

Les grands enjeux d'adaptation des filières médico-sociales pour l'accompagnement des personnes âgées en France

UE Connaissance des secteurs sanitaire, social et médico-social

Licence Sciences Santé

Dr. Thomas GILBERT

14 octobre 2022

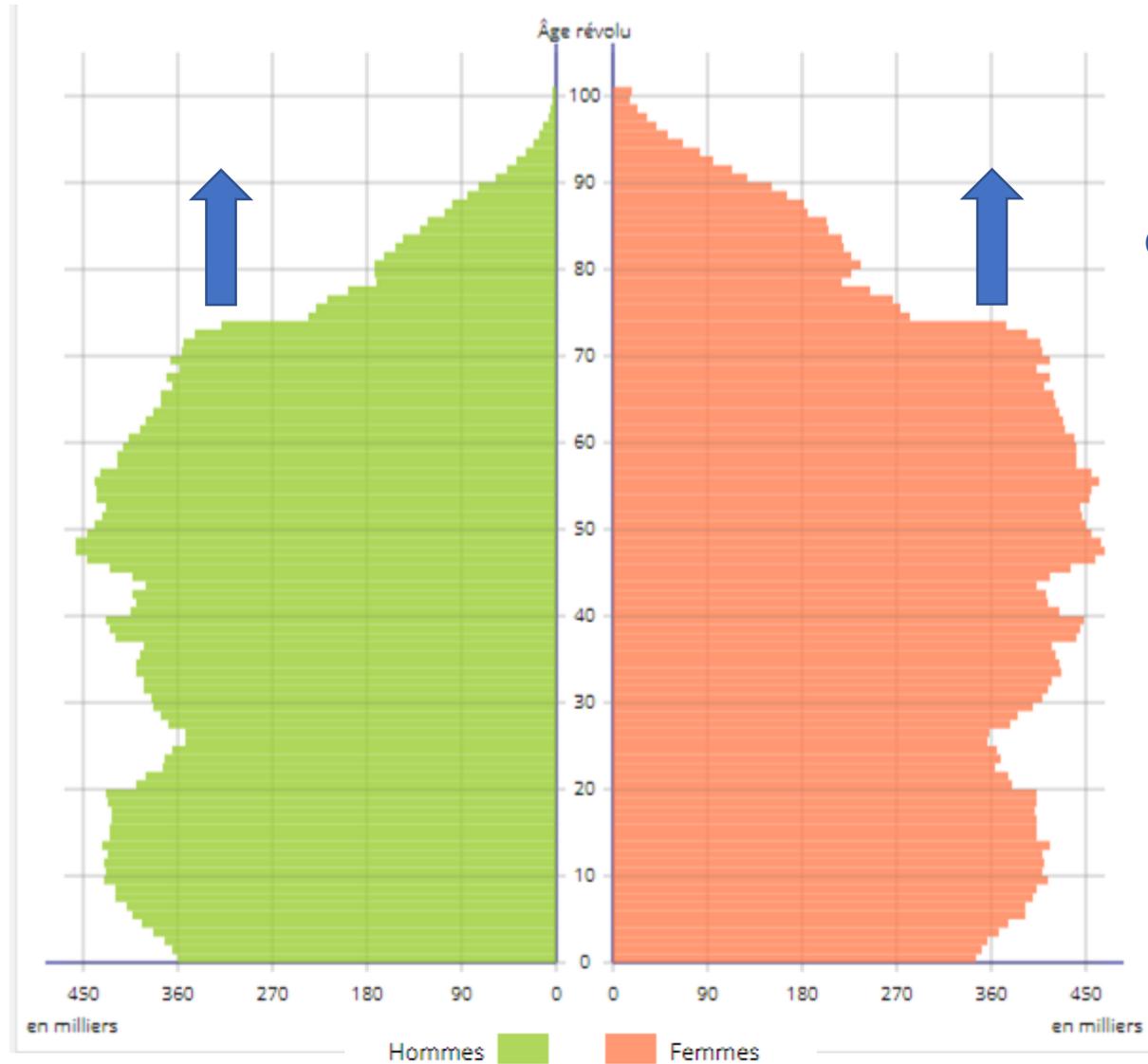
OBJECTIFS

- Décrire les grands enjeux sociétaux
- Savoir définir les notions d'autonomie, de dépendance, d'espérance de vie sans incapacité
- Connaître les différentes strates qui composent notre système médico-social
- Décrire les grands principes de prise en charge médicale des personnes âgées
- Décrire les filières hospitalières de soins et extra-hospitalières
- Expliquer les modes de financement de l'aide à la personne



Evolution Démographique

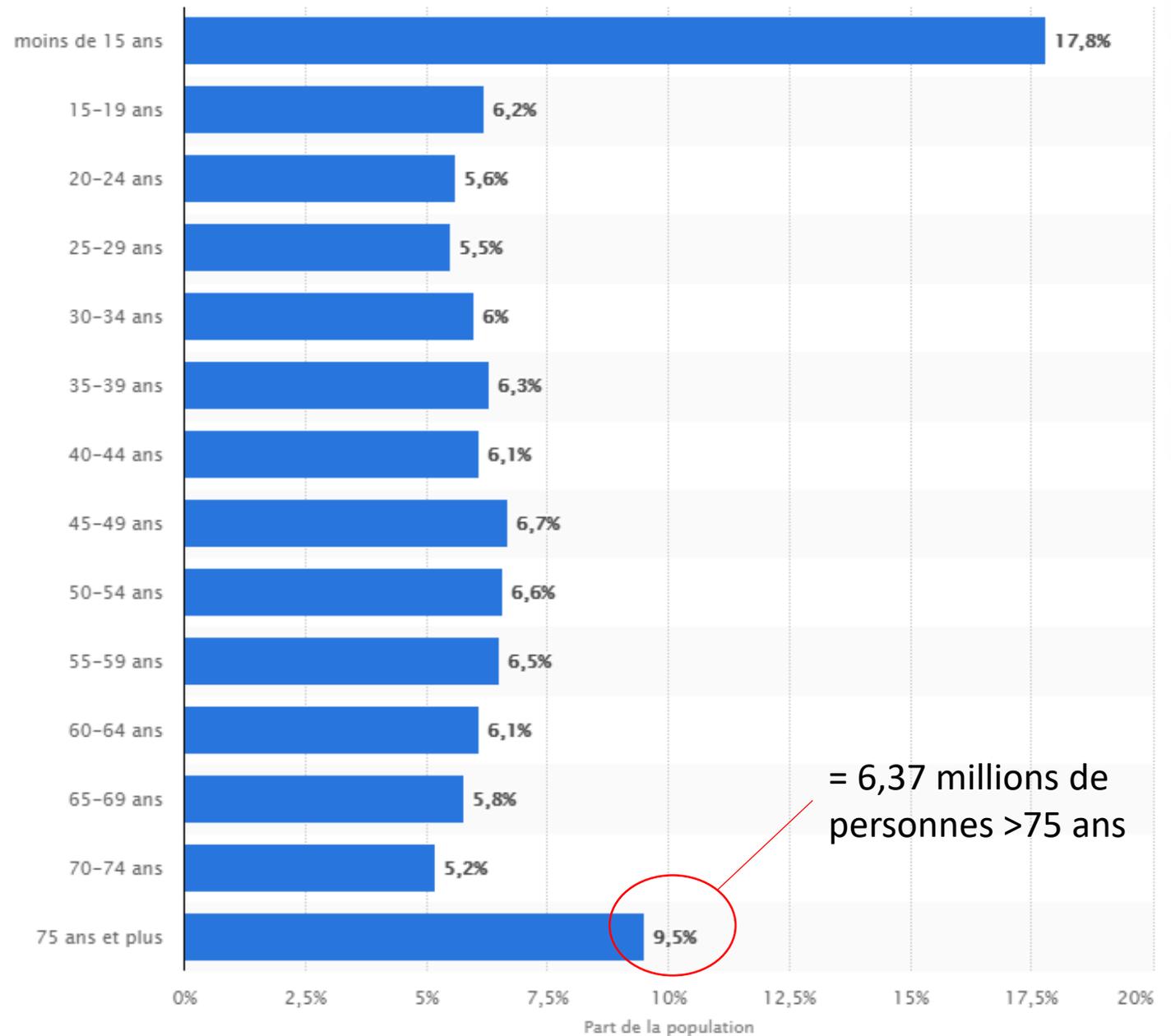
La pyramide des âges en 2020



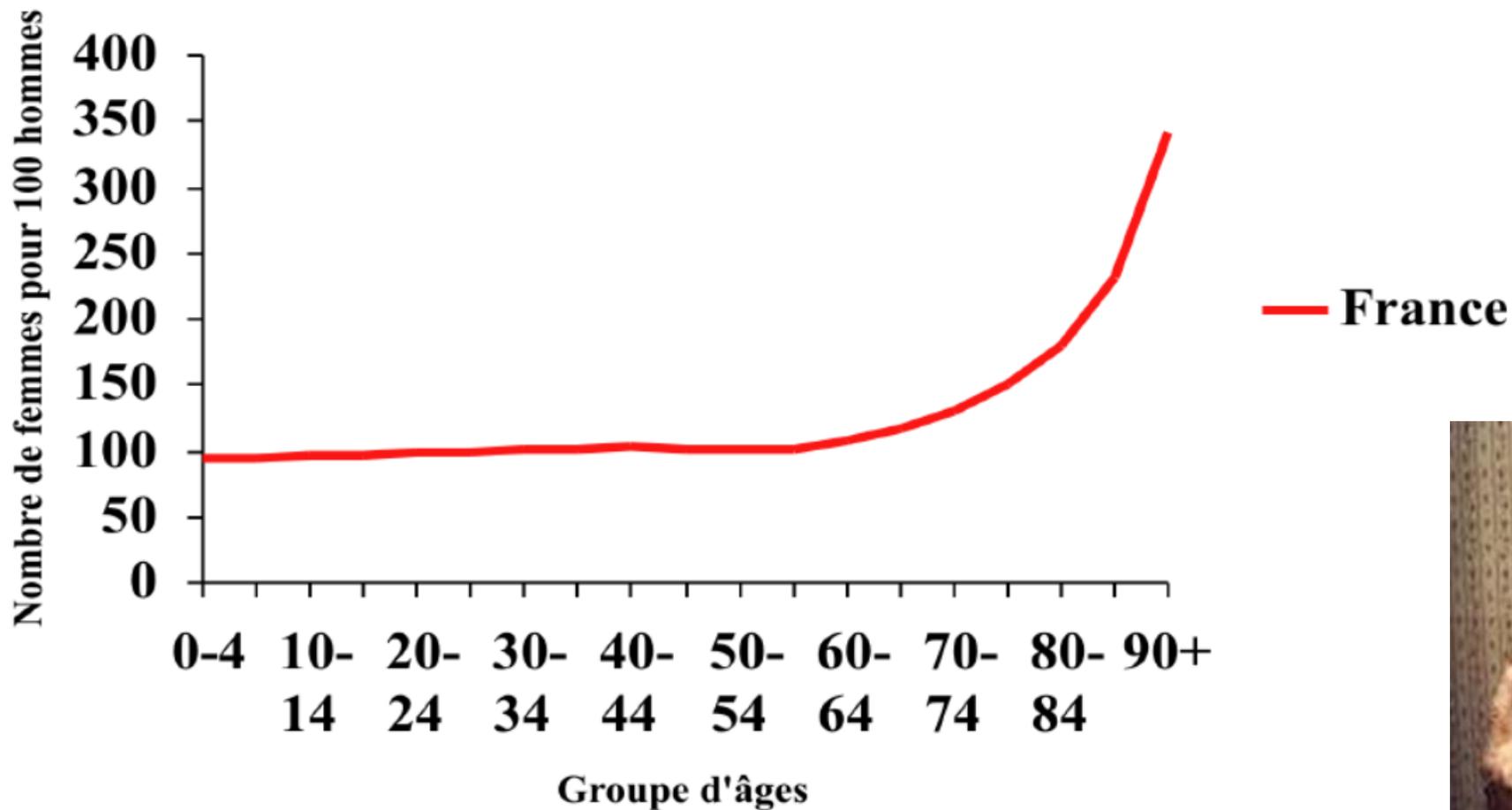
Génération « Baby-Boom »

Estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2020

Population par tranche d'âge (2020)



Population âgée en grande part féminine



Longévité moyenne	Durée de vie biologiquement programmée en conditions idéales
Longévité maximale	Durée de vie maximale observée
Espérance de vie	Nombre moyen d'années de vie pour une classe d'âge donnée
Espérance de vie sans incapacité	Nombre moyen d'années sans handicap

Espérance de vie en 2020	Femmes	Hommes
À la naissance	85 ans	80 ans
A 60 ans	27 ans	23 ans

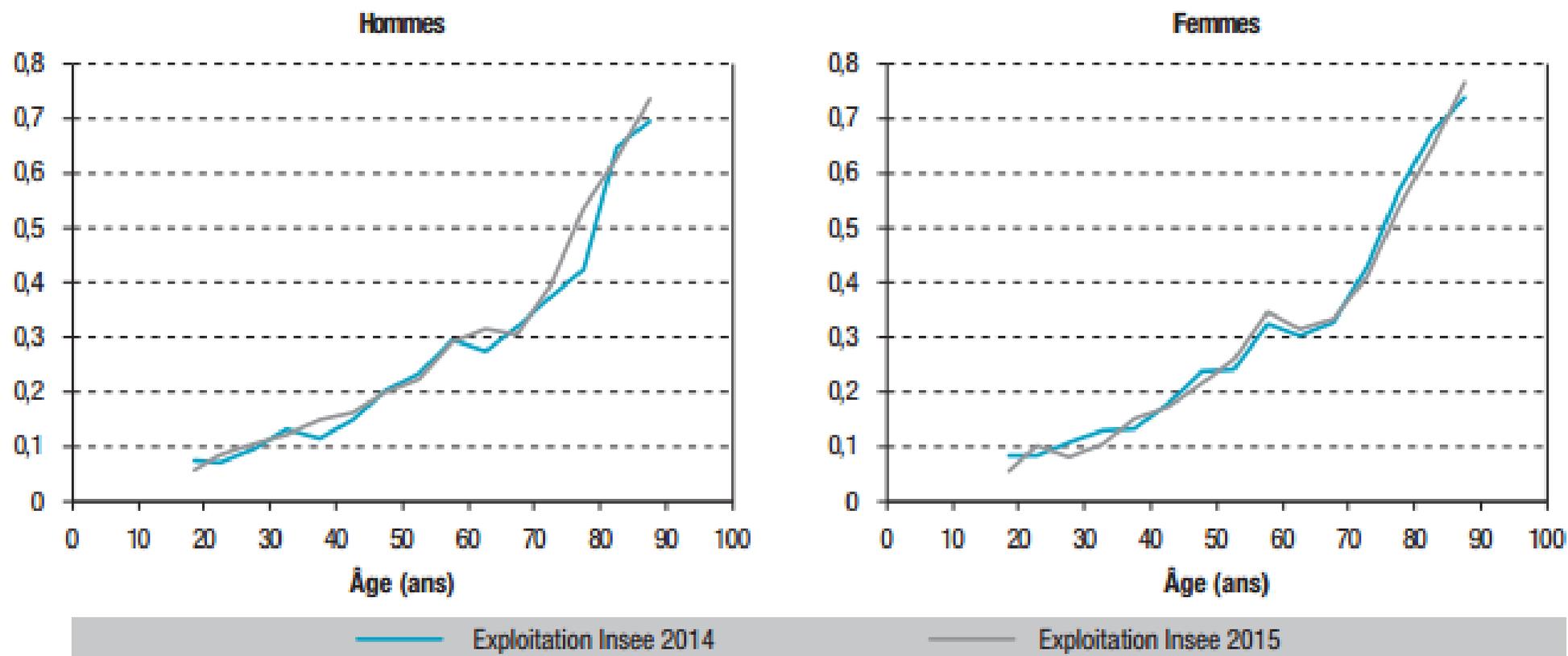
Source Insee



Jeanne Louise Calment
née le 21 février 1875 le 4 août 1997,
(122 ans, 5 mois et 14 jours)

