

2 3 E T 2 4 S E P T E M B R E 2 0 0 8

**1<sup>ers</sup> ateliers** SOLIDARITÉ  
nationaux de la

C E N T R E D E C O N G R È S - L Y O N

**Entre domicile et établissements: la diversification de l'offre d'accueil. Comment répondre au besoin croissant de médicalisation?**

**Docteur Bruno Favier**

Conseiller technique Médical

Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité

# Médicalisation entre domicile et institution.

- Diversification de l'offre.
- Structures de médicalisation, de coordination et de régulation.
- Démographies, épidémiologie.
- Axes de travail et réponses institutionnelles.
- Prévenir, évaluer et médicaliser.

# Diversification de l'offre

- Les structures hospitalières pour personnes âgées
  - Hôpital de jour (HDJ)
  - Unité de court séjour gériatrique
  - Unités de soins de suite et de réadaptation (SSR)
  - Unités de soins de longue durée (USLD)

# Diversification de l'offre

- Les structures du domicile pour personnes âgées
  - Domicile privé : logement banalisé ou habitat «universel», individuel, collectif
  - Domicile privé adapté en collectif ou en individuel
  - Domicile privé adapté sous statut « logement social »
  - Résidence services ou village résidentiel de services
  - Résidences sociales de type « béguinages »
  - Villa Family (séjour permanent ou temporaire)
  - Sénioriale

# Diversification de l'offre

- Les structures médico-sociales pour personnes âgées (1):
  - Logement-foyer
  - Maison d'accueil pour personnes âgées (MAPA)
  - Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) conventionnée (ou non) en EHPAD
  - MAPAD type résidence Edilys conventionnée ou non
  - Maison de retraite médicalisée conventionnée ou non

# Diversification de l'offre

- Les structures médico-sociales pour personnes âgées (2):
  - Résidence ou foyer d'hébergement temporaire
  - Centre d'accueil de jour
  - Domicile protégé type « concept générations »
  - Petite unité de vie (moins de 25 places) type « domicile Collectif »
  - Petite unité de vie (moins de 25 places) type « résidence Intégrée »
  - Petite unité de vie (moins de 25 places) type « MARPA »
  - Petite unité de vie (moins de 25 places) pour Alzheimer type CANTOU

# Diversification de l'offre

## ■ Les établissements pour adultes handicapés:

- Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)
- Les Foyers Occupationnels (FO) ou foyers de vie
- Les Foyers d'hébergement
- Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)
- Les EHPAD pour personnes handicapées
- Les unités spécialisées dans les EHPAD pour personnes handicapées

# Diversification de l'offre

- Les services pour adultes handicapés:
  - Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)
  - Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASD)
  - Les Services d'Accompagnement Médico-social pour personnes Adultes Handicapées (SAMSAH)
  - Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale pour personnes Adultes Handicapées (SAVS)
  - Les Unités d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS)
  - Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)

# Diversification de l'offre

## ■ Les établissements et services pour enfants handicapés:

- Les Instituts Médico-Educatifs (IME)
- Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)
- Les Instituts d'Education Motrice (IEM)
- Les Instituts Pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (IPEAP)
- Institut Départemental pour Jeunes Sourds (IDJS) et Institut d'Education Sensorielle pour Enfants et Adolescents atteints de Déficience Auditive (IESDA)
- Institut Départemental pour Jeunes Aveugles (IDJA) et Institut de soins et d'Education Sensorielle pour Enfants et Adolescents atteints de Déficience Visuelle (IESDV)
- Les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP)
- Les Centres Médico-Psychopédagogiques (CMPP)
- Les Sections d'Education et d'Enseignement Spécialisé (SEES)

# Diversification de l'offre

## ■ Les établissements et services pour enfants handicapés:

- Les Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP)
- Les Sections de Première Formation Professionnelle (SPFP)
- Les Sections d'Education pour jeunes déficients intellectuels ou présentant des troubles du comportement avec Handicaps moteurs ou sensoriels Associés (SEHA)
- Les Sections de Préparation à la Vie Sociale (SPVS)
- Les Centres d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)
- Les Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)
- Les Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP)
- Les Services de Soutien et d'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire(SSEFIS)
- Les Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire(SAAAIS)

