

Maintien à domicile

Les atouts des réseaux

P. LEROSEY/MÉDIATHÈQUE CCMSA

Des professionnels se coordonnent et organisent tout, des soins à l'aide ménagère en passant par le portage de repas. L'objectif : offrir un maintien à domicile de qualité. Cas concret avec un réseau créé dans le Saumurois.

Voilà un joli mot : « coordination ». Et parfois cela fonctionne. C'est ainsi que sont nés les réseaux de santé dans les années 1990. Des professionnels s'unissent pour tenter d'apporter des réponses aux besoins de la population, là où le système de santé est défaillant face aux problèmes de sida, diabète, alcool, périnatalité, cancer, grand âge... Ces réseaux combinent une prise en charge globale des patients (sanitaire, sociale, médico-sociale) avec une éducation à la santé (prévention) et une amélioration des pratiques professionnelles (protocoles, échange des savoir-faire). Ils fonctionnent grâce à des crédits de l'assurance maladie et des subventions des conseils généraux ou des municipalités. Il en existe 800 aujourd'hui, de nature assez hétérogène, dont certains se sont regroupés en union nationale (www.UNRsante.fr). Parmi tous ces réseaux, 110 sont à vocation gériatrique, dont une quarantaine rassemblés en fédération (<http://fnrg.hautetfort.com>).

Erreurs de jeunesse

Plusieurs rapports ont montré les bienfaits de telles organisations, comme celui de la Cour des comptes sur les soins palliatifs ou celui de la Mutualité sociale agricole (MSA) sur les réseaux gériatriques. Seul bémol, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) qui montrait les erreurs de jeunesse de certains réseaux de santé. Mais il critiquait surtout les mécanismes de financement et d'accompagnement, jugés inopérants⁽¹⁾.

Car monter un réseau demande de l'énergie, du savoir-faire, des financements pérennes – le nerf de la guerre! – et une démarche d'accompagnement forte. Première épreuve, convaincre les professionnels qui craignent une ingérence dans leurs pratiques ou un surcroît de travail. Or, face

à des situations complexes, le généraliste s'aperçoit vite que sa prise en charge a des limites, ou que l'hôpital n'est pas toujours la bonne réponse. Travailler en lien avec d'autres est donc un vrai « plus » pour lui. Dans le réseau gériatrique du Saumurois, visité par *Que Choisir* cet été, 100 % des généralistes avaient adhéré, avant la récente extension de territoire.

Aberrations administratives

Situé à Doué-la-Fontaine (49), ce réseau est l'un des dix-neuf ayant participé à l'expérimentation lancée par la MSA entre 2000 et 2004. Désormais autonome, « il s'est développé au-delà de nos espérances de départ », commente le Dr Jean-Yves Cesbron, à l'origine de cette aventure. Et le praticien d'ajouter : « Notre territoire s'est élargi progressivement, passant de 30 000 à 130 000 habitants et, depuis le mois de mai, nous avons aussi pu aider à la mise en place d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD). » Cette réussite ne s'est pas construite sans heurts, il a parfois fallu batailler pour convaincre les professionnels et combattre des aberrations administratives. « Le territoire du réseau a failli être calqué sur celui des gardes des généralistes, explique le Dr Cesbron. De ce fait, depuis janvier, nous ne pouvions plus prendre en charge des personnes qui habitent à 5 km de chez nous, alors qu'elles sont dans le réseau depuis 10 ans. Des maires ont spontanément écrit à l'Agence régionale de santé (ARS) pour nous soutenir et nous avons finalement été entendus. »

Le réseau a quelques projets en cours comme un Pôle santé, de la visioconférence entre médecins et une Maia (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) en association avec trois Clics locaux (centre local d'information et de coordination) et la Maison départementale des personnes handicapées

Les réunions intergénérationnelles aident à briser l'isolement des plus âgés.



