ont droit automatiquement. Le niveau de compensation est fixé, non pas en fonction de la gravité du handicap, mais en fonction du besoin d'assistance et de l'étendue des coûts additionnels que doivent supporter les personnes. L'évaluation est faite par les experts de l'Agence de la sécurité sociale selon trois niveaux : 36%, 53% et 69% du montant annuel servant de référence au calcul des prestations sociales et des retraites (*prisbasbelopp*), soit pour 2008 respectivement 1 580 euros, 2 330 euros et 2 030 euros. L'allocation pour handicapés n'est pas imposable.
Par ailleurs, il est prévu une indemnité d'assistance (*assistansersättning*) pour les personnes aux handicaps lourds et durables. Elles doivent avoir moins de 65 ans le jour de leur demande mais l'indemnité peut être conservée passé cet âge. La législation énumère limitativement les handicaps susceptibles de donner droit à l'indemnité. Son montant est déterminé à partir du nombre d'heures d'assistance personnelle dont la personne gravement handicapée a besoin, et non en fonction de ses ressources.

On entend par assistance personnelle le soutien personnalisé prodigué pour les besoins de base comme l'aide pour l'hygiène personnelle, l'habillement, la nutrition, la communication avec autrui, ou toute autre aide exigeant des connaissances approfondies du handicap. Une distinction est établie selon l'importance du nombre d'heures d'assistance personnelle :
- lorsque les besoins en assistance personnelle ne dépassent pas 20 heures par semaine, ce sont les services sociaux des communes qui sont responsables de mener l'enquête d'évaluation des besoins et de verser l'indemnité selon la loi sur le soutien et le service aux personnes handicapées de 1993 (*Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade* ou LSS) ;
- lorsque les besoins en assistance personnelle dépassent 20 heures par semaine, c'est l'État qui finance l'indemnité et c'est l'Agence de la sécurité sociale qui est responsable de mener l'enquête d'évaluation et de verser celle-ci, au titre de la loi sur l'indemnité d'assistance de 1993 (*Lagen om assistansersättning* ou LASS).
La personne handicapée bénéficiaire peut choisir elle-même la forme d'assistance qu'elle désire. En 2008, le montant de l'indemnité s'élevait à environ 25 euros par heure. S'il existe des raisons particulières (par exemple, la nécessité d'avoir un assistant possédant une formation spécifique), l'Agence peut fixer une indemnité plus élevée que le montant forfaitaire (12% de plus maximum).

Enfin, les besoins de la personne handicapée qui sont couverts par l'indemnité d'assistance ne pourront pas être pris en compte pour l'attribution de l'allocation pour handicapé.

ANNEXE 2

Les chiffrages du coût de la dépendance présentés dans leur classification par type de financements

Source Année	Cour des comptes rapport 2005 2003	Rapport Vasselle 2008 2008	Rapport Rosso-Debord (Source : DB) 2010		
Dépenses assurance maladie liées à la dépendance sur l'ONDAM					
			Administrations de sécurité sociale	CNSA	Total
Dépense ONDAM personnes âgées	**3,282**		**6,267**	**0,985**	**7,252**
EHPAD	*2,519*				
SSIAD	*0,773*				
USLD	**2,210**				
SOUS-TOTAL EHPAD, SSIAD et USLD	**5,492**	**6,675**			
Dépense de soins de ville et d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans et dépendantes	**3,942**	**4,6**	**4,738**		**4,738**
Soins de ville (AIS, dispositifs médicaux)	*2,330*				
Hospitalisations	*1,612*				
TOTAL ONDAM	**9,434**	**11,275**	11,005		**11,990**
Dépenses assurance maladie hors ONDAM					
Action sociale		0,11	0,380		0,380
Exonérations charges sociales bénéficiaires APA employeurs	0,241	1,508	1,501		1,501
TOTAL HORS ONDAM	**0,241**	**1,618**	**1,881**		**1,881**
0					
TOTAL ASSURANCE MALADIE PERTE AUTONOMIE PERSONNES AGEES	**9,675**	**12,893**	**12,886**		**13,871**
Total dépenses dépendance (tous financeurs)	15,544	21,390	21,585		21,585
% assurance maladie (sécurité sociale pour rapport Rosso-Debord)	62%	60%	60%		64%
% assurance maladie ONDAM (hors exonérations)	61%	53%	51%		56%
% ONDAM dans total assurance maladie	98%	87%	85%		86%

ANNEXE 3

Le compte social du handicap

Le Compte social du handicap de la DREES permet de suivre l'ensemble des dépenses au profit de ce public, y compris celles liées aux accidentées du travail, et hors dépenses de soins qui sont classés dans le compte « maladie » des comptes de la protection sociale.

