

# La coordination médico-sociale en gériatrie

## Les tendances de notre système actuel

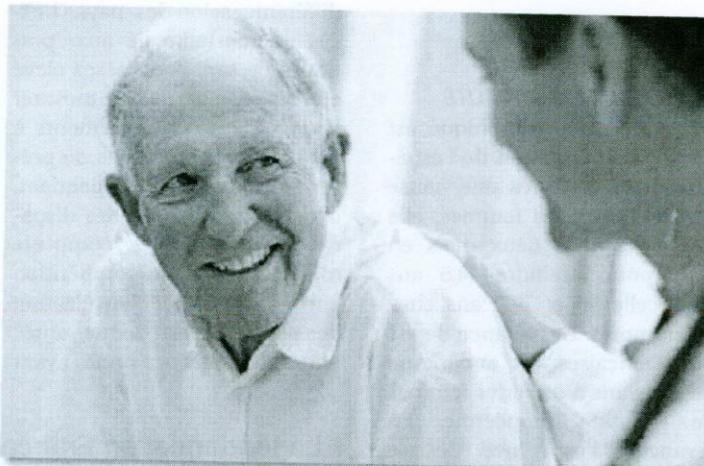
Dr Franck Le Duff, Dr Alexandra Clouet d'Orval, Arnaud Claquin, Dr Hélène Kazarian, Danièle Antoine, Dr Olivier Guérin\*

### INTRODUCTION

Trois faiblesses au moins et quatre tendances caractérisent notre système de santé actuellement. Du point de vue des faiblesses, la mortalité prématurée évitable, l'espérance de vie sans incapacité et les inégalités territoriales et socio-économiques méritent que l'on s'y attarde et que l'action politique en santé publique continue son action. En matière de tendance, ces mêmes politiques doivent prendre en compte quatre facteurs, soit pour les accompagner, soit pour essayer de les corriger. Ces tendances touchent en effet, soit à des risques liés à l'environnement et aux modes de vie (dont le risque social) ; soit à des risques sanitaires à diffusion rapide, au vieillissement de la population ou à la prégnance croissante de l'enjeu d'efficience.

**E**n matière de vieillissement, le poids démographique amène à refonder notre représentation du vieillissement et de la personne âgée telle que nous la concevons depuis plus de 50 ans. Il n'y a pas un type de vieillissement, ni un profil type de personne âgée mais une multiplicité de représentations ou de modalités et, lorsque cela se

\* CHU de Nice



© Jacob Wackerhausen - iStockphoto

**La prise en charge sous la forme d'un réseau de santé nécessite une démarche participative des acteurs concernés et une formalisation des engagements de chacune des parties est nécessaire.**

présente, la prise en charge nécessaire pour répondre aux besoins ne peut plus être unique et standardisée à l'ensemble de la population vieillissante. Outre le décloisonnement des spécialités pour répondre aux maladies chroniques, c'est également avec les autres secteurs dont le social ou l'urbanisme qu'il va falloir compter.

### LA DÉMOGRAPHIE DU VIEILLISSEMENT

#### UNE PROGRESSION IRRÉGULIÈRE

Fait connu et reconnu, la population vieillit. Ce vieillissement est inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges

actuelle. Selon les projections de l'Insee, une personne sur trois aura 60 ans ou plus en 2050 avec 22,3 millions de personnes contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. La progression, non linéaire, semble évoluer en trois phases : une phase de croissance faible qui se termine actuellement (depuis 2006), suivie d'une phase de progression rapide jusqu'en 2035, durant laquelle les personnes de plus de 65 ans passent de 9,9 à 16,7 millions, et enfin une hausse plus modérée de 2035 à 2050, accompagnée par contre d'une forte mortalité des plus de 90 ans. Toujours selon l'Insee, la France comptait, en 2008, 5,5 millions de personnes

de plus de 75 ans contre 4,3 millions en 2000. Ce vieillissement modifie profondément les équilibres entre générations : depuis 2000, la part des jeunes de moins de 20 ans n'a cessé de baisser, passant de 25,8 % à 24,7 %, tandis que celle des plus de 60 ans s'est élevée de 20,4 % à 22,6 %. Cette proportion sera de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050.

## AUGMENTATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE ET BAISSE DE LA MORTALITÉ

L'évolution démographique est liée à l'augmentation de l'espérance de vie. Après une pause en 2008 chez les femmes, elle a progressé de deux mois en 2009 pour atteindre 84,5 ans chez celles-ci et 77,8 ans chez les hommes. L'espérance de vie des Françaises est supérieure de deux ans à celle des femmes de l'Union Européenne. En revanche, l'espérance de vie des hommes est juste dans la moyenne des principaux pays européens.

La baisse de la mortalité entre 70 et 90 ans explique en grande partie cette progression. Sur 3,7 millions de décès tous âges confondus survenus au cours de l'année 2000, 3 millions concernaient des personnes âgées de plus de 64 ans. Huit décès sur 10 surviennent après 64 ans. Et c'est en France que le niveau de mortalité était le plus faible, aussi bien pour les hommes que pour les femmes ; les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (4 sur 10 pour les hommes et 1 sur 2 pour les femmes), suivies des cancers (le quart des décès), puis des maladies de l'appareil respiratoire (10 %), le diabète et les morts violentes représentant chacun 3 % des causes de décès

à ces âges.

La mortalité par mort violente (chutes accidentelles, suicides et accidents de la circulation) est particulièrement importante en France, ainsi que dans des pays du nord tels que le Danemark, la Finlande et le Luxembourg. La surmortalité masculine est une caractéristique générale en Europe, mais avec une ampleur différente selon les pays. L'excès de mortalité lié aux "pratiques de santé" est assez élevé en France. Il permet de mesurer l'impact des comportements à risque et des politiques de prévention primaire. Cependant, dans l'interprétation des disparités, il faut prendre en compte le rôle potentiel d'une compétition entre causes de décès (sélection des personnes en "bonne santé" par rapport aux personnes ayant

trées en fin de vie et concernant davantage les femmes du fait de leur longévité.

Ainsi, à 65 ans, en 2000, les femmes pouvaient espérer vivre sept ans sans limitations fonctionnelles, treize ans sans limitations d'activité et dix-sept ans sans restrictions pour les soins personnels tandis que pour les hommes, ces périodes étaient respectivement de sept, douze et quinze ans. Cependant, dans la mesure où leur vie est plus longue, les femmes passent plus de temps avec des incapacités.

L'état de santé des seniors est très lié aux affections déclarées dès 45 ans. Parmi ces affections, les pathologies ostéo-articulaires atteignent plus d'une personne sur quatre. L'hypertension artérielle concerne 11 % des hommes et des femmes.

## La tendance, en France, est plutôt à une diminution de la morbidité, mesurée par l'incapacité.

des comportements à risque) qui expliquerait le contraste en France entre une position générale favorable et un taux élevé de mortalité prématurée.

## ETAT DE SANTÉ DES PERSONNES DE PLUS DE 64 ANS

L'allongement de la vie va de pair cependant avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. Le vieillissement n'a évidemment pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou si l'allongement de la vie s'accompagne de maladies et d'incapacités. Les années de vie avec incapacité sont souvent concen-

Les troubles du sommeil et les états dépressifs sont également fréquents. Enfin, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées voient leur augmentation fortement corrélée à l'âge puisqu'à partir de 85 ans, une femme sur quatre et un homme sur cinq sont touchés.

Cependant, la tendance, en France, est plutôt à une diminution de la morbidité, mesurée par l'incapacité : depuis vingt ans, on constate un recul des limitations fonctionnelles physiques (mesurées par les restrictions d'activité de la vie quotidienne), un recul des incapacités légères ainsi qu'une diminution de l'incapacité sévère, mesurée par l'alitement ou

le confinement au domicile. A contrario, la prévalence des maladies chroniques a augmenté, mais elle est moins souvent associée à des incapacités. Il faut être cependant très vigilant car il est possible que l'évolution de certains facteurs de risque tels que l'obésité ou certaines pathologies chroniques n'aggrave les incapacités.