Evolution des limitations d'activités usuelles

Prévalence des limitations dans les activités usuelles, par sexe et âge, en 2014 et en 2015, observée dans l'enquête EU-SILC pour la France

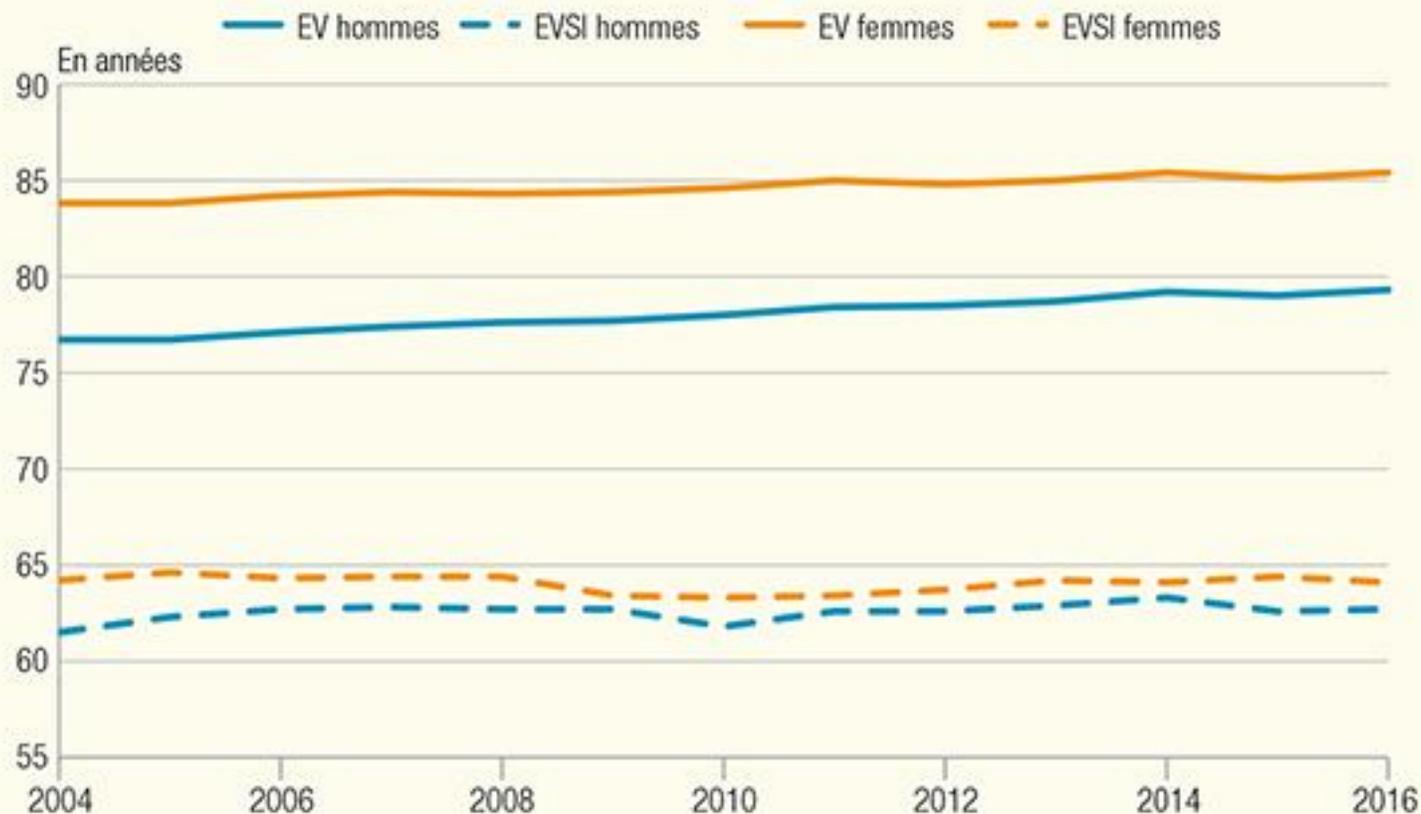


Exploitation des données pour la France de l'enquête européenne EU-SILC réalisée par l'Insee.



GRAPHIQUE

Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016



EV : Espérance de vie à la naissance ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Source • Espérance de vie à la naissance, Série Insee, France entière, données de décembre 2016 ; Espérance de vie sans incapacité, calculée avec la méthode de l'European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) à partir des données de l'enquête SILC réalisée par l'Insee pour la mesure des incapacités.

Poids des comorbidités

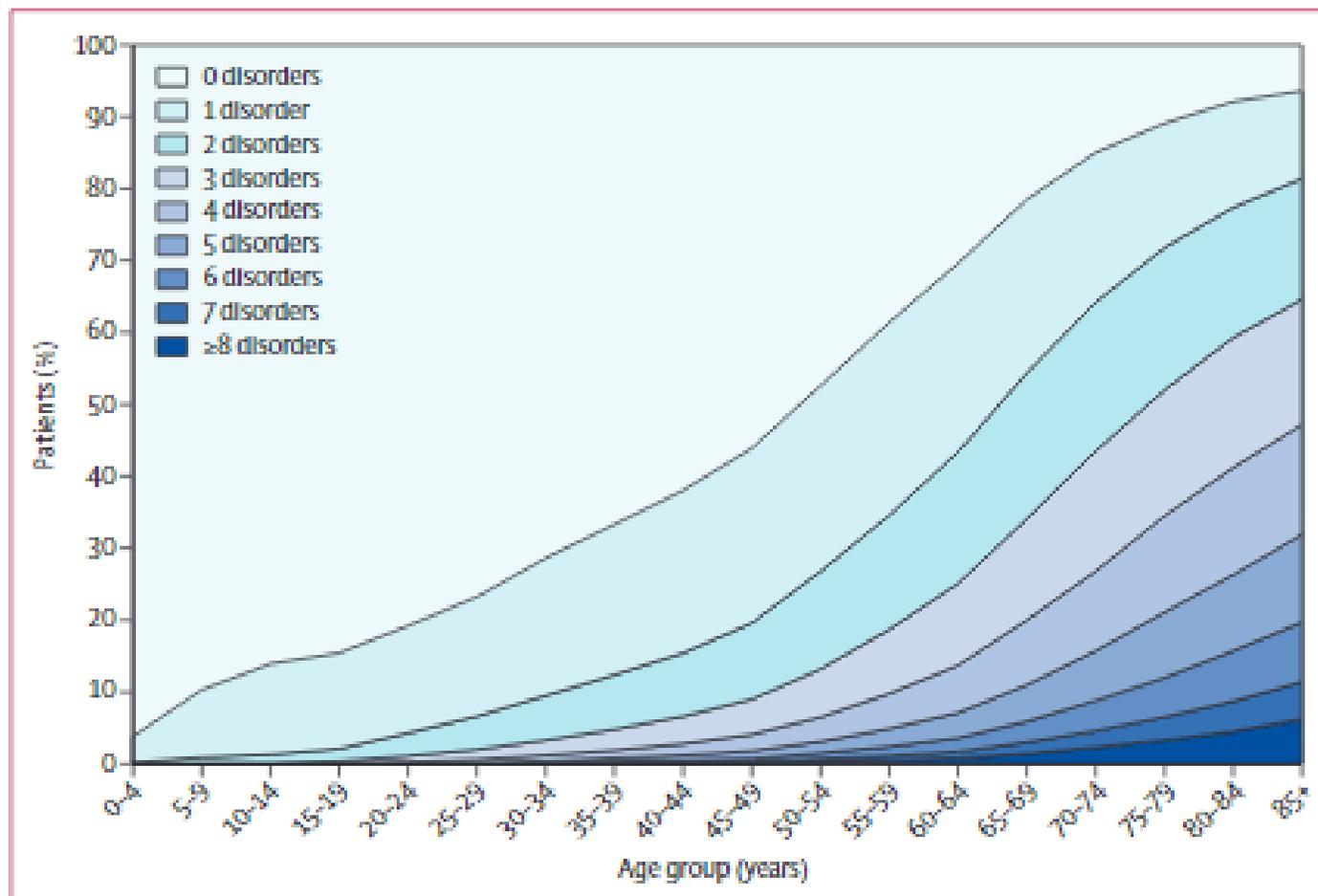
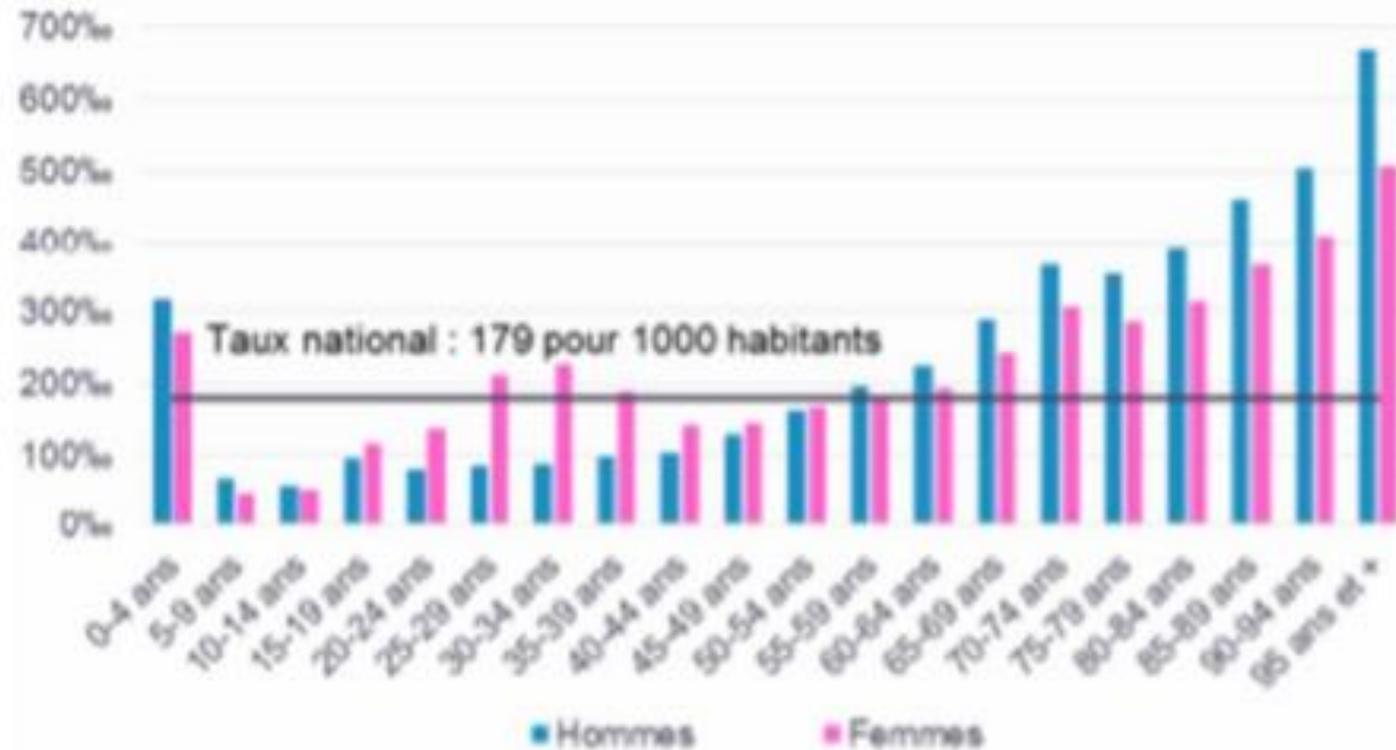


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Barnett K et al. Lancet 2012

