INSTITUT SILVERLIFE

M Paul CASTEL
IGAS
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

Paris le 18 novembre 2012

Objet : Contribution à la mission COUTY sur la réforme du service public hospitalier

Monsieur,

Loin d'être une charge pour le système de santé, le vieillissement massif de la population est sans doute une chance pour le système de santé en France et en Europe.

Après des années de réformes essentiellement fondées sur la recherche de performance, et les théories du New Public Management (ou Nouvelle Gestion Publique), le vieillissement en tant qu'élément structurant sur le moyen/long terme des politiques publiques est sans doute un très efficient nouveau levier de changement pour le système de santé à commencer par le service public hospitalier.

Avant que de parler de résultats (la réalisation d'objectifs dans le cadre de programmes de contractualisation), il oblige à repenser les missions et valeurs du système de santé, les arbitrages au regard de notions comme le coût de la vie, ou l'accès des plus fragiles aux derniers progrès de la médecine.

Vous trouverez ci-joint contribution de l'Institut à vos travaux.

Restant à votre disposition pour tout complément ou une audition, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Gilles DUTHIL
Président

Institut Silverlife – Centre de recherche sur l'économie du vieillissement
Association loi 1901 à but non lucratif
4, rue du Cirque 75008 PARIS
Tel : + 33 1 77 11 54 07 courriel : contact@silverlife-institute.com
www.silverlife-institute.com

INSTITUT SILVERLIFE

Accueil des personnes âgées à l'hôpital : quelles urgences?

Contribution de l'Institut pour la mission COUTY

Le vieillissement massif de la population n'est pas seulement un enjeu médical, gérontologique, sociologique, c'est aussi une question d'ordre économique au cœur de la nouvelle organisation à imaginer pour le système de santé en France et en Europe. La souffrance des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels, mais aussi la dérive du budget consacré par la collectivité, devraient amener les Pouvoirs Publics à revoir un certain nombre de choix opérés dans les années 1970.

1- le vieillissement, élément structurant des choix collectifs à venir

La révolution n'est pas tant l'allongement de la durée de la vie (les centenaires ont toujours existé) que le vieillissement de la population : la population âgée de 60 ans ou plus, qui compte aujourd'hui quelques 14,5 millions de personnes (contre 7,8 millions en 1960), pourrait se situer, selon les dernières projections de l'INSEE, dans une fourchette de 17,3 à 17,6 millions en 2020 et de 22,1 à 23,9 millions en 20501.

Pour les 80 ans ou plus, la progression devrait être encore plus marquée : de 900 000 personnes en 1960 (2% du total) à 3,8 millions aujourd'hui (6 %), 4 à 4,2 millions en 2020 (5,9 ou 6,2 %), 7 ou 8,9 millions en 2050 (9,3 ou 13 %).

2- une inadaptation du système de santé à commencer par l'hôpital

La France a su bâtir dans l'après-guerre l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. L'hôpital en est le pôle d'excellence (sur le plan des pratiques, et des techniques) en même temps que le garant d'un lien social sur l'ensemble du territoire (du CHU centre hospitalier universitaire à l'hôpital local).

Pour autant, l'hôpital constitue souvent pour une personne âgée, fragilisée par un accident, une maladie et plus encore plusieurs pathologies (il n'est pas interdit d'être atteint par la maladie d'Alzheimer et d'avoir un cancer), une forte perturbation de son équilibre de vie, et dans certains cas une déstabilisation entrainant la dépendance partielle ou totale.

[1] La solidarité à l'épreuve du vieillissement – étude prospective 2020 et 2050 (en collaboration avec FUTURIBLES), novembre 2011

Institut Silverlife – Centre de recherche sur l'économie du vieillissement
Association loi 1901 à but non lucratif
4, rue du Cirque 75008 PARIS
Tel : + 33 1 77 11 54 07 courriel : contact@silverlife-institute.com
www.silverlife-institute.com

Les personnes âgées, qui représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions non programmées, sont souvent mal orientées faute de prise en charge gériatrique spécifique.

Il en résulte une grande souffrance tant pour les personnes âgées, et leur entourage que pour les professionnels de santé (à l'hôpital mais aussi dans la médecine de ville et services ou établissements travaillant avec l'hôpital : les SAS services à domicile, les SSIAD services de soins infirmiers à domicile, les HAD services d'hospitalisation à domicile ou les EHPAD établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes). Les hospitaliers font de leur mieux, avec des patients et des familles de plus en plus exigeants et des contraintes de plus en plus pressantes de la part de l'institution (« injonctions contradictoires »).