# Diversification de l'offre

- Les établissements et services pour enfants ou adultes handicapés:
  - Etablissements ou services à caractère expérimental
  - Services d'aide aux aidants
  - Les Centres Ressources
  - Lieux de vie et d'accueil
  - Accueil temporaire
- Prestations coordonnées au domicile de la personne handicapée

# Médicalisation/Coordination/Régulation

- Les intervenants libéraux et leurs représentants nationaux
- Les SSAD, les SSIAD
- Les services d'aide à domicile (exemple: ADMR) et/ou leurs représentations nationales (UNA)
  
- Les hôpitaux (+++), cliniques (+/-), SSR
- Les services d'hospitalisation à domicile (HAD)
- L'hôpital de jour pour personnes âgées ++
- Les équipes mobiles gériatriques +++

# Médicalisation/Coordination/Régulation

- Les filières gériatriques (+ ou – complètes)
- Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale.
- Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) de trois niveaux
- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Les réseaux gérontologiques
  
- Le schéma départemental gérontologique (CG. DDASS)
- Le schéma régional d'organisation des soins
- L'ANESMS
- Les futures ARS?

# Médicalisation/Coordination/Régulation

- Les intervenants libéraux
- Les SSIAD, les SSAD
- les services d'HAD
- Les hôpitaux, cliniques, les SSR
- Les réseaux et filières de soins hospitaliers
- Les réseaux et filières de soins spécifiques

# Médicalisation/Coordination/Régulation

- Les structures officielles de coordination et de régulation:
  - Les MDPH
  - Les schémas départementaux personnes handicapées
  - La HAS
  - **Les futures ARS**
- Les unions, groupes et structures associatives et leurs représentations, par exemple:
  - L'UNAPAEI: Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (devenue Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis)
  - Le GRATH: Groupe de Réflexion et réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes Handicapées
  - ADAPEI: Association Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
  - Les autres structures associatives +++

# Quelques éléments démographiques

- Estimation du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus:  
**en 2005 : 1,1 M (1,8%) 2015 : 1,9 M (2,9%) 2025 : 2,2 M (3,3%)**  
(Source Insee : projections populations Juillet 2006)
- L'âge moyen d'entrée en « maison de retraite » est de 85 ans.  
**Jusqu'à 85 ans, 9 personnes sur 10 vivent à domicile**
  - Parmi les 85-90 ans: 80,4% vivent à domicile et 16,7% vivent dans un établissement pour personnes âgées
  - Parmi les 90 ans et plus: 64% vivent à domicile et 30,7% vivent dans un établissement pour personnes âgées

# Projections personnes âgées de 70 ans et plus résidant au domicile en fonction de la dépendance.

	Situation début 2004	Hypothèses pour 2025
GIR 1-2	<p><b>33 % à domicile</b></p> <p>63 % si conjoint encore vivant</p> <p><b>18 % si pas de conjoint</b></p>	Pas de changement
GIR 3-4	<p><b>65 % à domicile</b></p> <p>92 % si conjoint encore vivant</p> <p><b>46 % si pas de conjoint</b></p>	77 % en 2025
		Pas de changement
		<b>66 % en 2025</b>
GIR 5-6	<b>99 % à domicile</b>	Diminution de l'institutionnalisation

Centre d'analyse stratégique. Juin 2006. Rapport personnes âgées : bâtir le scénario du libre choix.

# Projections du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (GIR 1 à 4)

	2005	2010	2015	2025
Hypothèse haute	682 000	741 000	808 000	<b>920 000</b>
Hypothèse basse	657 000	691 000	732 000	<b>805 000</b>

Centre d'analyse stratégique. Sources : INSEE Destinie, hypothèses DREES-INSEE

# Projections places nécessaires en maison de retrait (base 2003)

	2010	2015	2025
Scénario 3 : maintien à domicile renforcé (à l'exception des personnes les plus dépendantes)		372 000 ; 393 000 - 8 % ; - 3 %	340 000 ; 381 000 - 16% ; - 6%
Scénario 1 : Taux de résidence à domicile et en établissement constant.	445 000 ; 460 000 + 10 % ; + 12 %	477 000 ; 504 000 + 17 % ; + 24 %	540 000 ; 594 000 + 33 % ; + 46 %
Scénario 5: Résidence accrue en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes		488 000 ; 519 000 + 20 % ; + 26 %	563 000 ; 623 000 + 39 % ; + 53 %