## EVOLUTION SOCIOLOGIQUE DU VIEILLISSEMENT, MAINTIEN À DOMICILE ET COORDINATION MÉDICO-SOCIALE

### LA VIEILLESSE :

#### UNE DÉFINITION QUI ÉVOLUE

Ambigu et peu représentatif de la notion qu'il véhicule, l'âge seul, choisi pour représenter la personne avançant en âge, n'est plus suffisant. L'approche classique qui définit la personne âgée à partir d'une limite d'âge unique ne permet pas de représenter la variabilité extrême des individus. La définition du vieillissement, considéré sous l'angle du parcours de vie, n'est pas encore très répandue. La représentation sociale du vieillissement comme longue pente douce vers l'incapacité mérite d'être nuancée, puisque les trajectoires des personnes sont influencées dès le plus jeune âge et chaque individu a la capacité de modifier sa propre trajectoire. Le vocable associé est également très varié puisque l'on parle de patient âgé, de patient âgé fragile, de patient gériatrique auquel on associe parfois d'autres adjectifs comme le patient polypathologique ou dépendant et pour lequel un maintien à domicile est plus ou

moins possible ou acceptable. Selon l'enquête Insee Handicap-incapacités-dépendances (HID) réalisée entre 1998 et 2002, sur 1 million de personnes âgées dépendantes, les 3/4 vivent à domicile, 66 % sont des femmes et 1/4 a plus de 85 ans. Selon la DREES, au 30 septembre 2005, 56 % des 911 000 bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile. Cela représente 540 000 bénéficiaires, dont 37 % ont plus de 85 ans et de nombreuses limites telles que l'état de santé, la famille ou son absence, le coût prohibitif des aides à domicile non prises en charge par l'Assurance maladie, entravent le maintien à domicile de bon nombre de personnes âgées qui le souhaiteraient. Bernard Ennuyer rappelle très bien dans son ouvrage que le « *domicile est donc tout à la fois un chez soi, un abri, un territoire, une tanière, un cadre familial, un repère et un repaire, mais aussi un cadre juridique qui définit la personne au sens de la loi* » et que « *dans son domicile, l'habitant a le sentiment d'être souverain, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre. L'emboîtement de la souveraineté, de la durée et de la légalité qui font du domicile le symbole de l'inscription sociale de l'habitant, en fait aussi le repère principal de son identité sociale, dont la perte est ressentie comme une chute hors du champ social légitime, dans les marges de la société* ». L'expression "sans domicile fixe", qui appartient à l'origine à une terminologie administrative, a évolué vers le raccourci SDF, aujourd'hui d'usage commun en France, qui véhicule alors les connotations à la fois tragiques et socialement infamantes de cette perte.

### COMMENT RESTER À DOMICILE ?

Rester et résider à domicile impliquent une coordination médico-sociale. On trouve actuellement, face à face, pléthore d'acteurs qu'il est nécessaire de coordonner, d'informer et de solliciter. Généralement encadrés ou mobilisés par le médecin généraliste qui a fort à faire, ces partenaires peuvent être pris en charge soit par l'aide sociale soit par le régime d'Assurance maladie de l'assuré. La coordination d'un parcours de santé peut être complexe et un exemple peut permettre d'appréhender les actions et les acteurs qui les mènent. A ce niveau, il est remarquable que les technologies de l'information et de la communication (TIC) appliquées au maintien à domicile puissent apporter une aide considérable, en complément de l'aide humaine. De plus, ces éléments disposés dans l'habitat, qu'il s'agisse de capteurs portés par le sujet ou placés dans son environnement intérieur, peuvent donner aux professionnels de santé des informations précieuses, permettant d'anticiper et donc d'éviter des décompensations de fragilités gérontologiques, et diminuer ainsi les situations de crise et le recours aux structures de soins d'urgence. Mais cette approche nécessite une prudence éthique et technique par l'expérimentation et l'évaluation. C'est dans cette volonté que le Centre d'Innovation et d'Usages de Nice, associé au Centre National de référence Santé à Domicile et Autonomie, organisent des expérimentations selon des protocoles très rigoureux afin de valider des solutions technologiques propices au maintien à domicile de nos aînés, soit par le département (aide sociale, allocation personnalisée d'autonomie),

soit par les caisses de retraite et le régime d'Assurance maladie de l'assuré. La coordination d'un parcours de santé peut être complexe et un exemple peut permettre d'appréhender les actions et les acteurs qui les mènent.