RÉSEAUX GÉRIATRIQUES



Les réseaux gérontologiques permettent le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

(MDPH). « On colmate les brèches de l'organisation des soins au fur et à mesure, poursuit le Dr Cesbron. Mais il faut aussi parler de l'effet induit du réseau : ainsi le service de garde itinérante lancé par une association d'aide à domicile, l'ADMR, a pu naître grâce à lui, alors que des expériences identiques près de chez nous ont échoué faute de demandes. »

Sur les quelque 200 demandes de prise en charge reçues chaque année par le réseau de Doué-la-Fontaine, environ 80 sont acceptées. Les autres sont réorientées vers la structure adaptée : soins palliatifs, assistante sociale, équipe mobile Alzheimer... Il ne s'agit pas d'une simple information, mais d'une mise en relation.

Une admission en trois étapes

Pour les personnes admises, les choses se déroulent en trois temps. D'abord, la visite d'une infirmière du réseau au domicile pour en expliquer le fonctionnement, faire un diagnostic du logement, monter si besoin un dossier APA (Allocation personnalisée d'autonomie), recueillir l'accord de la personne et du médecin traitant. Ensuite, rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique complète (généraliste, ergothérapeute, psychologue, kiné, infirmière) et, en fin de journée, synthèse des déficiences repérées : vue, audition, marche, troubles cognitifs... Certains réseaux gérontologiques pratiquent cette évaluation à domicile. Troisième et dernière étape, la réunion de coordination chez la personne âgée, avec tous les intervenants potentiels, pour préparer le plan personnalisé d'intervention qui englobe soins et aides diverses. Celui-ci est envoyé au conseil général, qui le valide. Le plan est revu chaque année. Dans l'intervalle, il est suivi régulièrement. « Nous recevons beaucoup d'appels, de diverses natures, indique Joëlle Servins, coordinatrice du réseau

de Doué. Cela peut être pour une aide technique en panne, une chute, des familles qui angoissent ou le stress des intervenants face à des soupçons de maltraitance. »

L'entrée dans le réseau se fait parfois de manière urgente. Par exemple, pour gérer une sortie d'hospitalisation. « Dans cette situation, c'est plus complexe, car l'évaluation est plus difficile à faire. Et ce n'est pas simple de tout mettre en place en quelques heures. Il faut aussi éviter une dérive, qui serait d'utiliser le réseau pour libérer des lits le plus tôt possible et dans de mauvaises conditions », insiste le Dr Cesbron.

L'âge moyen des personnes prises en charge est de 84 ans. « Ceux de 60 ans sont l'exception, témoigne Joëlle Servins, mais ils ont souvent de grands besoins à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou encore d'une sclérose en plaque. » Certains réseaux, quant à eux, ne s'adressent qu'aux plus de 75 ans.

Des retombées positives

L'entrée entraîne automatiquement une augmentation des diverses aides. Le rapport d'évaluation pour 2007 montre que le nombre de patients bénéficiant d'une auxiliaire de vie est passé de 57 à 98 %, leurs heures de présence de 13 à 32. Les aides techniques ont bondi de 41 à 93 %, la téléassistance de 13 à 35 % et le portage de repas à domicile de 7 à 21 %. Sans oublier l'augmentation du recours à l'hébergement temporaire et aux accueils de jour. Ces efforts conjugués semblent porter leurs fruits, puisque « le groupe réseau » se porte mieux que « le groupe témoin » constitué au commencement : on y dénombre moins de placements en institution (7 % contre 10,3 %), de décès (9,7 % contre 20,4 %), d'hospitalisations et de dépenses ambulatoires (799 € contre 1 088 € par patient/mois, soit une économie de 625 280 € pour l'année 2007). ➔

L'âge moyen des personnes prises en charge est de 84 ans

L'enjeu : mieux prendre en charge la dépendance

→ D'autres initiatives ont été menées. Un réseau de bénévoles s'est ainsi créé en 2005, afin d'effectuer des visites hebdomadaires aux personnes les plus isolées. Et tous les trois mois des activités culturelles sont organisées, avec goûter à la clé. Les bénévoles reçoivent une formation annuelle (sur le vieillissement, le secret professionnel, l'écoute...) et se réunissent tous les mois avec la coordinatrice et un médecin, pour évoquer les situations difficiles.

