

Politiques de la Vieillesse ou Politiques publiques de maintien à domicile des personnes âgées

Hélène Trouvé

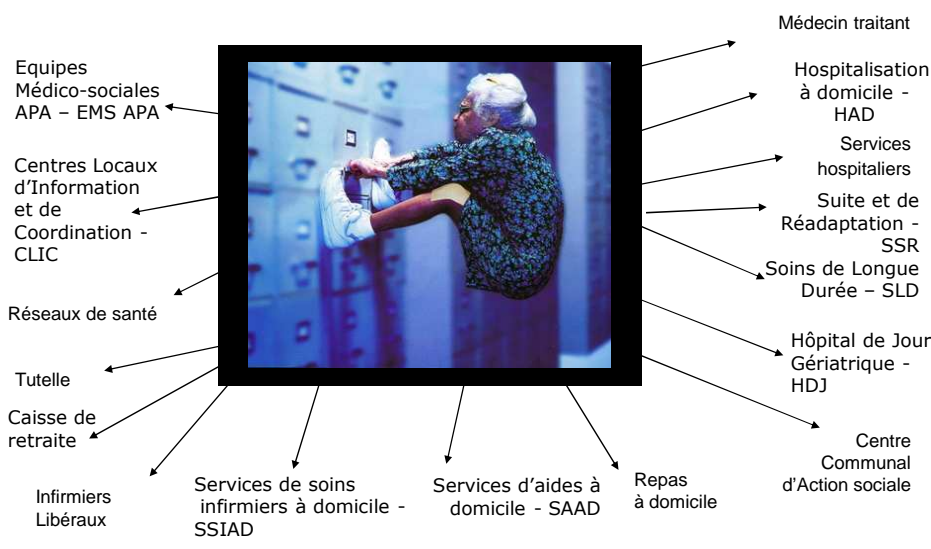
Ingénieur de recherche Fondation Nationale de Gérontologie - FNG

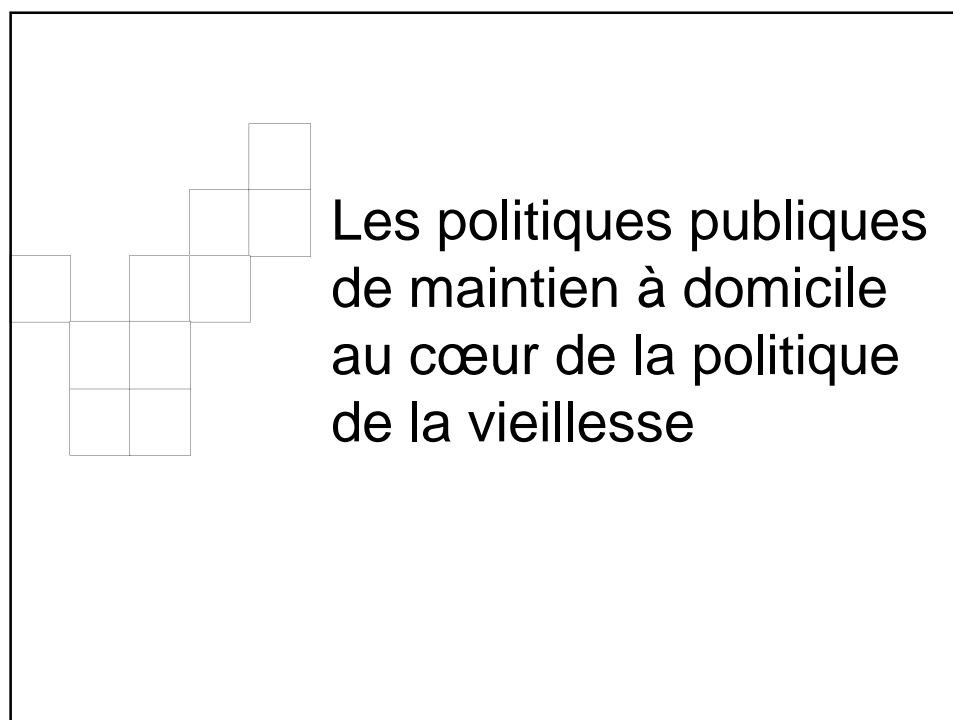
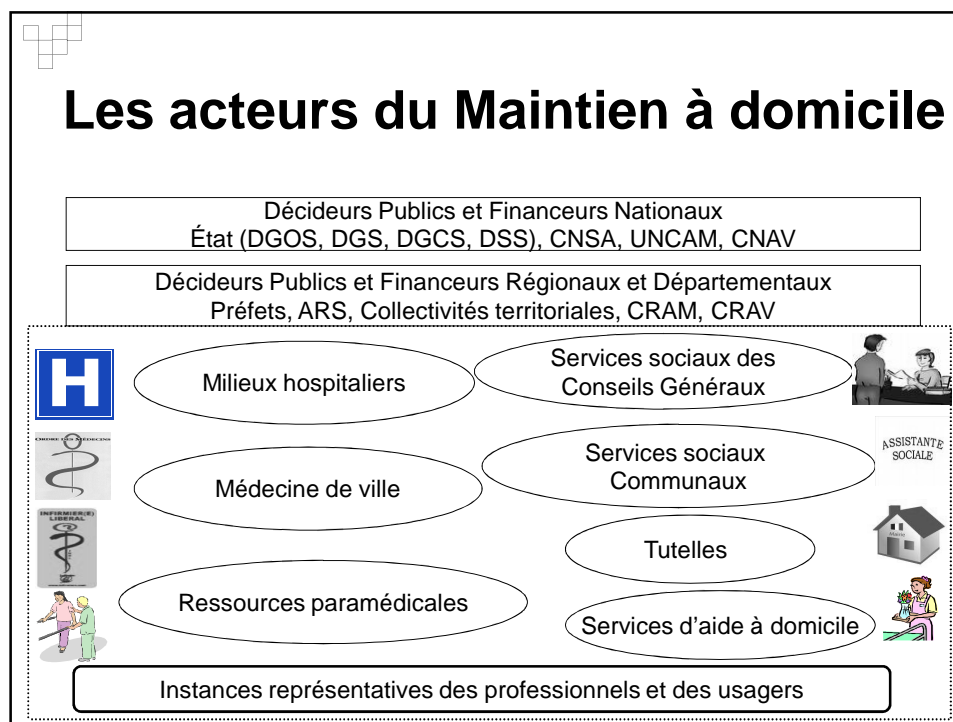
Docteur ès Sciences Economiques