Au sein du compte social, ce sont les dépenses intitulée « *Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des personnes handicapées* » qui constituent l'essentiel des dépenses de l'assurance maladie : les 7 Md€ Assurance maladie / CNSA de l'OGD personnes handicapées. Il faut également prendre en compte les dépenses d'action sociale extra-légale avec ou sans condition de ressource (payées par les caisses d'assurance maladie. Malheureusement, le compte du handicap ne fait pas la distinction entre les différentes branches de prestations (maladie, famille, vieillesse).

Le tableau ci-dessous présente les dépenses d'assurance maladie ou d'invalidité retracées dans les comptes du Handicap successifs. On y voit que la part de l'assurance maladie, hors pensions d'invalidité qui ne sont pas individualisées entre régime, et qui peuvent donc pour partie être financées par l'Etat pour ses fonctionnaires, a augmenté continuellement depuis 1990. Il ressort de ces calculs que l'assurance maladie et la CNSA, au travers de l'ONDAM personnes âgées et l'objectif global des dépenses, financent près de 25% des dépenses d'invalidité hors accidents du travail et maladies professionnelles.

DREES compte handicap 2007 (février 2009)						
	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Rentes d'invalidité (hors GRTH et pensions militaires d'invalidité)	3,591	4,323	5,377	7,661	8,093	8,341
Action légale sans condition de ressources	**3,491**	**5,036**	**6,577**	**8,803**	**9,541**	**10,291**
Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des personnes handicapées	**2,414**	**3,621**	**4,667**	**6,112**	**6,524**	**7,029**
Frais d'hébergement et aide sociale aux personnes handicapées	1,035	1,373	1,839	2,593	2,917	3,171
Prestations extra-légales diverses des caisses de sécurité sociale	0,042	0,042	0,071	0,098	0,1	0,091
Action légale avec condition de ressources	**0,055**	**0,084**	**0,155**	**0,24**	**0,257**	**0,279**
Prestations extra légales diverses des caisses de sécurité sociale et des départements	0,055	0,084	0,155	0,24	0,257	0,279
Pour mémoire total prestations extra légales	0,097	0,126	0,226	0,338	0,357	0,37
TOTAL invalidité (y.c. handicap)	**12,901**	**16,169**	**19,675**	**25,661**	**27,205**	**28,481**
% assurance maladie (OGD hors ASS)	**18,7%**	**22,4%**	**23,7%**	**23,8%**	**24,0%**	**24,7%**
TOTAL handicap (y.c. ATMP)	**17,845**	**21,255**	**25,202**	**32,608**	**34,437**	**36,124**
% assurance maladie (OGD hors ASS)	**13,5%**	**17,0%**	**18,5%**	**18,7%**	**18,9%**	**19,5%**

ANNEXE 4

Données du Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » pour 2011

Ces données présentent les prestations par type de financeur pour l'année 2009.

En M€	CNSA	Départements	Etat	Assurance maladie	Assurance vieillesse	Branche famille	AGEFIPH	TOTAL
Personnes âgées (1)	**2 979,3**	**5 243,8**	**40,2**	**7 466,4**	**597,0**	**-**	**-**	**16 326,7**
Etablissements et services (ONDAM PA)	911,9			6 267,0				
USLD				1 199,4				
APA	1 564,2	5 029,2						
Plan d'aide modernisation	441,0							
Autres actions	62,2							
Transfert CNSA		- 1 564,2						
Action sociale et aide ménagère		65,9			597,0			
Personnes âgées (programme handicap et dépendance			40,2					
Aide sociale hébergement		1 712,9						
Personnes handicapées (2)	**1 138,4**	**4 667,9**	**10 510,2**	**13 376,1**	**-**	**720,7**	**693,0**	**31 106,3**
Etablissements et services (ONDAM PH)	331,9			7 727,0				
Pensions d'invalidité				5 609,6				
Pensions militaires d'invalidité			1 008,6					
Action sociale				39,5				
AEEH et allocation de présence	22,8					720,7		
Plan d'aide modernisation	187,1							
Autres actions	26,9						693,0	
Frais d'hébergement en établissement		3 864,3						
ACTP et PCH	569,7	1 373,3						
Transfert CNSA		- 569,7						
Evaluation et orientation des personnes handicapées dont contribution fonctionnement MDPH			14,8					
Incitation à l'activité professionnelle (aide au poste, ESAT)			2 505,0					
Programme accès et retour à l'emploi (ateliers protégés)			255,7					
Ressources d'existence (AAH, FSI)			6 422,3					
Compensation des conséquences du handicap (instituts nationaux, fonds de compensation MDPH, FIAH)			47,8					
Programme Vie de l'élève - action élèves handicapés			256,0					
Pilotage programme handicap et dépendance (3)			**6,1**					**6,1**
TOTAL (1)+(2)+(3)	**4 117,7**	**9 911,7**	**10 556,5**	**20 842,5**	**597,0**	**720,7**	**693,0**	**47 439,1**
EN % de l'ensemble	**8,7%**	**20,9%**	**22,3%**	**43,9%**	**1,3%**	**1,5%**	**1,5%**	**100,0%**