Le paroxysme a été atteint à l'été 2003 avec l'épisode de la canicule pendant le mois d'août : plus de 15 000 décès ont été enregistrés chez les personnes âgées isolées en moins de trois jours ; il a fait chaud partout en Europe mais c'est en France que le système de prise en charge gériatrique a dysfonctionné (démission du ministre de la Santé, engorgement des hôpitaux…).

Ces dysfonctionnements ne peuvent s'expliquer par un manque de moyens financiers car la France par rapport aux autres pays en Europe consacre en moyenne plus d'argent à son système de santé et à la protection sociale en générale (plus de 32% du PIB produit intérieur brut), et comprend plus d'établissements et de professionnels de santé que la moyenne européenne.

3- La réaction des Pouvoirs Publics à partir de 2004

Fort de ce constat, le gouvernement a décidé de créer en 2004 une Caisse Nationale de Solidarité Autonomie pour gérer les problèmes spécifiques, et a lancé un Plan Vieillissement[2] avec un chapitre dédié à «Adaptation de l'hôpital aux personnes âgées »

L'objectif affiché était de :
- Développer la médecine gériatrique ;
- Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et les structures sanitaires par la création de réseaux gériatriques et par la systématisation de la formalisation des liens entre les différents partenaires.

[2] le PSGA Plan Solidarité Grand Age de juin 2006

En d'autres termes, il s'agissait de réorganiser l'accueil des personnes âgées à l'hôpital, grâce à des filières de soins qui permettent :
- Une prise en charge globale de la personne âgée, adaptée à ses besoins et à son état de santé ;
- De préserver de son autonomie ;
- D'organiser son retour au domicile dans les meilleures conditions.

Ce plan a été suivi de plusieurs rapports sur le sujet dont le rapport JEANDEL-VIGOUROUX-PFITZENMAYER de 2006. Les moyens notamment humains ont été sensiblement renforcés dans les services d'urgence ; des équipes mobiles gériatriques ont été créées, les filières gériatriques ont été revues dans les textes (cf circulaire sur les filières gériatriques du 28 mars 2007).

4- un ordre des priorités à inverser

Depuis la réforme DEBRE, le parc hospitalier en France (450 000 lits environ dont 67% public, 13% associatif, 21% privé) est conçu autour des pôles d'excellence que sont les CHU et au détriment des structures de proximité de type hôpital local.

Une importance démesurée en France part rapport aux autres pays en Europe est donnée aux urgences. Lors de la canicule de 2003, la première réponse apportée par les Pouvoirs Publics a été de renforcer les moyens des urgences ; or les professionnels de la gériatrie savent que les urgences ne sont pas la structure adaptée à l'accueil d personnes isolées, fragilisées, et dans nombre de cas polypathologiques.

La priorité, accentuée par le système de tarification à l'activité T2A, est également donnée en France aux actes techniques (de type MCO) par rapport à la prise en charge globale du patient et de son environnement social, au « cure » par rapport au « care ».

Le paradoxe est que les personnes âgées sont les principaux « clients » du service public hospitalier (plus de 60% des admissions non programmées, plus de 70% des courts séjours), et en même temps les plus mal traités par « le tarif » ou l'organisation générale de l'hôpital.

Les personnes âgées sont souvent accusées d'être responsables de la dérive des dépenses publiques notamment à l'hôpital alors que le vieillissement de la population n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de santé (moins de 10%)

Ce sont bien les changements de pratiques accentués en France par le choix initial en faveur de la technicité qui sont le facteur déterminant de l'augmentation des dépenses[3].

L'inadaptation de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital entraine une dérive des dépenses de santé[4], avec un effet multiplicateur dû au renchérissement des techniques.

5- l'illusion de la coordination

A notre connaissance, aucun bilan n'a été réalisé de la mise en œuvre du Plan Vieillissement et sa dernière version pour la période 2007/2012 : le PSGA (Plan Solidarité Grand Age) de juin 2006, et son volet «Adaptation de l'hôpital aux personnes âgées ». Il n'est même pas fait mention officiellement de son renouvellement au 1er janvier 2013[5].

En revanche, l'accent est mis depuis quelques années par les Pouvoirs Publics sur la question de la coordination, notamment entre l'hôpital et le secteur aval, entre médical, social et médico-social[6].

La loi HPST Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 aborde d'ailleurs largement cette question ; la loi est présentée comme « *un projet d'organisation du système de santé devant permettre à terme de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé* ». Un chapitre entier est consacré dans la loi HPST aux outils de coopération entre établissements et services au niveau de chaque territoire.

