

Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques

L'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur le thème « Vieillesse, longévité et assurance maladie » ainsi qu'une note d'accompagnement¹ ont été approuvés à l'unanimité le 22 avril 2010, à l'is-

1. L'avis, la note d'accompagnement et les annexes établis par le secrétariat général du HCAAM sont disponibles sur le site www.securite-sociale.fr

sue de dix mois de travaux et de cinq réunions mensuelles.

Le HCAAM a adopté pour la première fois depuis sa création en 2003 une démarche transversale centrée sur une population, les personnes « âgées ».

Le HCAAM a ainsi apporté sa contribution aux débats sur le vieillissement par des données et des analyses qui écorment certaines idées reçues, notam-

ment s'agissant de son impact, actuel ou à venir, sur les dépenses de santé. Il s'est également attaché à prendre, chaque fois que faire se pouvait, le point de vue des personnes prises en charge. Avant d'être des bénéficiaires de prestations d'assurance maladie, elles sont des patients souffrant de maladies chroniques plus nombreuses et plus graves que le reste de la population.

Jean-Philippe Vinquant

Secrétaire général du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Séverine

Mayo-Simbsler

Chargée d'études au secrétariat général du HCAAM

Les personnes « âgées » sont davantage touchées par les maladies chroniques que le reste de la population

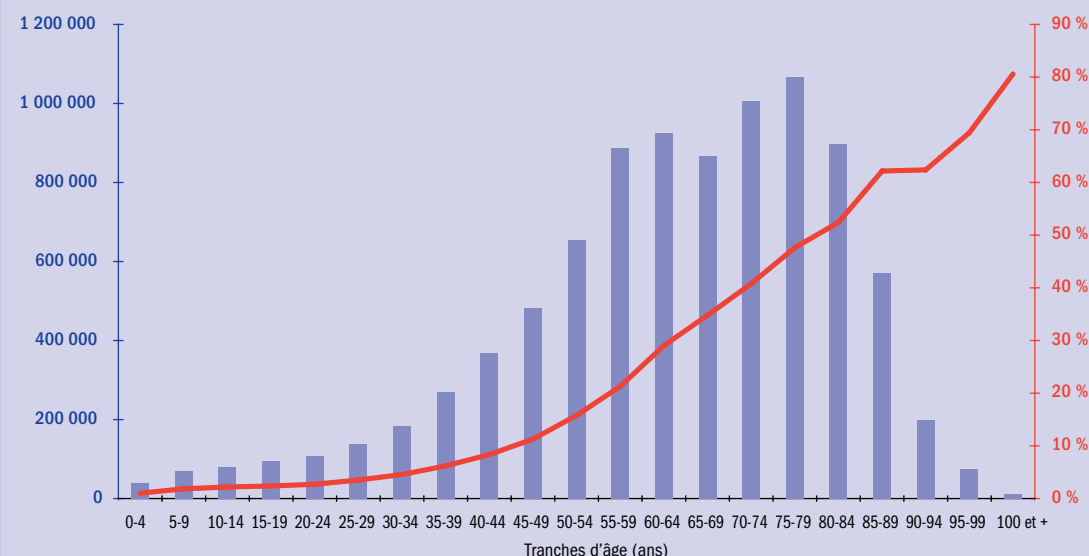
Le vieillissement des personnes se traduit par une croissance de la survenue des maladies ou accidents

Le phénomène de la maladie augmente régulièrement avec l'âge. Le taux de personnes prises en charge à

100 % au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), qui sont pour la plupart chroniques, progresse continuellement avec l'âge pour atteindre 80 % à 100 ans (figure 1). La progression est différente selon les maladies chroniques. Pour le diabète, le taux de personnes en ALD augmente jusqu'à 80 ans, puis diminue; pour l'hypertension artérielle et pour la maladie de Parkinson, il augmente jusqu'à 90 ans.

figure 1

Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes en ALD et proportion en pourcentage de la population en 2007



Source : Éco-santé assurance maladie, novembre 2009



Les maladies chroniques

De l'Enquête santé et protection sociale¹, qui évalue la morbidité par la prévalence, l'incidence et le nombre de maladies par âge, il ressort que le nombre de maladies déclarées passe de 3,5 à 60 ans à 6,6 à 90 ans. Dans la tranche d'âge des 65 ans et plus, le taux de prévalence des maladies chroniques atteint 70 % pour les problèmes cardio-vasculaires, 60 % pour les problèmes ostéo-articulaires et 55 % pour les pathologies liées au métabolisme.

La situation des personnes admises en hospitalisation s'aggrave également avec l'âge, le nombre moyen de complications et morbidités associées (CMA) passant de 0,54 à 50 ans à 1,59 à 90 ans.