Email: h.trouve@fng.fr

DIU d'Oncogériatrie - 24 Novembre 2011

De nombreux dispositifs: une richesse







De la révolution française à la loi 1905

- Révolution française: naissance de la notion d'assistance publique – remise en cause de l'enfermement des vieillards dans les hospices
- Loi du 14 juillet 1905 relative « aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources »: prévoit l'assistance, y compris à domicile
- MAD: historiquement pensé comme alternative à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation



L'histoire des 1^{ers} services MAD: les aides ménagères

- 1920-1942: services d'aides ménagères assurés par des bénévoles dans une tradition charitable
- 1942-1945: encadrement de type associatif (mouvements familiaux populaires et ruraux)
- 1958-1962: signatures de protocoles entre les associations et les caisses de sécurité sociale:
 - « Participent aux frais de l'association quand l'aide est apportée à des vieillards auxquels on évite une hospitalisation coûteuse »

1945: Système de sécurité sociale

- Ordonnance du 4 octobre 1945
 - réaliser les principes du système beveridgien :
 - unité (un seul système, une caisse unique),
 - universalité (couverture de tous les risques et de l'ensemble de la population)
 - uniformité (même prestation pour tous)
 - avec les moyens du système bismarkien, les moyens assurantiels:
 - droits acquis par le travail,
 - prestations contributives et proportionnelles,
 - mode de financement fondé sur les cotisations sociales des employeurs et des salariés,
 - mode de gestion paritaire exercée par les représentants du patronat et des salariés
- Un compromis dit « néo-corporatiste »


Les 3 logiques de protection sociale

	Logique d'assurance sociale - Bismarck	Logique de protection universelle - Beveridge	Logique d'assistance sociale
Objectif	Prémunir contre un risque de perte de revenu	Couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus	Prémunir contre la pauvreté, assurer un revenu minimum
Financement prestations	Cotisations sociales (employés et employeurs)	Impôts – prélèvements obligatoires	Impôts – prélèvements obligatoires
Prestations reçues	Sous conditions de cotisations, prestations contributives et proportionnelles	Sous conditions de citoyenneté et de situation/besoin, prestations redistributives et forfaitaires	Sous cotisations de ressources, prestations redistributives et forfaitaires ou proportionnelles
Structures d'organisation et de gestion	Paritaire	Etat central, déconcentré, et/ou décentralisé	Etat central, déconcentré, et/ou décentralisé



Compromis: régulation du système de protection sociale

- Organisation administrative du régime de protection sociale
 - séparation des risques en 4 branches de sécurité sociale (maladie, accident du travail et maladies professionnelles, vieillesse, famille)
 - branche assurance chômage (UNEDIC)
 - Chaque branche a sa propre administration organisée en caisses:
 - Les caisses nationales (type CNAM) : établissements publics à caractère administratif
 - Les caisses régionales/locales (type CRAM) : organismes privés chargés de la gestion d'un service public
- Mode de régulation de la gestion paritaire : conventionnement obligatoire avec l'État
- Pouvoir de l'État: réglementation, nomination, contrôle
- Responsabilité de l'État: fixation du montant des cotisations et des prestations
- Responsabilités des partenaires sociaux: gestion (collecte cotisations et distribution prestations) et gestion du personnel



Compromis: Diversification du financement de la protection sociale

- 1991: Création de Contribution Sociale Généralisée - CSG
 - Prélevée sur l'ensemble des revenus des français (revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, revenus tirés des jeux)
 - Fiscalisation
- 1995: Création des Lois de Financement de la Sécurité Sociale - LFSS: vote annuel par le parlement
 - Détermine le montant des ressources affectées à la sécurité sociale
 - Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie - ONDAM
- Plan Juppé a initié une fiscalisation de la branche maladie:
 - 1996: remplacement d'une augmentation d'un point de cotisation maladie par un point supplémentaire de CSG
- 1998: mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU)



La politique de la vieillesse

Genèse: Le rapport Laroque de 1962

- Décret du 8 avril 1960: création d'une commission d'étude des problèmes de la vieillesse « *Etudier les problèmes des conditions de vie des personnes âgées et proposer au gouvernement des solutions à donner à ces problèmes dans le cadre d'une politique d'ensemble compte tenu de l'évolution démographique prévisible* »
- Rapport du Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille de Pierre Laroque 1962 : « *L'accent doit être mis sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante* »



Les suites données: la naissance politique de la vieillesse

- circulaire du 24 septembre 1971

- Objectif: « *favoriser les politiques de maintien à domicile pour préserver au maximum l'indépendance et l'intégration sociale des personnes âgées* »
- Contenu: Eviter ou retarder l'hospitalisation ou l'hébergement notamment en :
 - Développant l'aide ménagère (40 000 personnes desservies en 1970, objectif: 100 000 en 1975 – bilan: 145 000 en 1974)
 - Régulant les soins infirmiers ou médicaux à domicile (auparavant assurés par de nombreux dispensaires, souvent via des équipes mobiles)
 - Créant des centres de jour (sous la responsabilité de l'Assurance Maladie)
 - Activités d'accompagnement à domicile (clubs, foyers, restaurants, etc.)



