

## Les aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins

---

Travaux du Conseil de l'âge sur les conditions du  
bien vivre et bien vieillir à domicile

# Sommaire

<b>Contexte</b> .....	4
Les travaux 2023 du Conseil de l'âge autour des conditions du bien vivre et bien vieillir à domicile .....	4
<b>Introduction</b> .....	6
Les sujets de santé des personnes âgées et d'accès effectif aux soins et biens de santé sont une préoccupation importante pour le Conseil de l'Âge.....	6
<b>Les relations entre soins de santé et accompagnement médico-social et social</b> .....	8
A. Les préconisations du Hcaam et du Conseil de l'âge.....	8
B. Les travaux de l'IRDES.....	10
<b>La santé est une problématique importante au grand âge</b> .....	11
A. L'état de santé des personnes retraitées et des personnes âgées peu de temps après le départ en retraite est majoritairement perçu comme bon .....	11
B. Une progression des problèmes de santé avec l'avancée en âge, marquée par de fortes disparités et un gradient social prononcé.....	12
C. L'espérance de vie sans incapacités à 65 ans a augmenté plus vite que l'espérance de vie globale à 65 ans, mais la progression de l'espérance de vie sans incapacités sévères tend à ralentir ces dernières années.....	17
D. La consommation de soins de santé augmente avec l'âge .....	18
<b>Les orientations de la stratégie nationale de santé</b> .....	19
<b>Les besoins en soins des personnes âgées et très âgées à domicile</b> .....	24
A. L'accès à un médecin traitant.....	24
B. Les risques liés au niveau élevé de polymédication chez les personnes âgées.....	25
C. Des taux passages aux urgences et d'hospitalisation élevés chez les âgés.....	25
D. Les visites longues se développent .....	26
E. Une part non négligeable de la consommation de certains soins de ville par les plus de 80 ans est imputable à des limitations de leur autonomie. ....	27
F. De nouvelles mesures ont été adoptées récemment pour améliorer l'accès aux professionnels libéraux de premier recours .....	34
<b>Les dispositifs visant à renforcer l'accès aux soins et la coordination des parcours.</b> .....	36
A. L'exercice regroupé et coordonné, les Communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS).....	36
B. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).....	37

C.	Les équipes mobiles gériatriques et les « hotlines » gériatriques .....	40
D.	Les hôpitaux de proximité.....	41
E.	Le service public départemental de l'autonomie .....	43
	<b>La question de la fin de vie à domicile et de l'accès aux soins palliatifs .....</b>	<b>44</b>
	<b>Annexe I Table des illustrations .....</b>	<b>47</b>



## Contexte

### Les travaux 2023 du Conseil de l'âge autour des conditions du bien vivre et bien vieillir à domicile

Les travaux conduits en 2023 et début 2024 par le conseil de l'âge du HCFEA portent sur les conditions du bien vieillir des personnes âgées vulnérables à domicile.

Le programme de travail pour 2023 du conseil de l'âge prévoyait d'aborder le sujet de l'organisation des soins aux personnes âgées et de l'articulation sanitaire et social après discussion avec le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam). Le Hcaam a travaillé récemment sur l'organisation des soins et la structuration des soins de proximité<sup>1</sup>, ainsi que sur les questions d'accessibilité financière à la complémentaire santé. Il a été saisi par le ministre de la Santé et de la prévention de la question des dépassements d'honoraires.

Après échanges avec le président et la secrétaire générale du Hcaam, il a été convenu que le conseil de l'âge s'appuierait sur les travaux déjà conduits par ce haut conseil pour intégrer la dimension « santé / accès aux soins / coordination sanitaire / social » de ses travaux sur le domicile.

- Le Hcaam a été invité à présenter ses travaux et échanger avec les membres du conseil de l'âge lors de la séance du 14 septembre 2023.
- L'IRDES a également accepté de venir présenter ses travaux récents sur les liens entre offre médico-sociale et dépenses de santé des seniors à l'occasion de cette séance consacrée à la santé et à l'accès aux soins.

En complément, le SG du conseil de l'âge a rassemblé des éléments de connaissance propres au public des personnes âgées sur ces questions, pour permettre au conseil de conduire une réflexion sur les enjeux devant être pris en compte dans la politique du grand âge, autour des axes suivants :

---

<sup>1</sup> Avis et Rapport du Hcaam - Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité, septembre 2022.

- La question la santé et des besoins en soins des personnes âgées, fragiles et/ou vulnérables, en s'appuyant sur les membres compétents du conseil de l'âge ;
- Le rôle des structures de coordination et d'appui : Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), Communautés professionnels de territoires de santé (CPTS) ; Coordination ville / hôpital / médico-social / social, vision à envisager à l'aune du déploiement des Centres de ressources territoriaux (CRT), à partir de l'expérimentation des dispositifs renforcés de soutien à l'autonomie (DRAD).
- Les conséquences à attendre du rapprochement des services à domicile soins / social : futurs services autonomie à domicile (SAD), sur lesquels le Conseil s'est déjà prononcé<sup>2</sup>
- Il a été tenu compte du fait que la ministre déléguée Agnès Firmin Le Bodo a lancé de son côté une mission sur la santé des personnes âgées confiée à des personnalités qualifiées, sur le thème Vieillir en santé.

---

<sup>2</sup> [avis hcfea sur le projet de decret relatif aux services a domicile-2.pdf](#)



## Introduction

### Les sujets de santé des personnes âgées et d'accès effectif aux soins et biens de santé sont une préoccupation importante pour le Conseil de l'Âge

Avant la création du HCFEA et son installation en 2016, ces sujets ont été portés, à titre pionnier, par le Hcaam, qui les a traités de façon très approfondie au travers de deux notes :

- [Vieillesse, longévité et assurance maladie](#) (2010)
- [Assurance maladie et perte d'autonomie](#) (2011)

Ces travaux ont à la fois fait progresser la connaissance de ces sujets, et permis d'établir des modalités de prise en compte de la part du besoin de santé des personnes âgées et très âgées davantage liée à la perte d'autonomie qu'au seul effet des maladies et pathologies.

Le Hcaam et le Conseil de l'âge sont actuellement, chacun au titre de leur mission et de leur domaine, tous deux compétents pour traiter de ces sujets.

En réponse à une saisine de la ministre de la Santé et des solidarités d'octobre 2017, les deux conseils ont émis des avis et/ou rapports, tous deux adoptés en novembre 2018, sur les évolutions démographiques et épidémiologiques impactant les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, et leurs conséquences sur l'offre sanitaire et médico-sociale à l'horizon 2030.

- Rapport du Conseil de l'âge du HCFEA « [Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030](#) »
- Avis du HCAAM relatif à « [Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030](#) »

Plus de quatre ans après ces productions, à l'occasion de son programme de travail pour 2023 le Conseil de l'âge a souhaité revenir sur cette question de la dimension « santé » du « bien vivre et bien vieillir à domicile ».

## Encadré 1 | Précisions de périmètre

Le Conseil de l'âge, tout comme le Hcaam, accorde une grande importance à l'accessibilité financière des soins. Compte tenu des analyses et réflexions récentes des deux hauts conseils déjà rendues publiques sur cette question, il ne sera pas ré-abordé dans le cadre des présents travaux<sup>3</sup>. Le Conseil de l'âge continuera à porter une grande attention aux questions de l'accès à l'assurance complémentaire santé des personnes âgées, qui repose le plus souvent sur des contrats individuels exigeant des taux d'efforts importants et à celle des dépassements d'honoraires, qui sont de plus en plus fréquents. En contrepoint, il convient de prendre en compte le progrès qu'a représenté la Complémentaire santé solidaire (C2S) pour les assurés âgés modestes<sup>4</sup>.

Par ailleurs, les membres du Conseil de l'âge expriment régulièrement une très forte préoccupation pour les questions de démographie des professionnels de santé, notamment s'agissant des médecins généralistes, et d'accessibilité territoriale des soins, dans un contexte de forte dégradation ces dernières années sur un grand nombre de territoires, ruraux comme urbains ou périurbains. Le maintien au domicile des personnes âgées ne sera pas sécurisé si elles n'ont pas accès à un suivi par les professionnels de santé compétents. Notre Conseil n'a pas pour mission de statuer sur ces sujets, qui relèvent du ministère chargé de la santé et des acteurs nationaux et locaux de la politique de santé. Le président du Conseil de l'âge et son secrétariat général ont toutefois accepté de s'associer, à sa demande, aux travaux de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) et du HCAAM sur les besoins futurs s'agissant des professions paramédicales et d'aides-soignants, conduits sur saisine du ministère de la santé.

---

<sup>3</sup> Conseil de l'âge, Avis et rapport « L'incidence des réformes du « 100% santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées », 2020. Note « Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors – Etat des lieux », 2022.  
Hcaam, Rapport « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », 2022.

<sup>4</sup> Le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour 2022 montre que les personnes âgées de plus de 60 ans sont plus représentés parmi les bénéficiaires de la nouvelle complémentaire santé avec participation financière que leur part dans la population générale (34,4% contre 26,8%).  
<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport%20annuel%20de%20la%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20-%202022.pdf>



# Les relations entre soins de santé et accompagnement médico-social et social

---

## A. Les préconisations du Hcaam et du Conseil de l'âge

Dans ses deux rapports de 2010 et 2011, le Hcaam avait exploré et documenté les relations entre santé et autonomie. Dans son rapport « Vieillesse, longévité et assurance maladie » il notait : « *L'optimisation du soin, et du même coup de la dépense d'assurance maladie, dépend donc, pour les personnes les plus âgées, de la capacité à déployer simultanément l'effort de solidarité sur les trois volets que sont la prise en charge des soins, de la perte d'autonomie, et des frais d'hébergement* ». <sup>5</sup>

Inversement, et le rapport « Assurance maladie et perte d'autonomie » y est revenu, le Hcaam a considéré que « *la façon dont sont assurés les soins cliniques et techniques peut avoir un très fort impact sur l'autonomie de la personne. Ainsi de la manière dont seront effectuées une surveillance médicale ou infirmière à domicile, ou une éducation à la prévention des chutes, comme des accidents liés aux états de dénutrition ou de déshydratation. Ainsi des séjours avec hébergement à l'hôpital, dont la durée est toujours lourde de conséquences en termes de « reprise » d'une vie normale à domicile* ». <sup>6</sup>

Il en déduisait que « *La perte d'autonomie est un risque « au milieu » des autres, qui oblige en conséquence à raisonner en termes de cohérence de « parcours » pour les personnes très âgées », et explorait les conditions d'un « enchaînement vertueux » [en coordonnant] mieux les interventions au long du trajet de santé de la personne en perte d'autonomie* » :

- D'une part, le système de soins, tant dans ses composantes curatives que de prévention, peut contribuer à prévenir la perte d'autonomie.
- D'autre part, les aides à l'autonomie peuvent contribuer à une meilleure prise en charge médicale et soignante et à une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses.

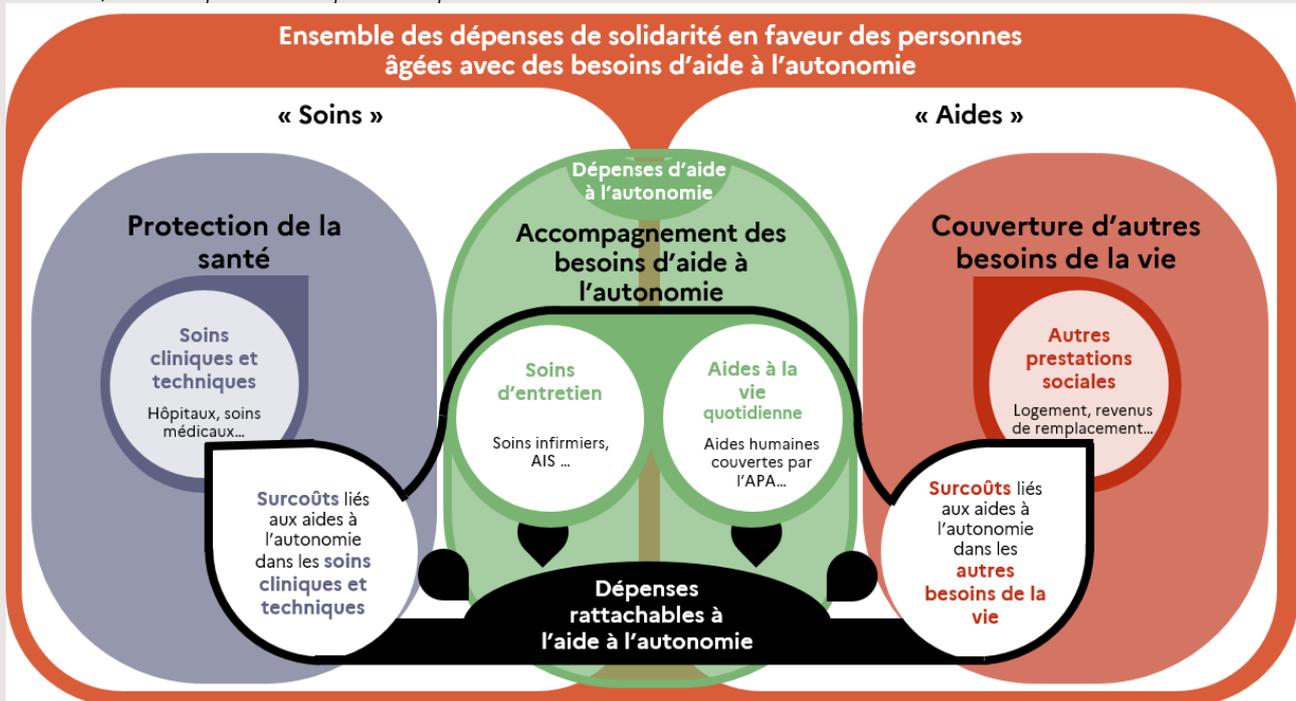
---

<sup>5</sup> HCAAM, [Microsoft Word - Avis sur les soins aux personnes .g.es adopté. le 23 avril 2010.doc \(securite-sociale.fr\)](#), page 10

<sup>6</sup> HCAAM, [Rapport "Assurance maladie et perte d'autonomie" \(securite-sociale.fr\)](#), page 12

## Encadré 2 | Le besoin d'aide à l'autonomie est un risque « au milieu » des autres

Comme le soulignait en 2011 le rapport du Hcaam [Assurance maladie et perte d'autonomie](#) : « La nécessaire distinction entre l'accompagnement de l'autonomie et la protection de la santé n'exonère pas de la nécessité d'une vision cohérente de la personne et de son accompagnement global. Si l'on resitue la réflexion dans le champ plus large des débats sur la protection sociale, on comprendra que la question de la « prévention » que l'on pose souvent pour savoir si elle est dans la gestion du risque maladie ou à côté, trouve une partie de sa réponse dans l'échange « triangulaire » entre les trois protections contre la maladie, la perte de revenus, la perte d'autonomie.[...] La question posée sera donc in fine celle d'organiser une vision de la protection sociale autour de la personne, en partant du fait générateur premier de son état de vie – et non pas en réalité de son âge. Une telle vision permet notamment de comprendre que la spécificité de la perte d'autonomie, c'est d'être un risque « au milieu », et non pas un risque « en plus ».



« La distinction entre « soins techniques », « soins d'entretien » et « aides à la vie quotidienne » est à la fois commode et suffisamment consensuelle pour avoir servi de support à des partages de financements et de compétences.

- l'acte de soin technique (diagnostique ou thérapeutique) vise à guérir les maladies et traumatismes ou, à défaut, à en stabiliser les effets.
- l'acte de soins d'entretien vise essentiellement à protéger, maintenir ou restaurer les capacités d'autonomie de la personne, par des moyens très souvent paramédicaux (actes infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).
- enfin, l'aide à la vie quotidienne correspond aux actes qui ne sont pas sanitaires (et à ce titre, normalement pas pris en charge par l'assurance maladie, même s'ils peuvent être parfois effectués par du personnel soignant ou sous l'autorité de soignants), et qui visent eux aussi à compenser la perte d'autonomie dans les gestes essentiels de la vie. »

Source : SG HCFEA, à partir du rapport [Assurance maladie et perte d'autonomie](#), Hcaam, 2011



Poursuivant ces réflexions, le Conseil de l'âge a estimé dans son avis de 2018<sup>7</sup> que, s'agissant des réponses à apporter par le système de soins, « réussir la prise en charge sanitaire des personnes âgées à l'horizon 2030 suppose de partir des services à rendre à la population. Pour la majorité de ces personnes, rester à domicile le plus longtemps possible constitue un service attendu fondamental. Il suppose de donner la priorité à une réponse de proximité renforcée et structurée, afin de garantir la permanence et la même accessibilité et continuité des soins à domicile et en institution. Il suppose aussi d'assurer la qualité et la sécurité de ces soins ». S'agissant des objectifs à atteindre, il estimait que « pour répondre à leurs besoins à la frontière du sanitaire et du médico-social, un découplage est nécessaire. Un accroissement significatif des moyens de la proximité doit être consenti accompagnant la structuration des prises en charge à domicile ou en ambulatoire et la mise à niveau des institutions. Le réseau territorial de proximité doit s'organiser au niveau des bassins de vie, intégrant les soins ambulatoires dont les spécialistes et centres de santé, les pharmacies et les services de santé mentale de proximité, les services à domicile (SSIAD, SAAD, SPASAD) et les établissements médico-sociaux, en particulier les Ehpad. En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Chaque professionnel devra contractualiser au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité. Les communautés professionnelles assureront l'interface avec les établissements de proximité et l'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi qu'avec les acteurs de deuxième ou troisième ligne, en particulier les établissements de recours ou de référence ».

