



La fragilité des personnes âgées dans les territoires de santé : le défi de la phase amont de la dépendance

Commission Exigence sociale, Prévention, Santé

Rapporteur : Roland Rizoulières

Rédacteurs :

- Conseil de Provence : **Roland Rizoulières**
- Autre : **Sandra Montchaud**

Membres de la Commission :

Patrick-Antoine Soudais, Armand Benichou, Maxime Mery, Roland Rizoulières, Bruno Huss, Sylvie Bonin-Guillaume, Jacques Builles, Michèle Millepied, Victor Farina, Chantal Vernay Vaisse, Pierre Lauzat, Cyril Jouan, Maley Upravan



PROPOS INTRODUCTIFS

Cette contribution est issue d'un article élaboré par Mme Sandra Montchaud, chercheuse à l'INSERM, et M. Roland Rizoulières, membre de la Commission Exigence Sociale, Prévention, Santé et (parmi d'autres mandats et fonctions) enseignant à l'I.E.P. d'Aix-en-Provence et chercheur à l'INSERM, dans le cadre de la Journée de Recherche RIPC0 2022 qui s'est tenue le 17 juin 2022 à Paris.

La fragilité des personnes âgées dans les territoires de santé : le défi de la phase amont de la dépendance

Comme de nombreux pays de l'OCDE, la France connaît un important vieillissement de sa population visible à travers l'augmentation de la proportion de personnes âgées. La part des personnes de 60 ans ou plus est de 27.1% en 2022 (Insee, 2022) et devrait grimper à 31.7% en 2040 (Insee, 2020). La part des 75 ans ou plus s'élève quant à elle à 9.8% en 2022 (Insee, 2022) et pourrait atteindre 14.6% en 2040 (Insee, 2020). Le phénomène du vieillissement s'accompagne souvent chez les personnes d'une détérioration de leur état de santé, d'une **fragilité** dans un premier temps et ensuite d'une **perte d'autonomie**. L'espérance de vie en bonne santé, à savoir sans incapacité dans les activités de la vie quotidienne, permet d'apprécier dans une certaine mesure cette réalité.

Cette situation résulte en de nombreux défis à relever pour notre société en particulier au regard de la préférence de la population pour le maintien à domicile qui exige, dans bien des cas, la mise en place d'un soutien à domicile à la fois sur les plans financier, humain et technique. L'incantation sur le vivre à domicile remonte au rapport dit Laroque du Haut comité consultatif de la population et de la famille (1962) et interroge l'action publique menée depuis pour rendre opérant ce souhait des Français. Les difficultés à voir émerger la loi « Grand âge et autonomie » à nouveau repoussée après l'élection présidentielle et à voir se concrétiser un vrai cadre financier pour la cinquième branche dédiée à l'autonomie montrent à quel point les pouvoirs publics ont du mal à se saisir pleinement de la question.

Pour autant, dire que rien n'a été fait serait excessif. On peut se féliciter de l'amélioration du paysage de la coordination (Campéon et al., 2021 ; Libault, 2019, 2022), alors que le parcours de santé des personnes âgées est reconnu comme le plus fragmenté et le plus complexe (Bloch et Hénaut, 2014). Mais l'essentiel est fait pour les cas complexes, qui déjà étaient pris en charge par les dispositifs les plus efficaces de type MAIA, TSN, PAERPA, etc. (Rizoulières, 2021a, 2021b). Les dispositifs d'appui à la coordination des cas complexes (DAC) mis en place par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹ (OTSS) de 2019 va bien dans le sens de la simplification, pour les professionnels comme pour les familles, même si beaucoup reste à faire. L'empilement et la complexité restent encore trop souvent la règle à ce jour. Le service public territorial de l'autonomie (SPTA) prôné par le rapport Libault (2022) poursuivra dans cette logique de simplification, s'il est suivi par une application de ses propositions.