1975 définition du VIIème Plan (1976-1981)

- 25 programmes d'action prioritaires (PAP)
 - PAP 15 : « Favoriser le MAD des PA »: nécessité d'aller plus loin « *favoriser le maintien à domicile et développer l'autonomie des PA et leur participation sociale* »
- Création d'une panoplie de services:
 - D'Information (préparation à la retraite, aide mobilisables à domicile, rapprochement des générations),
 - De Prévention alimentaire (restauration diététique, portage de repas)
 - D'activités d'animation (activités physiques, culturelles, etc.)
 - Sanitaires (développement des soins à domicile et centres de jour, création des 1^{ères} consultations de gérontologie sociale)



1975-1985: le tournant gestionnaire

- 1976 : Rapport du Haut Conseil Économique et Social *Les conditions de vie à l'âge de la retraite :*
 - « *La politique de la vieillesse est entrée dans une période transitoire et difficile.*
 - Transitoire parce que certains choix fondamentaux ne sont pas encore faits,*
 - Difficile parce qu'en période de sous emploi et de croissance faible, le problème du partage de revenu national entre population active et population inactive se pose de façon plus aiguë »*



Tournant gestionnaire et intégration sociale

- 1977: Rapport Massé *Adaptation des équipements et services sanitaires et sociaux aux besoins des personnes du 3^{ème} et 4^{ème} âge*: « L'attribution à un octogénaire souffrant de handicaps sévères d'un nombre très élevé d'heures de soins à domicile et d'aides ménagères, lui confère un service qui pourrait être fourni plus commodément et plus économiquement en maison de retraite »
- 1980: Rapport du Commissariat Général au Plan *Vieillir demain*: « Le maintien à domicile ne doit pas être considéré comme un moyen peu onéreux de prendre en charge une population dépendante, mais comme une façon d'éviter la ségrégation sociale »



1987-1997: le télescopage des politiques de la vieillesse et de l'emploi (1)

- Loi Séguin de janvier 1987: exonération des charges patronales et fiscales pour développer l'emploi direct auprès des particuliers dans 2 domaines: enfants < 3 ans, PA > 70 ans
 - Création des services mandataires (PA donne mandat à une association pour une prestation de services d'aide à domicile – relation d'employeur à employé entre PA et aide à domicile)
 - Création chèques services pour l'emploi de gré à gré (deviendront les CESU)
- La marchandisation de l'aide à domicile
 - 1994: rapport CNPF *Les services à la personnes et de proximité: des marchés à développer*
- Loi Juppé de janvier 1996: possibilité pour les entreprises à but lucratif d'offrir des prestations de services à domicile à condition d'obtenir un agrément simple ou un agrément qualité



1987-1997: le télescopage des politiques de la vieillesse et de l'emploi (2)

1. La solvabilisation de la demande
 - Création de la prestation compensatrice : la prestation spécifique de dépendance - PSD en 1996, remplacée par l'allocation personnalisée pour l'autonomie - APA en 2001
2. Mise en emploi de population au chômage:
 - Création des associations intermédiaires: dans le cadre de mission d'insertion sociale et professionnelle: mise en relation des demandeurs d'emploi et des demandeurs de services à domicile
 - Développement des emplois aidés de services aux personnes (Travaux d'utilité publique – TUC, puis Contrat d'Emploi Solidarité – CES)



Services prestataires

- Mettent à la disposition du bénéficiaire de la prestation compensatrice une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile
- Les personnes qui interviennent sont salariées par l'association, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'employeur
- Garantie de continuité du service et de remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie, *etc.*
- Autorisation délivrée par le Président du Conseil Général (PCG)
- Agrément qualité obligatoire délivré par le préfet (État)



Services mandataires et « gré à gré »

- La personne peut devenir employeur et rémunérer une ou plusieurs personnes intervenant à domicile
 - soit directement (gré à gré)
 - soit par le biais d'un service, majoritairement de statut associatif (service mandataire)
- Gré à gré = toutes les obligations d'employeurs
- Services mandataires: le bénéficiaire est employeur mais
 - Le service fait toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...).
 - Le service assure également la continuité du service auprès du bénéficiaire
 - Autorisation délivrée par le Président du Conseil Général (PCG)
 - Agrément qualité délivré par le préfet (État)



PSD: Prestation spécifique de dépendance

Créée en 1996

- PA > 60 ans, prestation d'aide sociale soumise à récupération sur succession :
 - Objectif couverture des besoins des personnes: 300 000 PA (bilan 145 000 fin 2000)
 - Objectif création d'emplois : 50 000 à 70 000 (non dénombrés cf. coexistence gré à gré – services mandataires – services prestataires)



APA: Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001

- **But:**
 - Renforcer la prise en charge des PA en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante
 - à domicile et en établissement: favoriser le libre choix du lieu de vie pour la personne
- **Prestation en nature personnalisée**
 - > 60 ans, perte d'autonomie, France
 - Pas de condition de ressources mais ticket modérateur
 - Peut être mobilisée pour financer toute une palette de services par ex. APA à domicile: Aides à domicile, Matériel d'hygiène, Adaptation du logement, Télésurveillance, Portage de repas, Accueil de jour, Hébergement temporaire