## B. Les travaux de l'IRDES

Depuis une quinzaine d'années, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) s'est fortement mobilisé sur la question de l'accès aux soins, de la coordination des soins et des liens entre interventions soignantes d'un côté, et médico-sociales et sociales de l'autre.

Dans une récente étude, « [Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?](#) », l'IRDES a cherché à mesurer les liens entre accessibilité aux soins médico-sociaux et dépenses de santé des seniors, en se concentrant sur une population qui a des besoins de soins multiples : les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

Ainsi que le note l'Irdes, « La qualité de la prise en charge et le coût des soins des seniors représentent des enjeux politiques et sociaux grandissants au regard du vieillissement de la population. En effet, les besoins de soins sanitaires et médico-sociaux augmentent avec l'âge et le développement de maladies chroniques durant les dernières années de la vie. Garantir l'accès aux soins à la fois sanitaires et médico-sociaux est essentiel pour assurer la qualité de prise en charge des seniors. »

---

<sup>7</sup> HCFEA, [Conseil de l'âge saisine personnes âgées 2030 synthèse Tome 2\\_VF-2.pdf](#) (hcfcea.fr)

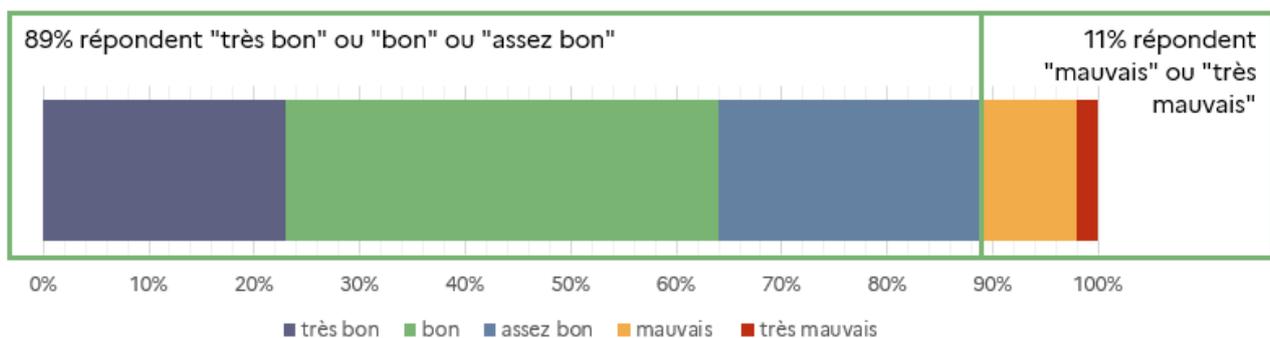
# La santé est une problématique importante au grand âge

Le rapport du Conseil de l'âge de 2018 rappelait les raisons qui font que la santé est une problématique importante s'agissant des personnes âgées : « Avec l'âge, la santé perçue évolue négativement. Moins d'un tiers des 75-84 ans et environ un quart des personnes âgées de 85 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé. Avec l'âge, les maladies chroniques augmentent : 70 % des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre un tiers de la population de 15 ans ou plus). Au-delà de 75 ans, la polyopathie est un phénomène fréquent. »

## A. L'état de santé des personnes retraitées et des personnes âgées peu de temps après le départ en retraite est majoritairement perçu comme bon

Les enquêtes conduites par la CNAV permettent d'interroger les nouveaux retraités sur leur état de santé. Celui-ci est perçu comme satisfaisant par une majorité de répondants, seuls 11% d'entre eux estimant leur état de santé général mauvais ou très mauvais.

Graphique 1 | Comment les retraités perçoivent-ils leur santé peu de temps après leur départ à la retraite ?



Source : SG HCFEA sur données DSS/EPF/6C issues de l'enquête sur les motivations de départ à la retraite

Un article de recherche récent<sup>8</sup>a mobilisé des données statistiques pour conclure que l'état de santé perçu s'améliore même au décours du passage de la situation d'âge d'activité professionnelle à la situation de retraité, la retraite « jouant un rôle positif sur la santé, tout particulièrement chez les personnes ayant été exposées à des conditions de travail pénibles. »

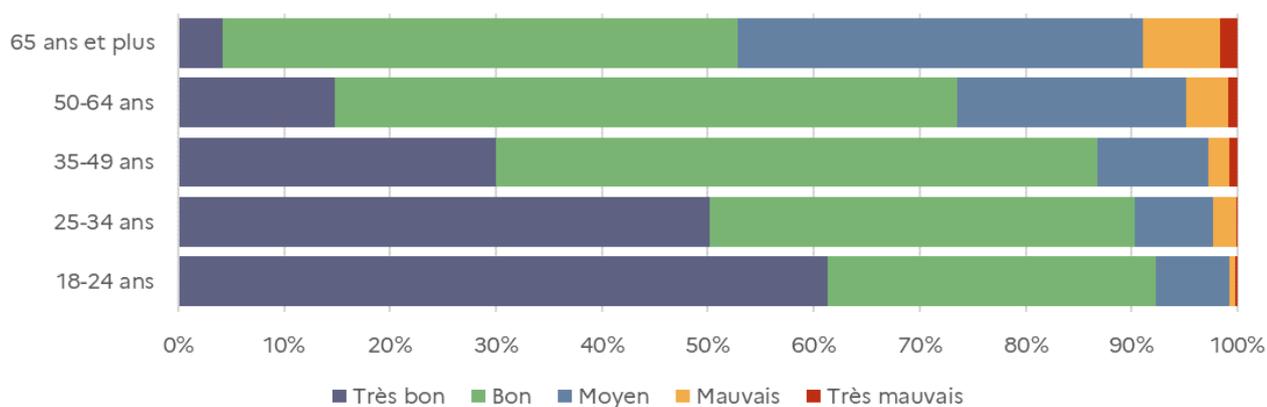
<sup>8</sup> Thomas Barnay, Éric Defebvre. [La retraite : un évènement protecteur pour la santé de tous. LIEPP](#)

## B. Une progression des problèmes de santé avec l'avancée en âge, marquée par de fortes disparités et un gradient social prononcé

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie régulièrement des études interrogeant les Français sur les causes des problèmes de santé, l'accès aux soins et le système d'assurance maladie.

- Selon le [baromètre d'opinion](#) de la Drees, 50 % des personnes déclarent être en bonne santé et 26 % en très bonne santé en 2022.
- Il ressort du baromètre que l'âge est le facteur déterminant dans la perception de l'état de santé. 92 % des 18-24 ans se qualifient ainsi comme en « très bonne » ou « bonne santé » contre 53 % pour les personnes de plus de 65 ans.

Graphique 2 | Etat de santé perçu selon la classe d'âge en 2022

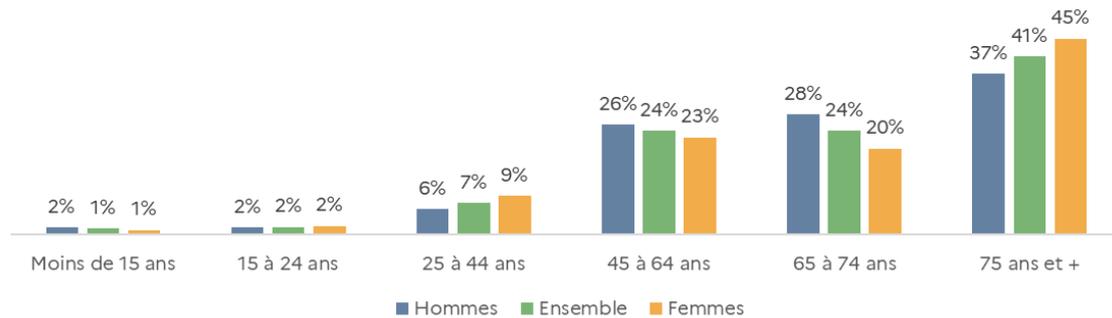


Source : SG HCFEA sur données Drees, Baromètre d'opinion 2022

Aux grands âges, les problèmes de santé sont caractérisés par des pathologies multiples : la Drees montre ainsi que 21 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont concernées par au moins 3 pathologies, contre 8 % entre 65 et 74 ans et 3 % entre 45 et 64 ans<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Drees, dossier n°102, [L'état de santé de la population en France \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#), 2022

Graphique 3 | Répartition des personnes ayant plusieurs pathologies, selon la classe d'âge, en 2019



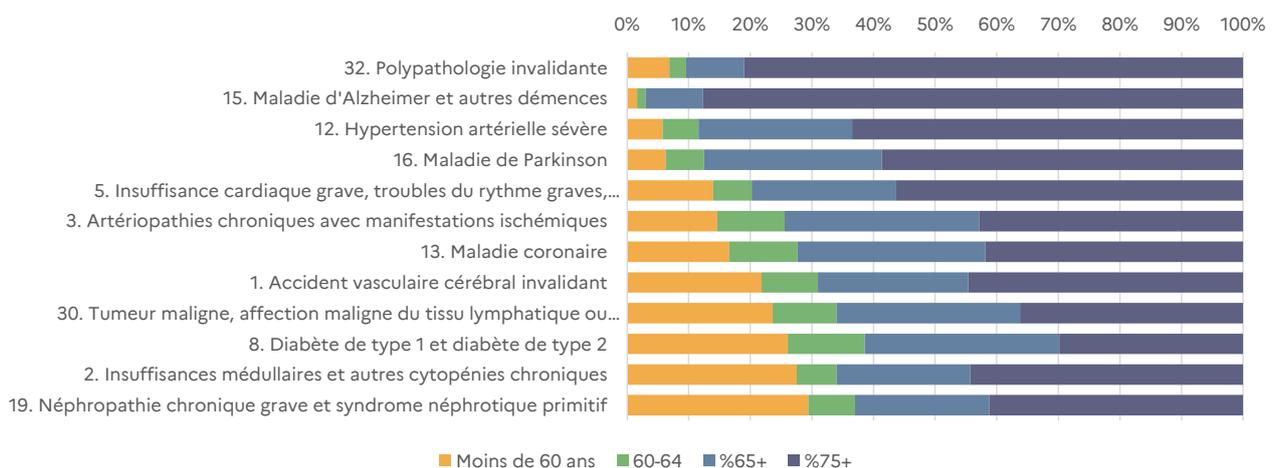
Source : SG HCFEA sur données Drees, DD n°102

En l'absence de codage généralisé des pathologies, le dispositif des affections de longue durée (ALD) est un marqueur intéressant des pathologies. D'après les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), en 2021, sur les 12,1 millions d'assurés du régime général et des sections locales mutualistes en ALD, 7,8 millions avaient 60 ans et plus et 3,6 millions 75 ans et plus, soit respectivement 64 % et 30 % des assurés en ALD.

Ce constat global est encore plus marqué :

- Pour les grandes maladies chroniques : hypertension artérielle sévère, diabète ...
- Pour les maladies dont la fréquence augmente fortement avec l'âge : maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson.

Graphique 4 | Liste des 12 ALD pour lesquelles la part des 60 ans et plus dépasse 70 % en 2021

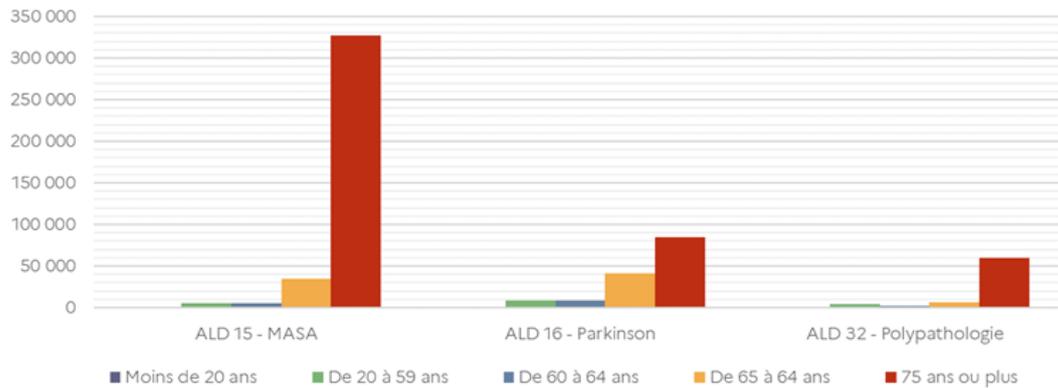


Source : SG HCFEA sur données Cnam

**Le taux de prévalence de la plupart des ALD est croissant avec l'âge.** L'âge moyen des patients de la **liste des 30 ALD est de 64 ans**. Il s'élève à 83 ans s'agissant de l'ALD 32, qui regroupe les personnes souffrant de poly-pathologies invalidantes.

Si l'on prend la répartition par tranche d'âge de pathologies fréquemment associées au vieillissement, on observe une forte concentration sur les plus de 65 ans et plus, et, pour la maladie d'Alzheimer et maladies associées, sur les 75 ans et plus.

Graphique 5 | Effectifs de personnes en ALD 15, 16 et 32 en 2021



Source : SG HCFEA sur données Cnam

La recherche en santé publique a tenté d'identifier quelles étaient les **maladies associées aux limitations d'activité chez les personnes âgées de 50 ans et plus**, permettant de distinguer les maladies d'origine accidentelle ou professionnelle des autres pathologies.

Ces travaux montrent le poids des maladies invalidantes chez les femmes, et des maladies létales chez les hommes.

Graphique 6 | Les maladies associées aux limitations d'activité chez les 50 ans et plus



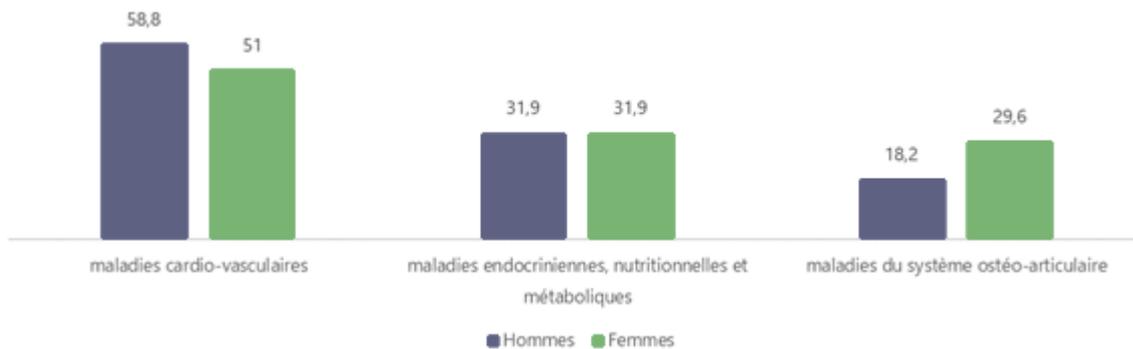
Source : SG HCFEA sur données Ined – enquête HSM 2008 – Nusselder et. European Journal of public Health, 2019 – Palazzo et al. Archives of public health, 2019

Si la part à la fois de la traumatologie et des maladies chroniques ne surprend pas, en revanche, celle des syndromes ou troubles anxieux, des dépressions et des affections mentales ressort comme particulièrement élevée, et rejoint les alertes des médecins

membres du Conseil de l'âge sur la montée en nombre de situations géronto-psychiatriques auquel le système de soins a de grandes difficultés à répondre.

Les **principaux motifs de recours au médecin généraliste des personnes âgées d'au moins 65 ans** sont les maladies cardiovasculaires, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et les maladies du système ostéo-articulaire.