Cette recherche d'une meilleure coopération, voire coordination entre les différents acteurs dans chaque territoire est louable, mais hors exceptions notables (bonne volonté des professionnels, expérimentation de nouveaux modes de financement type FIQCS, implication des collectivités territoriales…) les schémas retenus ont du mal à être généralisés à l'échelle nationale.

[3] cf étude Brigitte DORMONT février 2012
[4] cf avis du HCAAM Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 28 mars 2012
[5] cf PLFSS 2013 projet d e loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013
[6] cf enquête menée par l'IGAS en mai 2011 sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge

Le risque est même, sous couvert de priorité donnée à la coopération ou coordination, de retarder les réformes nécessaires du système de santé à commencer par le service public hospitalier. Une réforme du modèle de prise en charge en personnes âgées, à la différence des schémas de coopération ou coordination, oblige en effet, à une remise en cause des périmètres et modalités d'action de chaque acteur, voire sur certains territoires à de l'existence même de tel ou tel acteur.

6- les voies possibles de réforme

A notre sens, l'adaptation de l'hôpital notamment du service public hospitalier doit emprunter trois voies d'amélioration.

i) la régionalisation

Dans le prolongement de la loi HPST, les agences régionales de santé ont défini en lien avec tous les acteurs et décideurs (collectivités territoriales…) leur plan stratégique ; ces plans comprennent systématiquement un chapitre sur la prise en charge des personnes âgées.

Notre conviction est que c'est au niveau régional, voire infrarégional, que les réformes dans le schéma de prise en charge doivent être introduites.

ii) l'intégration du médico-social y compris pour la formation et les métiers

Comme indiqué dans le rapport de l'ANAP[7], il faut passer maintenant de la coordination ou coopération à l'intégration des acteurs dans une stratégie « gagnant/gagnant ».

Cela passe par :
- l'utilisation des nouvelles technologies pour le partage –instantané-des données
- la place centrale faite à l'usager et à son entourage
- la mutualisation de certaines fonctions support (immobilier, transports…) ou expertises techniques très pointues
- le repérage de chefs de file (ex le directeur de l'EHPAD pour tous les acteurs de la filière gériatrique sur le territoire[8])
- la création de pools de compétences
- jusqu'à l'uniformisation des formations initiales et continues.

[7] Les parcours des personnes âges sur le territoire –retours d'expérience , ANAP agence nationale pour l'amélioration de la performance, octobre 2011

[8] les modèles de plateforme intégrées au Japon in le Japon laboratoire de l'économie du vieillissement, Institut SilverLife, juin 2007

Est-il encore possible que les aides soignantes et infirmières soient formées par l'IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) et pas les auxiliaires de vie ou assistantes de soins en gérontologie. Que le programme de formation en IFSI fasse la part belle aux pratiques et stages à l'hôpital par rapport à la médecine de ville, que les structures de type SAD, SSIAD, HAD… ne soient pas même présentées lors du cycle ?

De même, est-il encore possible de négliger lors de la formation initiale ou continue des directeurs d'établissements la question de la prise en charge des personnes âgées ? de ne pas créer des passerelles entre la direction d'un SAD, SSIAD, HAD et un EHPAD oun établissement hospitalier ?

Les pratiques elles-mêmes (par exemple la part laissée à la prévention) doivent intégrer l'impact du vieillissement massif de la population, et de la polypathologie chez les personnes âgées[9].

La situation est d'autant plus incompréhensible dans le service public hospitalier pour lequel le statut devrait favoriser cette transversalité des métiers et des formations initiale ou continue.

iii) une loi d'orientation

Tous ces chantiers de changement, même s'ils sont en partie initiés au niveau local ou régional (par les ARS et collectivités territoriales) ne pourront se réaliser que dans le cadre strict d'une loi d'orientation.

Notre conviction est que la France notamment ne pourra pas faire l'économie au niveau politique d'un large débat sur la stratégie globale à suivre d'ici 2020 pour accompagner l'adaptation de la société française dans ses différentes composantes (dont le système de santé) au bouleversement que représente le vieillissement massif de la population[10].

Ce débat devrait logiquement conduire au vote, avant la fin de la législature, d'une loi-cadre en faveur du vieillissement[11], et pour sa mise en œuvre à la création d'instances interministérielles (Comité National Vieillissement, Délégué Interministériel…) .

---

[9] Marc BERTHEL, Marie-Christine PETER-BOQUILLON, Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires in Gérontologie et société, mars 2012

[10] Conclusions du Forum senior des 19 et 20 novembre 2012 organisé par l'Institut SilverLife avec le CESE (Conseil Economique Social et Environnemental) sous le Haut Patronage du Président de la République

[11] A l'instar de la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (complétée par la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)