APA: accès aux droits en fonction du degré de perte d'autonomie

- L'APA est gérée par les équipes médico-sociales (EMS APA), sous la responsabilité du président du conseil général (PCG)
- Instruction dossier : 2 mois
- Visite à domicile de EMS APA, évaluation via la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource), catégorisation en Groupes iso-ressources (GIR):
 - GIR 1-4 : obtention APA – mise en place plan d'aide
 - A domicile (maximum avril 2010):
 - 1235 € GIR 1
 - 1059 € GIR 2
 - 794 € GIR 3
 - 529 € GIR 4
 - GIR 5-6: prestation extra-légale (gestion: CNAV) – mise en place plan d'aide personnalisé
- Principe de révision périodique instauré par la loi
 - Chaque conseil général en définit la périodicité
 - Peut être révisée à la demande de l'intéressé ou du PCG



APA : Financement

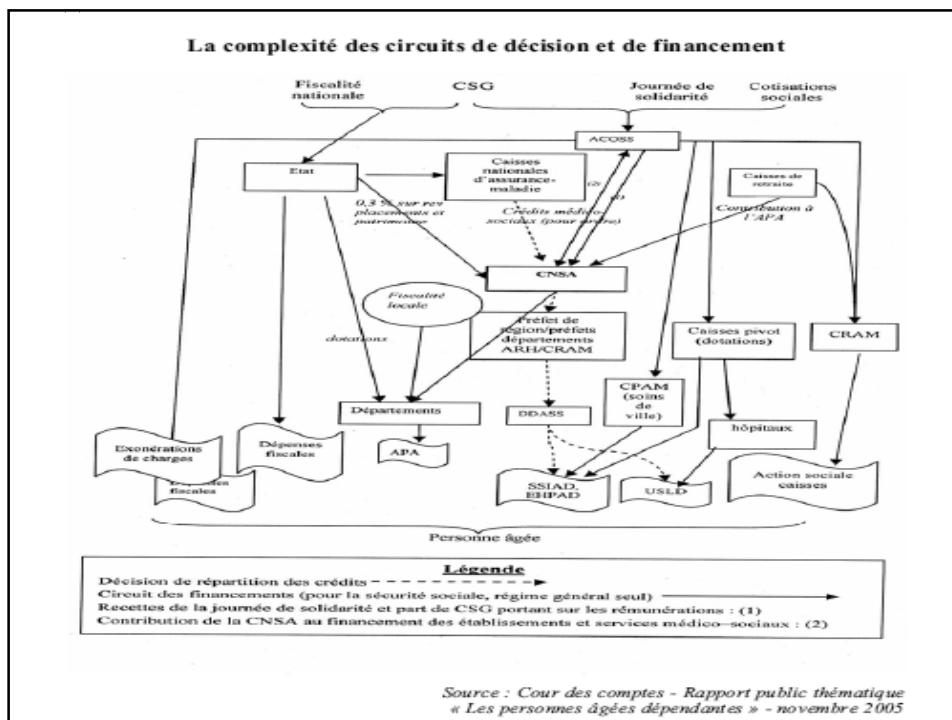
- Majoritairement Conseils Généraux (CG >50%)
 - Source: impôts locaux
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) complète l'apport des CG
 - Sources :
 - journée de solidarité
 - 0,1% de CSG
 - crédits de l'AM PA et PH



Bilan 1962-2002

Référence: Cour des Comptes 2005 Les personnes âgées dépendantes

- *« L'offre de services, de prestations et de places en établissement est insuffisante, mal répartie sur le territoire national, et ne répond qu'imparfaitement au besoin de globalité et de continuité des prises en charge.*
- *Le système de régulation et de financement d'ensemble est particulièrement hétérogène »*



Le système de régulation

■ Coexistence de deux mouvements :

1. Contrôle de l'État sur les caisses de sécurité sociale
 - 2005: Loi Organique relative aux Lois de Financements de la Sécurité Sociale (LOLFSS)
 - Convention entre l'Etat et les caisses nationales : COG sur 4 ans
 - Contrat entre caisses nationales et organismes gestionnaires: Contrats Pluriannuels de Gestion – CPG
 - Annuellement, dans chaque branche: Programme de Qualité et d'efficience – PQE
2. Décentralisation vers collectivités territoriales (en particulier les conseils généraux)
 - Acte 1: Lois Defferre de 1982-1983: autorité exécutive donnée au département et à la région
 - Acte 2: Révision constitutionnelle du 28 mars 2003: « les collectivités territoriales ont vocation à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en œuvre à leur échelon »

Juxtaposition de deux systèmes de politique publique : assurance sociale et action territoriale

	Assurance sociale	Action territoriale
Administration	Spécialisée dans la gestion d'un risque	Spécialisée dans la « gestion » de populations
Approche	Sectorielle (risque)	Transversale (population)
Organisation	Pyramidale et centralisée	Multi-niveau et décentralisée
Prestations	Contributives, solidarité professionnelle	Redistributives, solidarité nationale
Logique historique	Inspiration bismarckienne	Inspiration beveridgienne