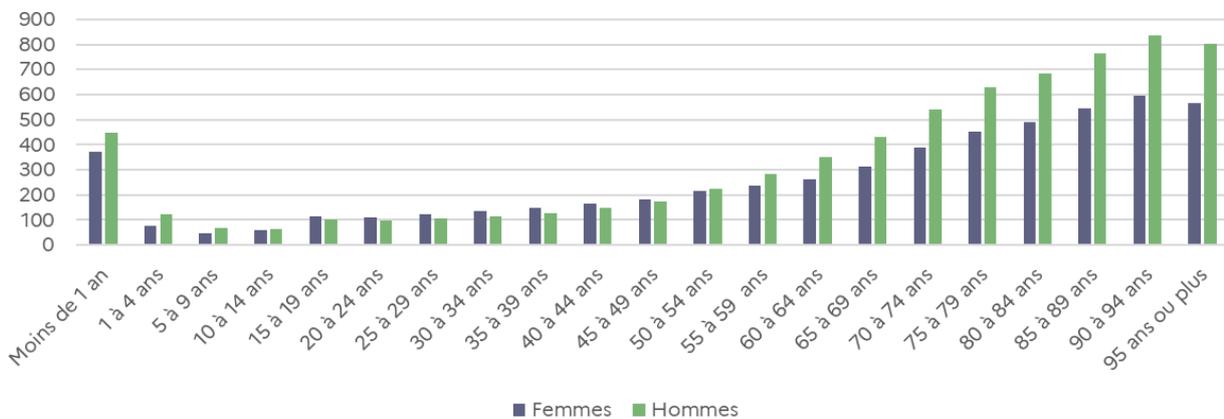
Graphique 7 | Recours au médecin généraliste par motif de consultation (Pour 100 séances – personnes âgées d'au moins 65 ans)



Source : Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health, données 2014

Comme le notait la [synthèse de l'atelier 10 de la concertation grand âge et autonomie](#), le recours des personnes âgées à l'hôpital est important : « les personnes âgées représentent aujourd'hui près de 30% des patients du secteur du court séjour, 50% de l'hospitalisation à domicile et 65% des soins de suite et de réadaptation ». Le taux d'hospitalisation est en effet croissant avec l'âge et particulièrement important aux âges élevés.

Graphique 8 | Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé par classe d'âge en 2020 (pour 1000 habitants)

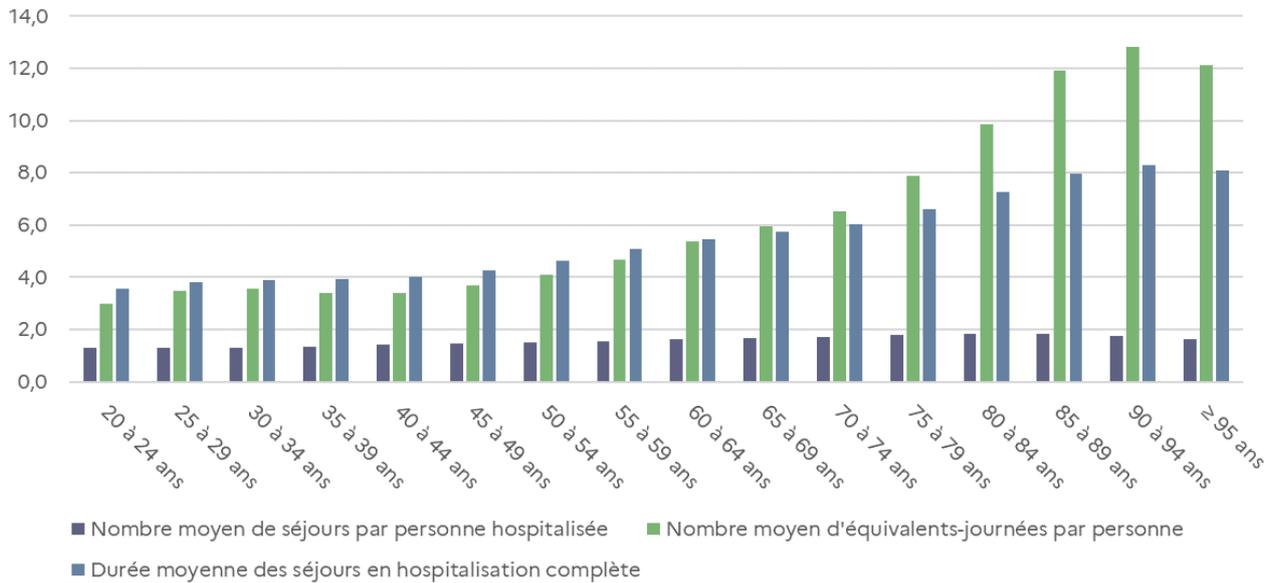


Source : Drees, [Les établissements de santé - édition 2022](#)



Le nombre de séjour par personne hospitalisée et leur durée moyenne augmentent également avec l'âge.

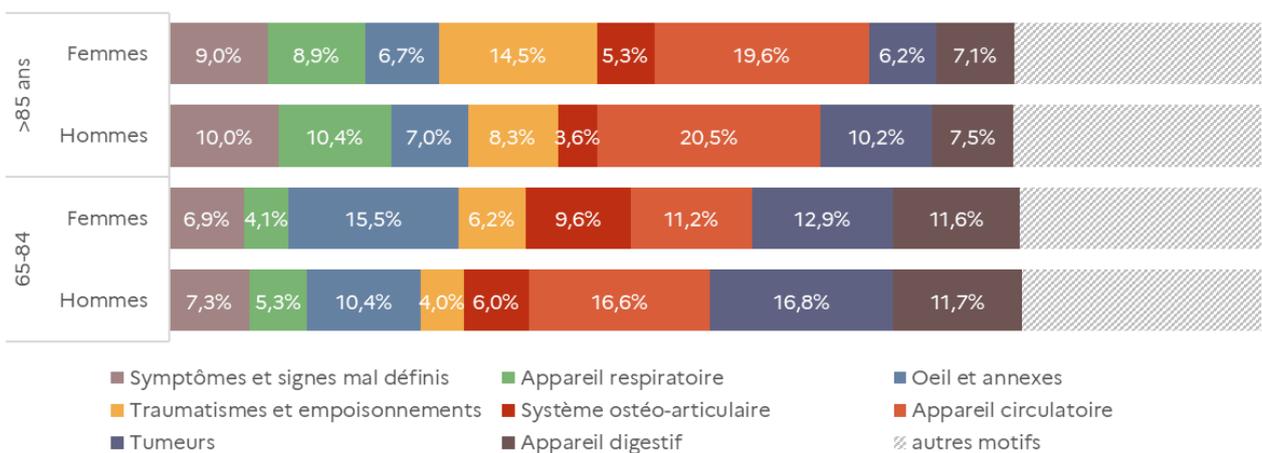
Graphique 9 | Caractéristiques du recours aux soins hospitaliers, selon la classe d'âge



Source : SG HCFEA sur données Drees, [Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes](#), E&R n°1168, 2020

Pour la tranche d'âge des 65-84 ans, les tumeurs constituent le principal motif de recours, pour les hommes comme pour les femmes. A partir de 85 ans, ce sont les affections de l'appareil circulatoire qui arrivent en tête des motifs de recours aux soins hospitaliers de courte durée.

Graphique 10 | Principaux motifs de séjours hospitaliers de courte durée des personnes âgées

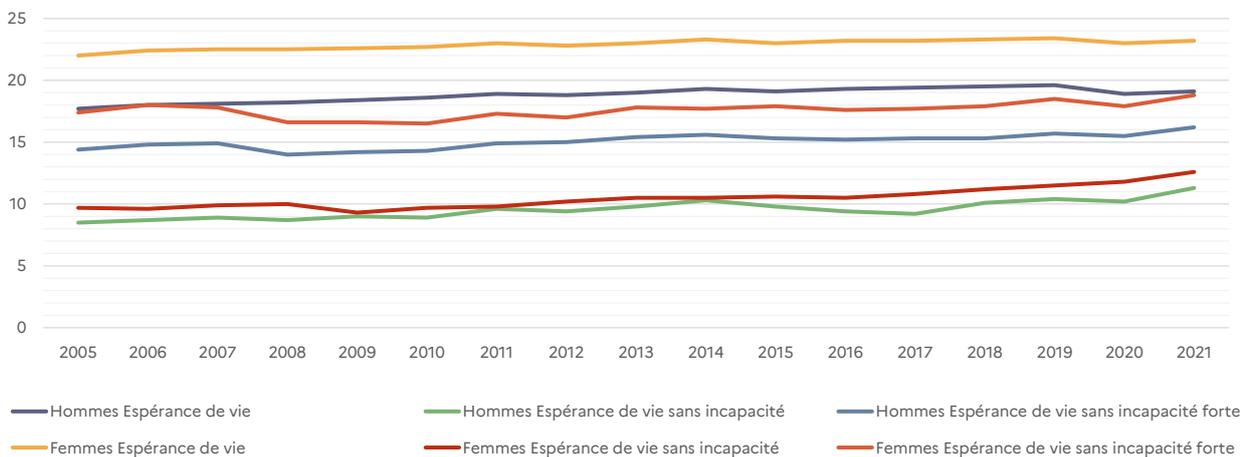


Source : SG HCFEA sur données Drees, [Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes](#), E&R n°1168, 2020

### C. L'espérance de vie sans incapacités à 65 ans a augmenté plus vite que l'espérance de vie globale à 65 ans, mais la progression de l'espérance de vie sans incapacités sévères tend à ralentir ces dernières années

Selon la Drees, « en 2021, les hommes âgés de 65 ans, peuvent espérer vivre 11,3 ans sans incapacité et les femmes 12,6 ans. L'indicateur de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a progressé depuis 2008 : + 2 ans et 7 mois pour les femmes et + 2 ans et 8 mois pour les hommes. Sur cette période, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a crû plus vite que l'espérance de vie à 65 ans. Ainsi, parmi les années restant à vivre à 65 ans, la part de celles qui seront vécues sans incapacité est passée pour les femmes, de 44,7 % à 54,4 % entre 2008 et 2021 et pour les hommes, de 47,7 % à 59,3 % ».

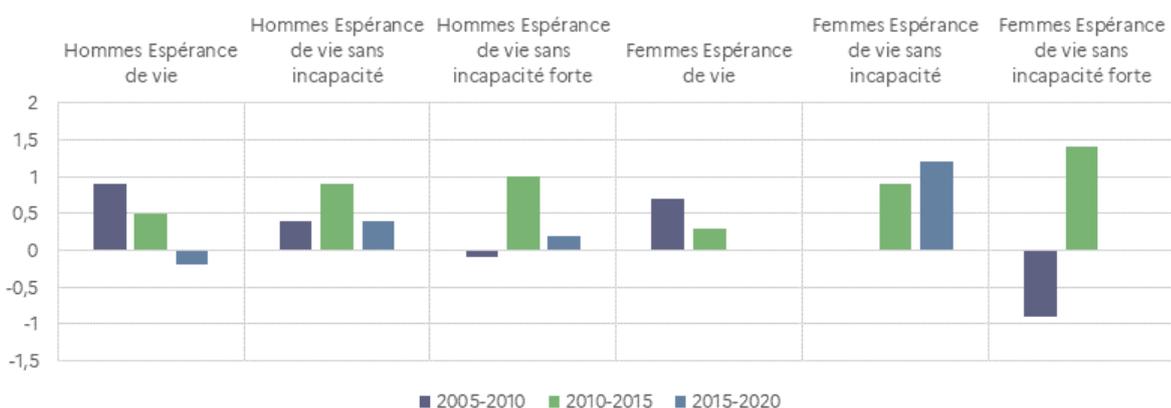
Graphique 11 | Espérance de vie et espérance de vie sans incapacités à 65 ans



Source : Drees, Etudes et résultats n° 1258, février 2023

La progression de l'espérance de vie sans incapacité sévère ralentit : elle a été significativement moins rapide sur la période 2015-2020 qu'entre 2010 et 2015.

Graphique 12 | Variation de l'espérance de vie sans incapacité et globale à 65 ans



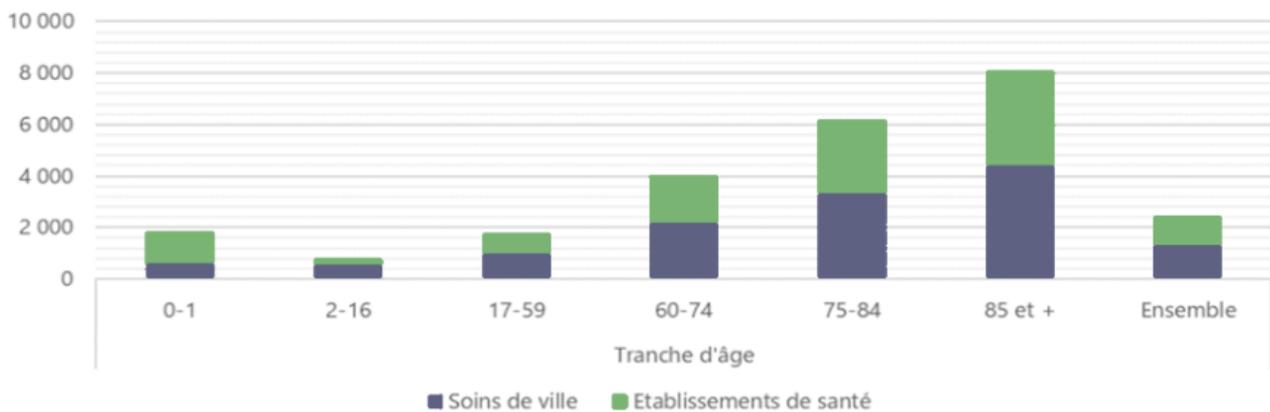


Source : SG HCFEA sur données Drees, Etudes et résultats n° 1258, février 2023

## D. La consommation de soins de santé augmente avec l'âge

Cette fréquence du nombre de pathologies et ALD entraîne, comme le montrent les indicateurs suivis dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), une **hausse de la dépense moyenne de soins avec l'âge**.

Graphique 13 | Dépense remboursable moyenne par tranche d'âge



Source : SG HCFEA sur données du Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) « Maladie » annexé au PLACSS 2022, indicateur 1.6.3

Ce constat doit en outre être complété : les données disponibles permettent seulement de connaître la dépense remboursable, mais il est important de garder à l'esprit qu'une part des dépenses ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, notamment certaines prescriptions, des dispositifs médicaux ou encore des traitements dits « de confort » et que ces dépenses non remboursables tendent également à augmenter aux âges élevés.

# Les orientations de la stratégie nationale de santé

La première stratégie nationale de santé, qui couvrait la période 2018-2022<sup>10</sup>, identifiait quatre axes prioritaires :

- Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
- Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Elle a principalement été déclinée dans le Plan national de santé publique (PNSP), présenté en mars 2018 en Comité interministériel pour la santé. Le PNSP comprenait un ensemble d'actions qui cherchaient à prendre en considération l'individu et son environnement dans un parcours de vie, pour « *rester en bonne santé tout au long de sa vie* ». Un des volets du PNSP s'adressait aux enjeux démographiques et épidémiologiques liés associés au vieillissement de la population, sous l'intitulé « Bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie ». Il a été déployé dans le cadre de la stratégie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022, présentée par la ministre des Solidarités et de la Santé en présence du ministre chargé du logement. Selon le communiqué de presse du 16 janvier 2020, elle visait à « *déployer la prévention à tous les âges, pour préserver l'autonomie des aînés le plus longtemps possible* », à partir d'un constat : « *La perte d'autonomie des aînés n'est pas une fatalité. Elle n'est pas liée à l'âge mais à la maladie. Demain, grâce à la prévention, la perte d'autonomie des personnes âgées doit devenir l'exception.* »

Les principales actions portées par la stratégie étaient :

- Le programme « avancer en âge en bonne santé » de Santé publique France ;
- Les rendez-vous de prévention jeunes retraités ;
- Le déploiement du programme de dépistage multidimensionnel ICOPE de l'OMS ;
- Le repérage et la prise en charge du déficit auditif ;
- Les repères pour le dépistage des troubles de la vision associés au vieillissement ;
- La dé-prescription des médicaments, en priorité la polymédication et les benzodiazépines.

---

<sup>10</sup> [Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)



Des points de recoupement existent entre les actions prévues par cette stratégie, qui ne se limite pas à la prévention primaire, et celles qui peuvent être portées par les caisses de l'interrégime de retraite ou les programmes de prévention de la perte d'autonomie adoptées par les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie créées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015<sup>11</sup>.

Dans le cadre de ses travaux sur le domicile, le Conseil de l'âge a choisi de ne pas traiter le sujet spécifique de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées qui a fait l'objet de nombreux travaux, et, notamment, d'un volet de la concertation Grand âge et autonomie<sup>12</sup>), et d'un très récent avis du Conseil économique, social et environnemental<sup>13</sup>.

La mise en œuvre du plan « Bien vieillir » a été fortement impactée par la crise liée au Coronavirus de 2020-2021, et aucun bilan de mise en œuvre n'en est disponible. Comme cela est prévu par le code de la santé publique<sup>14</sup>, un projet de SNS a été élaboré sur la base d'un avis du HCSP, et soumis à concertation en septembre 2023. Etabli pour une durée de 10 ans, il prend acte de *"la nécessité de faire une place particulièrement importante à la santé publique et à la prévention dans les politiques de santé"*.

S'agissant de l'accompagnement du vieillissement de la population et des personnes âgées fragiles, les cibles suivantes sont définies :

- D'ici un an, déployer la mise en œuvre des rendez-vous prévention sur l'ensemble du territoire
- D'ici 3 ans, généraliser le programme de dépistage et de prévention de la perte d'autonomie selon la démarche ICOPE (soins intégrés pour personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'ensemble du territoire.
- En matière de prévention, il propose d'ici 2024, réduire de 20 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de plus de 65 ans (soit – 27 000 séjours hospitaliers et – 2 000 décès pour chute).
- En termes d'offre de soins, il prévoit qu'à horizon 2027, l'intégralité des filières gériatriques territoriales devra par ailleurs être structurée sur la base d'une nouvelle instruction sur leur organisation.