Dans le cadre de ce travail, nous constatons certes une amélioration en cours de la situation pour les cas complexes (guichet unique, DAC), mais nous pensons qu'il s'agit aussi et surtout de prendre en charge, non seulement la dépendance, mais aussi la fragilité et de rentrer dans le cadre de la prévention. « *L'absence de réelle politique institutionnalisée et lisible de la prévention de la perte d'autonomie [...], son morcellement, n'encourage pas au développement de démarches individuelles de prévention* » (Libault, 2022).

Or, la non prise en charge de la prévention en amont de la dépendance provoque un double écueil en termes d'action publique. D'abord, cela place les patients et les aidants dans une gestion de l'urgence non maîtrisée, dans un cadre de prise en charge complexe, peu lisible et par conséquent anxiogène et peu efficace. D'autre part, les erreurs commises dans l'aiguillage des patients provoquent fatalement des surcoûts sur le système de prise en charge des aînés lorsque survient le problème de dépendance, surcoût dans la mesure où on se trouvera face au risque d'aggravation et de cumul des symptômes lié aux erreurs de parcours. On rappelle un principe cher aux gériatres, on peut gérer fragilité et la rendre réversible, mais pas la dépendance. Aussi, mieux détecter la fragilité a pour conséquence d'éloigner le risque de perte d'autonomie.

Nous pensons que le surcoût de la prise en charge de la fragilité peut être aisément compensé par la minimisation des coûts de la dépendance. Cette affaire de coût global n'est pas simple à démontrer. Mais nous devons mettre en avant que la fragilité peut être assumée par des acteurs plus en amont (CARSAT, mutuelles, etc.) et peut donc être mutualisée, au lieu d'être prise en charge uniquement par l'Etat/Assurance maladie et les Départements.

¹ Le décret du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux précise les dispositions de l'article 23 de la loi OTSS.

Dans ces conditions, comment gérer alors au mieux la **fragilité**, autrement dit la **phase amont de la dépendance** ? Afin d'apporter des éléments de réflexion, notre méthode de recherche repose en grande partie sur de l'observation participante de la part de l'un des auteurs de cette recherche (Adler et Adler, 1987 ; Brewer, 2000 ; Lapassade, 2001 ; Soulé, 2007). En complément, nous avons réalisé des entretiens et un suivi auprès de professionnels concernés par la démarche de perte d'autonomie et de détection de la fragilité.

Il ressort de notre recherche que le champ de la fragilité peut être appréhendé sous deux angles. Le premier angle est celui des **territoires de santé** correspondant à des **bassins de vie** qui ne se superposent pas aux déclinaisons territoriales des différents dispositifs mis en place par les professionnels de santé et médico-sociaux.

Le second angle est celui du **modèle d'organisation**. Notre modèle historique est construit sur le concept de coordination alors que le modèle reconnu dans les pays de l'OCDE pour les maladies chroniques et le vieillissement est celui de **l'intégration**. Notre incapacité à rentrer de plein pied dans un modèle intégré a justement pour effet de pas promouvoir la prévention.

1) Logique territoriale des professionnels/bassin de vie des patients : repenser le territoire de santé en termes de bassin de vie

Si on prend la logique du parcours de santé, on doit regarder comment situer les territoires vécus. Dans le cadre des travaux pour la DATAR, Vigneron (2005) perçoit cinq territoires de santé (la santé quotidienne ; le niveau intermédiaire, premier niveau d'hospitalisation de proximité ; le niveau de recours, second niveau de plateau technique, lieu des soins spécialisés ; le niveau régional, du CHU ; le niveau interrégional pour les spécialités couvertes par des structures ou des équipements suprarégionaux). En ce qui concerne le parcours de santé de manière générale, le maillage semble clair.