ANNEXE 5

Les prestations invalidité

Les dépenses au titre de l'invalidité

Les prestations d'invalidité compensant la perte de salaire sont versées aux assurés dont la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers à la suite d'un accident non professionnel ou d'une maladie d'origine non professionnelle. Des conditions sont à remplir : durée d'affiliation à la sécurité société datant de plus de 12 mois, assiette de cotisation minimale. En cas de faibles revenus, une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est versé par les caisses pour le compte de l'Etat.

Les prestations au titre de l'invalidité concernent environ 925 600 personnes au 31 décembre 2009[139].

Le régime général représente 63% des pensionnés d'invalidité, pour un montant de dépenses de 4,5Md€ en 2009[140]. Leur rythme de croissance décroît régulièrement du fait d'effets démographiques (départs à la retraite de générations plus nombreuses, qui fait basculer les allocataires dans le régime vieillesse).

Les pensions d'invalidité (régime général)

en millions d'euros

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2004
Montants	3 781	4 072	4 269	4 398	4 435	4 458	
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	3,0%	0,9%	0,5%	+17,9%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%	+8,6%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	1,2%	-0,5%	-0,8%	+9,3%

Source : :rapport annuel du HCAAM 2010

Les autres régimes représentent 37% des pensionnées.
Exploitants agricoles
Salariés agricoles
Fonctionnaires
Etc…

Au sein des pensions d'invalidité, il convient de faire le départ entre la part qui compense strictement la perte de salaire et celle qui compensent la perte d'autonomie et donc le besoin de l'assistance de tierces personnes.

Trois catégories de pensions peuvent être attribuées suite à l'examen par le médecin-conseil de la caisse. Ces pensions sont toutes calculées par rapport au salaire annuel moyen à partir des dix meilleures années d'activité.

1. Les personnes capables d'exercer une activité professionnelle rémunérée sont classées en 1re catégorie, qui ouvre droit à compensation à hauteur de 30% ;

[139] Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au PLFSS 2011.
[140] A noter : l'allocation supplémentaire invalidité (ASI) est désormais présentée en compte de tiers et ne figurent plus dans les comptes de résultat des régimes.

2. Les personnes qui ne peuvent pas exercer une activité professionnelle rémunérée sont classées en 2ème catégorie, qui ouvre droit à compensation à hauteur de 50% ;

3. Les personnes qui ne peuvent pas exercer une activité professionnelle rémunérée et qui ont besoin de l'aide d'une personne pour les assister dans les gestes essentiels de la vie courante sont classées en 3ème catégorie, qui ouvre droit à compensation à hauteur de 50% au titre de la perte de salaire, majorée de 40% pour la rémunération d'une tierce personne.