Source : estimations DREES, hypothèses de projections DREES-INSEE et EHPA 2003

# Les métiers de la dépendance

- Métiers liés à la dépendance de personnes âgées et/ou handicapées.
- Besoin de recrutement = 400.000 emplois d'ici à 2015 (personnes âgées et/ou handicapées)
  - une moitié liée au remplacement de départs en retraite
  - l'autre correspondant à des créations nettes d'emplois
- Emplois affectés à la prise en charge de la dépendance = 1,1 million en 2015

# Projection de volume d'aide à domicile nécessaire.

- L'emploi des aides à domicile : + 3 % par an d'ici 2015  
(*emploi total : + 0,6 % par an*)
- Avec les départs en retraite : 20 000 recrutements/ an
- Un coût salarial qui augmente de 4,7 % par an  
(*croissance du PIB : + 2 % par an*)

Centre d'analyse stratégique. Emploi et qualification. 12 – 07. Marc Antoine ESTRADE

# La démographie médicale

## ■ Médecins inscrits au tableau:

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2008: 210.583 (+ 1,2 % par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2007)

## ■ Disparités régionales: densité moyenne = 322/100 000 h

- Densité en Provence-Alpes Cote d'Azur: 418/100 000 h
- Densité en Picardie : 259/100 000 h

## ■ Augmentation de la demande de soins. Baisse (relative) de l'offre

**Atlas de la démographie médicale. Conseil de l'ordre des médecins. 09-08**

# Axes de travail et réponses institutionnelles (1)

- Les personnes âgées dépendantes. (Rapport de la cour des comptes: novembre 05)
- Rapport personnes âgées: bâtir le scénario du libre choix (Centre d'analyse stratégique: juin 06)
- Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille. (Rapport Vincent RIALLE mai 07)
- Validation des acquis de l'expérience (DHOS: janvier 08. FEHAP: janvier 08. HAS: avril 08)

# Axes de travail et réponses institutionnelles(2)

- Valorisation et attractivité des métiers (Plans régionaux métiers État/CNSA - Régions: février 08)
- Plan ALZHEIMER 2008-2012 (Ministère de la santé: février 08 et circulaire d'application septembre 08)
- Délégation des compétences (HAS: avril 08)
- Régulation des installations des médecins (accord syndicats infirmiers – AM : septembre 08)
- Développement effectif réseaux ville – hôpital
- *Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (automne 2008 – hiver 2009)*

# Rapport de la cour des comptes 2005:

- Coordination difficile des interventions au domicile
- Faiblesse, voire inexistence des réseaux de soins aux PA
- Lien souvent mal assuré entre CLIC et réseaux de soins, quand il en existe
- Faible développement des unités mobiles de soins gériatriques
- Absence de redéfinition du rôle des USLD comme niveau de médicalisation intermédiaire entre EHPAD et services hospitaliers
- Absence encore très fréquente de vue d'ensemble entre planification hospitalière et schémas gérontologiques

Rapport de la cour des comptes Novembre 2005. « Les personnes âgées dépendantes »

23 et 24 septembre 2008 - Centre de Congrès - Lyon

1<sup>ers</sup> ateliers SOLIDARITÉ  
nationaux de la

Titre de l'atelier

# Recommandations cour des comptes

- En ce qui concerne les parcours :
  - Clarifier les rôles respectifs des CLIC, des équipes médico-sociales des départements chargées d'élaborer les plans d'APA et des réseaux de santé
  - Développer les interventions d'équipes mobiles de soins palliatifs dans les maisons de retraite afin d'éviter le recours aux services d'urgence hospitalier
  - **Mieux évaluer les expériences lancées dans le domaine des unités mobiles gériatriques pour définir une politique et un plan d'action**

Rapport de la cour des comptes Novembre 2005. « Les personnes âgées dépendantes »

# Recommandations cour des comptes

- En ce qui concerne les interventions au domicile:
  - Promouvoir un système de **correspondant ou interlocuteur unique** de la personne pour la coordination des interventions au domicile
  - **Introduire systématiquement, dans l'élaboration des plans d'aide, une évaluation des besoins des aidants familiaux et en faire un volet obligatoire du plan d'aide-APA pour les dépendances les plus lourdes**
  - Etudier la faisabilité technique et financière de dispositifs de compensation pouvant être mis en œuvre sous forme, par exemple, d'une prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse ou d'un congé de soutien familial, pour les aidants familiaux interrompant ou réduisant leur activité professionnelle pour se consacrer davantage au soutien de personnes lourdement dépendantes
  - **Former gratuitement les aidants familiaux et les bénévoles** à des soins non médicaux aux personnes âgées
  - Système d'assistance aux aidants familiaux fondé sur le recours à des retraités issus des professions médicales et médico-sociales