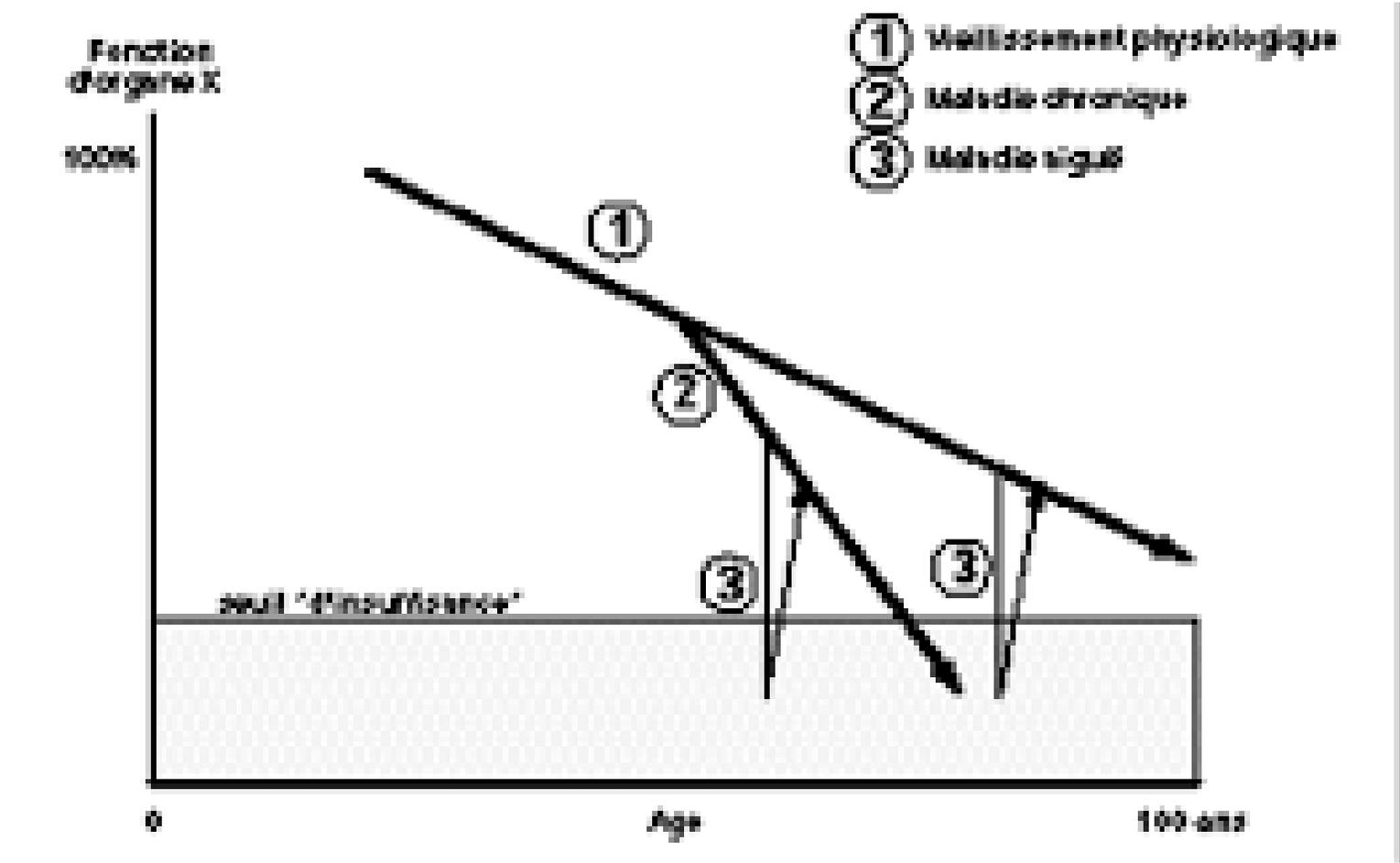
Taux d'hospitalisation

Taux d'hospitalisation MCO en 2017, par classe d'âge et par sexe



2 patients de plus de 75 ans sur 5 hospitalisés en 2017

Le modèle de Bouchon

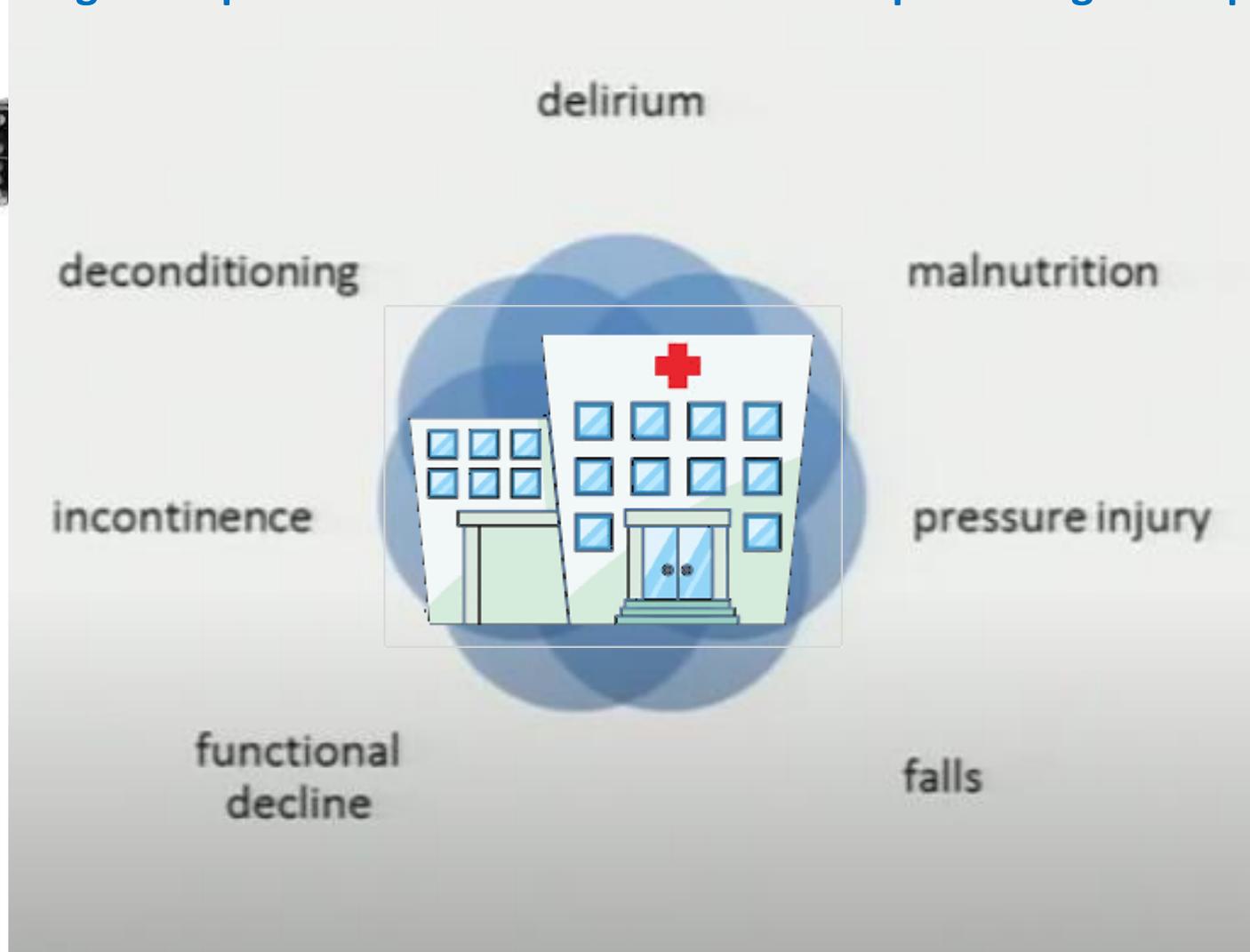


J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:885.

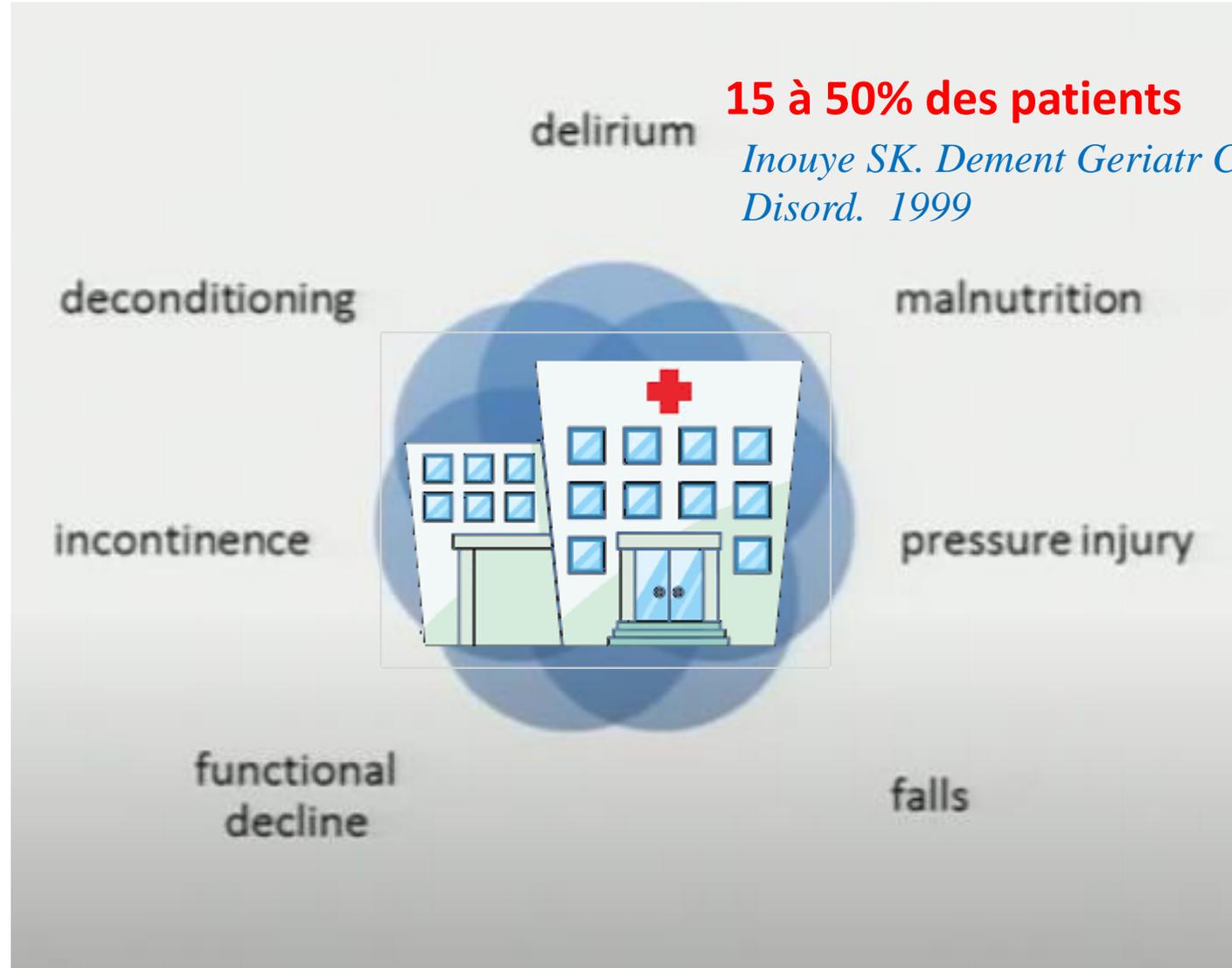
« Syndromes Gériatriques » liées à l'hospitalisation

→ **44%** des patients âgés hospitalisés auront au moins une complication gériatrique liée à l'hospitalisation

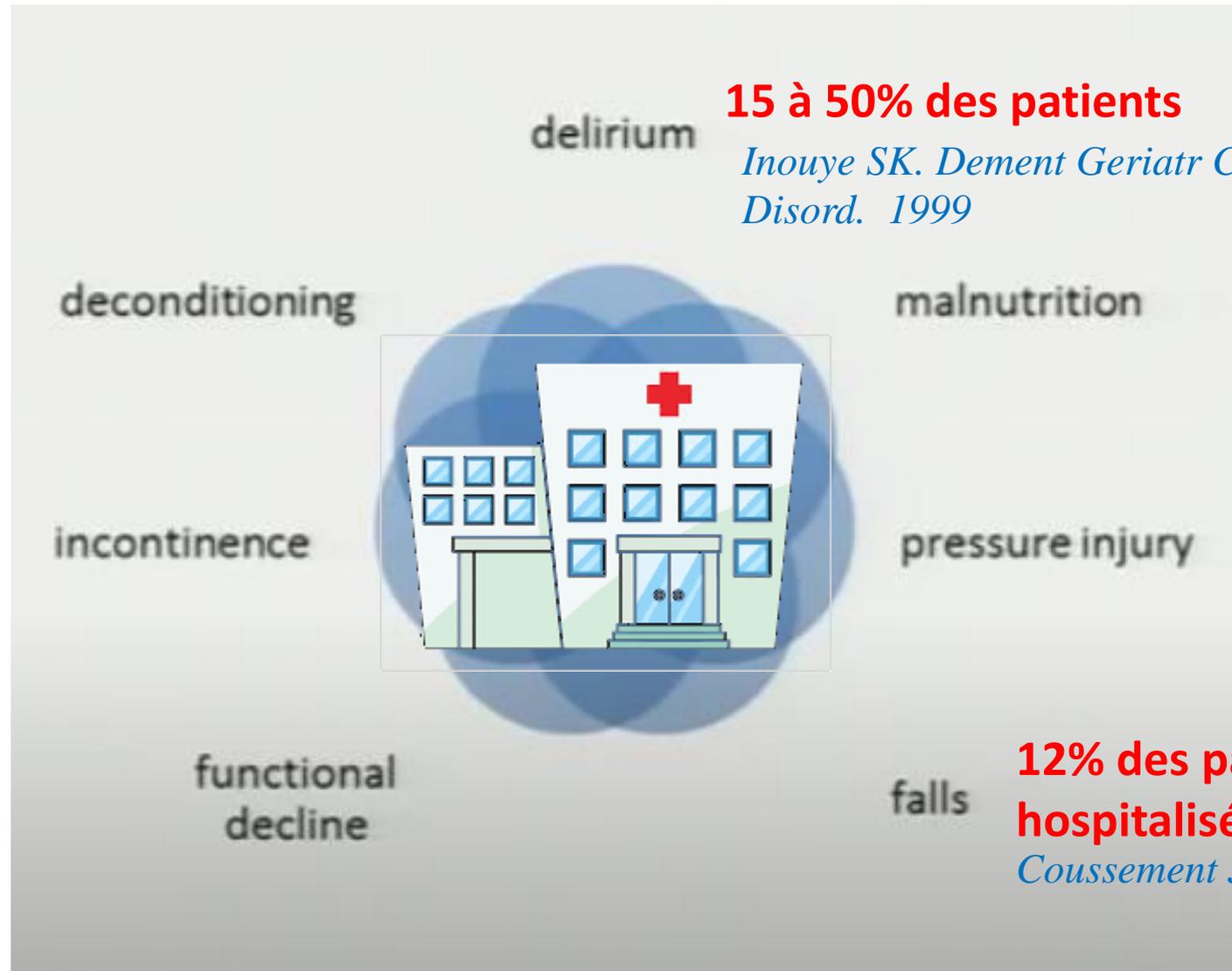
Mudge, BMC Geriatr 2017



« Syndromes Gériatriques » liées à l'hospitalisation



« Syndromes Gériatriques » liées à l'hospitalisation



15 à 50% des patients

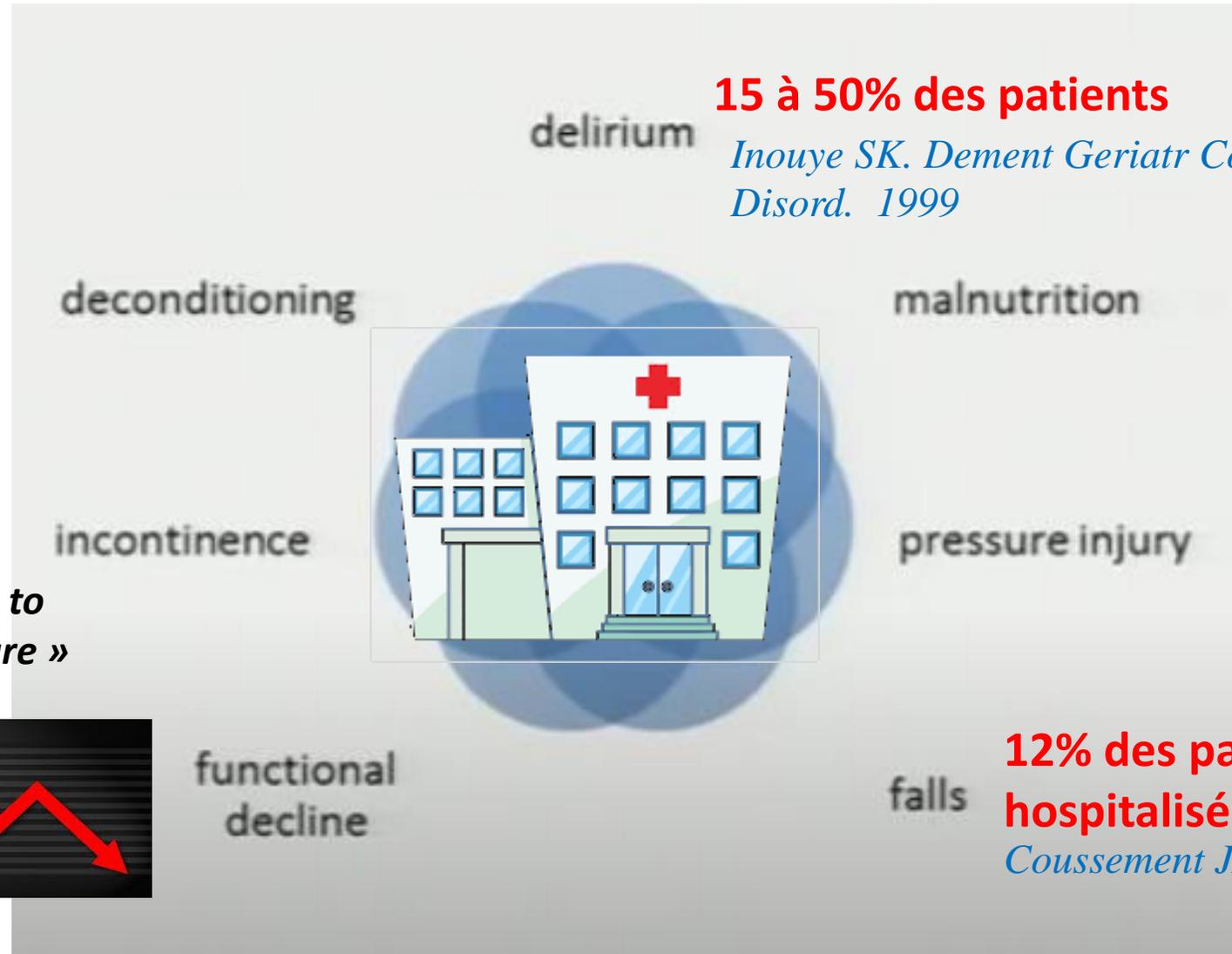
Inouye SK. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999

12% des patients âgés hospitalisés

Coussement JAGS 2008



« Syndromes Gériatriques » liées à l'hospitalisation



15 à 50% des patients

Inouye SK. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999

30% après 70 ans

« She was probably able to ambulate, but I'm not sure »

Covinsky JAMA 2011



12% des patients âgés hospitalisés

Coussement JAGS 2008

Les grands enjeux

- **Adaptation des filières de soins** aux besoins complexes des personnes âgées
- le développement des **filières ambulatoire**, renforcement du lien ville-hôpital
- Renforcement des structures de **maintien à domicile**; adaptation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées?
- **Prévention** de la dépendance
- Enjeux de **Citoyenneté**
- Changement de regard **opportunités**

Pour aller plus loin...