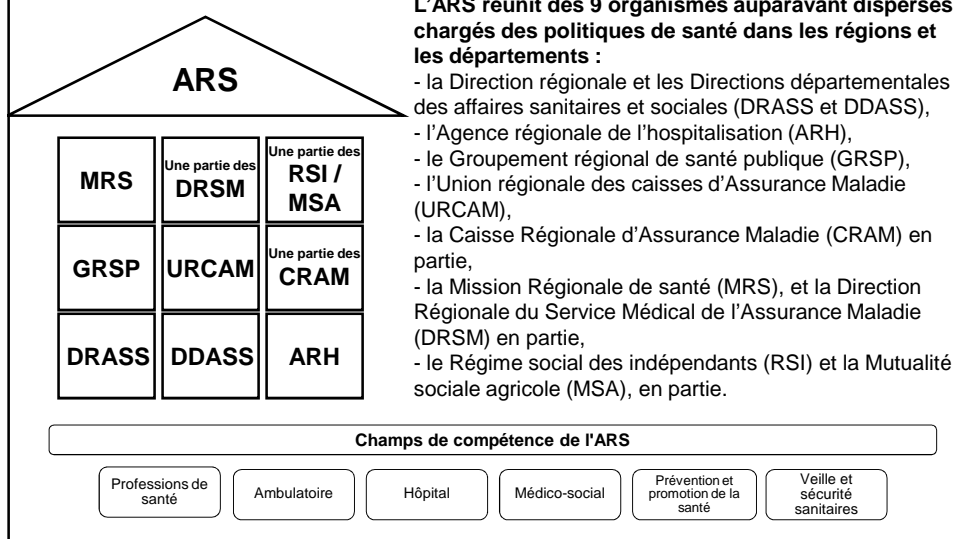
La fragmentation des administrations


- Les administrations centrales de l'État (LFSS et ONDAM)
 - DGOS : politique de l'offre de soins
 - DGS: politique de la santé publique
 - DGCS: politique de l'action sociale et médico-sociale
 - DSS: politique de sécurité sociale
- L'assurance maladie (consultations, soins, médicaments)
- L'assurance vieillesse (aide à domicile pour GIR 5-6, adaptation du logement, aide aux aidants)
- La CNSA (créée en 2004 - établissement public COG avec l'État): financements des aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées - répartis en régions à partir de l'outil PRIAC (PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie)
- Les collectivités territoriales:
 - Conseil Général: prestations légales d'aide sociale, dont l'APA ; financement de la coordination de l'action sociale en direction des PA, élaboration et mise en œuvre du schéma gérontologique, autorisation de création et de transformation des établissements et services sociaux et médicosociaux, etc.
 - Communes et Intercommunalités: aides extra légales

Et les nouvelles administrations déconcentrées de l'État: les ARS

- Loi du 21 juillet 2009: Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)
- Article 118: Création des Agences Régionales de Santé (ARS) - Entrée en vigueur des ARS: 1^{er} avril 2010
- Établissements publics à caractère administratif dotés de l'autonomie administrative et financière
 - Signature des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens 2010-2014 avec Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et Ministère des solidarités et de la cohésion sociale
- Dirigées par un DG nommé en Conseil des Ministres
- Pilotées par conseil national de pilotage CNP:
 - Membres: Ministres du budget et de la sécurité sociale, directions centrales des Ministères couvrant la santé, l'AM, PA et PH, CNSA, 3 représentants de l'UNCAM
 - Mission: directives de mises en œuvre de la politique nationale, évaluation cohérence des politiques régionales

Les ARS : composition





Le 1^{er} acteur: l'aidant informel (familial, amical ou de voisinage)

- 50% des PA ≥ 75 ans à dom. en perte d'autonomie ou dépendantes (GIR 1 à 5) reçoivent uniquement de l'aide informelle (DRESS, 2001)
- Parmi les bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4) 71% des PA ≥ 60 ans à dom. reçoivent de l'aide informelle en plus des aides professionnelles (DRESS, 2004)
- Nature des aides informelles = activités domestiques:
 - Courses
 - Administratif/budget
 - Surveillance/présence
 - Préparation repas



Équipes Médico-sociales– EMS APA

Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001

■ Missions:

- Instruction APA et information sociale et médico-sociale
- Évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée (Grille AGGIR) et élaboration de son plan d'aide (Composante essentielle de l'APA à domicile)
- Référent de la personne âgée et sa famille auprès des services du département pendant toute l'instruction du dossier APA
- Orientation les personnes les plus fragiles vers le service d'aide le plus adéquat

■ Équipe EMS APA composée de:

- 1 Médecin
- Au moins 1 Travailleur social
- +/- de(s) infirmier(s)



SSIAD: Services de Soins Infirmiers à Domicile

Décret de N°81-448 du 8 mai 1981

- Établissement social ou médico-social dépendant du Code de l'action sociale et des familles et du Code de la santé publique
- Sur prescription médicale, soins infirmiers et d'hygiène générale & concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie
 - personnes + 60 ans malades ou dépendantes (95% des interventions au 31 décembre 2008)
 - personnes adultes - 60 ans présentant un handicap
 - personnes adultes - de 60 ans atteintes de maladies chroniques



SSIAD: Equipe

- Salariés du service :
 - au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins,
 - des aides soignants qui assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de base et relationnels et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie,
 - des aides médico-psychologiques,
 - en tant que de besoin d'autres auxiliaires médicaux
- Panorama en 31/12/2008 :
 - Nb d'emplois: 33 000 (24 300 ETP) - 75% aides soignants
 - Equipe moyenne nationale: 11.6 ETP



SSIAD: Procédures

- Autorisation de création: délivrée par le préfet après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
- Financement par l'assurance maladie, forfait soins sur « place » pas d'échange monétaire entre SSIAD et patients
- Panorama en 31/12/2008 :
 - Nombre de services : 2095
 - Nombre de places autorisées : 106 000



SAAD: Services d'aide et d'accompagnement à domicile

Etablissements médicaux-sociaux prestataires ou mandataires régis par le code de l'action sociale et des familles

- But :
 - assurer au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels
 - concourir à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.
- 1 même association peut être SAAD et SSIAD = SPASAD
- Procédures:
 - Autorisation: PCG
 - Agrément qualité: préfet
- Panorama (données partielles, non agrégeables)