**Rapport de la cour des comptes Novembre 2005. « Les personnes âgées dépendantes »**



# Délégation, transfert, formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé

- Recommandations HAS Avril 2008. Développer de nouvelles formes de coopération et favoriser le développement de ces nouvelles formes de coopération:
  - Rénover l'offre de formation initiale et continue.
  - Refonder le cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés.
  - Valoriser les coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière.
  - Mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

# Validation des acquis de l'expérience

- 24 000 diplômes infirmiers sont obtenus chaque année. Il en faudrait environ 6 à 8000 de plus. Solution: VAE?
- la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a confirmé au groupe qui travaillait sur les référentiels l'abandon de la VAE infirmier (01-2008)
- Les infirmiers souhaitent une reconnaissance et une intégration de leur formation au dispositif universitaire Licence Master Doctorat (LMD) >> surqualification?
- Le groupe de travail sur les référentiels a été renommé « réingénierie des diplômes »

# Valoriser les métiers de la dépendance: Les plans régionaux métiers

## ■ L'Etat/CNSA Février 2008:

- Faciliter l'identification des besoins. Connaître le nombre de personnes diplômées par an et par filière. Cela permettra d'identifier les besoins à court et moyen terme, le nombre de recrutements nouveaux nécessaires et ceux liés au remplacement des personnes partant à la retraite dans les 5 prochaines années
- Recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs. Quatre types de public sont visés :le grand public, les jeunes dès le collège et le lycée, les publics en situation difficile et les cadres intermédiaires
- Former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels
- Valorisation des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes

# Valoriser les métiers de la dépendance : Développer l'attractivité

- Un climat social serein
- Une politique de qualité dans la prise en charge
- Une politique de formation dynamique
- Une politique de rémunération attractive
- Des métiers à valoriser
- Recrutement: connaitre les attentes spécifiques.
- Impact des conventions tripartites?

Jacques BAILET Président-directeur général MEDICA. Conférence Les Echos. Mars 2008

# Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

- Renforcer la coordination entre tous les intervenants
- Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile
- Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins

# Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

- Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels
- Promouvoir une réflexion et une démarche éthique

# Médicalisation et nouvelles technologies

- Gestion des risques à domicile,
- Prévention isolement et désocialisation,
- Prévention iatrogénie,
- Prévention des errances,
- Compensation des incapacités fonctionnelles,
- Organisation des soins à domicile.
- Les limites: techno-phobie, utilisateurs intermédiaires, considérations éthiques, financement.

Pr. Pascal COUTURIER. CHU de Grenoble. Les entretiens du Carla. 06-08

# L'évaluation, préalable obligatoire ...

## ■ Éléments d'évaluation:

- Le GIR (domicile et établissement) et le PATHOS (en établissement).
- L'écoute attentive des désirs et l'analyse des besoins.
- Une démarche d'Evaluation Gériatrique Standardisée systématique en équipe pluridisciplinaire.
- Un dépistage et un suivi de la fragilité.
- Un repérage et une compensation des déficiences sensorielles.
- Des recommandations formalisées et un suivi de ces recommandations, à l'issue de cette évaluation.