- Ministère des solidarités et de la santé. **Rapport de la concertation Grand âge et autonomie. Rapport Libault** : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
- Ministère des solidarités et de la santé. **Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge** [Internet]. 2019 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite>



Notion de fragilité des personnes âgées



Johanna Quaas, 92 ans

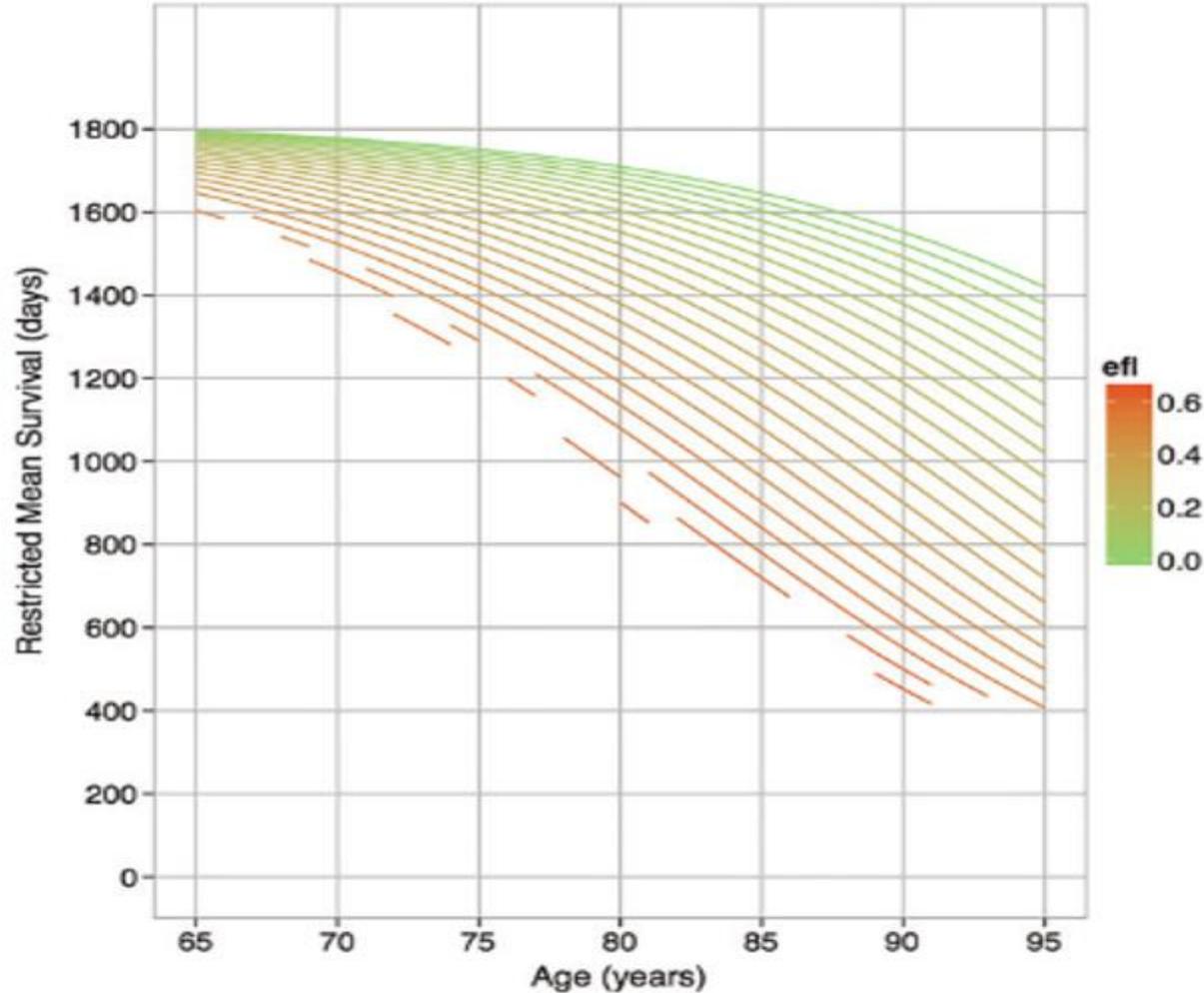


Robert Marchant, 105 ans



Johanna Fauja Singh, 100 ans

Electronic Frailty Index



→ La variabilité du pronostic augmente avec l'âge

Figure 2. Relationship between age, electronic frailty index score and mortality (internal validation cohort).

Variabilité du risque

Vaupel J Demography 1979



Définition de la fragilité

- « Etat lié à l'âge et qui confère une augmentation du risque d'événements négatifs (décès, perte d'autonomie, etc) **en relation à un événement stressant** même mineur (Clegg A Lancet 2013) »



RESERVES FONCTIONNELLES



Stress
« mineur »

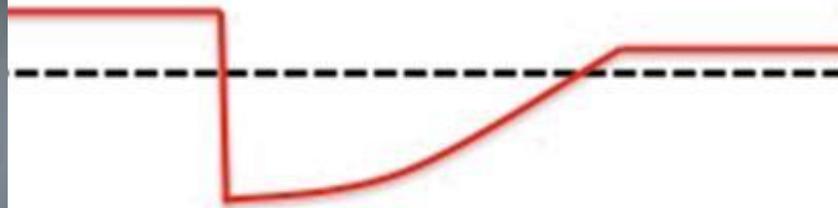
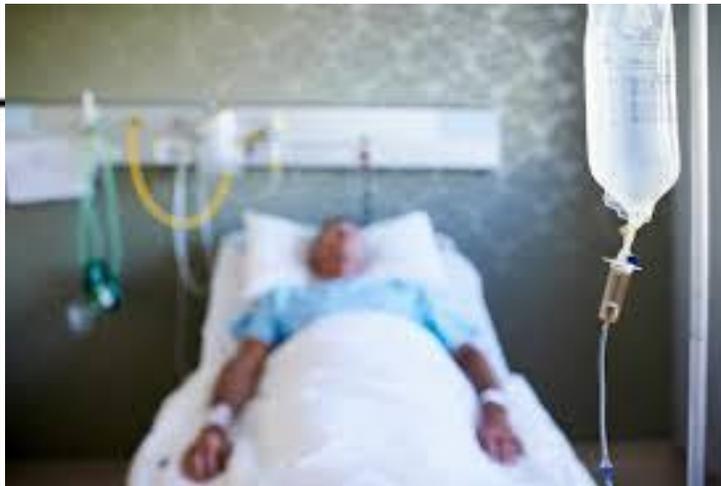


Seuil
d'insuffisance



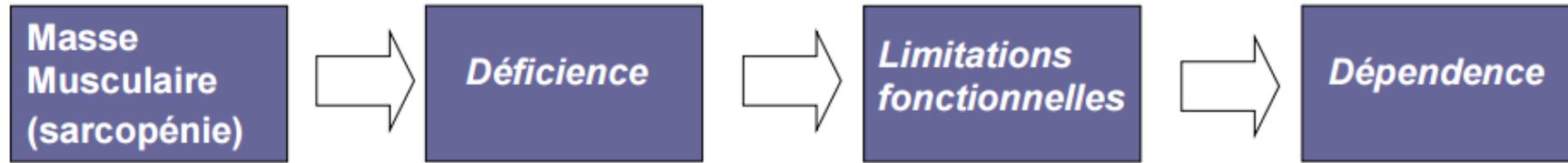
RESERVES FONCTIONNELLES

Stress
« mineur »

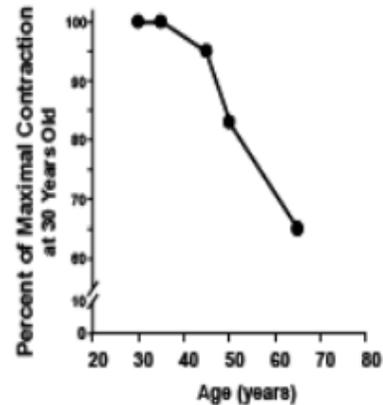
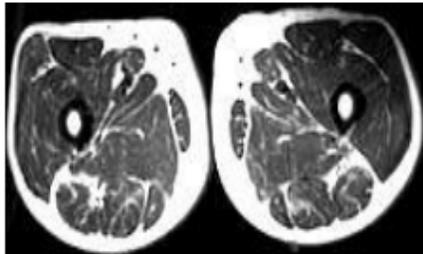


Seuil
d'insuffisance

Exemple sarcopénie dépendance



Force musculaire
Puissance



Nagi, 1976, 1991; Verbrugge & Jette, 1994



Grands principes de prise en charge des personnes âgées aux besoins complexes

Evaluation Geriatrique Standardisée

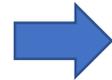
- CGA « comprehensive geriatric assessment »
→ **Ellis G. Cochrane 2011**
- ‘a multidimensional, multidisciplinary process which **identifies medical, social and functional needs**, and the development of an **integrated/co-ordinated care plan to meet those needs**’.

Parker S et al. umbrella review Age Ageing 2018

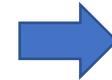
Evaluation Geriatrique Standardisée

EVALUATION

- Cognition
- Thymie
- Comorbidités
- Médicaments
- Nutrition et hydratation
- Capacités fonctionnelles/risque de chutes
- Continence
- Douleur
- État cutané
- Audition/vision
- Directives anticipées