SAAD: les auxiliaires de vie

- Auxiliaire de vie
 - apporte une aide professionnelle dans les tâches et activités de la vie quotidienne y compris les loisirs.
 - contribue à préserver, la restaurer et stimuler l'autonomie, favorise l'insertion sociale
- Diplôme d'état (DEAVS remplace normalement le CAFAD)
 - 177 000 auxiliaires de vie sociale (temps partiels)- 2007
- Financement
 - APA (GIR 1 à 4)
 - Non bénéficiaire APA (GIR 5 et 6)
 - Aide sociale départementale (CG) si éligible AS PA
 - Sinon Caisse de Retraite, la caisse fixe le barème de participation et le plafond d'heure
 - La personne elle-même (complément)



CCAS: Centre Communal d'Action Sociale

- **Définition:** Etablissement public administratif (existence administrative et financière distincte de la commune)
- **Missions :**
 - **Aide sociale légale:**
 - Gestion équipements et services (établissements et services pour personnes âgées dont SAAD et EHPAD, crèches, haltes-garderies, ...)
 - Participation à l'instruction des demandes d'aide sociale légale (RMI, APA, Minimum vieillesse...)
 - **Aide sociale facultative** (clubs, aides aux aidants, etc.): liberté d'intervention du ressort de la politique sociale des élus locaux
- **Structuration:**
 - **Présidé par le maire de la commune**
 - **Conseil d'administration : majoritairement élus locaux** (désignés par le conseil municipal) & **personnes qualifiées** (nommées par le maire)



HAD: Hospitalisation à domicile

Etablissements de santé accrédités et certifiés – régis par le code de santé publique

- **But:**
 - Offrir une alternative à l'hospitalisation, en assurant au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés
 - Via l'association du médecin hospitalier, du médecin traitant et des professionnels paramédicaux et sociaux hospitaliers
- **Panorama 31.12.2008:**
 - 271 établissements d'HAD ont accueilli 10 000 patients par jour
 - Souvent post hospitalier
 - TAA



Les professionnels de santé

- Médicaux et paramédicaux en ville
 - Très nombreux médecins
 - Difficiles à coordonner par nature
 - 47 7000 IDE libéraux
 - 70% de la clientèle âgée > 70 ans
 - Les kinésithérapeutes
 - Les pharmaciens, etc.
- Etablissements de santé en institution
 - Les Consultations Gériatriques Hospitalières
 - Les Unités de Soins de Longue Durée - USLD
 - Les Soins de Suite et de Réadaptation - SSR



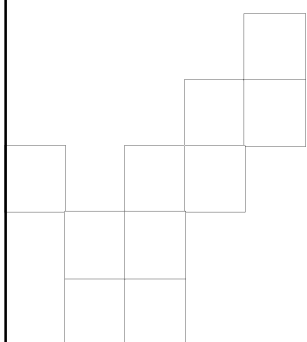
Les autres acteurs

- Le juge des tutelles/ Associations tutélaires
- Les associations (écoute et soutien téléphonique, visite à domicile, accompagnement du deuil, etc.)
- Conseils aux personnes
- L'aide aux aidants (plate-forme de répit, groupes de parole, etc.)
- Aide à la recherche d'établissement d'hébergement
- Les clubs de loisirs
- Services d'aide à la mobilité
- Etc.



Une richesse de services – mais des problèmes de lisibilité et de coordination

- Multiplicité d'acteurs et de plans d'intervention (plans d'aide EMS APA, AS AM, plan de soins SSIAD, IDE, etc.)
- Nombreuses évaluations, parfois redondantes
- Source de complexité pour la personne âgée et son entourage et son Médecin Traitant
- Source potentielle d'inéquités d'accès et de traitement,
- Basé sur le militantisme et les associations
- Structuré par l'APA
- Centralisé par l'importance du CG



Les acteurs coordinateurs du MAD

L'ère 2000:
Les dispositifs de coordination



Centre local d'information et de coordination (CLIC) - Définition

Initiés par la DGAS (DGCS), créés par la Loi du 20 juillet 2001, ce sont des services sociaux et médico-sociaux inscrits au code de l'action sociale et des familles

- **Mission:** Guichet d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage
- **Activités:**
 - Evalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé et d'accompagnement à domicile
 - Actions de prévention, de soutien aux aidants, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile



CLIC - Historique

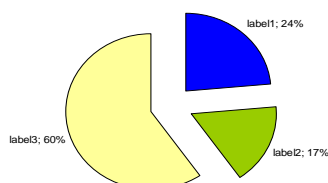
- **Juin 2000: 25 expérimentations**
 - Lancées par initiative commune PCG et Préfet (État)
- **Loi 20/07/2001: instrument d'information et de coordination territoriale**
 - co-piloté PCG/Préfet
 - comité départemental de pilotage des CLICs
- **Loi 13/08/2004: fin du copilotage, pilotage par PCG**
- **A partir de 2005: la part de cofinancement de l'État est relayée par les départements qui reçoivent à ce titre une compensation financière par transfert de fiscalité**

CLIC - Fonctionnement

- Procédures :
 - Autorisation par le PCG sur la base du cahier des charges national
 - Labellisation (pas d'accréditation)
 - Label 1: accueil, information sur les aides et prestations disponibles et soutien (fournit les dossiers de demande nécessaires à leur obtention)
 - Label 2: + mission d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé
 - Label 3: + de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi: aide à la constitution des dossiers de prise en charge et possibilité d'actionner les SSIAD, SAAD, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, d'aménagement ...
- Equipe: au moins 3 professionnels:
 - Conduite de projet,
 - Travail social,
 - Un professionnel sanitaire