### LA COORDINATION D'UN PARCOURS DE SANTÉ PAR L'EXEMPLE

Lorsque la demande émerge de la part d'un patient ou de sa famille de vouloir rester à domicile en dépit d'une rupture sociale ou d'un problème de santé, fragilité, perte d'autonomie et dépendance sont alors à évaluer afin de définir un projet de vie satisfaisant répondant aux besoins et aux désirs de la personne âgée. Ce projet de vie ne peut s'élaborer qu'avec une approche sanitaire et médico-sociale. Optimiser la prise en charge, c'est coordonner un parcours de soin et l'ensemble des aides au domicile. La famille et le médecin référent sont au cœur de cette prise en charge, laquelle est chronophage car variable dans le temps et complexe en raison d'une offre de soins dans les champs sanitaires et d'une offre de services médico-sociaux parfois opaque pour les usagers.

### L'IMPORTANCE DE LA DÉMARCHÉ PARTICIPATIVE

Si nous prenons le modèle de prise en charge sous la forme d'un réseau de santé, structure qui se veut être modèle en matière de prise en charge médico-sociale complexe, une démarche participative des acteurs concernés et une formalisation des engagements de chacune des parties sont nécessaires. Le résultat attendu de ce mode de fonctionnement est de créer de la valeur

ajoutée en termes d'efficience, de qualité et de sécurité de la prise en charge, en respectant la place du médecin traitant comme pilier du dispositif et en intégrant l'usager dans la prise de décision, qui doit aboutir à la réalisation d'un plan personnalisé de santé, adapté aux besoins du patient et concerté avec l'ensemble des acteurs prenant en charge ce même patient.

### CRONOSS 06 : UN EXEMPLE DE RÉSEAU

Le réseau CRONOSS 06, implanté sur le territoire de Nice a pour objectif de favoriser un maintien à domicile pertinent et de qualité avec les professionnels de santé libéraux, et de coordonner l'orientation des personnes âgées afin d'optimiser leur parcours de santé. La population cible de ce réseau est les personnes âgées de plus de 75 ans, vivant dans la commune de recrutement et souffrant de poly-pathologies et/ou de démences. Il regroupe au sein d'une cellule de coordination des médecins, infirmières et personnel administratif et travaille étroitement avec les services sociaux de la ville. Concrètement, lors d'une demande et afin de procéder à une inclusion dans le réseau, l'accord du patient et/ou de son représentant légal ainsi que celui de son médecin traitant sont obligatoires. Le médecin généraliste référent est aujourd'hui le spécialiste du premier recours, il coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse et la communication entre acteurs en permettant ainsi la continuité des soins. Le médecin traitant dispose donc de critères d'alerte, pouvant justifier la prise en charge par le réseau. Ainsi, en cas de dépendance physique ou psychique, de fragilité médicale (notion de chute, d'hospitalisation(s)

à répétition, perte de poids), ou de fragilité sociale (isolement, logement inadapté, précarité financière, situation de rupture), le médecin sait qu'il peut bénéficier du soutien de l'équipe du réseau dans la gestion du cas. L'équipe du réseau organise une évaluation médico-psycho-sociale du patient à son domicile, et élabore un Plan Personnalisé de Santé (PPS), qui se subdivise en un plan de soins et un plan d'aides. Ce PPS, une fois mis en place, en accord avec le patient et le médecin traitant, est suivi et réévalué selon des modalités propres aux besoins du patient. Adossé au Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) de la ville de Nice, labellisé au niveau 3, le réseau bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de personnels administratifs. Ce CLIC, qui accueille les personnes de plus de 60 ans domiciliées sur la commune, leurs familles ainsi que les professionnels de la gérontologie et de santé assure ainsi de nombreuses missions, que l'on peut résumer en quelques lignes :

- une mission d'accueil, d'écoute et de conseils où il évalue et oriente le public ;
- une mission de promotion de l'offre de services par la mise à jour d'une banque de données ;
- une action d'accompagnement médico-psycho-social en mobilisant les partenaires des secteurs médico-social et social ;
- une mission de coordination des dispositifs institutionnels et des professionnels du secteur gérontologique.