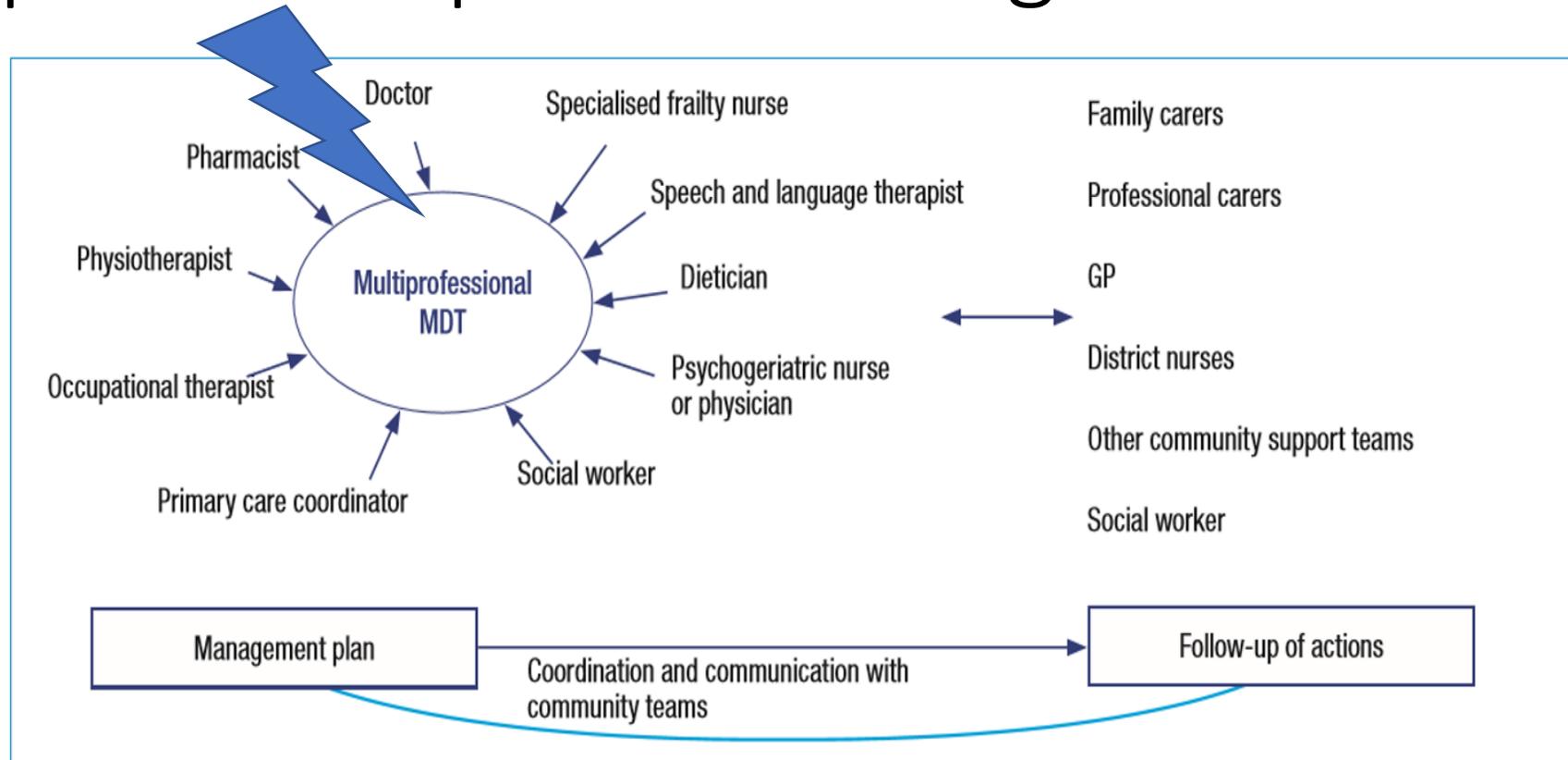
PLAN D'ACTION



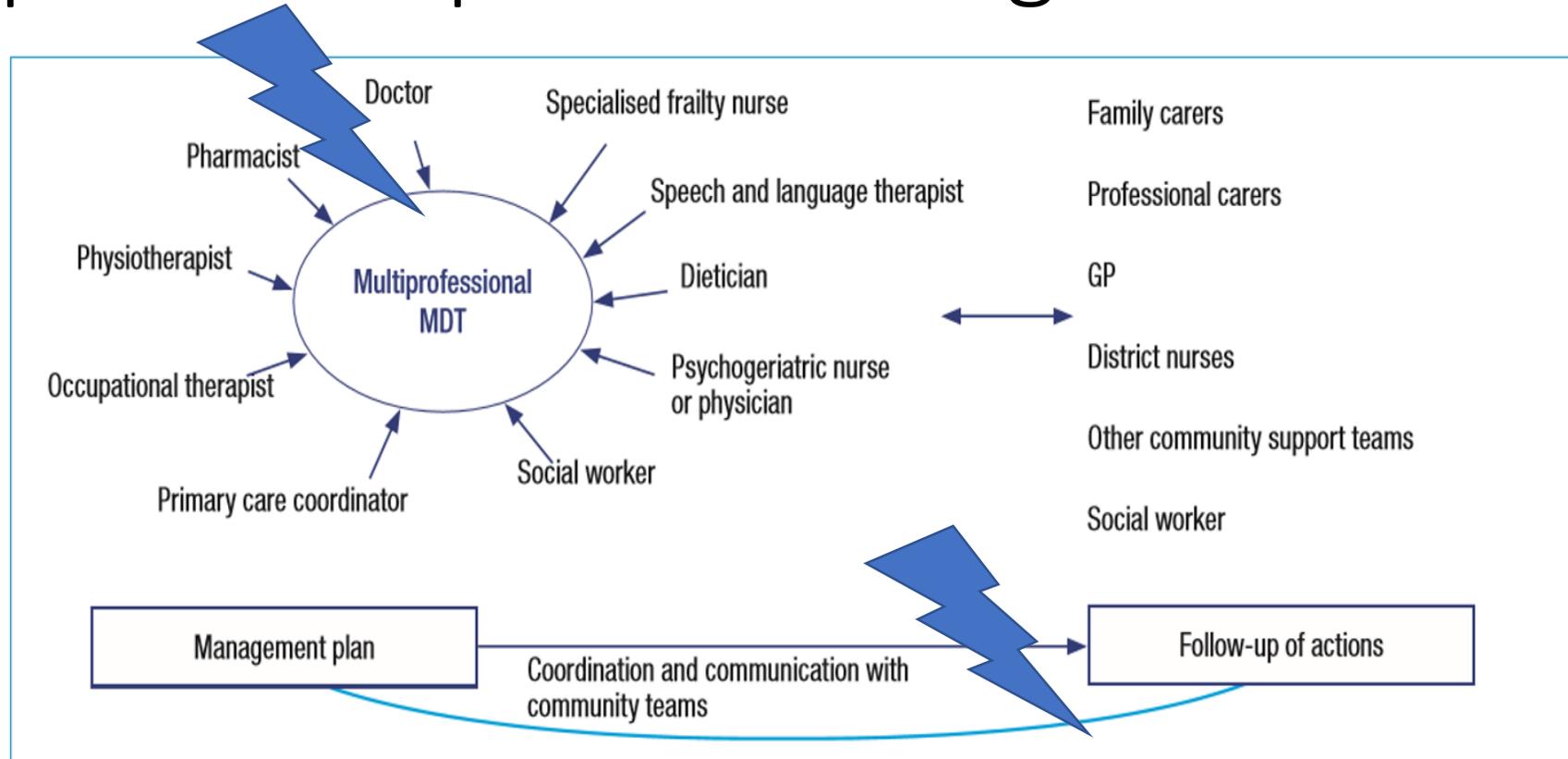
SUIVI des recommandations

= Prise en charge **multiprofessionnelle** et **multidomaine**

Complexité de prise en charge



Complexité de prise en charge



Évolution de la prise en charge gériatrique

Démarche médicale classique

- identification des maladies => traitement

Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

(Rubenstein, 1984)

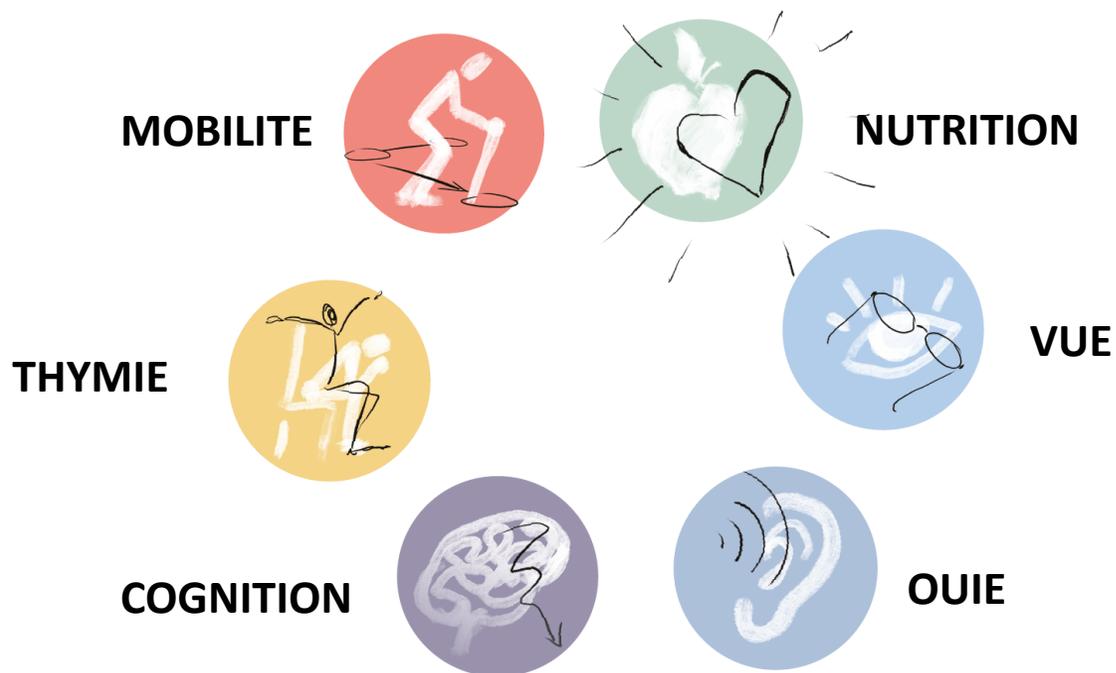
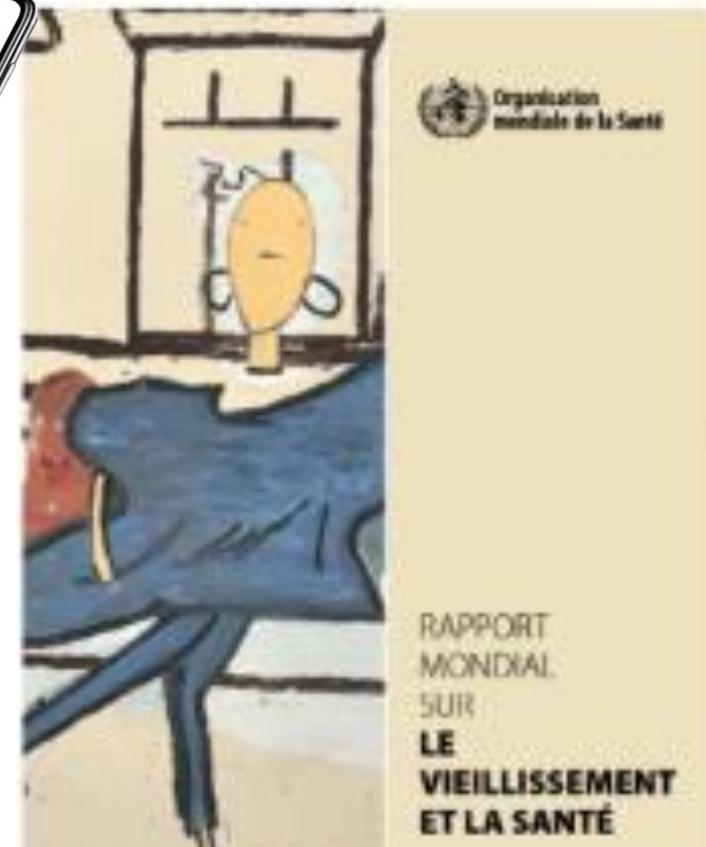
Concept de « fragilité » *(Fried, 2001; Rockwood 2007)*

Soins Intégrés pour les seniors ICOPE *(OMS, 2019)*

- Intègre pathologies, environnement, souhait du patient, **self Management**

ICOPE: Integrated Care for Older PEople

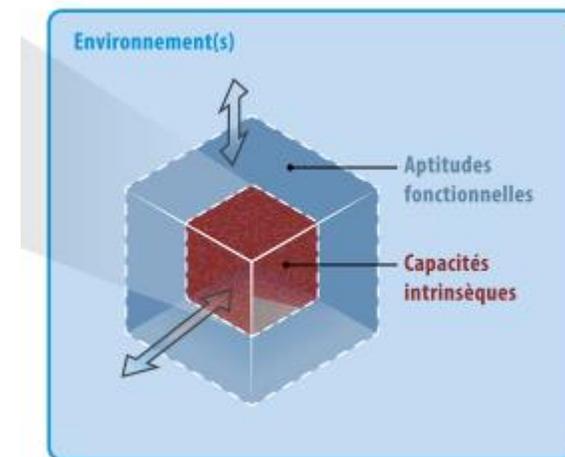
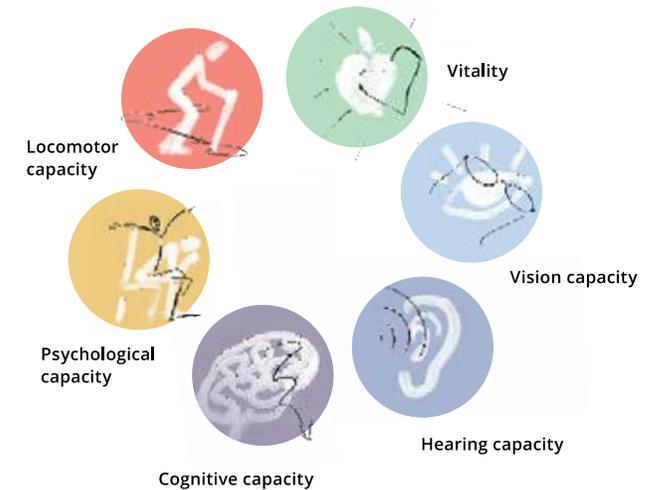
Objectif de préservation des **capacités intrinsèques** de la personne



Capacités intrinsèques et aptitudes fonctionnelles

- **CI**: association des capacités physiques, mentales et psychologiques.
- **Aptitude fonctionnelle (AF)**:
Combinaison et interactions de la CI avec l'environnement de la Personne

« *Vieillir en santé: Pouvoir continuer à faire
Ce qui est important pour chacun d'entre
nous* »



Prévenir la dépendance ou préserver l'autonomie?



Autonomie

- C'est **le droit et le pouvoir de se gouverner soi-même**, de faire des choix dans la vie
- il s'agit donc d'une définition large englobant les aspects physique, psychique, économiques et financiers

Dépendance

- **Besoin d'assistance** pour accomplir les actes de la vie quotidienne habituellement effectués sans aide
- Un sujet peut donc être dépendant, tout en gardant une certaine autonomie

50% des > 75 ans et

80% des > 90 ans ont une aide pour les activités de la vie courante
(conjoint à 50% ; enfant 25%)

Etat Grabataire

- Incapacité de quitter seul son lit
- Touche 5 à 10% des sujets de plus de 85 ans
- Ensemble de détériorations sur le plan musculaire, cutané, neurologique, ostéo-articulaire, viscéral, métabolique et psychiatrique

Classification Internationale du Fonctionnement (OMS 2001)

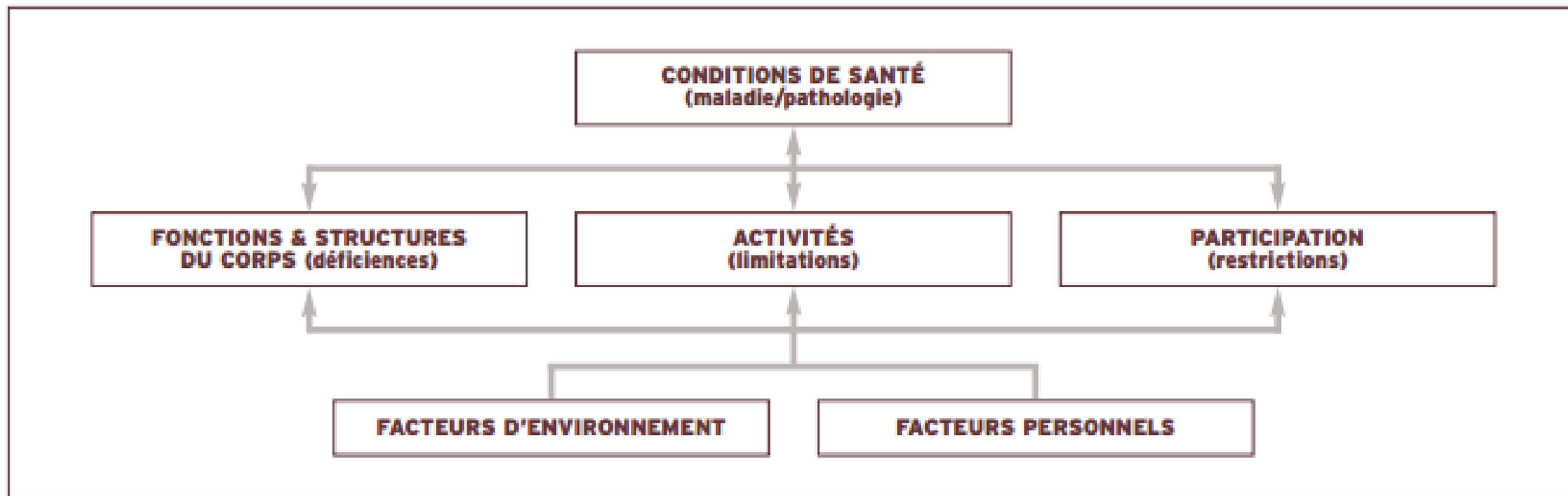


Figure Classification internationale du fonctionnement (Organisation mondiale de la santé).

Conséquences de la dépendance

- **Au domicile** : besoin d'aides extérieures (enfants ou aides professionnelles pas toujours bien accueillies)
- **Changement de lieu de vie** : traumatisme psychologique si mal préparé et sans réel consentement de la personne
- **Vie affective** : réactivation de modes de relations anciens, infantiles parfois, régression psychomotrice, dévalorisation et dépression.
- **Pour l'entourage** : culpabilité, inversion des rôles parent-enfant, tensions familiales, réaction de surinvestissement ou désinvestissement
- **Dépendance** = facteur de risque de maltraitance

Echelles d'évaluation de l'autonomie et de la dépendance

Intérêt à plusieurs niveaux :

- **Individu** : apprécier le retentissement des déficiences et adapter au mieux les prises en charge
- **Population** : tester les actions de prévention et l'efficacité des différentes thérapeutiques
- **Institution** : estimer la charge de travail liée à la dépendance, les conséquences financières, planifier les structures sanitaires et sociales.