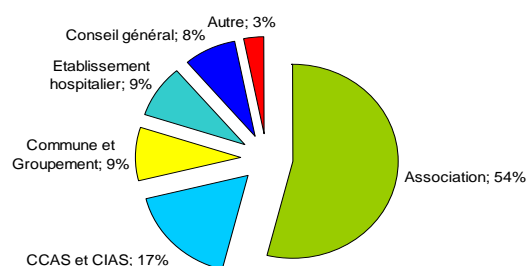
CLIC - Panorama (en 2010 Source: Ministère de la santé et des Solidarités - CLIC)

- 556 CLICs sur 96 départements:
 - Infra-départemental défini par le schéma gérontologique du département
 - En « bassin de vie »: 70 00 à 10 000 personnes > 60a en milieu rural, 150 00 en milieu urbain
- 62% de la population >60 ans a accès à un CLIC



CLIC - Panorama (en 2010 Source: Ministère de la santé et des Solidarités - CLIC)

■ Diversité des promoteurs :



CLIC – Bilan

■ Limites

- Acteurs majoritairement secteur social : CG, communes, CRAM, serv. à dom., services sociaux des hôpitaux, ...
- Agissent souvent en doublon aux EMS APA pour la planification, l'attribution et le contrôle des prestations
- Moyens humains globalement faibles

■ Avenir ?

- Tendence à l'internalisation au CG



Réseaux de santé - Définition

Initiés par la DHOS (DGOS), créés par la loi du 4 mars 2002, inscrits au Code de la santé publique

- Mission : favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité de la prise en charge sanitaire. Les réseaux répondent à une même norme réglementaire, mais différent par leur objet :
 - prise en charge globale de patients atteints par une pathologie (ex diabète...)
 - coordination des soins concernant une population géographiquement déterminée (personnes âgées,...)
- Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales, en lien avec les représentants des usagers [Articles L 6321-1 et L 6321-2 du CSP]



Réseau de santé: Financement - Historique

- ONDAM : 5ème enveloppe : DNDR - Dotation Nationale de Développement des Réseaux – gérée l'ARH et l'URCAM
- URCAM : FAQSV - Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- 2007: fusion FAQSV et DNDR dans FIQCS - Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins géré par mission régionale de santé – géré par MRS
- 2010: Compétence exclusive ARS: Fonctionnement ?
- Financement octroyé sur 3 ans, évaluation annuelle, ajustement



Réseaux de santé - Panorama

- En 2009
 - 742 réseaux de santé
 - 16% gérontologie,
 - 13% soins palliatifs,
 - 9% cancérologie,
 - 8% diabétologie,
 - 7% périnatalité,
 - 6% handicap,
 - 6 % addictologie, *etc.*
 - Montant total du FIQCS versé: 163 Millions d'€

Source: Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), Rapport d'activité 2009, DGS/CPAM, Septembre 2010



Réseaux de santé – Bilan (IGAS, 2006)

- Manque de coordination ville-hôpital
- Pas assez d'intrication médical et médico-social (absence d'interdisciplinarité, absence d'intérêt pour les collectivités territoriales)
- Pas assez de politique de formation
- Nombre restreint de médecins d'un territoire (absence de comptage et d'inclusion dans le réseau)
- Nombre insuffisant de patients pris en charge, pas d'objectifs précis de cible
- Sous-utilisation d'outils cliniques standardisés
- Le défaut d'analyse économique d'un dispositif onéreux
- Avenir?
 - En pleine mouvance et réorganisation (fusion, audit, pilotage d'expériences, etc..)
 - Diminution de l'enveloppe



Filières Gériatriques

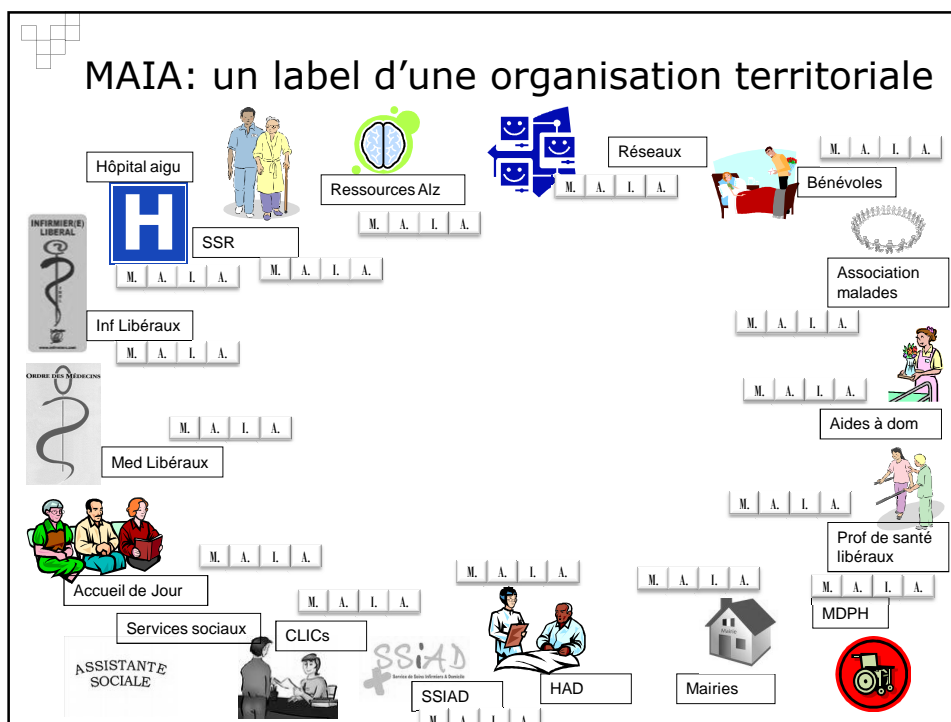
- Initiées par la DHOS (DGOS), fruits de plusieurs circulaires entre 2002 et 2007 : « *Modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques, sur un territoire donné, ayant pour objectif de couvrir l'intégralité des parcours possibles, en tenant compte du caractère évolutif des besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique* » [Circulaire du 28 mars 2007]
- Mission: Organiser le réseau de santé en coordonnant les partenaires et Diffuser la culture gériatrique
- Composition : à minima les établissements de santé :
 - SAU définir acronyme
 - Court séjour gériatrique hospitalier
 - Equipe mobile gériatrique hospitalière
 - Consultation Gériatrique
 - Hôpital de Jour Gériatrique - HDJ
 - Un ou plusieurs Soins de Suite et de Réadaptation - SSR
 - Un ou plusieurs Unités Soins de Longue Durée - USLD
- Compétence : ARS (labellisation et financement)
- Panorama: non connu (labellisation en cours)