Les perspectives de la prévention en santé et de la prévention de la diminution de l'autonomie sont à prendre en compte à l'aune du progrès médical.

---

<sup>11</sup> Voir à ce propos le rapport de l'IGAS rendu public en 2022, Evaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale, Dominique GIORGI, Christophe ITIER, Christophe LANNELONGUE.

<sup>12</sup> Concertation GAA, pilotée par Dominique Libault - atelier 5 « Prévention et bien vieillir » co-présidé par Jean-Pierre Aquino et Stéphane Corbin, rapporté par Clémence Le Marrec

<sup>13</sup> La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement, mai 2023, rapporteur Michel Chassang.

<sup>14</sup> Article L1411-1-1 et suivants, article R1411-1 et suivants du CSP.

Dans un article du numéro 58 de la revue de l'Inserm<sup>15</sup>, intitulé « Vieillesse, et si on pouvait l'inverser », les auteurs citent de nombreuses recherches qui pourraient, à terme, prolonger encore l'espérance de vie sans maladie ou incapacités. La prévention des conséquences du vieillissement sur l'organisme est un domaine très actif de la recherche, ce dont on doit se féliciter. Il conviendrait néanmoins de se garder de renforcer l'idée que le vieillissement est « en soi » une mauvaise chose et qu'il faudra le combattre à toute force, dans un projet quasi « transhumaniste ». Cela risquerait d'ajouter à la « prime » accordée à la jeunesse et la stigmatisation âgiste de nos sociétés.

### Encadré 3 | Les positions du Conseil de l'âge sur la prévention en santé s'agissant des personnes âgées

Dans ses orientations sur « [Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030](#) », le Conseil de l'âge avait estimé que la prévention était un axe à développer pour réduire la perte d'autonomie liée aux problèmes de santé, indiquant que « *Des simulations tendent à montrer que dans les pays à haut revenu, il serait possible de réduire de 30% la prévalence sur une période d'au moins 10 ans en agissant sur neuf facteurs de risque au cours de la vie : faible niveau d'éducation, perte d'audition, hypertension artérielle (HTA), obésité, tabac, dépression, sédentarité, isolement social et diabète.* »

Dans son avis sur le PLFSS 2024, il s'est déclaré très favorable « *au déploiement d'une politique ambitieuse de prévention et de promotion de la santé à tous les âges de la vie* », à l'occasion de son examen de l'article 20 du projet de loi concernant les futurs rendez-vous de prévention. Rejetant l'idée « *qu'il y aurait une borne après 75 ans qui limiterait l'intérêt d'actions larges et organisées au-delà* », il indiquait que « *les démarches de prévention en santé doivent s'inscrire dans un continuum et être conduite y compris aux grands âges, pour prévenir à la fois l'aggravation de l'état de santé globale (dans une logique One Health / Une seule santé) et les limitations de l'autonomie* ». Le Conseil de l'âge contribuera à ce titre à la mission « Vieillir en santé » lancée par la ministre Agnès Firmin-Le Bodo et de l'Organisation mondiale de la santé sur les actions de prévention à conduire dans les sociétés vieillissantes, confiée notamment au Pr Olivier Guérin, personnalité qualifiée membre du conseil.

Il porte une attention forte au déploiement du programme ICOPE, qui va à la fois mobiliser les opérateurs relevant du ministère chargé de la santé, les départements et les caisses de retraite.

La DGS indique que le déploiement va s'appuyer sur l'expérimentation « article 51 ICOPE » (co-pilotée DGS/DGCS) qui vise à tester l'adaptation du modèle en 5 étapes ICOPE de l'OMS aux spécificités des territoires français au travers des étapes 1 et 2 du programme. Cette expérimentation est centrée sur la mobilisation des soins primaires (CPTS, MSP etc.) Elle met en place et teste des circuits de financements dérogatoires mais aussi des stratégies numériques et de formation adaptées aux ressources et spécificités des territoires. L'évaluation de l'expérimentation (fin 2024) permettra de se prononcer sur la faisabilité, l'efficacité/efficience et la reproductibilité du cadre expérimental testé, en vue de sa généralisation sur le territoire national. A terme le déploiement au niveau national du programme ICOPE viendra s'intégrer aux différentes politiques et stratégies de repérage de la fragilité/prévention de la perte d'autonomie déployées selon les ressources et les dynamiques des territoires. Ce programme s'articulera aux actions et initiatives déjà déployées dans les territoires selon le modèle ICOPE comme le projet NACRE développé par la CNAV, qui porte sur l'étape 1 du repérage de la fragilité grâce à l'outil ICOPE, mais aussi par de nombreuses autres initiatives portées par les acteurs du médico-social, du domicile, du sanitaire avec les missions des filières gériatriques hospitalières, des hôpitaux de proximité etc.

---

<sup>15</sup> <https://www.calameo.com/read/00515445007138ca1c15d>.



Le déploiement programmé d'ICOPE en France doit beaucoup à l'investissement du gérontopôle de Toulouse. Mais au-delà de ce seul exemple, le développement de gérontopôles actifs dans un nombre croissant de régions (le dernier en date, celui des Hauts de France, a été constitué en juillet 2023) et désormais constitués en réseau avec l'association Union des gérontopôles de France nouvellement créée, est une opportunité. Ils constituent une ressource essentielle pour le développement de la recherche interdisciplinaire et/ou interinstitutionnelle sur la prévention et l'accompagnement des fragilités et de la perte d'autonomie, mais aussi organiser les transferts de ses enseignements vers les acteurs : formation des professionnels du soin ou de l'accompagnement, association des personnes âgées et de leurs familles et aidants... Ils sont très associés, à juste raison, par la CNSA au projet de création du futur centre national de ressources et de preuve sur la perte d'autonomie, qui a pour missions de « capitaliser les actions de prévention probantes et prometteuses ; les diffuser de manière accessible, notamment pour éclairer les pratiques et les décisions ; élaborer des référentiels/outils d'aide à la décision (aides techniques, actions individuelles et collectives). »

#### Encadré 4 | Zoom sur la déficience auditive et les opportunités offertes par le « 100% santé » pour les appareillages de personnes âgées

D'après une étude publiée en 2022 dans le Journal of the American Medical Association (JAMA<sup>16</sup>), menée par une équipe de recherche de l'Inserm et de l'Université Paris Cité<sup>17</sup> s'appuyant sur les données de 186 460 volontaires de la cohorte Constances, représentative de la population générale adulte, et chez qui la surdité a été mesurée à partir de tests auditifs, 25 % des adultes en France sont touchés par une forme de déficience auditive. La déficience auditive invalidante, plus grave, concernerait 4 % des adultes. Cette prévalence est croissante avec l'âge et en fonction d'autres facteurs (niveau de vie, bruit au travail, pathologies cardiovasculaires...).

Or, il est documenté que la déficience auditive a un impact sur l'insertion sociale et la santé des personnes : isolement social, altération de la santé mentale, dépression, chutes, déclin cognitif, perte d'autonomie. La démonstration clinique de l'intérêt de l'appareillage a été apportée par un essai contrôlé randomisé publié dans le Lancet : l'appareillage auditif réduirait le déclin cognitif de 48 % chez les personnes âgées à risque<sup>18</sup>. Les groupes d'experts de l'OMS ont mis en avant des retours sur investissement très importants quand un appareillage adéquat est mis en place : 31 dollars gagnés par dollar investi dans les pays européens<sup>19</sup>.

Des travaux de l'Inserm conduits en 2014 « activités physique et prévention des chutes chez les personnes âgées ont en outre démontré que les déficiences auditives, mêmes modérées, avaient

<sup>16</sup> JAMA, June 17, 2022. [Prevalence of Hearing Loss and Hearing Aid Use Among Adults in France in the CONSTANCES Study](#); Ghizlene Lahlou, MD, PhD<sup>4,5</sup>; et alii.

<sup>17</sup> PARCC (Paris Cardiovascular Research Center), unité Inserm 970, équipe 4 Epidémiologie Intégrative des maladies cardiovasculaires, en collaboration avec l'AP-HP et l'hôpital Foch de Suresnes.

<sup>18</sup> F. Lin et al. Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. The Lancet, 2023 ; doi : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X)

<sup>19</sup> OMS, « Rapport mondial sur l'audition, 2021, présenté lors de la Journée mondiale de l'audition du 3 mars 2021.

potentiellement des conséquences graves « *La perte d'acuité auditive, très fréquente chez le sujet âgé, est aussi un facteur de risque de chute. Une perte de 25 dB (équivalent d'un passage d'une audition normale à une audition modérément altérée) serait associée à un risque de chute multiplié par 3* ».

Depuis janvier 2021, le panier de produits du « 100% Santé audiologie » offre selon le ministère chargé de la santé « *un choix large d'aides auditives discrètes et performantes avec de nombreuses fonctionnalités* », remboursées à 100% :

- Sélection étendue d'aides auditives (intra-auriculaires, à écouteur déporté ou contours d'oreille) avec au minimum 12 canaux de réglage ou de qualité équivalente ;
- Nombreuses fonctionnalités (anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, anti-Larsen, système Bluetooth...);
- 30 jours d'essai ;
- Au moins deux prestations d'adaptation par an ;
- 4 ans de garantie.

D'après la Drees (étude de 2014 sur la base de l'enquête HIS 2008-2009<sup>20</sup>), sur les 6 millions de personnes qui souffraient de problèmes d'audition en France, la moitié, soit 3 millions, devrait être appareillées pour bien entendre, alors que seulement 35% étaient effectivement équipées. C'était un taux inférieur à celui d'autres pays européens. Le 100% santé audiologie offre donc une opportunité de rattraper ce retard.

Ce dispositif a connu un très fort démarrage. Les représentants de la profession craignent néanmoins que son déploiement soit affecté par que les problèmes de fraudes qui ont accompagné la multiplication des offres et des offreurs de produits du panier de soins audiologiques,

Pour autant, le Conseil de l'âge estime qu'il ne faut pas laisser passer l'occasion de développer très fortement la détection, la prise en compte et l'appareillage des personnes déficientes auditives, dès les âges de 45-50 ans puis à tous les âges, y compris très élevés. Le déploiement des rendez-vous prévention et du repérage des fragilités (notamment par ICOPE) est une opportunité forte. La moralisation du 100% santé audiologie est nécessaire, mais ne doit pas empêcher de guider patients et familles vers le diagnostic et l'appareillage les plus larges possibles.

---

<sup>20</sup> DREES, Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête Handicap-Santé, août 2014, page 18



## Les besoins en soins des personnes âgées et très âgées à domicile

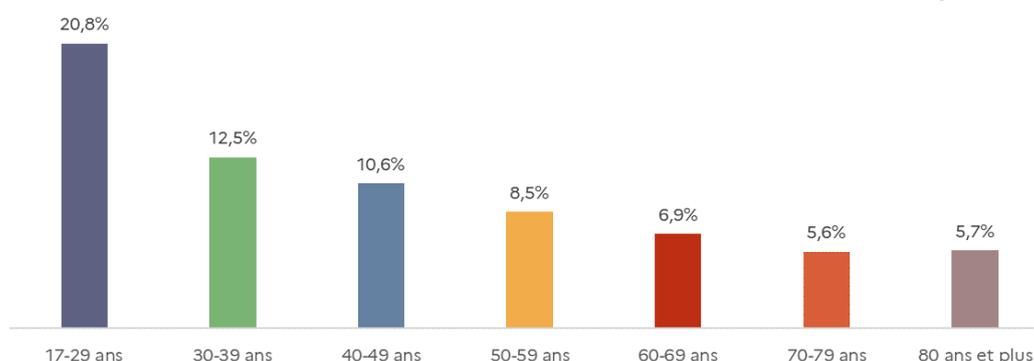
De façon générale, le Conseil a estimé que « Le rôle du système de soins est également déterminant puisque le vieillissement se caractérise par la polypathologie. Les progrès médicaux et des techniques médicales seront des facteurs de la prévention de la perte d'autonomie [...]. L'efficacité des actions de prévention menées va dépendre de la capacité à repérer les situations de fragilité. Les médecins généralistes et également l'ensemble des intervenants de l'aide et du soin à domicile doivent jouer un rôle primordial dans ce repérage. [...]. [Elle] va enfin dépendre de la capacité du système de soins à adapter son organisation aux spécificités liées au vieillissement. La prise en charge de la personne âgée nécessite une approche multidimensionnelle de la personne pour prévenir la maladie mais aussi le déclin fonctionnel. Elle nécessite également une approche multidisciplinaire. »

### A. L'accès à un médecin traitant

Depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, le choix et la consultation d'un médecin traitant sont un incontournable dans le parcours de soins coordonné des patients. Alors qu'ils sont exposés à des taux de remboursement dégradés s'ils n'ont pas de médecin traitant, tous les assurés ne peuvent pas désigner de médecin traitant. D'autres ne le veulent pas. Ces situations résultent de raisons très différenciées, parmi lesquelles les plus notables sont la très faible consommation de soins (patients jeunes), le gradient social (défaut d'information), la difficulté à trouver un médecin acceptant d'élargir sa patientèle ou tout simplement l'absence de médecin dans les déserts médicaux.

En effet, depuis plusieurs années, des tensions sont signalées sur la capacité, sur de nombreux territoires, des médecins généralistes à accepter de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Ainsi, 11 % des patients tous régimes confondus n'ont pas de médecin traitant désigné. A partir de 30 ans, la proportion de patients sans MT est décroissante, pour se stabiliser à un niveau inférieur à 6 % après 70 ans.

Graphique 14 | Fraction d'assurés sans médecin traitant selon la classe d'âge en 2021



Source : SG HCFEA sur données CNAM

Or, outre l'accès au taux de remboursement « normal », l'accès à un médecin traitant est un point essentiel de l'effectivité et de la qualité du parcours des patients. Le rapport Charges et Produits pour 2024 de la CNAM évoque deux thématiques qui l'illustrent.

## B. Les risques liés au niveau élevé de polymédication chez les personnes âgées

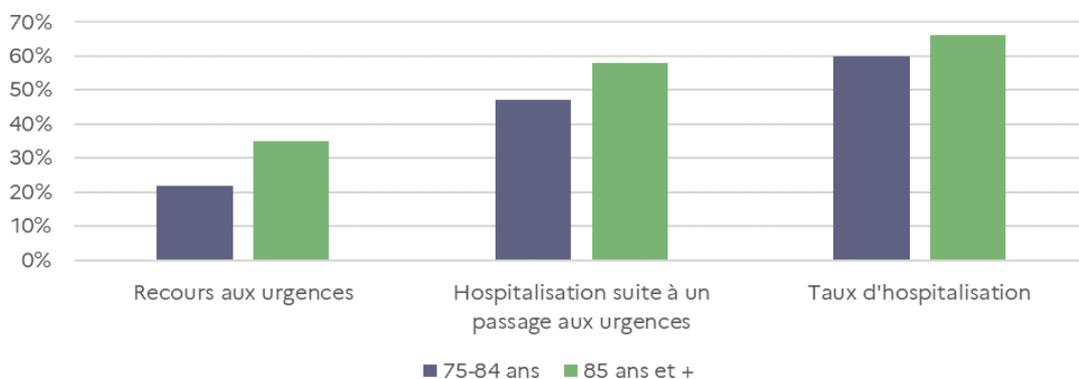
Selon la CNAM, en moyenne, les personnes de 65 ans et plus consomment 7 boîtes de médicaments par mois. L'exposition aux risques d'interactions médicamenteuses, pourtant contre-indiquées voire dangereuses, multiplie le risque d'hospitalisation urgente par près de 2,5 ce qui représente entre 4 500 et 8 900 hospitalisations urgentes potentiellement évitables par an, selon la récente étude Epiphare, citée dans le [Rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2024](#).

A mesure que la situation clinique du patient devient plus complexe et nécessite l'intervention de différents spécialistes, la probabilité d'un manque de coordination entre les professionnels augmente, conduisant à un risque accru d'interactions entre les médicaments prescrits et à la survenue d'effets indésirables. Pour chaque nouvelle spécialité qui participe au processus de soins, la probabilité qu'un patient souffre d'un effet indésirable lié au médicament augmente de 12 % à 28 %, même après ajustement des facteurs de risque d'effets indésirables connus tels que l'âge, le sexe, la polypharmacie, la fréquence des visites chez le médecin traitant et le poids de la morbidité.

## C. Des taux passages aux urgences et d'hospitalisation élevés chez les âgés

Le recours aux urgences augmente avec l'âge. La CNAM indique qu'il est de 22 % entre 75 et 84 ans et de 35 % chez les personnes de 85 ans et plus. Le risque que ce passage conduise à une hospitalisation croît aussi : 47 % chez les 75-84 ans, 58 % chez les 85 ans et plus. Le taux d'hospitalisation en service de médecine, chirurgie (MCO) s'accroît également avec l'avancée en âge (60 % des personnes de la classe d'âge 75-84 ans ont été hospitalisées en 2021 contre 66 % parmi les 85 ans et plus).