L'évaluation de la dépendance

Grilles d'évaluation de la dépendance

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE : ADL DE KATZ

✓ Évalue le degré de dépendance pour la prise en charge de soi

- Soins d'hygiène
- Habillage
- Alimentation
- Motricité
- Continence
- Aller aux WC

✓ Score < 6 = dépendance

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome	1
	Aide partielle	½
	Dépendant	0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1
	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chaussier.	½
	Dépendant	0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.	1
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.	½
	Ne peut aller aux toilettes seul	0
Locomotion	Autonomie	1
	A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)	½
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	½
	Incontinent	0
Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit	½
	Dépendant	0

Total = /6

ÉCHELLE DES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE : IADL DE LAWTON

✓ Évalue les activités pour une indépendance sociale

- Transport
- Médicaments
- Budget
- Téléphone
- Courses
- Repas
- Ménage
- Lessive

✓ 4 items soulignés

- Les plus sensibles : (4-IADL)
- Un score < 4 : suspicion vulnérabilité/fragilité

ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE	Avant hospitalisation
<u>Transport</u> 1. Conduit sa voiture ou utilise les transports en commun de façon indépendante 1. Organise ses déplacements en taxi mais ne peut se déplacer en bus 1. Utilise les transports en commun avec l'aide de quelqu'un 0. Déplacement limité en taxi ou voiture avec l'aide de quelqu'un	
<u>Courses</u> 1. Fait ses courses normalement 0. Doit être accompagné pour faire ses courses 0. Est incapable de faire ses courses	
<u>Préparation des repas</u> 1. Prépare et sert le repas 0. Prépare le repas si les ingrédients lui sont fournis 0. Prépare le repas de façon inadéquate ou réchauffe et sert les plats fournis 0. Son repas doit lui être préparé et servi	
<u>Prise des médicaments</u> 1. Est responsable de la prise de ses médicaments (dose et horaire) 0. Est responsable de ses médicaments s'ils sont préparés 0. Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils sont préparés	
<u>Ménage</u> 1. Entretien sa maison seul ou reçoit une aide occasionnelle pour les travaux lourds 1. Effectue quelques tâches quotidiennes légères : laver la vaisselle, faire le lit 1. Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal 1. Nécessité une aide pour tous les travaux d'entretien ménager 0. Est incapable de participer à une tâche ménagère	
<u>Lessive</u> 1. Lave son linge personnel 1. Lave uniquement les sous vêtements 0. Ne peut laver du linge	
<u>Aptitude à utiliser le téléphone</u> 1. Se sert normalement du téléphone 1. Compose quelques numéros très connus 1. Répond simplement mais ne l'utilise pas spontanément 0. N'utilise pas du tout le téléphone	
<u>Gestion du budget</u> 1. Gère ses revenus et ses factures 1. Gère ses achats quotidiens mais reçoit une aide pour les opérations bancaires 0. Ne manipule plus d'argent	
SCORE	/8
SCORE DES ITEMS SOULIGNÉS	/4

Grilles d'évaluation de la dépendance

DÉTERMINATION DU GROUPE ISO-RESSOURCE LA GRILLE AGGIR

- ✓ Évalue la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne
- ✓ Le score GIR obtenu de 1 à 6
 - 1 = personne totalement dépendante
 - 6 = personne totalement indépendante
- ✓ Le GIR obtenu permet déterminer le montant des aides financières dans le cadre de l'APA

La grille AGGIR

(Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)

- **C'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.**
- Utilisée **en France** mais non validée sur le plan international
- Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état.**
- **dix variables dites « discriminantes » : utilisées pour le calcul du « GIR »**
- **sept variables dites « illustratives », concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide.**

10 variables « discriminantes » utilisées dans le calcul du GIR

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)
- déplacement à l'intérieur
- déplacement à l'extérieur
- communication à distance ;

7 variables "illustratives"

- **gestion personnelle de son budget et de ses biens**
- **Cuisine**
- **Ménage**
- **Transports**
- **Achats**
- **suivi du traitement**
- **activités de temps libre**

cotation

À chaque variable est attribuée une note A, B ou C :

A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

B – fait, mais pas « spontanément », et/ou « totalement », et/ou « habituellement », et/ou « correctement ».

C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Grille AGGIR

		Ne fait pas du tout	S S	T T	C C	H H	Aucun adverbe ne pose pb		
Cocher toute la colonne		<input type="checkbox"/>							
1 - Transferts		<input checked="" type="checkbox"/>	C	C					
2 - Déplacements intérieurs		<input checked="" type="checkbox"/>	C	C					
3 - Toilette	haut	<input checked="" type="checkbox"/>	C	C					
	bas	<input checked="" type="checkbox"/>	C						
4 - Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	B
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	
5 - Habillage	haut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C					
	moyen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	C				
	bas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C					
6 - Cuisine		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	C				
7 - Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	B
	manger	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A					
8 - Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	B
9 - Ménage		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	C				
10 - Alerter		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A	A				
11 - Déplacements extérieurs		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	C				
12 - Transports		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	C				
13 - Activité temps libre		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A	A				
14 - Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	B
15 - Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	B
16 - Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A	A				
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A					
17 - Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A	B				
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	

6 groupes iso-ressource (« GIR »)

- **GIR 1 = personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;**
- **GIR 2 = personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer**
- **GIR 3 = personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.**

6 groupes iso-ressource (« GIR »)

- **GIR 4 = personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;**
- **GIR 5 = personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;**
- **GIR 6 = personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.**

L'évaluation des besoins

Qui fait le repérage des besoins?

- Les personnes en contact avec la personne âgée
 - L'entourage familial
 - L'entourage social
 - L'entourage amical
- Les acteurs de soins
 - Les médecins (généralistes, spécialistes)
 - Les pharmaciens
 - Les paramédicaux
 - Les aides à domicile
- Les travailleurs sociaux de proximité
 - Mairie/CCAS
 - Département : Maison du département

La perte d'autonomie

- L'autonomie fait appel aux capacités cognitives, pour l'organisation et la planification des tâches quotidiennes

La perte d'indépendance

- Survenue d'incapacité(s) physique(s) nécessitant une aide humaine pour la réalisation des activités de base de la vie quotidienne

L'évaluation des besoins

✓ La recherche de facteurs de vulnérabilité

- Environnement social : isolement
- Environnement architectural
- Précarité financière

✓ La recherche de facteurs de fragilité

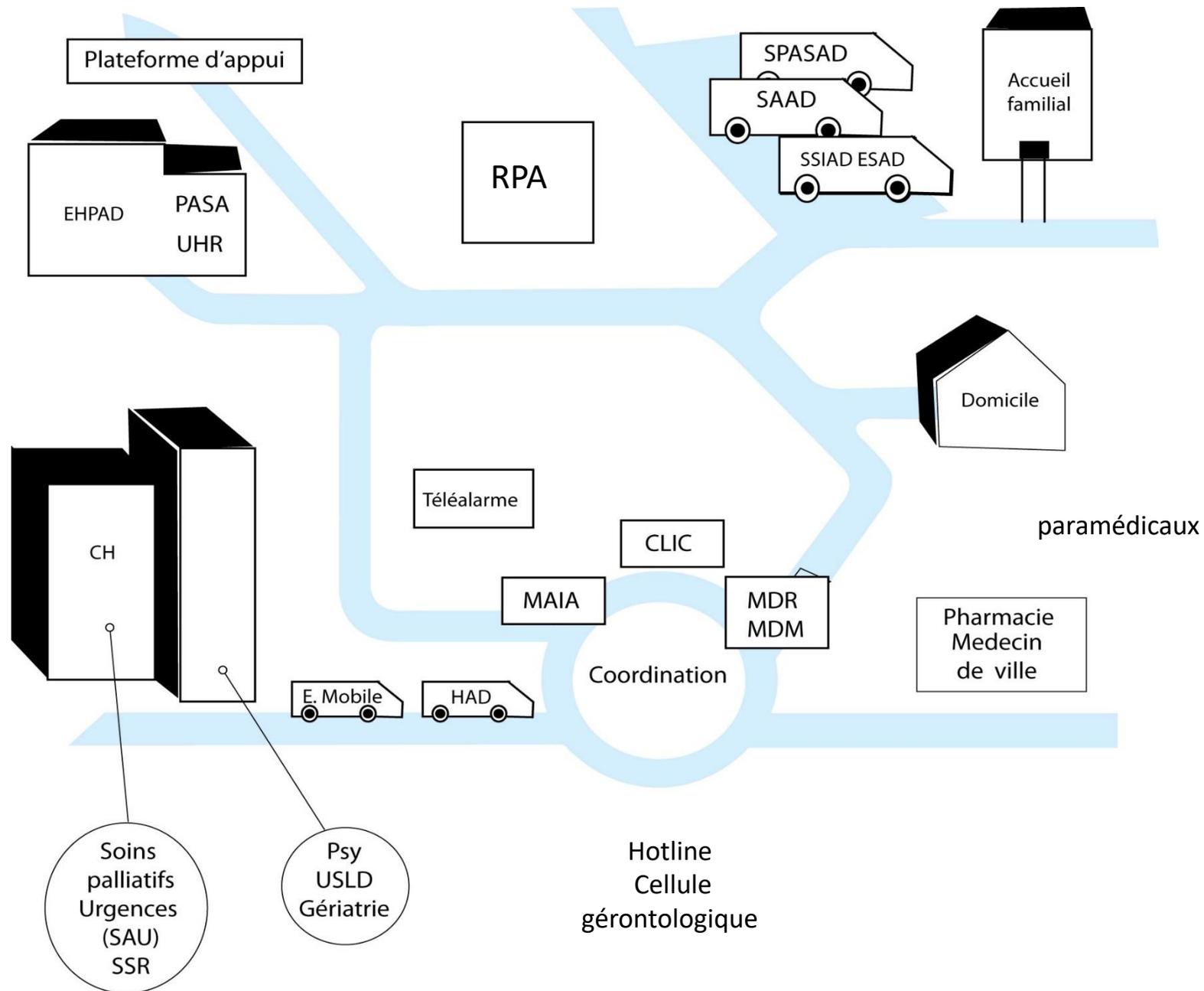
- Polypathologie
- Présence d'un syndrome gériatrique
 - Chutes
 - Troubles cognitifs
 - Dénutrition
 - Dépression
 - Troubles de la trophicité cutanée
- Troubles psychiatriques

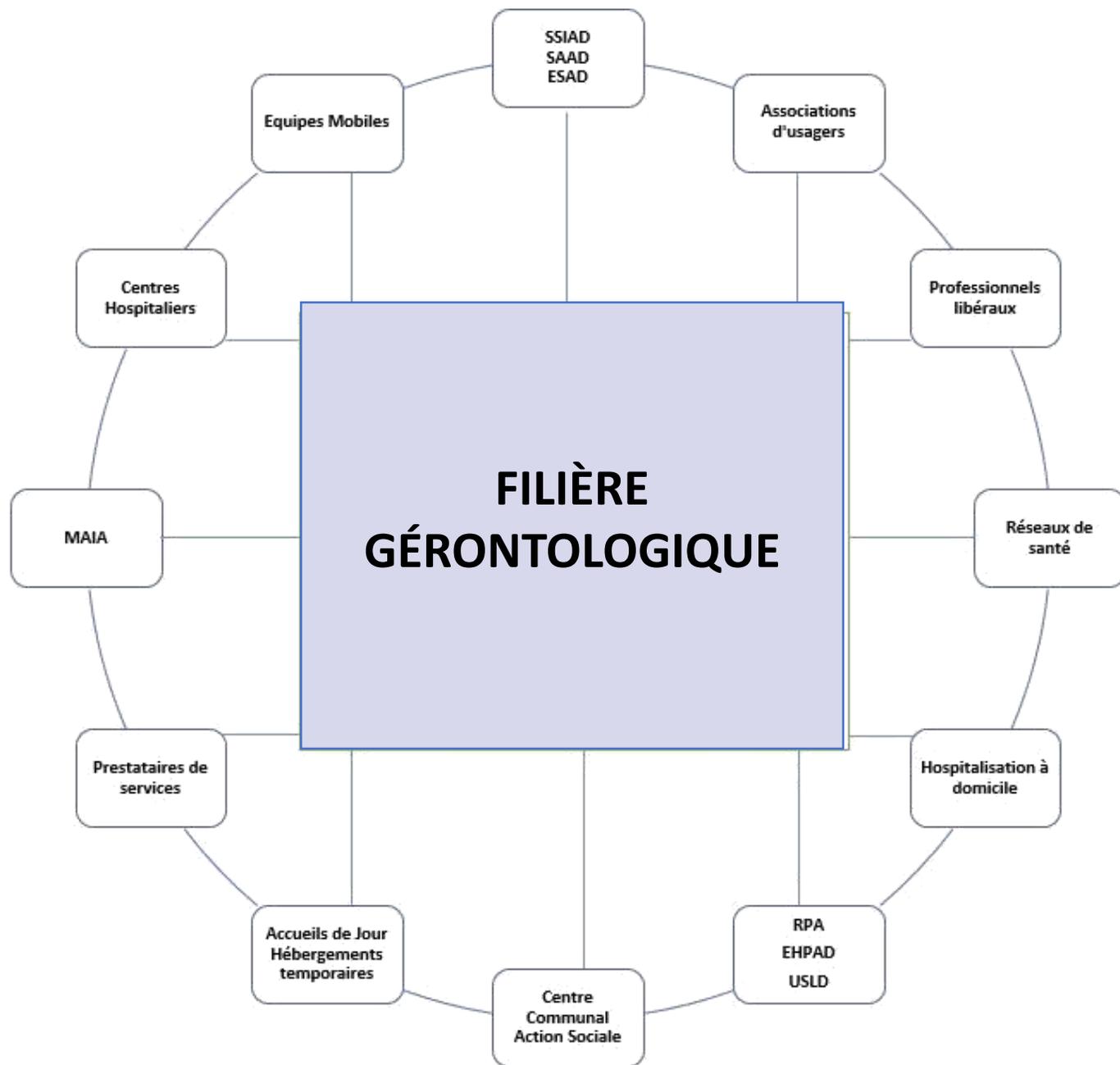
✓ L'inadéquation entre les capacités physiques, les capacités cognitives et le lieu de vie



Structures médico-sociales d'accompagnement de la personne âgée









Structures sanitaires

- Hôpitaux (CHU; CH) : court séjour (MCO); Soins de suite et réadaptation (SSR)
- Cliniques
- Unités de soins de longue durée (USLD)
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD)

Structures d'hébergement/Accueil

- EHPAD
 - > hébergement temporaire ou permanent
 - > +/- secteur UVP (unité de vie protégée)
 - > peuvent intégrer un PASA (pôles d'activités et de soins adaptés)
- USLD (unités de soins de longue durée)
- RPA (résidence « autonomie » pour personnes âgées)
- Familles d'accueil

- Accueils de jour
- Baluchonnage

Les partenaires du maintien à domicile



Aidants familiaux

En premier lieu et avant tout!

Structures d'aide aux aidants

Associations, etc.



Les professions libérales indépendantes

✓ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Au centre de la prise en charge à domicile
- Maillon important pour le repérage de la fragilité
- Prescription des traitements
- Prescription des aides techniques
- Prescription des intervenants à domicile



The image shows a blank medical form with several sections. At the top, there are two boxes for patient information. Below that, there is a section for the doctor's name and address. The main body of the form is divided into several horizontal sections, likely for medical history, examination findings, and treatment. The form is mostly empty, with some faint text visible in the middle section.