Mais comme le précise Vigneron (2005), « avec le **grand âge** vient en effet le temps de la **limitation des déplacements**. C'est au plus près que les questions de santé des personnes âgées doivent être traitées, ceci tant pour éviter les risques liés à une hospitalisation au grand âge que pour résoudre des problèmes où le médical et le social sont étroitement imbriqués ». Et par ailleurs, il faut compléter cette lecture par la prise en charge territoriale des systèmes d'information (SI). Et peu de systèmes actuels de SI sont sur l'ancrage territorial des bassins de vie des patients. Un seul parcours reçoit une réponse positive à ce problème territorial : le parcours complexe (TSN, PTA, MAIA, PAERPA, etc.).

Les outils et dispositifs destinés à organiser la coordination entre les acteurs au niveau des territoires issus des derniers textes législatifs montrent que le système de santé reste cloisonné entre d'un côté les soins de villes et de l'autre l'hôpital (Rizoulières, 2021a, 2021b).

Ainsi si la « *structuration du parcours de santé doit être centré sur le patient, adapté aux besoins territoriaux en prenant en compte les spécificités sociales et environnementales (offre de soins)* » (Véran, 2017), force est de constater que ce parcours reste fragmenté du point de vue organisationnel et numérique par la mise en place des outils et dispositifs actuels, malgré quelques innovations territoriales (Montchaud et Rizoulières, 2020, 2021).

Enfin et surtout, la prise en charge de la fragilité doit esquisser une territorialisation plus lâche que celui de la dépendance. Les personnes se déplacent plus sur des échelles variables et cela plaide pour un suivi par des organismes capables de se projeter de manière plus globale (assureur, mutuelle, etc.). Nous démontrons dans notre travail que cela plaide en faveur d'acteurs plus intégrés.

2) Coordination/intégration : promouvoir le modèle de l'intégration

La prise en charge des malades se complexifie, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, du cumul des comorbidités, des problématiques psycho-sociales et du vieillissement de la population (Huard, 2018a, 2018b ; Rizoulières, 2021a, 2021b).

La prise en charge des patients dans ce contexte de transition épidémiologique a fait l'objet de différentes conceptualisations, dont le Chronic Care Model (CCM) proposé par Wagner (Bodenheimer et al., 2002 ; Wagner, 1998, 2004a, 2004b ; Wagner et al., 2001).

L'intégration a pour but immédiat de réduire la fragmentation des services médicaux et sociaux afin de faciliter l'accès des patients aux services qui répondent à leurs besoins. Son but à plus long terme est de permettre de meilleurs résultats des soins et une meilleure utilisation des ressources de santé.

Notre modèle de santé historiquement construit en silo a produit des problèmes de coordination avec des empilements de dispositifs (Bloch et Hénaut, 2014). Et l'ensemble des réformes vont dans le sens de l'amélioration de la coordination. Nous butons néanmoins sur le fait que le modèle des maladies chroniques et celui du vieillissement ont besoin aussi d'intégration. **Prendre en charge la fragilité et mettre en place des pratiques de prévention** imposent de rentrer dans des logiques de modèles organisationnels plus intégrés.

Or, la France n'a pas à ce jour de modèle intégré dans le cadre du parcours de santé, comme on peut l'avoir aux Etats-Unis ou en Suisse, où le secteur assurantiel domine largement les dispositifs, même si dans le cas du réseau Delta en Suisse les médecins étaient précurseurs et sont restés les pilotes (Rizoulières, 2021a, 2021b ; Huard et Schaller, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b). Cette absence d'intégration en France montre probablement ses limites face aux défis

du maintien à domicile. On peut considérer que la mise en place de consortium d'acteurs est aujourd'hui le modèle qui permet de la compenser. Pour autant, si les difficultés d'organisation des acteurs publics et privés perdurent, le risque reste toujours d'aboutir à une situation d'inégalités d'accès entre ceux qui disposent des moyens financiers et ceux qui ne les ont pas (Rizoulières, 2021a, 2021b).