Graphique 15 | Recours aux urgences et à l'hôpital selon la classe d'âge



Source : SG HCFEA sur données CNAM



En 2021, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, le taux de ré-hospitalisation à 1 mois est de 18 % (stable depuis 2017) et le taux d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE) de 2,6 % (en baisse par rapport à 2015 où il s'établissait alors à 3,3 %)²¹.

Selon une étude de la Drees²², « *Quatre personnes hospitalisées de manière évitable sur cinq ont 65 ans ou plus, et une sur trois 85 ans ou plus* ». Pour les personnes âgées de 65 à 85 ans en 2017 le fait de ne pas avoir eu recours à un médecin traitant (MT) dans l'année multiplie par 5,5 le risque d'avoir une HPE par rapport aux personnes ayant eu 1 à 2 consultations. A l'autre extrême, 9 consultations ou plus multiplient aussi le risque d'HPE de 5,5.

Une étude scientifique récente a montré que, pour les patients âgés d'au moins 75 ans, le fait de rester, faute de place dans les services hospitaliers, sur un brancard pendant au moins 24 heures, augmentait la mortalité de 40 % : « *après avoir pris en compte les comorbidités et la gravité initiale des patients, cette étude montre que le fait de passer une nuit aux urgences est associée à un risque significativement plus élevé de décès intra-hospitalier. [...] le risque de mortalité hospitalière passe ainsi de 11,1 % à 15,7 %* »²³.

#### D. Les visites longues se développent

Pour des patients âgés et très âgés, plus isolés et moins mobiles que les autres patients, des dispositions ont été négociées en 2016 dans le cadre de la convention médicale pour encourager à la reprise des visites à domicile, en rupture avec la politique conduite depuis 20 ans pour les diminuer, en créant une visite longue (VL) mieux rémunérée, ciblée sur les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Le nombre mensuel de VL s'établissait, au premier trimestre 2022, aux alentours de 60 000.

Sur la base de l'avenant 9 à la convention médicale, il a été procédé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022, à un élargissement de la VL à tous les patients de plus de 80 ans en affection longue durée (ALD), qui est cotée en visite longue à 60€, à laquelle s'ajoute la majoration de déplacement de 10€, soit 70 €. Leur nombre est plafonné à quatre VL par an pour un même patient.

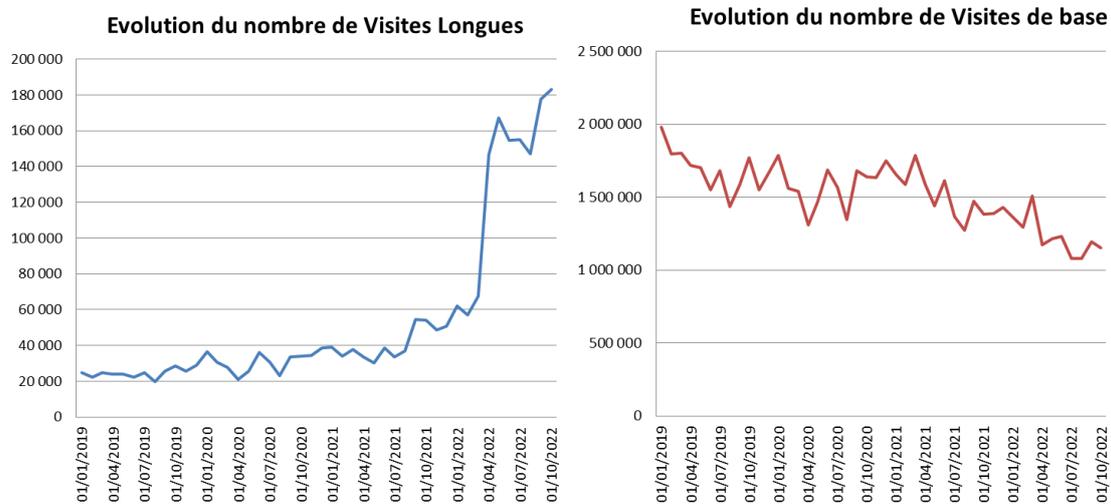
En octobre 2022 183 000 VL ont été remboursées, ce qui équivaut à 2,2 millions de VL en données annualisées. Cette augmentation des VL se situe dans un contexte de forte baisse des visites de base, de 20,5% entre 2019 et 2022, essentiellement concentrée entre 2021 et 2022.

²¹ Source : CNAM, Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024, juillet 2023 [Rapport Charges et Produits pour 2024 | L'Assurance Maladie | Presse \(ameli.fr\)](#)

²² Drees, [ER1262.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#), 2023

²³ Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients, Melanie Roussel, MD; Dorian Teissandier, MD; Youri Yordanov, MD, PhD; et al, JAMA Intern Med, novembre 2023

Graphique 16 | Evolution du nombre de visites de base et du nombre de visites longues entre 2019 et 2022



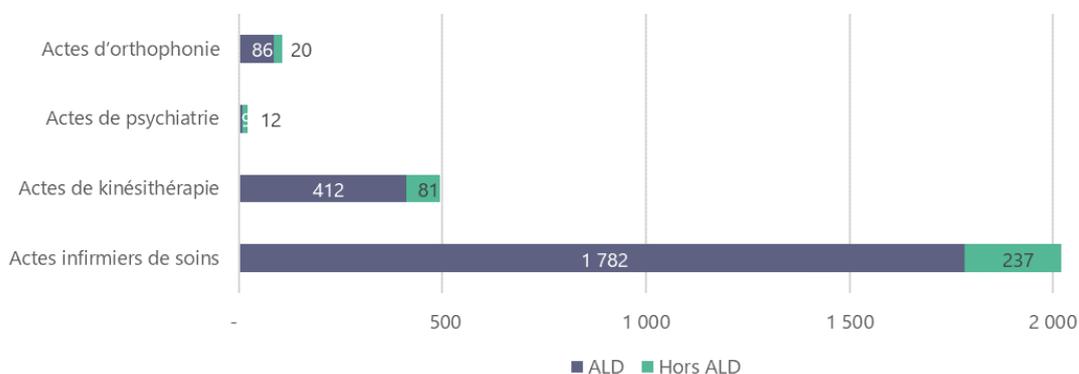
Source : CNAM

**E. Une part non négligeable de la consommation de certains soins de ville par les plus de 80 ans est imputable à des limitations de leur autonomie.**

Sur la base de travaux précurseurs de la Drees et du Hcaam, l'indicateur relatif aux dépenses en faveur du soutien à l'autonomie publié dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) « autonomie » intègre des dépenses de santé qui peuvent être imputées « non seulement ou directement » au besoin de soins, mais à la situation de limitation de l'autonomie des personnes. Pour approcher ces dépenses, sont retenus les actes infirmiers de soins, les actes pratiqués par un masseur-kinésithérapeute, un psychiatre ou un orthophoniste auprès de personnes âgées d'au moins 80 ans.

La dépense totale de soins de ville imputable aux situations de limitation de l'autonomie ainsi évaluée atteignait 2,6 Md€ en 2021 (dont 2 Md€ au titre des AIS et 0,5 Md€ au titre des AMK). L'essentiel de ces actes (87 %) était pratiqué auprès de patients en ALD.

Graphique 17 | Dépenses de soins imputables à la limitation de l'autonomie, en millions d'euros



Source : DSS/EPF/6B pour le REPSS Autonomie, 2022



## Encadré 5 | Les soins infirmiers entrant dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées vulnérables

Les infirmiers effectuent deux types de soins :

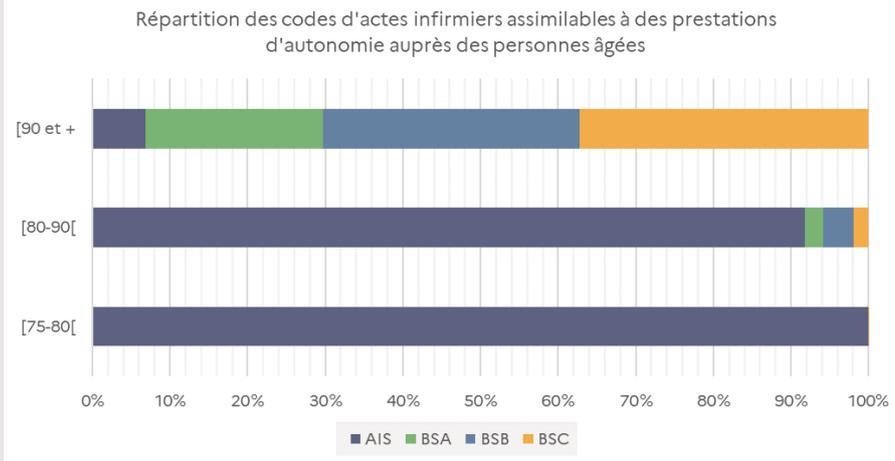
- Les actes médicaux infirmiers (**AMI**) : il s'agit d'actes techniques (injection, chimiothérapie...) prescrits exclusivement par un médecin qui ne sont pas rattachables en tant que tels à des prestations d'autonomie.
- Les actes infirmiers de soins (**AIS**) qui sont des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, nursing...) et qui peuvent à ce titre être considérés comme des **prestations d'autonomie**, lorsqu'ils sont prodigués à des personnes âgées.

La définition et la planification des AIS peuvent être décidées par l'infirmier dans le cadre du bilan de soins infirmiers (**BSI**) qui remplace progressivement, depuis 2020, la démarche de soins infirmiers (DSI). Dans le cadre de ce dispositif, les soins infirmiers aux patients âgés présentant des restrictions d'autonomie ne sont plus facturés à l'acte mais sous la forme de 3 forfaits journaliers. Le BSI a d'abord concerné exclusivement les personnes âgées d'au moins 90 ans. Il a été étendu aux personnes de la tranche d'âge 85-90 ans en septembre 2022, les soins dispensés aux patients de moins de 85 ans continuant à être facturés en AIS jusqu'aux prochaines étapes de déploiement des forfaits. Le BSI est obligatoire avant toute facturation par un professionnel libéral de soins infirmiers à domicile. Il permet de déterminer le niveau du forfait journalier facturé à l'assurance maladie en fonction des interventions : **BSA** I forfait journalier de prise en charge légère, **BSB** I forfait journalier de prise en charge intermédiaire et **BSC** I forfait journalier de prise en charge lourde.

825 000 **bilans de soins infirmiers** (cotés DI dans la NGAP) ont été réalisés en 2022 auprès de personnes âgées d'au moins 75 ans. Le taux de couverture de cette classe d'âge par les bilans s'établit ainsi à 13 %. Il augmente nettement avec l'âge, passant de 4% pour les 75-80 ans à 41% pour les personnes âgées de plus de 90 ans.

	[75-80[	[80-90[	[90 et +	Ensemble 75+
Bilans	80 000	395 000	349 000	825 000
Effectif	2 197 000	3 246 000	844 000	6 286 000
Couverture	4%	12%	41%	13%

Le développement progressif des **forfaits de soins** auprès des personnes âgées vulnérables explique la répartition observée sur données 2022 : pour les personnes âgées de plus de 90 ans, les AIS sont minoritaires puisqu'ils sont remplacés, pour cette classe d'âge, par les forfaits BSA, BSB et BSC depuis 2020. Parmi la classe d'âge des 80-89 ans, seules les personnes âgées d'au moins 85 ans sont concernées, et seulement depuis septembre 2022, ce qui explique leur faible part dans l'ensemble des actes, qui restent majoritairement codés en **AIS**. Enfin, ces codes-actes n'étant pas applicables pour les moins de 80 ans, l'ensemble des interventions assimilables à des prestations d'autonomie sont encore classées en **AIS** en 2022.

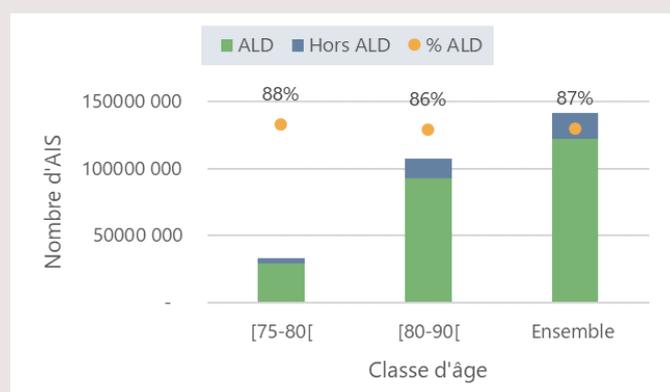


**Pour la classe d'âge des 75-89 ans**, pour lesquels les AIS restent largement majoritaires dans l'attente du déploiement des forfaits journaliers, 141 millions d'AIS ont été facturés à l'assurance maladie en 2022. Cette classe d'âge rassemblant environ 5,4 millions de personnes, le nombre d'AIS s'établit en moyenne à 26 actes par personne âgée de 75 à 89 ans.

Le nombre moyen d'AIS par personne augmente avec l'âge : il s'élève à 33 actes pour les 80 à 89 ans, contre 15 actes en moyenne pour la classe d'âge des 75-79 ans.

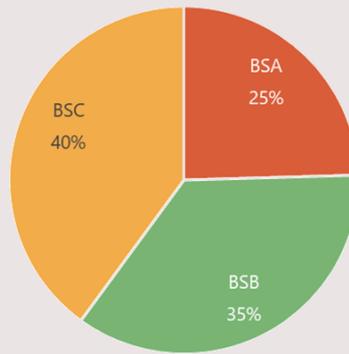
	[75-80[	[80-90[	[75-90[
AIS	33 600 000	107 500 000	141 100 000
Effectif	2 197 000	3 246 000	5 443 000
AIS par personne	15	33	26

La proportion d'AIS bénéficiant à des patients en affection de longue durée (ALD) est élevée : elle s'établit à 87 %, et ne varie que marginalement selon la classe d'âge.

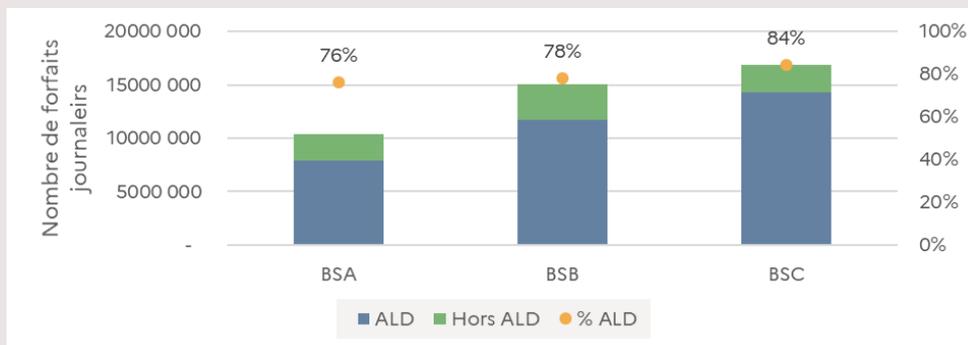


**Pour la classe d'âge des 90 ans ou plus**, soit un peu moins de 850 000 personnes, pour laquelle le dispositif des forfaits journaliers est désormais déployé, 42,3 millions de forfaits journaliers « autonomie » ont été facturés à l'assurance maladie par les infirmiers libéraux.

40 % de ces forfaits ont été cotés en BSC et correspondaient donc à des « prises en charges lourdes », 35 % ont été cotés BSB et 25 % BSA, correspondant respectivement à des « prises en charge intermédiaires » et « légères ».



La fraction de forfaits journaliers correspondant à des soins prescrits à des patients en ALD est élevée et croissante avec la « lourdeur » de la prise en charge. Ainsi, 76 % des BSA facturés l’ont été auprès de personnes en ALD, ce chiffre atteignant 78 % pour les BSB et 84 % pour les BSC (toujours sur le périmètre des 90 ans et plus).



Source : SG HCFEA sur données SNDS extraites par DSS/EPF/6B

Une partie de la variabilité observée du montant des plans d’aide pourrait s’expliquer par une substitution entre actes infirmiers de soins et interventions d’accompagnement à domicile. Les travaux conduits par le conseil de l’âge en 2023 pour établir un [état des lieux cartographique de l’autonomie](#) montrent ainsi que « *La réalisation par des infirmiers de certaines interventions habituellement effectuées par d’autres professionnels, employés des Saad (ou inversement), est une hypothèse plausible dans la mesure où la dépense d’AIS et de Ssiad est globalement plus élevée dans les départements caractérisés par des dépenses d’APA relativement faibles et inversement : ce potentiel effet de substitution apparait dans la moitié des départements* ». L’impossibilité, pour le moment, d’apparier les données d’activité relatives au soin ou à l’accompagnement est problématique car elle empêche d’appréhender les situations individuelles dans leur globalité, afin d’analyser ces phénomènes de substitution ou de demande induite.