MAIA: Maisons pour l'autonomie et l'intégration des Malades Alzheimer

Initiées par la DGS en 2006, expérimentées dans le Plan National Alzheimer 2008-2012, institutionnalisées en 2011

- Définition: « *Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités au sein de MAIA* » [Circulaire du 13 janvier 2011]
- Compétence: ARS (déploiement, financement et contrôle)
- Panorama:
 - 2010: 15 MAIA
 - 2011: 40 MAIA
 - Objectif 2012: 150 MAIA
 - Objectif 2014: 500 MAIA



Contenu du label M.A.I.A.

3 Mécanismes

- Concertation
 - Stratégique: décideurs et financeurs
 - Tactique: responsable de services
 - Clinique: autour de la personne

■ Guichet unique

■ Gestion de cas

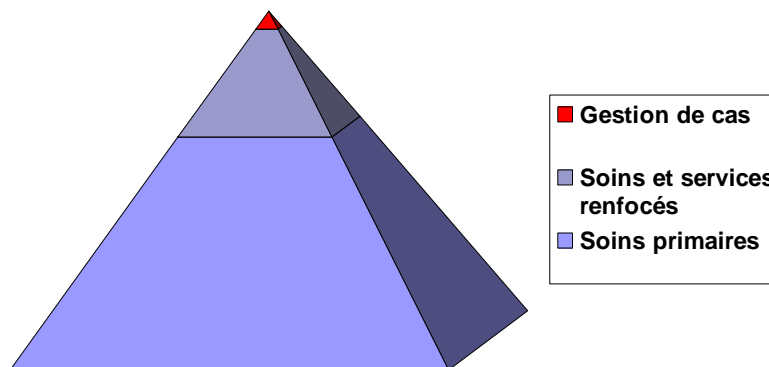
3 Outils

- Outil d'évaluation multidimensionnelle
- Plan de services individualisés
- Système d'information partagé

Concertation aux différents niveaux décisionnels

- **Le niveau national:** Etat (DGS, DGCS, DHGOS), CNSA
Caisses d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI),
d'assurance vieillesse (CNAV), Mutualité Française, ADF, AMF
- **Le niveau départemental stratégique:** Conseil
général (agents politique et administratif), Représentants de
l'Etat (ARS), Assurance maladie (CRAM), Assurance vieillesse
(CRAV), Représentants des professions libérales (URPS, ...),
Représentants des Personnes âgées (CODERPA, France
Alzheimer, *etc.*), Autres
- **Le niveau local tactique:** EMS APA, Hôpital (administratif
et clinique), Réseau de santé, CLIC, HAD, SSIAD, SAAD,
CCAS, CRAM, Représentants des Professions libérales,
Représentants des usagers, autres

Gestion de cas : Quelle clientèle?
Non pas les Malades Alzheimer mais
les PA en situation complexe





La gestion de cas

- Porté par un professionnel issu du secteur sanitaire ou social, avec formation spécifique complémentaire (DIU), travaillant en équipe pluridisciplinaire (au moins 2 professionnels de 2 disciplines: IDE, TS, ESF, Ergo, Psycho, etc.)
- Mission :
 - Un correspondant unique, responsable de la prise en charge globale, interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant
 - Un champ d'action aussi bien social (ex. appui grille AGGIR EMS APA) que sanitaire (ex. appui observance médicamenteuse SSIAD)
 - Une action continue dans le temps (y compris lors d'hospitalisation)
 - Responsable de l'évaluation globale des besoins de la personne et de l'élaboration de son plan de services individualisé



MAIA: les nombreux malentendus

- A de Alzheimer
 - La maladie d'Alzheimer comme un modèle pour un dispositif ambitieux de réorganisation des services car une maladie qui touche toutes les dimensions de la « santé » (au sens de l'OMS physique, mental et social)
 - Pas une fin en soi: *« Ce système, destiné en premier lieu aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, pourra s'élargir à toute personnes âgées dépendantes, voir à toute situation de perte d'autonomie »*

[Plan National Alzheimer 2008-2012]
- M de Maison : mais pas une nouvelle structure car *« en associant les secteurs sanitaire, médico-social et social une MAIA sera créé sur la base de l'existant sans superposition de nouvelle structure »*

[Plan National Alzheimer 2008-2012]



Merci!

Pour de la documentation sur ces
nombreux dispositifs, n'hésitez pas à
me contacter:
h.trouve@fng.fr