Bibliographie

- Adler P.A., Adler P. (1987). *Membership roles in field research*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Bloch M.-A., Hénaut L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du secteur sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris.
- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness*, Journal of the American Medical Association, 288 (14), p. 1775-1779.
- Brewer J.D. (2000). *Ethnography*, Open University Press, Buckingham.
- Campéon A., Le Bihan B., Sopadzhyan A. (2021). *Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas*, Sciences Sociales et Santé, 39 (4), p. 5-31.
- Haut comité consultatif de la population et de la famille (1962). *Politique de la vieillesse, Rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque remis au Premier Ministre*.
- Huard (2018a). *La prise en charge des maladies chroniques. Innovations organisationnelles et efficacité*, ISTE, Londres.
- Huard (2018b). *The management of chronic diseases. Organizational innovation and efficiency*, ISTE Editions, London / John Wiley & Sons, Hoboken.
- Huard P., Schaller P. (2010a). *Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. 1. Problématique*, Pratiques et Organisation des Soins, 41 (3), p. 237-245.
- Huard P., Schaller P. (2010b). *Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. 2. Stratégie*, Pratiques et Organisation des Soins, 41 (3), p. 247-255.
- Huard P., Schaller P. (2011a). *Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1. La coopération entre partenaires distants*, Pratiques et Organisation des Soins, 42 (2), p. 111-118.
- Huard P., Schaller P. (2011b). *Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 2. Deux études de cas*, Pratiques et Organisation des Soins, 42 (2), p. 119-126.
- Insee (2020). *Tableau de l'économie française*, Insee Références, 27 février. Insee (2022). *Population par sexe et groupe d'âges*, Chiffres-clés, 18 janvier.
- Lapassade G. (2001). *L'observation participante*, Revue Européenne d'Ethnographie de l'Education, 1 (1), p. 9-26.
- Libault D. (2019). *Concertation Grand âge et autonomie, Rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé*.
- Libault D. (2022). *Vers un service public territorial de l'autonomie, Rapport remis à la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la santé, chargée de l'Autonomie et à la Secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre, chargée des Personnes Handicapées*.
- Montchaud S., Rizoulières R. (2020). *Analysis of the ICT-based ecosystems facing the challenges of an aging population*, Business & Economics Conference, International Academic Institute, University of Barcelona, 10 february, Barcelona.
- Montchaud S., Rizoulières R. (2021). *L'émergence d'un écosystème local dédié à la e-silver autonomie à domicile face aux défis d'une population vieillissante*, 10ème Colloque de l'AIRMAP – Proximités et territoires aux défis du management public, 28-29 mai, Clermont- Ferrand.
- Rizoulières (2021a). *Intégration numérique et parcours de santé dans les territoires*, Beranger J. et Rizoulières R. (Dir.), *La révolution digitale dans le système de santé*, ISTE, Londres.
- Rizoulières R. (2021b). *Digital integration and healthcare pathways in the territories*, in Béranger J. and Rizoulières R. (Eds), *The digital revolution in health*, ISTE Editions, London / John Wiley & Sons, Hoboken.
- Soulé B. (2007). *Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*, Recherches Qualitatives, 27 (1), pp. 127-140.
- Vigneron E. (2005). *Une conscience géographique de la santé*. Sciences Humaines, Hors série n°48. Mars-Avril-Mai.
- Wagner E.H. (1998). *Chronic disease management : what will it take to improve care for chronic illness ?*, Effective Clinical Practice, 1 (1), p. 2-4.
- Wagner E.H. (2004a). *Effective teamwork and quality of care*, Medical Care, 42 (11), p. 1037-1039.
- Wagner E.H. (2004b). *Keynote address*, NICS Heart Failure Forum 2004, National Institute of Clinical Studies.
- Wagner E.H., Austin B.T., Davis C., Hindmarsh M., Schaefer J, Bonomi A. (2001), *Improving chronic illness care : translating evidence into action*, Health Affairs, 20 (6), p. 64-78.

CONSEIL DE PROVENCE

52 avenue de Saint Just
13004 MARSEILLE

Tel : 04 13 31 27 03

Mail : conseil.de.provence@departement13.fr

Site web : <https://www.departement13.fr/conseildeprovence/>