## Encadré 6 | Les actes paramédicaux assimilables à des prestations de soutien à l'autonomie

Un certain nombre d'actes délivrés par des professionnels paramédicaux peuvent être assimilés à des prestations d'autonomie lorsqu'ils concernent des personnes âgées. C'est à ce titre que l'indicateur relatif aux dépenses publiques en faveur du soutien à l'autonomie publié dans le REPSS « autonomie »<sup>24</sup> intègre des dépenses de santé qui peuvent être imputées « non seulement ou directement » au besoin de santé, mais à la situation de limitation de l'autonomie des personnes. Les actes infirmiers de soins (cf. encadré 3), les actes pratiqués par un masseur-kinésithérapeute, un psychiatre ou un orthophoniste auprès de personnes âgées d'au moins 80 ans sont ainsi retenus pour approcher ces dépenses dans le REPSS autonomie.

Certaines interventions paramédicales ou médicales concernent en effet spécifiquement des personnes âgées vulnérables :

<p><b>Kinésithérapie</b>   Les soins prodigués aux personnes âgées sont souvent axés sur l'amélioration de la qualité de vie par le maintien ou le renforcement de la mobilité, du confort et de l'autonomie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation passive pour les personnes qui ont des difficultés à se déplacer</li> <li>Renforcement musculaire et rééducation fonctionnelle pour améliorer la capacité des personnes à effectuer les activités de la vie quotidienne et à prévenir la dégradation de l'autonomie ou les chutes</li> <li>Gestion et soulagement de la douleur pour les personnes souffrant de douleurs chroniques</li> <li>Aides à l'utilisation des aides techniques et en particulier des aides à la mobilité</li> <li>Formation des aidants sur les meilleures pratiques pour prendre soins des personnes âgées notamment en matière de manipulation et de transferts</li> </ul>	<p><b>Orthoptie</b>   Une rééducation orthoptique adaptée peut permettre de maintenir une activité et une autonomie chez la personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention des chutes : évaluation et rééducation de la vision périphérique, la vision des contrastes et d'autres aspects visuels importants pour réduire le risque de chutes</li> <li>Recommandations d'aides visuelles, telles que des loupes ou des filtres spéciaux, pour améliorer la vision des personnes âgées souffrant de problèmes de vision spécifiques</li> <li>Rééducation des fonctions visuelles pour les personnes présentant des troubles visuels (coordination des yeux, vision double...) après un AVC ou une lésion cérébrale</li> </ul>
<p><b>Psychiatrie</b>   Les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées peuvent être complexes, car ils sont souvent liés à des facteurs médicaux, sociaux et psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention des troubles de santé mentale par la prise en compte notamment des facteurs de risque tels que l'isolement social, la perte d'autonomie et les changements dans la vie quotidienne.</li> <li>Traitements des troubles psychiques de la personne âgée, en particulier la dépression ou la mélancolie, les troubles anxieux, les troubles du sommeil et la démence sénile</li> <li>Thérapie, individuelle ou de groupe, pour offrir un soutien social et émotionnel aux personnes âgées, traiter les troubles de l'humeur ou les symptômes anxieux</li> </ul>	<p><b>Orthophonie</b>   Les soins prodigués aux personnes âgées sont souvent axés sur l'amélioration ou le maintien des capacités de communication, de déglutition et de cognition</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapie de la communication : rééducation de la parole, apprentissage de techniques de communication alternative ou augmentative, utilisation d'appareils de communication assistée</li> <li>Renforcement musculaire et techniques de modification de la texture des aliments pour améliorer la coordination musculaire et la sécurité de la déglutition afin de prévenir les risques de fausse déglutition et d'aspiration</li> <li>Exercices de réhabilitation cognitive visant à maintenir ou à améliorer la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives, notamment pour les personnes atteintes de troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer</li> <li>Recommandations pour prévenir les complications liées à la communication et à la déglutition : modifications de l'alimentation ou de l'environnement pour minimiser les risques de fausse déglutition ou de déshydratation</li> <li>Formation des aidants sur les meilleures pratiques pour aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne</li> </ul>

- 37 millions d'actes de kinésithérapie ont été réalisés auprès de personnes âgées d'au moins 75 ans résidant à domicile (ces données ne couvrent pas les interventions de masseurs-kinésithérapeutes)

<sup>24</sup> Le périmètre de l'indicateur REPSS couvre les dépenses publiques en faveur du soutien à l'autonomie sur le périmètre des GIR 1 à 4. Les dépenses de prévention et d'action sociale qui bénéficient aux GIR 5 et 6 n'y sont pas retracées. Les dépenses supportées par les personnes elles-mêmes (restes à charge, légal et extralégal sur les prestations d'accompagnement, soins non remboursables...) ne sont pas couvertes non plus.



en établissement) en 2022, soit 6 actes par an en moyenne pour une personne de cette classe d'âge. Le nombre moyen d'actes de kinésithérapie augmente avec l'âge : il s'élève à 4 actes par personne âgée de 75 à 79 ans, à 5 actes pour les 80-89 ans et atteint 13 actes par personne âgée d'au moins 90 ans en moyenne.

- 3,8 millions d'actes d'orthophonie ont été facturés à l'assurance maladie en 2022, soit en moyenne 0,6 actes par personne âgée d'au moins 75 ans. Cette proportion est la même quelle que soit la classe d'âge.
- 1,9 et 1,3 millions d'actes de psychiatrie et d'orthoptie ont été facturés à l'assurance maladie cette même année, soit respectivement 0,3 et 0,2 actes par personne âgée de 75 ans ou plus. Le nombre moyen d'actes diminue avec l'âge pour ces deux spécialités.

Source : SG HCFEA sur données SNDS extraites par DSS/EPF/6B

## Encadré 7 | Les plans de santé publique : l'exemple des maladies neurodégénératives

Les personnes âgées font l'objet d'une attention dans de nombreux plans ou programmes de santé publique : plans et stratégie décennale contre le Cancer, Programme national nutrition santé (PNNS4) etc. Mais c'est surtout avec le premier plan Alzheimer 2008-2012 que le ministère chargé de la santé – avec comme direction pilote la DGOS – s'est dotée d'un cadre de développement d'une politique de diagnostic précoce et de construction d'une offre d'accompagnement spécialisée tournée vers les personnes âgées et leurs aidants.

Avec le plan national Maladies neurodégénératives 2014-2019 (PNMD), l'accent est mis sur l'aide aux aidants, le déploiement et l'outillage des MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des aides), l'évaluation des besoins des personnes concernées, le développement de services et compétences spécialisés au sein des établissements et services médico-sociaux et la recherche. Doté de 470 millions d'euros, il est dédié aux maladies neurodégénératives dans leur ensemble et intègre donc la maladie de Parkinson. Sur la base d'une évaluation réalisée par le Pr A. Grand (université de Toulouse) et le Pr Y. Joannette (université de Montréal), le ministère de la Santé a préparé entre novembre 2020 et mars 2021 en lien avec le Collectif des associations représentant les personnes atteintes de maladies neurodégénératives une Feuille de route maladies neuro-dégénératives « pour répondre aux problèmes qui restent non résolus ». Une démarche en deux temps était prévue, avec la diffusion d'une première version de transition couvrant la période 2021-2022, et l'annonce qu'une « version enrichie la complètera sur 2023-2024 ».

Il n'existe pas à ce jour d'évaluation de mise en œuvre de cette feuille de route, mais une mission flash a été conduite par deux députées, Mmes S. Josso et L. Lavalette, dont une synthèse des conclusions a été présentée en juillet 2023 et qui recommande globalement de « diligenter rapidement un nouveau plan pluriannuel qui prenne en compte les MND « rares » et qui associe les malades et les proches aidants. »<sup>25</sup>. Leurs propositions concernent plus le volet « prestations sociales » que le volet « soins et solutions d'accompagnement ». Le ministère de la santé a annoncé ce même mois qu'il travaillait à un nouveau plan pour la fin de l'année 2023.

Une mission de l'IGAS d'évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives a apporté dans son rapport<sup>26</sup> des éléments sur les forces et les faiblesses de l'action actuelle en matière de MND s'agissant notamment des personnes à domicile. Il constate un réel développement de l'offre en recensant au début de l'année 2022, 1 921 Pôles d'activité et de soins adaptés

<sup>25</sup> <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/organes/commissions-permanentes/affaires-sociales/missions-flash/maladies-neurodegeneratives>

<sup>26</sup> Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, 2021, Dr Nicole BOHIC, Delphine CORLAY, Louis-Charles VIOSSAT (Inspection générale des affaires sociales).

<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-104r.pdf>

(PASA), 333 Unités d'hébergement renforcé (UHR), 145 Unités cognitivo-comportementales (UCC) et 505 Equipes spécialisées Alzheimer (ESA). Des Unités de Vie Alzheimer (UVA) ont également été dénombrées dans un peu plus de 40 % des Ehpad. Le rapport note que « le développement d'une telle palette de dispositifs spécialisés et définis administrativement est assez original au plan international. Elle tient probablement à la volonté très française d'un déploiement uniforme et égal sur le territoire national et aux exigences du mode de financement des Ehpad (...). S'il existe bien des services proches à l'étranger, qui ont été identifiés au cours d'entretiens et de visites de terrain, ceux-ci ressemblent principalement aux Unités de vie Alzheimer ou aux Unités d'hébergement renforcé. Les PASA, UCC et ESA ne semblent pas avoir de nombreux équivalents. ».

Les constats sur l'accessibilité des dispositifs sont toutefois nuancés : « D'une part, au-delà du déficit général qui existe en ville en professionnels de santé (médecins, paramédicaux...) afin de répondre aux besoins des personnes âgées à domicile, on y constate toujours un déficit très important d'offre de dispositifs spécialisés, notamment lorsque les troubles psychologiques et du comportement apparaissent chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ainsi, 50 000 personnes seulement peuvent bénéficier des services des ESA chaque année, soit moins de 5 % du total des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. En outre, une large partie du territoire n'est pas couverte, d'où d'importantes listes d'attente. Enfin, les services offerts par les ESA ne permettent pas de répondre aux patients dont la situation est trop dégradée. ».

S'agissant en particulier des consultations mémoire, dont la DREES estime qu'en 2002, près de 243 000 patients ont en bénéficié au sein des 550 entités réparties sur le territoire, la mission estime qu'il convient de « sensibiliser davantage les médecins de premier recours à identifier les patients concernés, à mieux articuler la médecine de premier recours avec les consultations mémoire spécialisées et à réduire les délais d'accès aux consultations spécialisées (un à trois mois maximum contre trois à neuf mois aujourd'hui). ».

S'agissant des dispositifs en établissements, l'IGAS relève un déficit similaire, « en dépit des efforts d'investissements réalisés. « Ainsi, le nombre de PASA, d'UHR, d'UCC et d'UVA demeure modeste par rapport au nombre total d'Ehpad et aux caractéristiques de leurs publics ».

### **Une offre hospitalière en soins de moyenne et longue durée qui reste stable**

Les personnes de 65 ans ou plus représentent 42 % des séjours hospitaliers classés en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Le conseil de l'âge a choisi de faire un focus sur l'offre hospitalière en soins de moyenne et de longue durée, où les personnes âgées sont encore plus fortement représentées. Elle est à la fois une composante importante de certains parcours de soins lourds ou complexes, et un lieu de séjour plus ou moins prolongé pour certaines personnes âgées à problèmes de santé aggravés, mais aussi donc le besoin principal est le soutien à l'autonomie.

### **Les soins de suite et de réadaptation,**

Selon la DREES<sup>27</sup>, le nombre de lits en moyen séjour (SSR) est en augmentation constante. Il est passé de 92 000 fin 2003 à 104 000 fin 2020. Cette progression est due principalement à la forte augmentation des capacités d'accueil des établissements privés à but lucratif (+12 500 lits depuis 2003), avec de fortes disparités territoriales dans le nombre de place par 100 000 habitants.

Les patients de SSR sont plutôt âgés : l'âge moyen des patients à leur admission est de 66 ans et l'âge médian de 72 ans. En hospitalisation complète (qui représente 87% de l'activité), la durée moyenne des séjours augmente avec l'âge : 36,7 jours en moyenne, elle atteint 37,4 jours pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

### **Les Unités de soins de longue durée (USLD)**

Leurs capacités ont fortement diminué entre 2008 et 2010, suite au mouvement de « partition » des USLD pour convertir une partie de leurs lits en places médico-sociales sous statut d'Ehpad. La DREES,

<sup>27</sup> Les établissements de santé, édition 2022, DREES.



qui décomptait 80 000 lits de long séjour en 2003 n'en dénombre plus que 31 000 en 2020<sup>28</sup>, chiffre stable depuis plusieurs années.

La mission IGAS susmentionnée a conduit en 2022 une enquête auprès des USLD, à laquelle 120 d'entre elles ont répondu. Elle met en évidence le poids important des personnes âgées souffrant de troubles dans leur patientèle :

- 66% des patients des USLD répondantes présentent des troubles cognitifs, ce ratio allant de 23 à 100% des patients ;
- Parmi les patients âgés, 62% des présentent des troubles du comportement.

En termes de ressources mobilisables, les USLD citent comme ressources mobilisables sur leur territoire : les consultations mémoires, les courts séjours gériatriques puis les services de psychiatrie et les Unités cognitivo-comportementales (UCC), les équipes mobiles gériatriques.

Deux problèmes sont toutefois pointés :

- un manque de places de type UHR en USLD ; En effet, seule un tiers des USLD répondantes a pu mettre en place une Unité d'hébergement renforcé (UHR), les deux motifs principaux d'absence d'UHR dans les autres USLD étaient « l'absence de projet en ce sens » et « l'absence de financement ».
- des solutions d'aval qui, selon une USLD répondante, « font défaut particulièrement pour les patients atteints de troubles psycho-comportementaux perturbateurs »

Parmi les initiatives intéressantes, on note la volonté d'un CHU de développement d'une filière complète avec le développement d'une offre de répit (hébergement temporaire accueil de jour et de nuit : *"L'USLD est intégré au pôle Ehpad-USLD du CHU de XXX qui compte 926 lits et places d'hébergements (dont 120 places d'USLD) ainsi qu'un accueil de jour et une Plateforme d'Accompagnement des Aidants Familiaux (PARAF) »*).

## F. De nouvelles mesures ont été adoptées récemment pour améliorer l'accès aux professionnels libéraux de premier recours

Le ministère chargé de la santé, en lien avec l'assurance maladie et le ministère de l'Enseignement supérieur, actionne différents leviers pour augmenter le temps médical disponible au bénéfice des patients. Ils peuvent s'inscrire dans une action de moyen terme (suppression du numerus clausus pour la formation des médecins) ou de plus court terme (incitation à l'installation en zone sous-dotée, développement de l'exercice médical mixte ou salarié, financement de postes d'assistants médicaux, développement des infirmiers en pratiques avancées, rôle des CPTS dans la régulation des urgences...).

S'agissant spécifiquement des personnes âgées, trois mesures ont annoncées le 17 novembre 2023 dans le cadre de la Stratégie « Bien Vieillir » au titre de l'objectif « S'engager à permettre l'accès à un médecin traitant pour toutes les personnes âgées » :

---

<sup>28</sup> Ibidem.

- Toutes les personnes de plus de 80 ans, soit 4,1 millions de personnes, se verront proposer une solution afin de trouver un médecin traitant (plan d'action dédié mis en œuvre par la Cnam, calendrier : 2025) ;
- 100 cabinets médicaux mobiles (Médicobus) seront déployés d'ici fin 2024 pour faciliter l'accès aux soins dans les territoires ruraux en assurant la prise en charge des personnes sans médecin traitant ;
- Les missions du médecin coordonnateur en Ehpad seront étendues pour lui permettre de réaliser des prescriptions et de devenir le médecin traitant des résidents qui le souhaitent.

Cette dernière mesure a été inscrite dans la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, portée par le député Frédéric Valletoux, qui comporte des dispositions relatives à la démographie médicale, à la permanence et à la coordination des soins.

Son article 12 dispose que le médecin coordonnateur peut, pour les résidents qui le souhaitent, assurer leur suivi médical et réaliser des prescriptions médicales. Lorsque le médecin coordonnateur assure le suivi médical du résident, ce dernier peut le désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant. Au moment de l'admission dans l'établissement, le contrat de séjour doit faire mention du choix du résident, qui peut être modifié à tout moment de son séjour. Il n'est cependant pas précisé comment cette fonction supplémentaire sera assumable en termes de temps à y consacrer par des médecins coordonnateurs qui ne sont pas chargés, dans les Ehpad au tarif partiel, de cette mission de « médecin de soins », pas plus que ces Ehpad ne sont financés pour y pourvoir en termes d'ETP médicaux. Il serait légitime, dès lors, puisqu'il s'agit de compenser les « défaillances » de la médecine de ville, de poser la question d'un financement supplémentaire pouvant provenir de l'enveloppe « Soins de ville » de l'ONDAM.

Cette même loi, dans son article 15, crée une fonction d'infirmier référent, responsable de la coordination des parcours de soins et du suivi des patients. Tout assuré de seize ans ou plus atteint d'une ALD nécessitant des soins infirmiers pourra ainsi déclarer à son organisme d'assurance maladie le nom de l'infirmier référent qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.