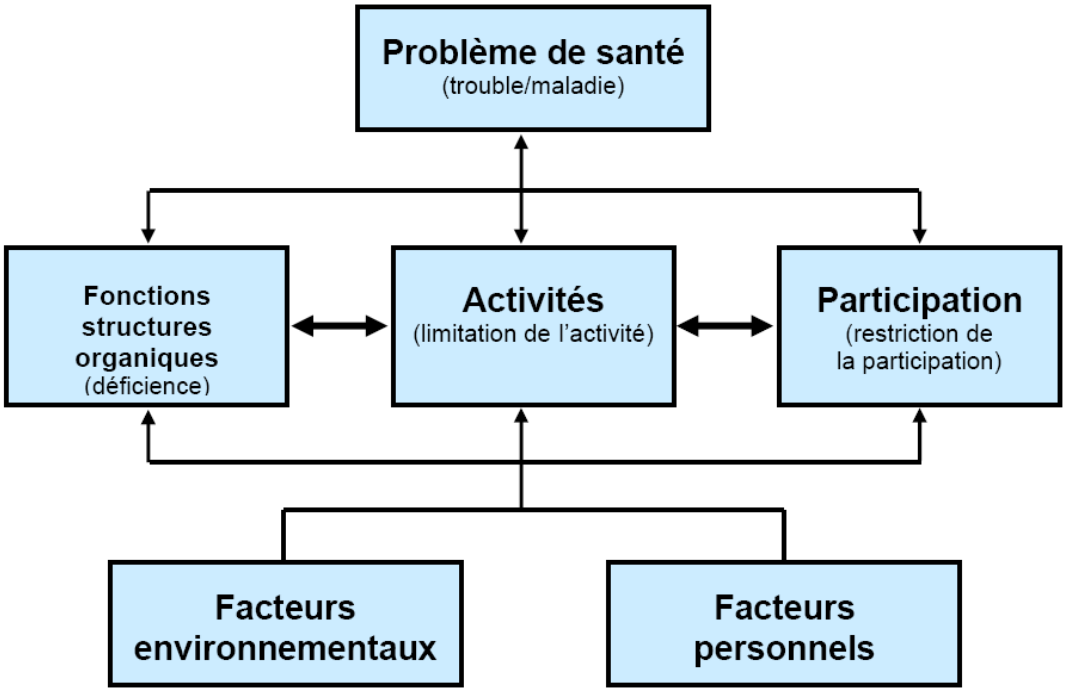
C'est le seul montant des dépenses au titre de la majoration versée aux assurés en 3ème catégorie qui doit être compté au titre de la compensation de la perte d'autonomie par les caisses d'assurance maladie. Les pensions de 1ère et 2ème catégories sont en effet à assimiler à des prestations compensant seulement la perte des revenus issus du travail et non le surcoût lié à la perte d'autonomie.

	% des pensionnés	Nombre	Dépenses
1ère catégorie	23%	212 888	
2ème catégorie	74%	684 944	
3ème catégorie	3%	27 768	
Total	100%	925 600	

Source : PQE Invalidité, CCSS, retraitements SG du HCAAM

Annexe 6

Schéma de la Classification internationale du fonctionnement de 2001 (Organisation mondiale de la santé)



OMS, CIF, 2001.

LISTE DES MEMBRES DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Liste des membres du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Président
M. Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat

Vice-Président
M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie
CGT
M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral
M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT
CFDT
Mme véronique DESCACQ, secrétaire nationale
M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral
CGT-FO
M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral
M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier
CFTC
M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux
CFE-CGC
Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale
MEDEF
M. Bernard LEMOINE, Fédération française des industries de santé
M. Jean-Marc LAMERE, vice-président du Conseil de l'UNCAM
CGPME
M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral
UPA
M. Daniel BOGUET
FNSEA
M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint
UNAPL
Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales
UNSA
M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés
M. Yves BUR, UMP, Bas-Rhin
M. Pierre MÉHAIGNERIE, président de la C^{ion} des affaires culturelles, familiales et sociales, UMP, Ille-et-Vilaine
M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs
M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne
M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne
M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Sept représentants de l'Etat
M. Vincent CHRIQUI, directeur général au centre d'analyse stratégique
M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
Mme Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins

M. Jean-Yves GRALL, directeur général de la santé
M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor
M. Julien DUBERTRET, directeur du budget
Mme Anne-Marie BROCAS, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Un représentant de la Haute Autorité de Santé
Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire
M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
M. Antoine PERRIN, médecin conseil national du Régime Social des Indépendants (RSI)
M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
M. Laurent VACHEY, inspecteur général des finances

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie
M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), président de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé
Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
Dr. Claude LEICHER, président de MG-France
M. Pierre LEPORTIER, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
M. Roland L'HERRON, président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)
M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)
M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Six représentants des établissements de santé
M. Jean LEONETTI, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)
M. Philippe BURNEL, délégué général de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers
Pr. Alain DESTÉE, président de la conférence nationale des CME de CH Universitaires
Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Un représentant des industries du médicament
M. Christian LAJOUX, président du LEEM (Les Entreprises du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux
Mme Odile CORBIN, directeur général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Un représentant désigné par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
M. Yann BOURGUEIL, directeur

Un directeur général d'agence régionale de santé
Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Un représentant des prestataires de services et distributeurs de matériels à domicile
M. Olivier LEBOUCHE, président du SYNALAM

Trois représentants des usagers
Mme Christiane BASSET, administrateur en charge du dossier « Santé-Vieillesse » à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)
M. Arnaud de BROCA, secrétaire général de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)
M. Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Sept personnalités qualifiées
M. Laurent DEGOS, professeur de médecine
Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine
M. Bruno DURIEUX, président du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France (CNCCEF), inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé
Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy
Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS, ancienne directrice de l'IRDES
M. Noël RENAUDIN, membre du contrôle général, économique et financier, ancien Président du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).
M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétaire général du HCAAM
M. Jean-Philippe VINQUANT, inspecteur général des affaires sociales