De l'expérience de vie de ce réseau, plusieurs réflexions et questionnements sont nés. Ainsi,

le réseau est le "liant" entre les secteurs sanitaire et médico-social, ainsi qu'entre la médecine de ville et les établissements ou institutions des secteurs privé/public (Fig. 1). La démarche de décloisonnement est un travail de proximité, nécessitant des adaptations quotidiennes qui aboutit à une analyse fine des besoins et des démarches d'innovations pouvant faciliter la "vie du patient" dans le système de santé et, à travers cela, promouvoir également la qualité de vie du professionnel dans ce même système.

Ainsi structuré, le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un (ou des) problème(s) de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté santé. Il formalise des protocoles de coopération entre la ville et l'hôpital, entre le public et le privé, répondant aux besoins et attentes spécifiques de chacun et participe ainsi à une meilleure lisibilité des dispositifs offerts au public. Dans le cadre d'un Espace Partagé de Santé Pu-

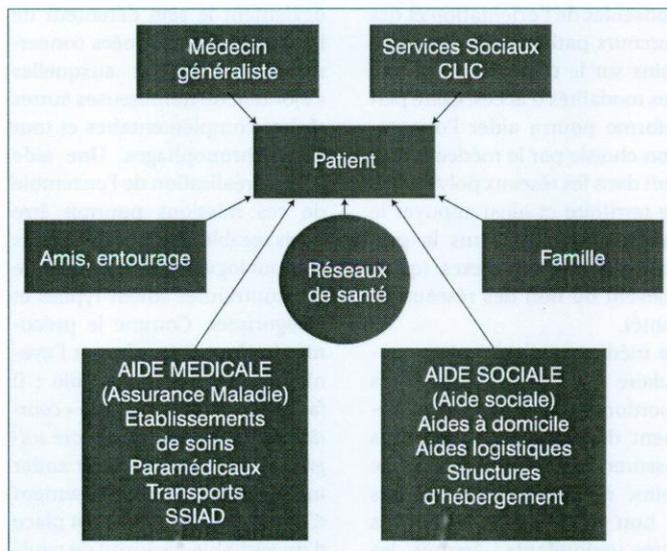


Figure 1 - Les acteurs de la coordination médico-sociale.

l'Agence Régionale de Santé, qui vient ainsi soutenir l'action intersectorielle en Région PACA.

#### LES AXES DE TRAVAIL

Après analyse du contexte et des problématiques soulevées par les réseaux, quatre axes de travail intersectoriels peuvent permettre de structurer une offre de services coordonnés à la personne. Un

premier axe concerne la refonte des chartes et procédures d'adhésion communes des professionnels libéraux pour les trois cibles des réseaux (institutions, professionnels libéraux et établissements de santé). L'enjeu est ici de simplifier encore le système pour les acteurs eux-mêmes et non plus seulement pour les usagers. Un deuxième axe concerne les conventionnements entre réseaux de santé et établissement de santé afin d'établir clairement le degré de pertinence d'une prise en charge en fonction des compétences propres à chaque acteur sur le territoire. Le troisième axe de travail doit permettre d'aboutir à des plans personnalisés de santé cohérents et rendus homogènes par le décloisonnement sur le territoire, des différentes offres de santé dans les champs médicaux et médico-sociaux. Enfin, en ce qui concerne le dernier axe, le partage d'information nécessaire entre les différents acteurs doit être organisé afin d'améliorer l'efficacité du parcours de santé (redundance des soins et perte d'information).

#### DES PISTES À EXPLORER ?

Ces axes participent à l'idée d'une plateforme d'aide à la coordination, à guichet unique, dont les missions seront d'informer les médecins traitants (res-

**Le réseau est le "liant" entre le secteur sanitaire et médico-social, ainsi qu'entre la médecine de ville et les établissements ou institutions des secteurs privé/public.**

blique (EPSP) unique en France, cette réflexion est d'ailleurs étendue à l'ensemble des réseaux de santé des Alpes-Maritimes, des associations d'usagers et de professionnels de santé, au sein du Centre de Soutien aux Réseaux de Santé (CSRS), financé par le Fonds d'intervention de la coordination et de la qualité des soins de

premier axe concerne la refonte des chartes et procédures d'adhésion communes des professionnels libéraux pour les trois cibles des réseaux (institutions, professionnels libéraux et établissements de santé). L'enjeu est ici de simplifier encore le système pour les acteurs eux-mêmes et non plus seulement pour les usa-

ponsables de l'orientation et des parcours patients) sur l'offre de soins sur le territoire, ainsi que des modalités d'accès. Cette plateforme pourra aider l'orientation choisie par le médecin traitant dans les réseaux polyvalents de territoire et ainsi appuyer le médecin traitant, dans la gestion des cas complexes (qu'ils relèvent ou non des réseaux de santé).