# Les dispositifs visant à renforcer l'accès aux soins et la coordination des parcours

---

Face au constat de l'existence d'une multitude de dispositifs de coordination des parcours de santé complexes mais dont la diversité et la fragmentation limitaient l'efficacité, les lois pour la modernisation de notre système de santé du 24 janvier 2016 et la loi du 23 juillet 2019 relative à l'organisation et de transformation de notre système de santé (OTSS) en ont créé de nouveaux ou adapté certains qui préexistaient.

## A. L'exercice regroupé et coordonné, les Communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS)

Le ministère chargé de la santé s'est fixé comme objectif de faire que l'exercice isolé soit une exception en doublant le nombre de maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels et en installant au moins 1 000 CPTS. Elles ont vocation à améliorer la qualité des prises en charge médico-soignantes en ville et l'accès aux soins.

D'après le rapport charges et produits pour 2023, 443 CPTS avaient, en juin 2023, signé l'Accord Conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS. Celles-ci couvraient 55 % du territoire français (taux de couverture populationnelle) et 344 projets étaient en cours de finalisation pour porter le taux de couverture du territoire à 75 % dans les mois à venir.

Les taux de couverture étaient variables selon les régions :

- 2 régions étaient couvertes à 100 % : La Réunion (6 CPTS) et la Martinique (1 CPTS)
- 1 région était couverte à 97 % : Centre Val de Loire (31 CPTS)
- Les régions représentant les plus forts taux de population non couvertes étaient Mayotte (88 %), la Guyane, (37 %), les Pays de la Loire (35 %), la Normandie et la Bretagne (34 %).

Un rapport de 2023<sup>29</sup> établissant un « *Tour de France des CPTS* », porte des éléments de bilan encourageants, estimant que le « *modèle est porteur d'avenir* », contribuant déjà à la structuration des soins de proximité autour d'actions ciblées. Il identifie aussi des difficultés, les CPTS étant parfois tentées d'aller au-delà de leur rôle d'organisation des soins primaires sur le territoire et de se positionner en effecteurs de soin ».

Des initiatives intéressantes ont été prises par certaines CPTS, dont celle du Pays de Redon : au travers du dispositif AcceS sur la recherche d'un médecin traitant. Il permet « *aux professionnels de santé (pharmaciens, secrétariat médical) de saisir une fiche patient afin de mettre en relation les patients prioritaires (ALD, patients âgés). La CPTS étend désormais cette offre de mise en relation aux patients eux-mêmes (via un QR code), aux collectivités locales, aux maisons France service et à l'assurance maladie afin d'en faire bénéficier les patients les plus fragiles potentiellement éloignés du numérique* ».

Plus largement, le rapport porte le constat, partagé par le Conseil de l'âge, que « *la réponse aux situations aiguës et la demande de soins nécessitent l'entrée dans un parcours coordonné. Devant la multiplication des patients complexes, âgés et poly-pathologiques, soigner seul et sans suivi certaines pathologies devient impossible quelle que soit la profession et le mode d'exercice.* »

## **B. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**

La loi du 24 juillet 2019 et le décret d'application du décret 18 mars 2021 prévoient que l'ensemble des dispositifs de coordination (réseaux de santé, MAIA, CTA, PTA) a vocation à être unifié dans un dispositif unique avant juillet 2022 : le dispositif d'appui à la coordination (DAC). Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pouvaient optionnellement s'y joindre, sur décision expresse du conseil départemental. L'objectif des DAC est de proposer un dispositif d'appui unique pour les professionnels pour toute situation « patient » ressentie comme complexe quels que soient l'âge, l'autonomie, ou la pathologie de la personne, à la fois pour améliorer la lisibilité et l'efficacité des dispositifs et parvenir à couvrir tout le territoire. La structuration de ce nouveau réseau a été conduite entre 2021 et 2022 par les ARS, aidés par une « Boîte à outils » élaborée par le ministère de la santé et la CNSA et diffusée en janvier 2021.

---

<sup>29</sup> Rapport remis en juillet 2023 à Agnès Firmin Le bodo : Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, Albert Lautman, directeur général de la CPAM 91 et DCGDR Ile de France, Hugo Gilardi, DG ARS des Hauts-de-France, Marie Hélène Certain, médecin généraliste - Les Mureaux (78), exerçant en MSP, membre de la CPTS Val de Seine 78.



## Encadré 8 | Eclairages de terrain sur les DAC d'Ile de France et le DAC Appui santé 14

Il n'existe pas à la connaissance du conseil de l'âge un bilan global de la mise en œuvre de cette réforme. L'équipe du Conseil de l'âge a cherché à apporter plusieurs regards sur ce dispositif encore jeune dans son déploiement.

### L'évaluation de la mise place et du fonctionnement des DAC franciliennes

Dans le cadre de l'évaluation du Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2022 francilien, l'ARS d'Ile-de-France a mandaté un consortium de recherche interdisciplinaire pour évaluer plusieurs actions, dont la mise en place des DAC, pour laquelle un Guide de déploiement avait été diffusé par l'ARS dès novembre 2019, comportant un référentiel de missions et d'organisation.

En propos introductifs, le rapport<sup>30</sup> note que « les DAC se mettent en place en l'absence de normes ou de référentiel de pratiques professionnelles ou organisationnelles pour réaliser les missions de réponse aux parcours complexes et d'animation territoriale et atteindre les objectifs de polyvalence et de subsidiarité. Des pratiques se testent, s'inventent, se modifient au cours des processus d'unification et commencent tout juste à se stabiliser. »

Il dresse un « bilan positif de la démarche », constatant qu'« à l'issue d'une première phase de déploiement, centrée sur les processus de regroupement juridique et de stabilisation des organisations de travail, l'unification des DAC peut être considérée comme une réussite », aboutissant à une couverture de l'ensemble de la région par 22 DAC dans les délais initialement prévus et marquée par un esprit de concertation et de dialogue, ayant également permis de rééquilibrer les dotations territoriales ». Il note que la période « a favorisé aussi l'émergence d'une compréhension partagée de l'intérêt des DAC, de leurs missions et de leurs objectifs ».

Un point de faiblesse est constaté s'agissant de l'utilisation des outils devant favoriser une évaluation globale de la situation des personnes et la coordination de leur parcours. Le rapport constate ainsi que « La boîte à outils des DAC franciliens est encore hétéroclite. Certains outils sont communs à l'ensemble des DAC et représentent un puissant vecteur d'harmonisation des pratiques professionnelles. Pourtant, leur utilisation par et au sein des équipes de DAC est inégale et sujette à critiques, jugés tantôt inadaptés aux missions, tantôt dysfonctionnels ».

-le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation (FAMO) qui était utilisé par les MAIA franciliennes. Le rapport note qu'« il est donc connu et reconnu dans la quasi-totalité des DAC mais du fait de son origine MAIA, son format est inadapté à l'analyse des situations qui ne relèvent pas des problématiques liées au grand-âge. Cela étant un travail d'adaptation au « tout âge, toute pathologie » était envisagé au moment de la conduite de notre évaluation et probablement achevé aujourd'hui. »

- Le Répertoire Opérationnel et Ressources (ROR), autre outil d'origine MAIA : « ce répertoire est en revanche beaucoup moins utilisé que le FAMO, y compris par les ex gestionnaires de cas. Trop rarement mises à jour par les structures, les informations sont souvent obsolètes et les équipes lui préfèrent des répertoires professionnels « maison », souvent plus spécialisés et plus fins sur le recueil d'information ». Néanmoins, il est constaté que les équipes des DAC « se sont organisées pour répondre aux nouvelles demandes, quel que soit le degré de complexité de ces demandes et quelle que soit la problématique. En outre, les demandes d'appuis que les DAC sont amenés à traiter depuis leur mise en place correspondent bien aux volumes et aux types d'accompagnement visés par la réforme. »

Pour le rapport, le bilan positif « ne doit pas masquer les nombreux défis qui attendent l'ARS et les DAC dans la phase de stabilisation et de montée en puissance », et notamment « la nécessité de prémunir

<sup>30</sup> Le dispositif d'appui à la coordination : Un nouvel opérateur territorial en quête de légitimité, Marie-Aline Bloch, Marie-Victoire Bouquet, Magali Robelet, sous la coordination de la Chaire Santé de Sciences Po, Daniel Benamouzig.

*l'ensemble des acteurs contre les risques de lassitude, voire de défiance, associés à l'accumulation des réformes et demandes d'adaptation ou de flexibilité »; d'autre part, « l'importance de veiller à ce que la dynamique d'institutionnalisation, liée à la mise en œuvre de la loi OTSS, n'assèche pas la nécessaire autonomie dont disposent les acteurs de terrain dans l'élaboration des solutions locales ».*

Dans la perspective du prochain PRS, le rapport formule deux catégories de recommandations :

- clarifier les pratiques de mobilisation des DAC sur leur territoire (renforcer le positionnement des DAC dans l'animation du territoire, partager un référentiel d'intervention lié au degré de complexité des situations)

- renforcer les modalités de pilotage et d'accompagnement des DAC (développement d'espaces d'échange sur les pratiques professionnelles, meilleure articulation siège de l'ARS / direction départementale, amélioration des outils de pilotage et de suivi de l'activité des DAC).

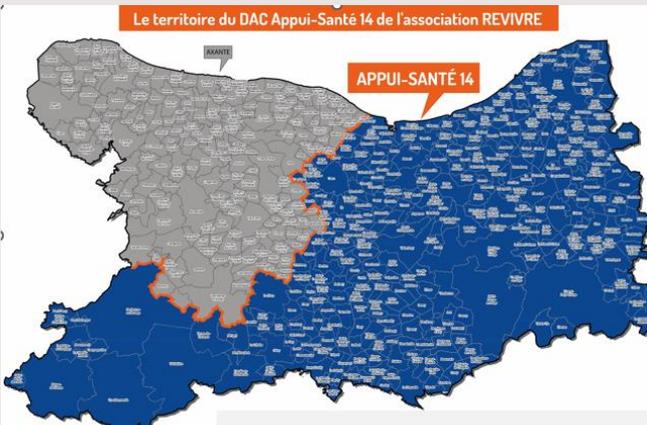
### **L'organisation et le fonctionnement du DAC Falaise – Bocage – Caen – Pays d'Auge (Calvados)**

L'équipe du Conseil de l'âge a rendu visite à Caen au DAC Appui - santé 14, géré par l'association Revivre, et a pu échanger avec ses responsables et deux coordinatrices de cas. Le DAC a été constitué en 2022 à partir des structures et équipes préexistantes d'une Plate-forme territoriale d'appui (la PTA SYNAPSE) et de trois MAIA. Les grandes missions du DAC Appui-santé 14 sont l'information et l'orientation vers les ressources du territoire, le soutien et l'aide à la coordination de situations complexes, ainsi que la coordination territoriale, le soutien aux pratiques et aux initiatives locales.

Un système de régulation téléphonique *via* un numéro unique constitue un point d'entrée à la fois pour les professionnels et pour les patients. Il permet de prendre les appels de 9h à 12h30 et 13h30 à 17h du lundi au vendredi. La réponse téléphonique est assurée par un binôme formé par un travailleur social, assurant une première orientation du besoin d'intervention soit vers les professionnels du DAC soit vers d'autres structures compétentes (CPTS), dans un principe de subsidiarité – et d'une assistante administrative. Ce premier niveau d'échange constitue une primo-analyse et un triage des situations.

Le second niveau quant à lui correspond à l'admission en coordination de parcours par le DAC déclenche une évaluation et/ou un accompagnement assuré par l'équipe de coordinateurs de parcours.

Depuis janvier 2023, 700 sollicitations ont été traitées par le DAC, dont 20% émanant de médecins, 30% d'établissements de santé et 16% de services sociaux. Les publics bénéficiaires de la coordination de leur parcours ont été à 71% des personnes de plus de 60 ans. Les thématiques principales de parcours sont des problématiques de perte d'autonomie (39%), des maladies chroniques, métaboliques, ou des polyopathologies (15%), des maladies graves évolutives (16%).



#### Comment intervient l'équipe

Le DAC s'appuie sur le savoir-faire d'une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels du secteur sanitaire et social : infirmier(e), assistant(e) social(e), ergothérapeute.

- Sollicitation par un professionnel.
- Proposition d'une orientation vers une ressource sanitaire ou sociale adaptée à la problématique du patient.
- Évaluation sanitaire et sociale des besoins du patient sur son lieu de vie et accompagnement des aidants.
- Proposition aux professionnels et au patient d'un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS).
- Un appui à la planification de la prise en charge et au suivi des interventions auprès du patient (dont l'organisation des admissions et sorties des établissements).
- Retours d'informations réguliers au médecin traitant, des propositions de réajustement des actions entreprises au travers du PPCS si nécessaire

Le DAC travaille à la structuration des partenariats avec les acteurs du système de santé et les acteurs médico-sociaux et sociaux. Par ailleurs, il contribue aux réflexions de la Fédération des Acteurs de



Coordination en Santé - FACS Normandie -, qui associe également les réseaux n'ayant pas intégré les DAC.

S'agissant des accompagnements et appuis dont le DAC dispose, la direction du DAC estime très utiles les formations des directeurs déployée par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et la boîte à outil diffusée par l'Agence nationale d'appui à la performance. En revanche, les outils qui avaient été utilisés par les MAIA leur apparaissent peu adaptés, et des attentes s'expriment de disposer d'outils de gestion des parcours pouvant aider à la fois les coordinateurs de cas et d'alimenter l'observatoire des ruptures de parcours, ainsi que d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) actualisé, en complément de l'outil Via Trajectoires très utilisé par le DAC.

### C. Les équipes mobiles gériatriques et les « hotlines » gériatriques

Apparues dans les années 2000 d'abord dans quelques CHU, les équipes mobiles gériatriques (EMG) sont composées de médecins gériatres, d'infirmiers en gériatrie, des secrétaires médicales parfois assistés par une assistante sociale. Dans le cadre de Ma Santé 2022, un objectif de couverture d'un plus grand nombre d'établissements hospitaliers a été affiché. Elles doivent apporter une expertise en soins gériatriques à la fois en interne aux établissements, auprès de services plus généralistes – urgences, médecine générale / interne, services de spécialité. Mais de plus en plus, elles ont vocation à intervenir en extrahospitalier, dans le cadre du retour ou du maintien à domicile, en faisant le lien avec l'HAD, ou d'assurer une liaison avec les Ehpad.

Les « hotlines » hospitalières, déjà mentionnées dans les travaux du HCAAM de 2010-2011, sont destinées à permettre aux professionnels « de ville » de joindre plus facilement les médecins hospitaliers des services de gériatrie, et de favoriser la réduction des hospitalisations inadéquates. La mise en place de ces « hotlines » notamment dans les services des CHU a été dynamisée par la crise de la Covid 19, quand les décisions d'hospitaliser ou non une personne âgée étaient particulièrement complexes.

Un article publié dans la revue Regards de l'EN3S en 2023<sup>31</sup> rend compte d'une étude observationnelle multicentrique réalisée dans plusieurs régions de 2018 à 2020 qui montre que ce dispositif favorise la qualité de décision d'hospitaliser, seuls 9,7 % des conseils donnés ont conduit à des hospitalisations en urgences - et favorise le maintien ou le retour à domicile : « *dans plus de 70 % de cas, les échanges entre les gériatres et les médecins de villes se sont soldés par des conseils qui se sont traduits par le maintien à domicile* ». On note par ailleurs une très forte satisfaction des médecins : « *les hotlines ont réussi à faire tomber les barrières entre la médecine de ville et l'hôpital pour faire en sorte que les adultes âgés bénéficient de soins coordonnés* ».

---

<sup>31</sup> Bongue, Bienvenu, et al. « Hotlines gériatriques : un modèle organisationnel potentiellement efficace », Regards, vol. 61, no. 1, 2023, pp. 117-129

## D. Les hôpitaux de proximité

Revenant sur la réforme ayant gommé le statut particulier des hôpitaux locaux, la loi OTSS de 2019<sup>32</sup> confie aux hôpitaux de proximité des missions axées sur la couverture collective des besoins des soins de proximité avec notamment des fonctions de :

- appui au premier recours ;
- maintien des populations vulnérables au plus proche de leur domicile ;
- prévention ;
- permanence et continuité des soins.

Ces hôpitaux sont dotés d'un périmètre d'activités spécifiques :

- Des activités de soins « non techniques » : médecine, consultations, accès à des plateaux techniques et à des équipements de télésanté.
- Pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique

Toutes les activités non exclues sont possibles au sein de ces établissements (SSR, médecine d'urgence, CPP, soins palliatifs...).

L'ensemble de ces dispositifs intervenant en renforcement de la première ligne de soins primaires a vocation à la fois à couvrir les besoins collectifs et individuels de santé sur un territoire, mais également d'offrir un point d'entrée et un appui aux organisations plus intégrées qui se mettent en place dans le champ sanitaire, médico-social et social de l'autonomie :

- Centres de ressources territoriaux (CRT), dans leurs volets 1 (fonction ressources) et 2 - dispositifs renforcés de soutien à l'autonomie reprenant l'expérimentation des DRAD ;
- Services autonomie à domicile (SAD), fusionnant ou rapprochant SSIAD et SAAD, sur lesquels le Conseil de l'âge s'est déjà prononcé.