# ... à une médicalisation raisonnée.

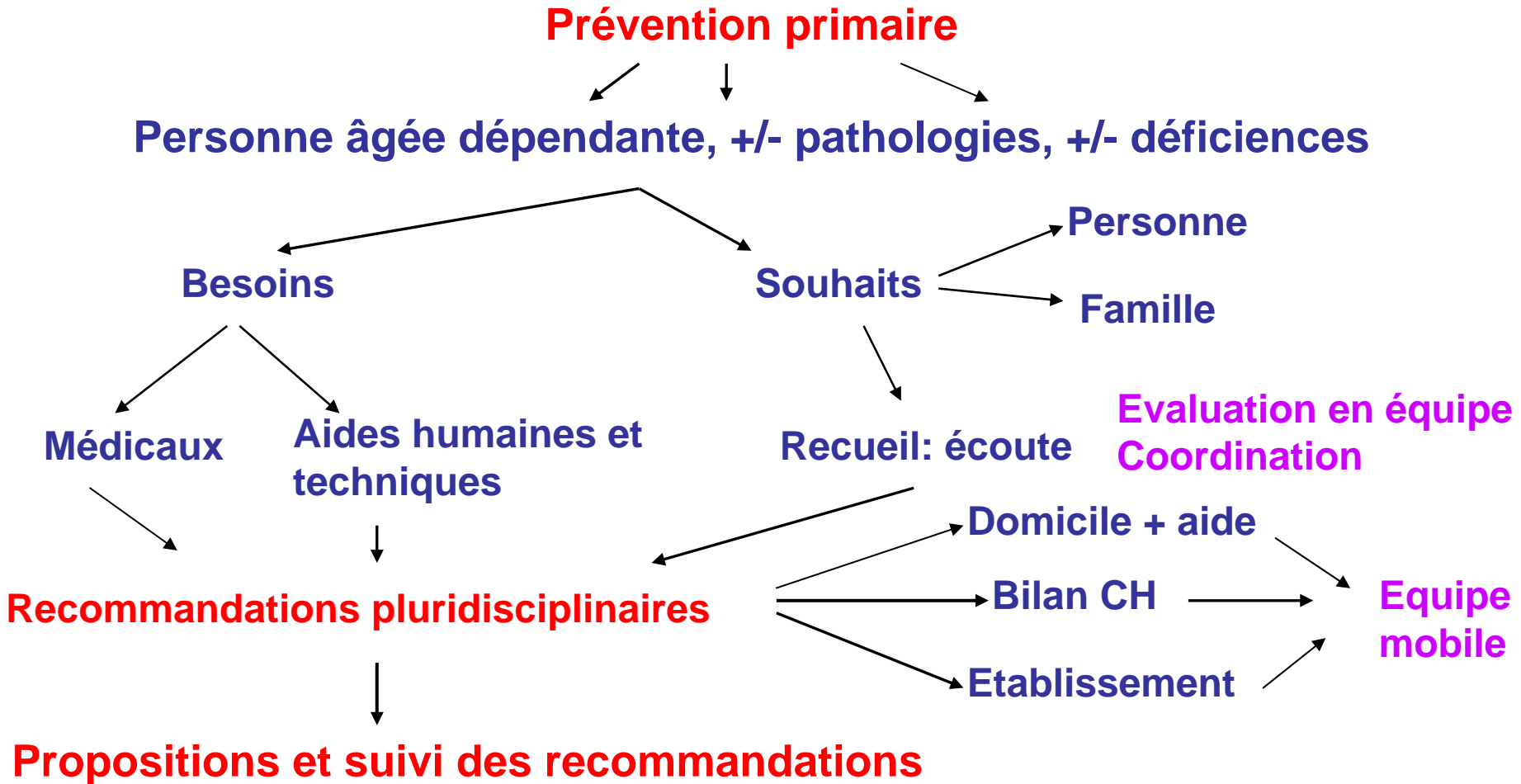
## ■ Éléments de médicalisation:

- Prévention (primaire), secondaire et tertiaire de la perte d'autonomie,
- Elaboration d'un projet de soins et d'un projet de vie,
- Coordination des intervenants du domicile (à partir des EHPAD?) et rémunération de ces temps de coordination,
- Réforme du statut du médecin coordonnateur,
- Impulsion, écoute et soutien d'initiatives et d'expérimentations locales.

# Prévention en matière de nutrition

- Prévention primaire: éducation alimentaire des patients et des aidants
- Prévention secondaire: dépistage de la dénutrition (50 à 70% des personnes accueillies en EHPAD)
- Prévention tertiaire: nutrition luttant contre la sarcopénie responsable de chutes (et d'aggravation de la dépendance)

# Prévenir, écouter, évaluer, recommander



# Médicaliser

- Renforcer la prévention à tout âge,
  - Évaluer le besoin d'aide liée à la dépendance,
  - Dépister les déficiences sensorielles et les compenser,
  - Diagnostiquer les maladies et les traiter.
- 
- Un défi d'abord qualitatif, mais aussi
  - Un choix politique et
  - Un parti-pris de solidarité et d'innovation important.