Les Services de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD

Cadre législatif : Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, Circulaire DGAS/2C n° 2005-111 du 28 février 2005

✓ Population prise en charge

- Personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes
- Nombre de personnes prises en charge limité
- Secteur géographique

✓ Prestations

- Assurer sur prescription médicale des soins infirmiers de base, techniques et relationnels
- Contribuer au maintien à domicile et à la prévention de la perte d'autonomie
- Plan de soins individualisé

✓ Intervenants

- **Professionnels salariés**
 - Infirmier Coordonnateur
 - Infirmiers
 - Aides Soignants
 - Aides Médicaux Psychologiques
- **Intervenants extérieurs liés par convention afin d'assurer la continuité des soins**
 - Infirmiers libéraux
 - Pédicures, podologues
 - Ergothérapeute
 - Psychologue

Les Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile SAAD

Cadre législatif : Loi n° 2005-841 du 25 juillet 2005, Décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005

✓ Population prise en charge

- Personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes
- Secteur géographique

✓ Prestations

- Services ménagers
- Aide pour les activités de la vie quotidienne tout en préservant l'autonomie
- Maintenir et développer les liens sociaux
- Accompagnement de la personne



✓ Intervenants

• Aides à domicile

- Aides ménagères
- Auxiliaires de vie sociale

✓ Statut juridique

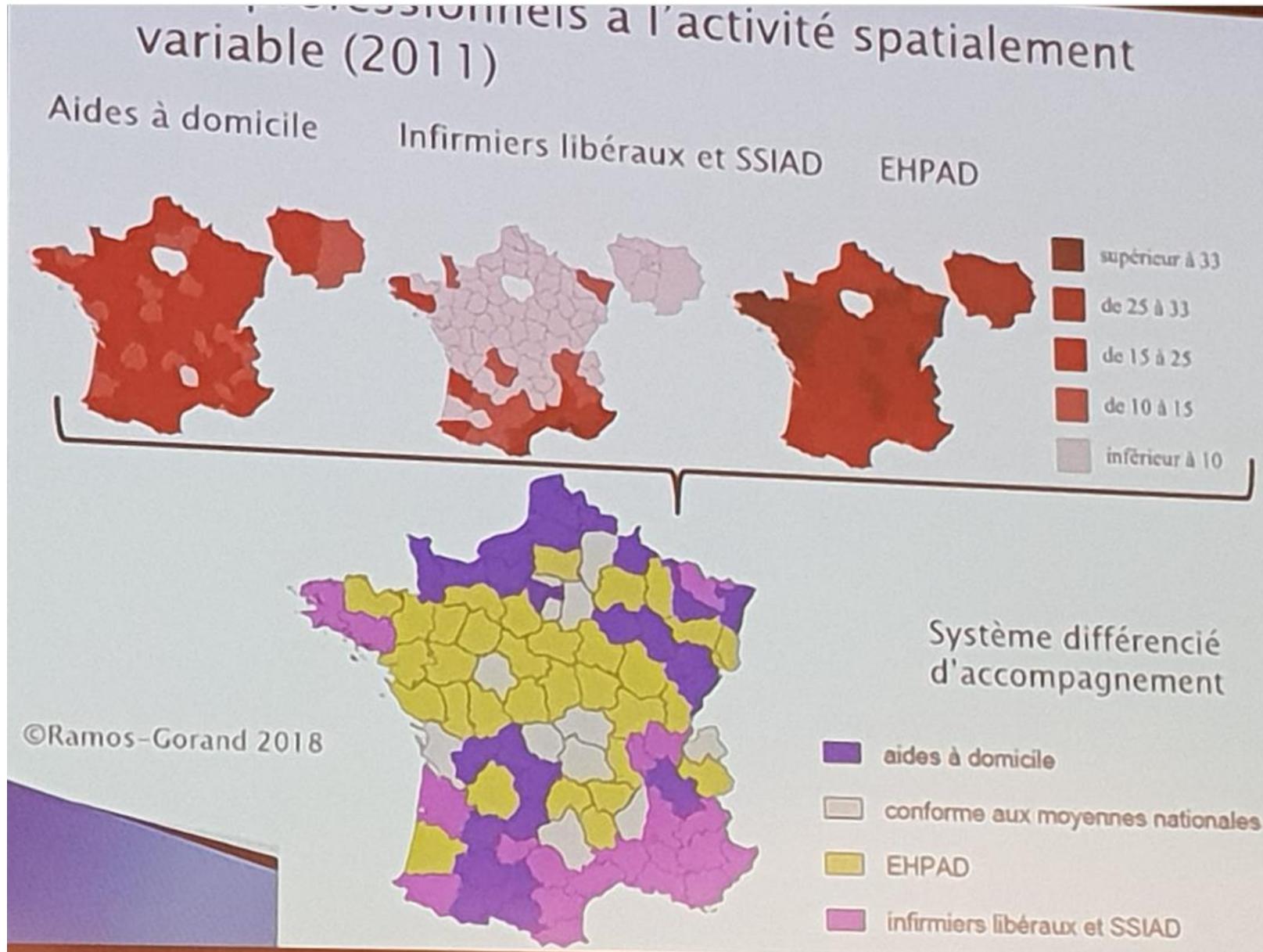
- Entreprise privée
- Associations
 - ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- Autorisation par conseil général
- Agrément préfectoral
- Tarif conventionné conseil général de 17,50/h pour le Rhône
- Tarif non conventionné

SPASAD: Service polyvalent d'aide et de soins
à domicile



SPASAD = SSIAD + SAAD

Systeme différencié d'accompagnement



Source M. RAMOS-GORAND, congrès SFGG 2018

Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

ESAD

Cadre législatif : Circulaire DGCS/SD3A n° 2001-110 du 23 mars 2011. Mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012
Equipe rattachée à un SSIAD

✓ Population prise en charge

- Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée, à un stade léger ou modéré (MMS > 15) avec un retentissement sur la vie quotidienne et/ou l'aidant familial
- Secteur géographique plus vaste que celui du SSIAD de rattachement

✓ Les professionnels

- Infirmier coordonnateur
- Psychomotricienne et/ou ergothérapeute
- Assistant des Soins en Gériatrie

✓ Modalités d'intervention

- Prescription médicale renouvelable tous les ans
- 15 séances par an sur une durée d'environ 3 mois

✓ Objectifs pour les patients

- Réduire les symptômes, maintenir ou développer les capacités résiduelles dans les activités de la vie quotidienne
- Diminuer les troubles du comportement et de l'humeur
- Solliciter les communications verbales et non verbales
- Favoriser les interactions avec l'environnement

✓ Objectifs pour les aidants

- Préserver la vie sociale et relationnelle du couple aidant/aidé
- Transférer à l'aidant des compétences adaptées à la situation

Autres aides

- Télé-assistance (téléalarme, détecteurs de chutes, etc.)
- Portage des repas (mairie)
- Associations d'aide aux aidants

Les aides financières

FINANCEMENT DU PLAN "VIEILLESSE ET SOLIDARITÉS"





**Conseil général
(départemental)**

**Allocation personnalisée
d'autonomie+++**

Aide sociale à l'Hébergement

Conférence des financeurs
ARS

Mutuelles
Assurances privées

Sécurité sociale

Assurance maladie

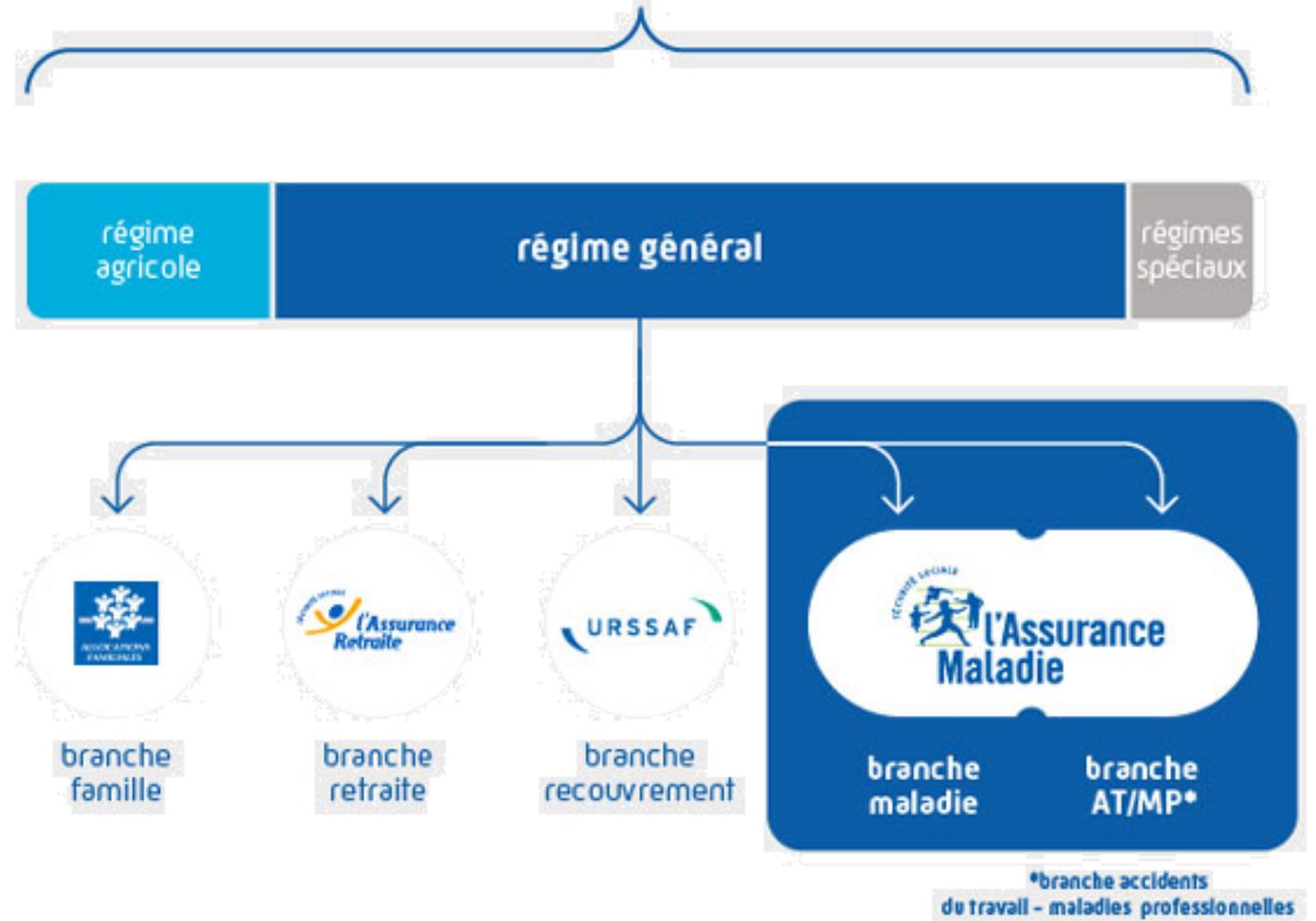
CARSAT

Sécurité Sociale

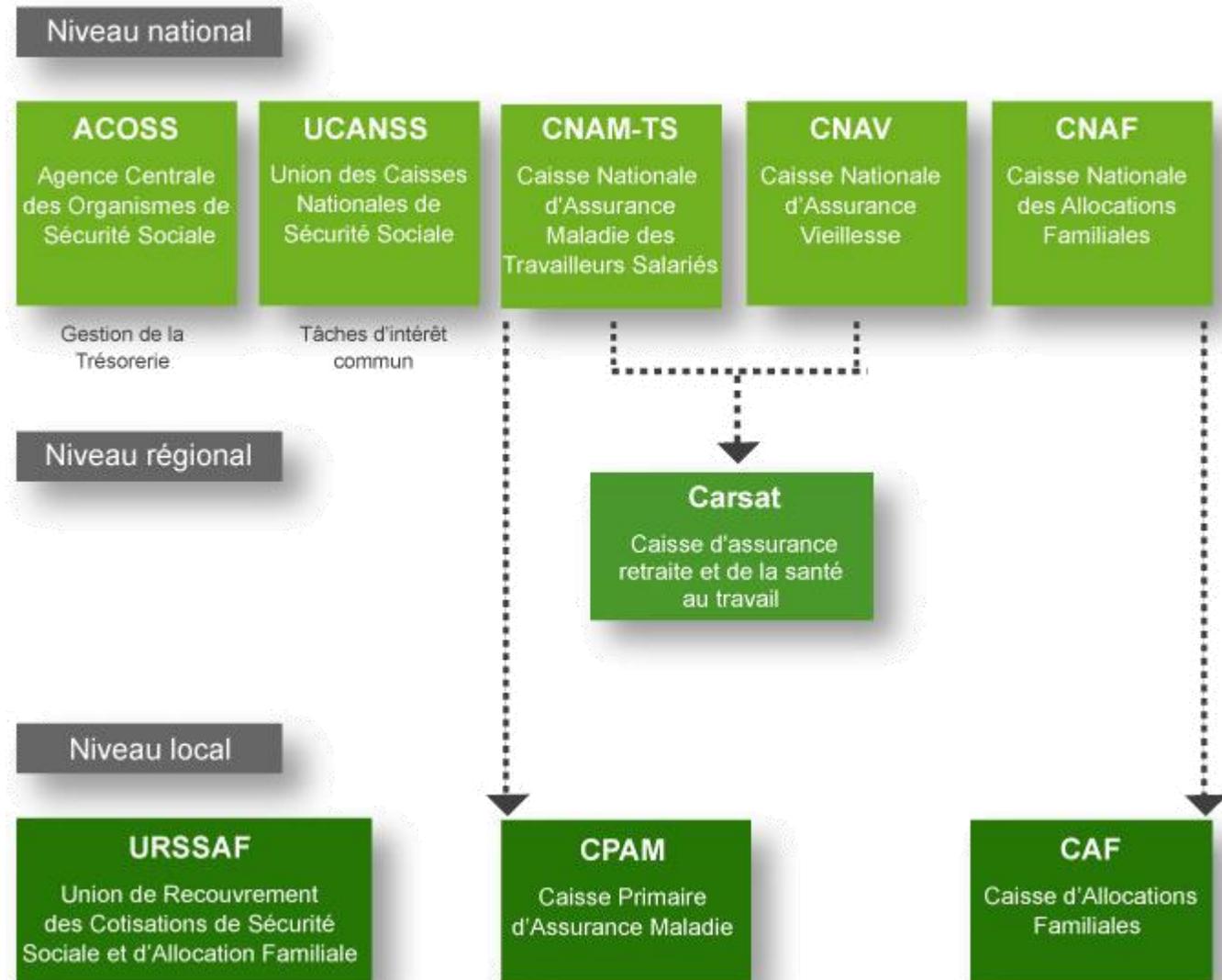


4 Branches:

- Maladie
- Famille
- Retraite
- Recouvrement



Les branches de la sécurité sociale



Sécurité sociale

Demande de **prise en charge à 100 %** pour les pathologies de liste ALD 30. (soins médicaux). Les polypathologies entraînant une dépendance peuvent faire l'objet d'une demande de « 100% ».

Aides de la CARSAT (caisses de retraite)

Création d'une 5^{ème} branche « Dépendance »

- Votée juin 2020
- Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS 2021) par Olivier Véran le 29 sept 2020



Allocation Personnalisée d'Autonomie

APA ou ADPA

(Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie)

✓ Qu'est ce que l'ADPA ?