### Encadré 9 | Zoom sur la mise en œuvre des coordinations renforcées en région Provence Alpes Côte d'Azur.

Le directeur général de l'ARS PACA, désigné comme référent pour siéger au Conseil de l'âge, a fait une présentation en séance de groupe de travail du 17 octobre 2023. Il estime que la coordination des parcours et de la prévention à destination des personnes âgées sera un axe important de son prochain Projet régional de santé.

S'agissant de la structuration des Soins de proximité, l'ARS travaille au déploiement des CPTS avec des objectifs à la fois de bon maillage de son territoire et de prise en compte par leurs équipes des besoins des personnes âgées.

Au 1<sup>er</sup> octobre 2023, la mise en place des CPTS était bien avancée :

- 50 CPTS avaient un projet de santé validé par l'ARS et ont signé l'ACI avec l'assurance maladie et l'ARS ;
- 6 CPTS ont un projet de santé validé par l'ARS, et préparent la signature de l'ACI ;
- Ces initiatives couvraient 74% de la population
- 13 CPTS sont en cours d'écriture du projet

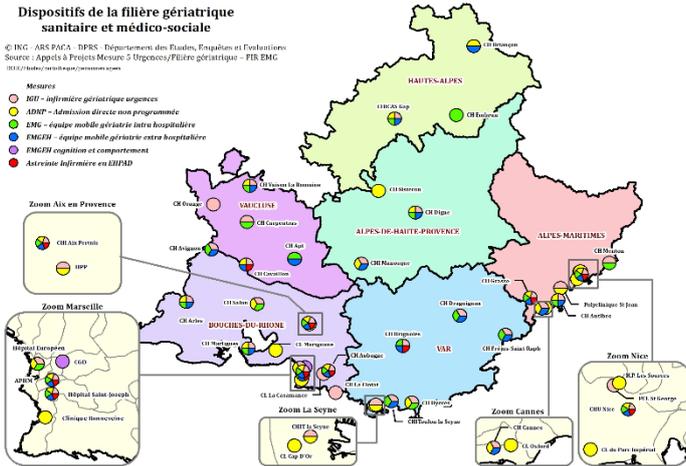
Ces initiatives couvriront 22% supplémentaires de la population.

<sup>32</sup> Article 35 de la loi OTSS du 24 juillet 2019



Un objectif important est de prévenir les hospitalisations non adéquates, et les passages aux urgences non justifiés, au moyen :

- Du dispositif des astreintes infirmières de nuit au bénéfice des Ehpad ;
- D'une meilleure communication entre soins de proximité et établissements de santé promue, notamment, au travers du dispositif des « Hot line » dans les services gériatriques ;
- Du déploiement de référents gériatriques infirmiers intra-hospitaliers ;
- De la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie intra et/ou extra hospitalières (EMG).



Ainsi, en PACA, 29 établissements de santé (ES) disposent au moins d'une équipe mobile de gériatrie :

- 19 ES ont une EMG intra et extra hospitalières ;
- 8 ES disposent d'une EMG intra hospitalière
- 2 ES disposent d'une EMG extra hospitalière

La carte ci-contre présente la localisation de ces dispositifs.

S'agissant des dispositifs visant à assurer une coordination, la région PACA est maillée par 10 dispositifs d'appui à la coordination (DAC), dont 9 ont conservé une compétence gériatrique par rapport à leurs composantes constitutives (Maïa, réseaux). Ils sont spécialisés sur la coordination des parcours des patients à besoins de santé et sociaux complexes.

La carte ci-contre présente leur localisation, couvrant les 5 départements de la région en fonction des bassins de population.

Par ailleurs, l'ARS travaille à la transformation des dispositifs renforcés de soutien à l'autonomie (DRAD) expérimentaux vers le nouveau dispositif des Centres de ressources territoriaux (CRT). En réponse à une question d'un membre, il est précisé que la majorité des CRT devraient être portés par les Ehpad, mais qu'au moins un de ces CRT sera porté par un service.



La cible de l'ARS PACA est de créer 59 CRT à horizon 2028, complétant les crédits nationaux par des redéploiements internes de crédits, selon le rythme suivant :

2022 : 14 ont été créés : 5 par appel à candidature (AAC), 7 sous la forme d'Ehpad hors les murs et 2 par redéploiement de crédits

- 2023 : 15 programmés : 12 par AAC et 3 par redéploiement de crédits
- 2024 – 2025 : 18 programmés : 15 par AAC et 3 par redéploiement de crédits
- 2026 – 2027 – 2028 : 12 programmés

Sur la base de la file active moyenne constatée sur les 7 Ehpad hors les murs, qui est de 38 personnes accompagnées, la file active prévisionnelle 2028 des CRT serait d'un peu plus de 2 240 personnes.

Enfin, l'ARS travaille avec les conseils départementaux à la mise en œuvre de la réforme visant au rapprochement des SSIAD et des SAAD, pour créer les services autonomie à domicile (SAD), avec un nombre de structures conséquent puisque la région compte :

- 764 SAAD ;
- 116 SSIAD pour personnes âgées ;
- 38 SSIAD pour personnes âgées et personnes en situation de handicap ;
- 11 SSIAD pour personnes en situation de handicap.

### E. Le service public départemental de l'autonomie

La définition de « *solutions concrètes pour tous les usagers, grâce à un appui et une coordination des professionnels du social, du médicosocial et du sanitaire pour répondre aux besoins des personnes, mêmes les plus complexes* » est au cœur du socle de missions du futur **service public départemental de l'autonomie (SPDA)**<sup>33</sup>.

Le SPDA devrait être le vecteur d'un renforcement de la coordination entre l'ensemble des acteurs, sur chaque territoire. Dans ce cadre, il associera ces dispositifs innovants de coordination des parcours de soins. Ces différentes structures constitueront ainsi des briques du SPDA en contribuant à chacun de ses blocs de missions.

#### Encadré 10 | Les missions du service public départemental de l'autonomie



<sup>33</sup> Service public départemental de l'autonomie | CNSA



# La question de la fin de vie à domicile et de l'accès aux soins palliatifs

La nécessité de prendre en compte la dimension de la « fin de vie à domicile » dans les réflexions du Conseil de l'âge est apparue au cours de ses travaux et échanges. Les besoins autour des soins palliatifs (en termes de formation, d'appui médical et éthique des acteurs médico-sociaux et sociaux et des familles, de rôle des équipes hospitalières ou mobiles) sont très souvent cités par les acteurs « du domicile » comme essentiels. Les soins palliatifs et/ou de soulagement de la douleur sont ainsi considérés comme des soins médicaux et infirmiers (*medical and nursing care*) de longue durée par l'OCDE.

Un premier échange avec deux membres du Conseil consultatif national d'éthique (CCNE), Karine Lefeuvre par ailleurs membre du Conseil de l'âge, et le Pr Régis Aubry, rapporteur de l'avis 139 du CCNE traitant des questions éthiques relatives aux situations de fin de vie, autonomie et solidarité, a permis d'identifier les aspects déterminants de l'accompagnement des fins de vie à domicile. En suite de cet échange, le président et le secrétariat général du Conseil de l'âge a donc pris l'attache du professeur Frank Chauvin, pilote de l'instance de réflexion stratégique chargée de préfigurer le plan décennal relatif aux soins palliatifs, pour articuler les réflexions.

Ces travaux ont pris en compte les conclusions de la convention citoyenne sur la fin de vie qui a mis en lumière une aspiration forte à ce qu'elle puisse intervenir à domicile et démedicaliser tout ce qui peut l'être. En effet, selon la mission, il n'y a pas besoin de l'intervention d'une unité de soins palliatifs pour toutes les fins de vie. La mission devrait plaider pour une nouvelle définition des soins palliatifs, requalifié de « soins d'accompagnement » de la fin de vie. Ses principes seraient les suivants :

- Anticiper : définir un plan dès le diagnostic d'une maladie ;
- Apporter une réponse, par l'organisation d'un système, « organisation territoriale des soins d'accompagnement » : une filière médicale, l'HAD, les unités de soins palliatifs, et les collectivités territoriales. Des plates-formes pourraient venir en appui des DAC ;
- Créer des structures intermédiaires de proximité, de type maisons d'accompagnement avec un hébergement peu médicalisé, qui sont à la fois des structures de répit, des lieux de passage entre les USP et structures d'hospitalisation à domicile ;
- Renforcer des équipes mobiles soins palliatifs ;
- Incrire tous les Ehpad dans une filière de soins d'accompagnement (pas forcément défini au niveau des GHT).

Face à la transition démographique et épidémiologique, un constat partagé est qu'il faut se placer dans une perspective où la dimension « soins palliatifs » fera partie du quotidien d'une proportion conséquente des accompagnements à domicile.

L'instance présidée par le Pr Chauvin a remis à la ministre Agnès Firmin Le Bodo son rapport, rendu public le 9 décembre 2023 et intitulé *Vers un modèle français des soins d'accompagnement*. Sa proposition centrale est de créer des organisations territoriales « permettant de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire une prise en charge graduée et structurée des soins d'accompagnement en prenant en compte les spécificités des publics ». Il est proposé que ces organisations remplissent trois missions : coordonner l'intervention de leurs membres ; structurer des parcours de santé "territorialisés, gradués et adaptés à la situation des personnes en fin de vie" ; structurer les réponses graduées permettant une meilleure prise en charge de la douleur. Animées par les ARS, elles incluraient les établissements sociaux et médico-sociaux au même titre que les DAC et CPTS, les collectivités territoriales et les citoyens, pour dialoguer avec les acteurs des soins palliatifs (maisons d'accompagnement ; équipes spécialisées sanitaires de prise en charge; professionnels libéraux). De nouvelles équipes mobiles de soins d'accompagnement seraient créées pour venir en appui des organisations territoriales et des structures, notamment les Ehpad, sur la base de conventions entre les établissements les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes mobiles gériatriques. Le rapport propose de créer 115 équipes supplémentaires d'ici 5 ans, et 330 d'ici 10 ans.

Sur ces bases, les travaux pour la rédaction de la stratégie ont commencé, notamment pour l'inscription de mesures de niveau législatif dans le projet de loi « fin de vie » qui devrait être finalisé au premier trimestre 2024.

Les soins palliatifs peuvent être délivrés selon différentes modalités :

- Par les professionnels libéraux de la première ligne : médecins traitants, infirmiers libéraux ;
- Par les équipes des réseaux soins palliatifs, désormais intégrées aux DAC ;

(ces deux modalités pouvant être assurées via une équipe mobile de soins palliatifs)

- Par un recours à l'hospitalisation, en séjour complet ou en hospitalisation à domicile, sachant que l'HAD est possible en établissement et notamment en Ehpad.

Le Conseil de l'âge s'est donc intéressé aux profils des personnes âgées recourant à l'HAD et aux motifs principaux d'interventions. Les données de la Drees donnent des indications sur les personnes bénéficiant d'interventions de HAD : elles montrent ainsi que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant « perdu toute autonomie » : 93 % d'entre eux sont moyennement ou fortement « dépendants ». Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus concernés par les restrictions d'autonomie (respectivement 64 % et 77 % moyennement à fortement « dépendants »). Même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part y est de plus en plus importante. En 2020, les patients de 65 ans ou plus totalisaient ainsi 59 % des séjours (dont 29 % pour les 80 ans ou plus). Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (22 % des



séjours), pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (87 % des séjours). Pour eux, dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

S'agissant de l'HAD en Ehpad, la Drees indique que les soins les plus fréquemment dispensés en HAD entre 2015 et 2017 sont les soins palliatifs et les plaies complexes (escarres, plaies de jambe, problèmes de cicatrisation, etc.), représentant chacun environ 30 % des admissions en HAD dans les Ehpad, suivis par le traitement de la douleur (18 % des admissions) et par les traitements intraveineux (10 % des admissions). La proportion de résidents des Ehpad décédés en soins palliatifs a légèrement augmenté entre les premiers semestres 2015 et 2017, passant de 6,1 % des personnes décédées à 8,1 % au premier semestre 2017. Selon la Drees, *« cette évolution s'explique principalement par une augmentation des soins palliatifs en Ehpad, les admissions en soins palliatifs dans les hôpitaux de soins aigus ou post-aigus sont restées constantes sur la même période »*.

Dans sa thèse publiée 2021, Anne Penneau a cherché à mesurer l'impact de l'HAD sur l'efficacité des soins en Ehpad. Elle a comparé les différences de résultats de soins (fréquence des hospitalisations, recours aux urgences, soins palliatifs en fin de vie et les dépenses hospitalières des résidents) entre les Ehpad qui utilisent l'HAD pour la première fois au cours de la période d'étude (groupe traité) et ceux qui n'ont jamais utilisé l'HAD. Selon les analyses de l'auteure, l'HAD est développée dans 27 % des Ehpad pour une première fois entre 2014 et 2017. Ses analyses suggèrent que l'HAD peut permettre d'améliorer la qualité de prise en charge sanitaire de ces résidents avec un effet significatif de l'HAD sur les fréquences et durées des hospitalisations dans les deux années suivant sa mise en place. De plus la mise en place de l'HAD semble avoir un impact significatif pour réduire les recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des résidents d'Ehpad. Il n'est malheureusement pas possible de disposer, dans l'attente de l'exploitation de l'enquête Autonomie à domicile de 2022 et d'un appariement des données avec le SNDS, des mêmes analyses s'agissant des personnes âgées à domicile.

Pour le Conseil de l'âge, et dans l'attente des conclusions de la mission du Pr Chauvin, il semble indispensable de provisionner une montée en charge des soins palliatifs à domicile, sous trois formes :

- Une meilleure formation des médecins traitants aux problématiques de la fin de vie des personnes âgées vulnérables et polypathologiques ;
- Un développement de l'HAD à domicile ;
- Une intervention facilitée des équipes de soins palliatifs à domicile.

En anticipation de la finalisation du nouveau plan soins palliatifs, le dossier de presse du PLFSS 2024 indique que *« dès fin 2024, des premières avancées majeures seront constatées en faveur du renforcement de la filière palliative : déploiement des filières avec mise en place de l'hospitalisation de jour en soins palliatifs ; couverture de tous les départements par une unité de soins palliatifs ; création de la première unité de soins palliatifs pédiatriques. »*

# Annexe I Table des illustrations

Encadré 1   Précisions de périmètre .....	7
Encadré 2   Le besoin d'aide à l'autonomie est un risque « au milieu » des autres .....	9
Encadré 3   Les positions du Conseil de l'âge sur la prévention en santé s'agissant des personnes âgées .....	21
Encadré 4   Zoom sur la déficience auditive et les opportunités offertes par le « 100% santé » pour les appareillages de personnes âgées .....	22
Encadré 5   Les soins infirmiers entrant dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées vulnérables .....	28
Encadré 6   Les actes paramédicaux assimilables à des prestations de soutien à l'autonomie .....	31
Encadré 7   Les plans de santé publique : l'exemple des maladies neurodégénératives .....	32
Encadré 8   Eclairages de terrain sur les DAC d'Ile de France et le DAC Appui santé 14 .....	38
Encadré 9   Zoom sur la mise en œuvre des coordinations renforcées en région Provence Alpes Côte d'Azur. ....	41
Encadré 10   Les missions du service public départemental de l'autonomie.....	43
Graphique 1   Comment les retraités perçoivent-ils leur santé peu de temps après leur départ à la retraite ?.....	11
Graphique 2   Etat de santé perçu selon la classe d'âge en 2022 .....	12
Graphique 3   Répartition des personnes ayant plusieurs pathologies, selon la classe d'âge, en 2019 .....	13
Graphique 4   Liste des 12 ALD pour lesquelles la part des 60 ans et plus dépasse 70 % en 2021 .....	13
Graphique 5   Effectifs de personnes en ALD 15, 16 et 32 en 2021 .....	14
Graphique 6   Les maladies associées aux limitations d'activité chez les 50 ans et plus.....	14
Graphique 7   Recours au médecin généraliste par motif de consultation (Pour 100 séances – personnes âgées d'au moins 65 ans).....	15
Graphique 8   Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé par classe d'âge en 2020 (pour 1000 habitants).....	15
Graphique 9   Caractéristiques du recours aux soins hospitaliers, selon la classe d'âge.....	16
Graphique 10   Principaux motifs de séjours hospitaliers de courte durée des personnes âgées .....	16
Graphique 11   Espérance de vie et espérance de vie sans incapacités à 65 ans .....	17
Graphique 12   Variation de l'espérance de vie sans incapacité et globale à 65 ans .....	17
Graphique 13   Dépense remboursable moyenne par tranche d'âge .....	18
Graphique 14   Fraction d'assurés sans médecin traitant selon la classe d'âge en 2021 .....	24
Graphique 15   Recours aux urgences et à l'hôpital selon la classe d'âge .....	25
Graphique 16   Evolution du nombre de visites de base et du nombre de visites longues entre 2019 et 2022 .....	27
Graphique 17   Dépenses de soins imputables à la limitation de l'autonomie, en millions d'euros ...	27



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

## RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

[www.hcfea.fr](http://www.hcfea.fr)



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie ([www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr))

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, 75015 PARIS

Adresse postale : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