Le médecin traitant, pierre angulaire du parcours de soins coordonné cumule officiellement de nombreuses missions (assurer le premier niveau de soins, orienter le patient vers le bon interlocuteur, éviter les actes redondants, assurer les soins de prévention, favoriser la coordination par l'intégration d'une synthèse des informations dans le dossier personnel) ; il est

également le seul détenteur de l'ensemble de données concernant son patient auxquelles s'ajoutent de nombreuses autres tâches complémentaires et tout aussi chronophages. Une aide pour la réalisation de l'ensemble de ces missions pourrait être envisageable par des structures d'appui logistique pour peu que ces contraintes soient typées et catégorisées. Comme le préconise le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie : il faut concrétiser l'idée que « *coordonner les soins, c'est encore soigner* » et ainsi recommander maintenant le franchissement d'une étape par la mise en place d'un véritable dispositif de coordination personnalisé, visant prioritairement les personnes très âgées les plus fragiles en partageant et organisant la fon-

ction de coordination à proximité immédiate de la personne et des aidants familiaux. Cette coordination, à la fois soignante et sociale, doit apporter une aide aux démarches administratives, garantir la circulation de l'information et permettre une synthèse médico-sociale favorisant la prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, en concertation avec le médecin traitant référent. ■

### Mots-clés :

Politique, Démographie,  
Coordination médico-sociale,  
Vieillesse, Parcours de santé

### ► POUR EN SAVOIR PLUS

1. Pla A, Baumel C. Bilan démographique 2009. Insee première janvier 2010 ; 1276.
2. Jouglu E, Pavillon G, Le Toulec A et al. Disparités du niveau de la mortalité des personnes de plus de 64 ans dans les pays de l'Union européenne, année 2000. BEH 2006 ; 5-6 : 39-42.
3. DREES. Décembre 2005 ; 452.
4. Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile. Editions Dunod 2006 - 288 pages.
5. Serfaty-Garzon P. (2003). Chez soi - Les territoires de l'intimité. Paris : Armand Colin 2003 : 64.
6. DREES. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi de santé publique. Rapport 2008.
7. Plan National 'Bien Vieillir 2007-2009'. Ministère de la Santé et des Solidarités.
8. Polton D, Sermet C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé. BEH 2006 ; 5-6 : 49-52.
9. Le Centre de Soutien aux Réseaux de Santé (CSRS), un premier pas vers un réseau intégré territorial polyvalent. Revue Réseaux Santé & territoire 2010 ; 33.
10. Caradec V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris : Nathan, 2001.
11. Membrado M. Processus de vieillissement et "secondarité", la ville des vieux. Joël Yrpez (coord.). Editions de l'Aube, 1998 : 95-106.

## Repères en Gériatrie sur le web



**Abonnez-vous à la revue Repères en Gériatrie et accédez aux archives du magazine + feuilletez les numéros sur [www.geriatrics.org](http://www.geriatrics.org) (accès gratuit réservé aux abonnés\*)**

L'abonnement à la revue Diabète & Obésité vous permet de bénéficier d'un accès illimité et gratuit à l'intégralité des sites d'Expressions Santé : [www.geriatrics.org](http://www.geriatrics.org) - [www.diabeteetobesite.org](http://www.diabeteetobesite.org) - [www.neurologies.fr](http://www.neurologies.fr) - [www.ophtalmologies.org](http://www.ophtalmologies.org) - [www.cardinale.fr](http://www.cardinale.fr) - [www.onko.fr](http://www.onko.fr) - [www.rhumatos.fr](http://www.rhumatos.fr)

**A très bientôt sur [www.geriatrics.org](http://www.geriatrics.org) !**