- Prestation en nature, personnalisée, déterminée de façon égale sur tout le territoire national
- Prend en charge des conséquences de la perte d'autonomie
- Non soumise à récupération sur la succession
- Ne met pas en jeu l'obligation alimentaire

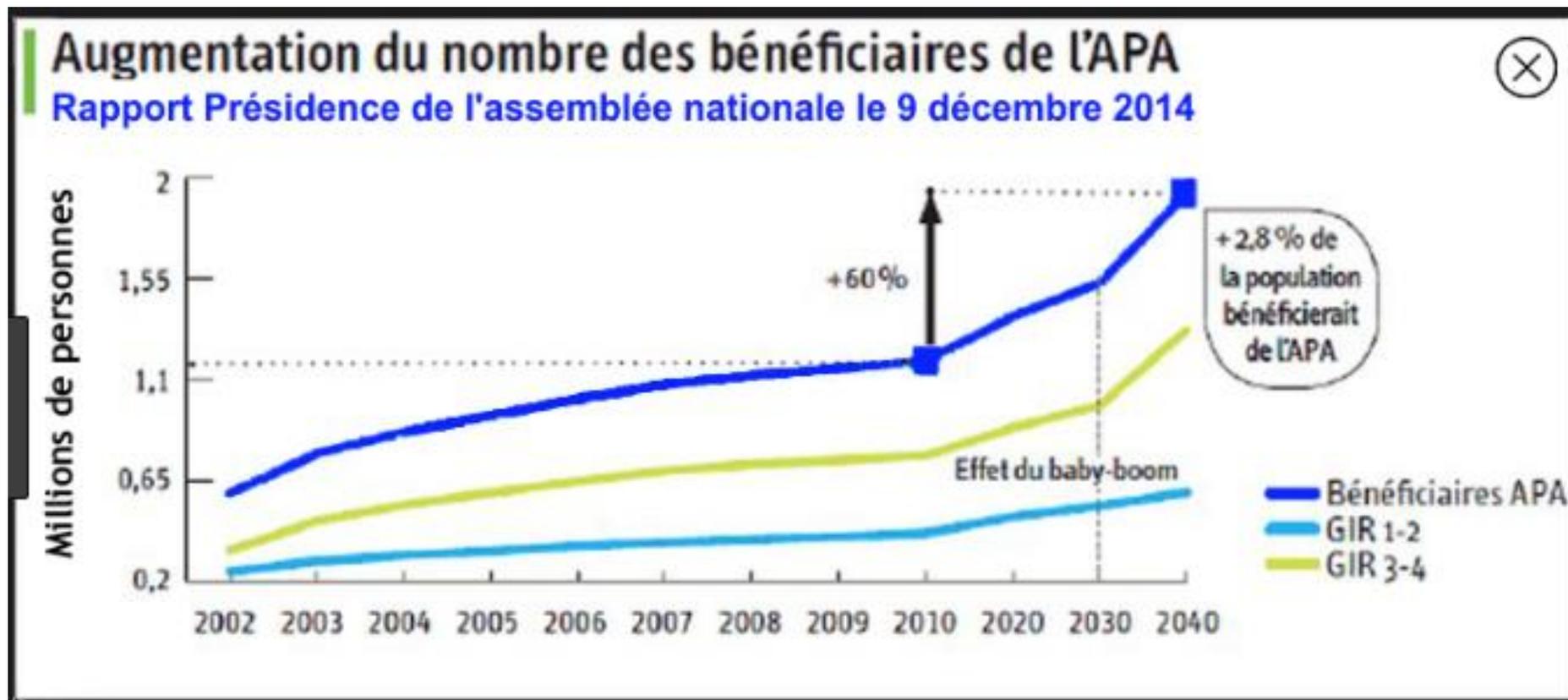
✓ Pour qui ?

- Personne âgée de plus de 60 ans résidant en France de manière permanente
- Personne en perte d'autonomie évaluée par la grille AGGIR avec détermination du Groupe Iso Ressource
- GIR 1 à 4

✓ Modalité

- Dossier à adresser à la maison du département dont dépend la personne en fonction du lieu de résidence

APA= 1, 2 millions de bénéficiaires en 2012

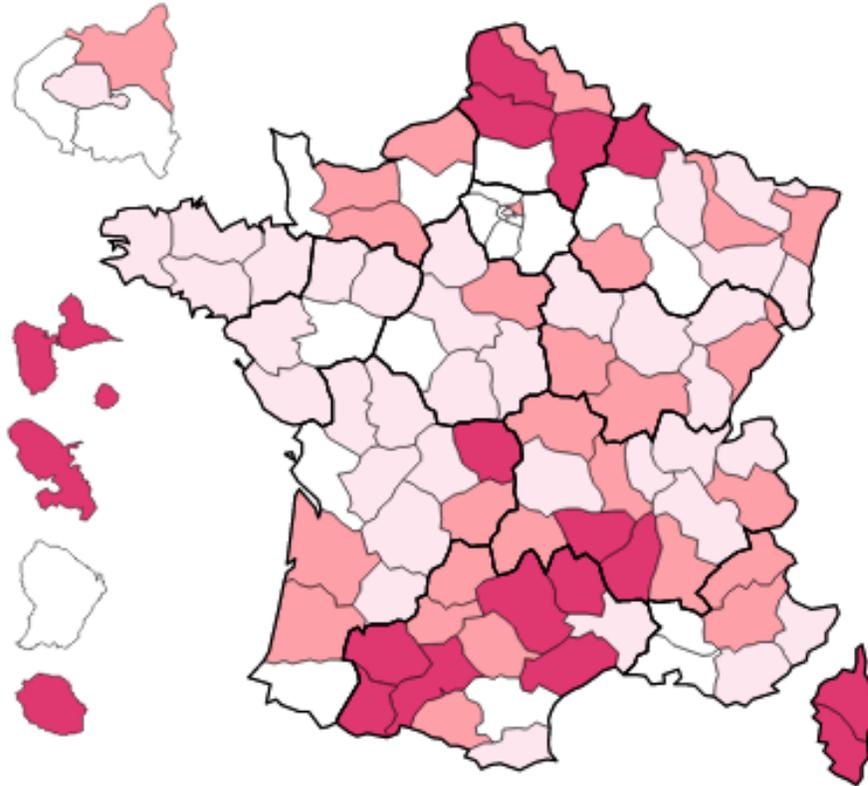
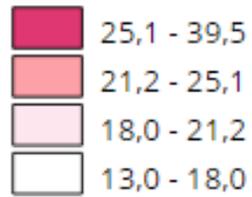


Création 2002

60% patients à domicile

Taux bénéficiaires de l'APA (rapporté aux patients >75 ans)

en % de la population des personnes âgées

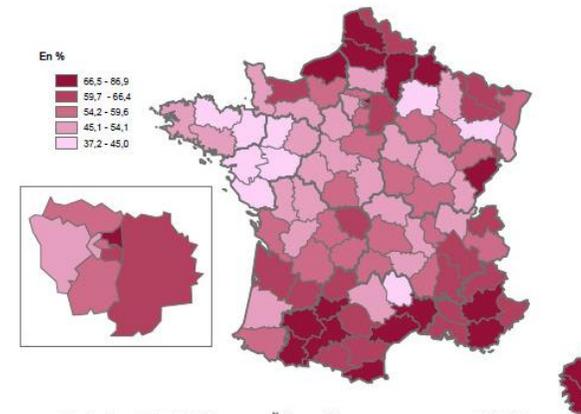
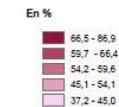


* le taux de bénéficiaires de l'APA est rapporté à la population des 75 ans ou plus.

Champ : France, hors Mayotte.

Sources : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2014.

Répartition aide sociale



Source : Enquête annuelle de l'aide sociale 2013, Drees
Cartographie : ORS Île-de-France

Règles d'attribution individuelles

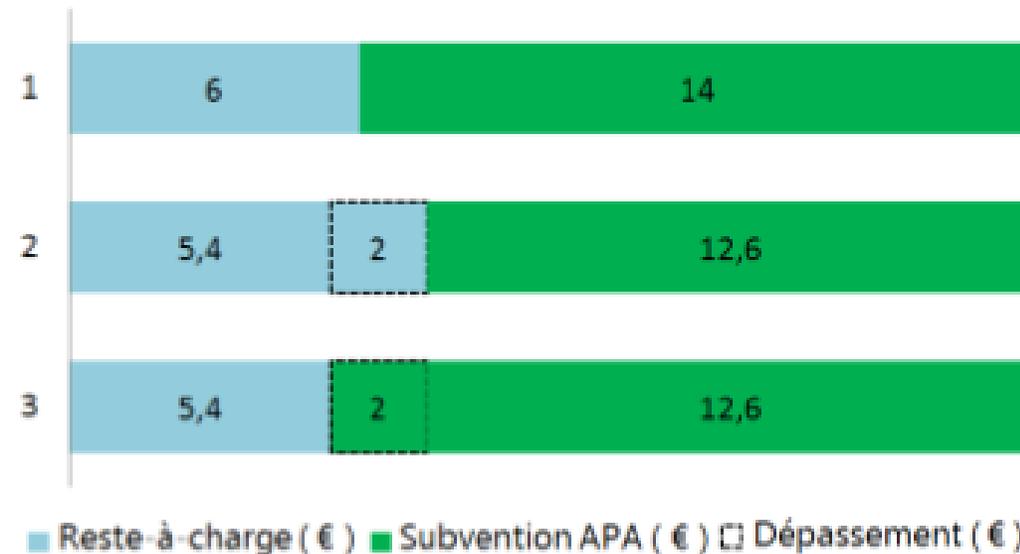
- Plafonds selon GIR (de 562,57 €/mois en GIR 4 à 1312,67 €/mois en GIR 1 au 1er janvier 2015)
- Taux de participation 0 à 90% selon revenus (seuils au 1er avril 2014 : <739 et >2945 €)
- Ticket modérateur (€) = Taux de participation(%) x coût de l'heure d'aides (€)
- Cadre de tarification fixé par l'état central mais **c'est le conseil général qui définit l'estimation de l'heure d'aide**

Calcul du coût de l'heure d'aide

- Règle 1: heure facturée par la structure d'aide à domicile (SAAD)
- Règle 2: tarif de référence avec dépassement à la charge du bénéficiaire
- Règle 3: tarif de référence avec prise en charge du dépassement par aide publique du conseil général

Ex: bénéficiaire
ayant taux de
participation à 30%,
Pour une heure
d'aide facturée 20€

Si 20 h par mois,
différence = 40€



Inégalités territoriales dans la mise en œuvre de l'APA (Q. Roquebert, Paris)

- Rapport cour des comptes: Les écarts moyens de l'APA peuvent varier du simple au double d'un département à l'autre
- les tarifs horaires APA fixés par les conseils départementaux varient de 15,25 € à 28,58 € de l'heure.

Deux systèmes de régulation coexistent

- Le régime de l'**agrément**, qui relève du Code de travail, est confié aux directions régionales du travail (DIREECTE) → libres de fixer leurs prix (règle 1)
- Le régime de l'**autorisation**, qui relève du Code de l'action sociale et des familles, est confié aux conseils départementaux (= $\frac{3}{4}$ des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des heures délivrées)

→ tarification administrée par le **président du conseil départemental** et encadrée par l'état central (règle 2 le plus souvent)

⇒ Variations entre ses deux régimes qui cause des disparités importantes selon répartition de l'offre de soins

Structures de

coordination des soins



Dispositif MAIA

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie



- Plan Alzheimer 2008-2012 et inscrites dans l'objectif n°2 du plan: renforcer la coordination entre tous les intervenants
- Financées dans le cadre du FIR (Fonds d'Intervention Régional) et mises en œuvre suite à appel à candidature des ARS et sélection d'un porteur

Les MAIA ne sont ni un lieu d'accueil du public, ni un dispositif qui ne s'adresse qu'aux malades Alzheimer mais une méthode d'intégration des services d'aide et de soins en faveur des personnes de plus de 60 ans sur un territoire

Dispositif MAIA

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie



La méthode MAIA œuvre:

- À la lisibilité du système d'aide et de soins
- À la simplification et à l'optimisation du parcours des personnes âgées
- Au maintien à domicile des publics concernés aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions

→ « Gestionnaires de cas »

Dispositif MAIA

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie



Chaque dispositif MAIA est déployé avec: 1 pilote et 2 ou 3 gestionnaires de cas

Profession initiale des **gestionnaires de cas** : Auxiliaire médical, psychologue, travailleur social

avec une expérience professionnelle dans le soin, l'aide ou l'accompagnement des personnes

Suivi obligatoire du DIU de Gestion de cas dans les 3 ans suivants la prise de poste



L'ACCOMPAGNEMENT EN GESTION DE CAS

- Suivi intensif, personnalisé et rapproché des personnes en situation complexe à domicile.
- Prise en compte de l'ensemble de la problématique de la personne et de la famille: évaluation multidimensionnelle via le GEVA-A (Guide d'Évaluation des besoins de compensation - version Aînés), et établissement d'un Plan de Services Individualisé réévalué tous les 6 mois.
- Continuité de l'intervention, soutien dans la transition domicile/établissement.
- 40 situations maximum par ETP de gestionnaire de cas.
- Orientation exclusivement par les professionnels (fiche d'orientation) : médecins traitants, hôpitaux, services médico-sociaux, CCAS, SSIAD, SAAD, ESA, équipes mobiles, IDE, consultations mémoire,...



L'ACCOMPAGNEMENT EN GESTION DE CAS

Une personne peut bénéficier de la gestion de cas

si les 3 critères suivants sont présents :

1 - Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

problème d'autonomie fonctionnelle (AVQ et/ou AIVQ)
et problème relevant du champ médical
et problème d'autonomie décisionnelle.

2 - Aides et soins insuffisants ou inadaptés.

3 - Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins.

Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas.



L'ACCOMPAGNEMENT EN GESTION DE CAS

Les facteurs de complexité

- Pathologie(s) chronique(s) invalidante(s) évolutive(s).
- Retentissement sur la vie quotidienne (actes vie quotidienne, actes vie domestique, sur le comportement, chutes, hospitalisations).
- Environnement de la personne inadapté aux besoins (isolement familial ou/et social, problématique familiale, logement inadapté, épuisement de l'aidant, précarité économique).
- Prise en charge professionnelle inadaptée aux besoins (absence ou insuffisance d'un suivi médical, refus des aides par la personne ou son entourage, épuisement des professionnels).

Le gestionnaire de cas intervient avec le consentement de la personne et/ou de sa famille.

Les réseaux de santé personnes âgées

Les réseaux de santé gériatriques

Cadre législatif : Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007

✓ Population prise en charge

- Personnes âgées présentant une pathologie chronique invalidante responsable d'une dépendance
- Personne en situation de rupture socio-sanitaire nécessitant une aide
- Secteur géographique

✓ Les professionnels

- IDE coordinatrice
- Médecin gériatre
- Assistante sociale

✓ Objectifs

- Permettre une prise en charge adaptée et personnalisée aux besoins médico-sociaux de la personne
 - Définition d'un plan d'intervention personnalisé comprenant un plan d'aide et un plan de soins
 - Suivi par des visites à domicile ou par des entretiens téléphoniques
- Favoriser la coordination de tous les acteurs médicaux paramédicaux sociaux et médico-sociaux intervenant auprès de la personne

✓ Modalité d'intervention

- Demande émane de la personne elle-même, de son entourage, des professionnels médicaux ou sociaux

DAC: Dispositifs d'Appui à la Coordination



CPTS



Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile...

Financement par l'ARS qui octroie des agréments selon les projets



Les interfaces ville-hôpital

Les hotlines gériatriques

- ✓ **Astreinte téléphonique gériatrique**
 - Médecin gériatre hospitalier au service des professionnels de la ville d'un secteur géographique défini
 - Du lundi au vendredi de 9 h à 18 h
- ✓ **Qui peut appeler ?**
 - Médecins libéraux
 - Paramédicaux libéraux
 - Médecins coordonnateur d'EHPAD
 - IDE coordinatrices de SSIAD d'EHPAD
 - Coordinateurs de SSAD
 - Professionnels du conseil général



Les Equipes Mobiles Extra Hospitalières de Gériatrie

Financement par l'ARS sur des crédits FIR (fond d'investissement régional)



Points Clés à retenir

- Enjeu d'adaptation des filières d'accompagnement, sortir de la logique curative hospitalière vers une logique préventive à domicile!
- L'autonomie est le pouvoir de se gouverner soi-même. Ce n'est pas uniquement « ne pas être dépendant »
- De nombreuses structures qui doivent se coordonner et travailler en réseau
- Promotion du self-management; activité physique; ICOPE (WHO)
- Financement sécurité sociale pour la part soins (IDE, SSIAD, kiné) et l'APA pour l'aide à la personne (ex: SAAD) ou autres aides matérielles
- Cinquième branche « dépendance » intégrée au PLFSS 2021





MERCI!

Questions: thomas.gilbert@chu-lyon.fr