La coordination a du bon

À travers cet exemple de Doué-la-Fontaine, le constat s'impose : un réseau gérontologique permet une meilleure prise en charge des personnes dépendantes. C'est également un facteur d'attractivité pour les professionnels et une manière de lutter contre la désertification médicale. Si la coordination issue du terrain a bien des atouts, elle semble plus complexe à mettre en œuvre lorsqu'elle vient d'en haut. En matière de politique vieillesse, on a vu se succéder les initiatives depuis les années 1960 : coordonnateurs, réseaux de santé, Clics, etc. Dès 2003, la Cour des comptes recommandait de clarifier les rôles de chacun, la frontière entre eux étant mal tracée⁽²⁾. Elle revenait à la charge en 2005, relevant au passage l'absence de schéma gérontologique (un état des lieux des besoins et de l'offre existante en matière d'établissements et de services) dans de très nombreux

départements. L'année dernière, elle distribuait à nouveau de mauvaises notes (QC n° 469, p. 23). Et le temps ne change rien à l'affaire. Les difficultés de coordination persistent entre les services de l'État et les départements, de même que l'absence d'analyse des priorités. Ainsi, en matière de programmation de construction d'établissements, les dossiers peuvent être vus par simple ordre chronologique ou retenus pour d'autres motifs. « Les opérateurs privés qui ont les moyens financiers nécessaires peuvent engager des travaux avant même d'avoir obtenu l'autorisation. Ils mettent ainsi les services de l'État devant le "fait accompli" et obtiennent plus facilement leur autorisation », relevait récemment le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁽³⁾.

Espérons qu'avec la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire), les choses rentreront dans l'ordre (QC n° 473). Ce texte est en effet censé découpler le sanitaire et le médico-social, les agences régionales de santé devant travailler en partenariat avec les conseils généraux afin d'améliorer les filières gérontologiques (très dispersées) et d'y intégrer les professionnels libéraux. La coordination sera-t-elle enfin au rendez-vous ? Nous le saurons bientôt. ■

Micaëlla Moran

(1) Rapport n° 2006-022 (février 2006).

(2) Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (2003).

(3) Avis du 22/4/2010 (annexe 20).

DÉCRYPTAGE

Les différentes structures

Selon la géographie du lieu, plusieurs structures peuvent répondre à une demande de prise en charge.

► **Le réseau gérontologique.** C'est une démarche volontaire entre professionnels de santé et travailleurs sociaux

pour permettre le maintien ou le retour à domicile dans de bonnes conditions, prévenir l'aggravation de la dépendance, retarder l'hospitalisation ou l'entrée en établissement.

► **Le Clic (Centre local d'information et de coordination).** Il s'agit d'un guichet d'orientation pour les personnes âgées et leur famille (QC n° 453, p. 62). Il en existe plus de 500, de trois types.

Niveau 1 : accueil et information sur les aides et prestations disponibles.

Niveau 2 : évaluation des besoins de la personne dépendante, puis élaboration du plan d'aide personnalisé.

Niveau 3 : mise en œuvre et suivi

du plan d'aide avec coordination des intervenants.

► **À noter.** Les différences entre les Clics de niveaux 2 et 3 et les réseaux gérontologiques sont minimes. Ces derniers ont précédé les Clics. La perte d'autonomie peut être évaluée par les équipes médico-sociales du conseil général, dans le cadre de l'attribution de l'APA (allocation personnalisée à l'autonomie), par les Clics ou par le réseau gérontologique, avec des personnels et des outils différents.

► **La Maia (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer).** La dernière-née ! Elle est issue du plan Alzheimer (2008-2012) et

destinée à la prise en charge de ces malades, notamment des cas complexes ; 17 sites sont en cours d'expérimentation.

► **Les maisons de l'autonomie (MDA).** Elles ont été créées dans certains départements pour ne pas multiplier les « guichets uniques ». Ces MDA fournissent conseils et informations aux personnes âgées comme aux personnes handicapées (pour ces dernières, il existe la maison départementale des personnes handicapées - MDPH). Les MDA anticipent la convergence entre les deux secteurs, prônée par la loi du 11 février 2005, mutualisant les effectifs et simplifiant la vie des personnes concernées. ■



L. PATERSON/SPL/PHANIE