Le phénomène de vieillissement progressif de l'organisme se manifeste de deux façons : d'une part, une croissance de l'incidence des maladies ou des accidents, qui débute relativement tôt, vers 50 ans (flèches ① de la figure 2) et, d'autre part, au-delà d'un âge plus élevé autour de 80 à 85 ans, un changement du contexte soignant qui pèse sur les conséquences incapacitantes des accidents ou maladies (flèches ② de la figure 2). Cette fragilité, marquée par l'augmentation de la polypathologie, a évidemment des conséquences sur l'autonomie au quotidien de la personne.

Cette complexité de situation appelle la distinction entre trois types d'actes :

- les actes de soins techniques (diagnostiques ou thérapeutiques) ;

1. Enquête sur la santé et la protection sociale 2006, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 2008.

- les actes de soins d'entretien, qui visent essentiellement à protéger, maintenir ou restaurer les capacités de la personne (actes de soins infirmiers, par exemple) ;
- l'aide à la vie quotidienne, qui vise à compenser la perte d'autonomie.

Cet effet quantitatif du nombre de maladies entraîne une élévation de la dépense individuelle avec l'âge

À compter de 10 ans, la dépense de santé individuelle moyenne de santé croît continuellement avec l'âge et dessine une courbe en « J » quasi parfaite.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire augmente lui aussi régulièrement avec l'âge, du fait des exonérations de participation du patient, et les montants remboursés sont cinq fois plus élevés en moyenne à 85 ans qu'à 35 ans. Toutefois, les personnes « âgées », bien que bénéficiant fortement de la solidarité « bien-portants/malades », subissent des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire plus importants : ils se sont élevés à 1 047 euros par assuré de plus de 80 ans pour l'année 2008.

Le caractère sous-optimal des parcours de soins des personnes âgées appelle à repenser l'organisation et l'articulation des prises en charge sanitaires et sociales

Le HCAAM a identifié une part de dépenses qui ne semble pas directement en relation avec des phénomènes « naturels »

Les personnes âgées sollicitent plus souvent, mais aussi de façon plus complexe, le système de prise en

figure 2

L'impact du vieillissement sur l'incidence des maladies et accidents, et leurs conséquences incapacitantes

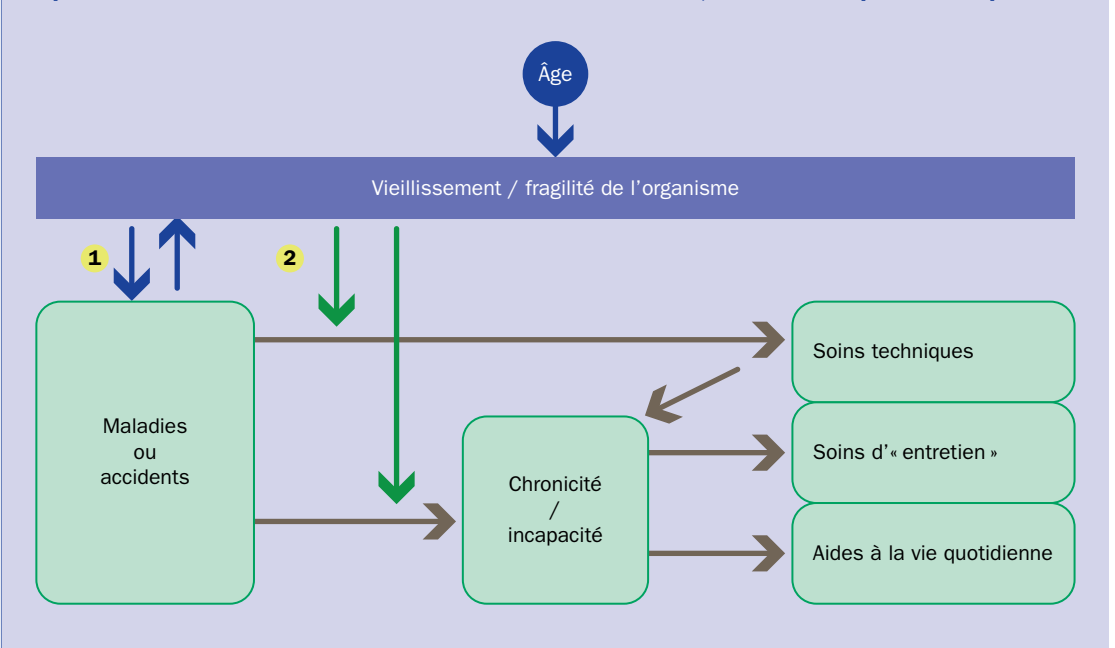
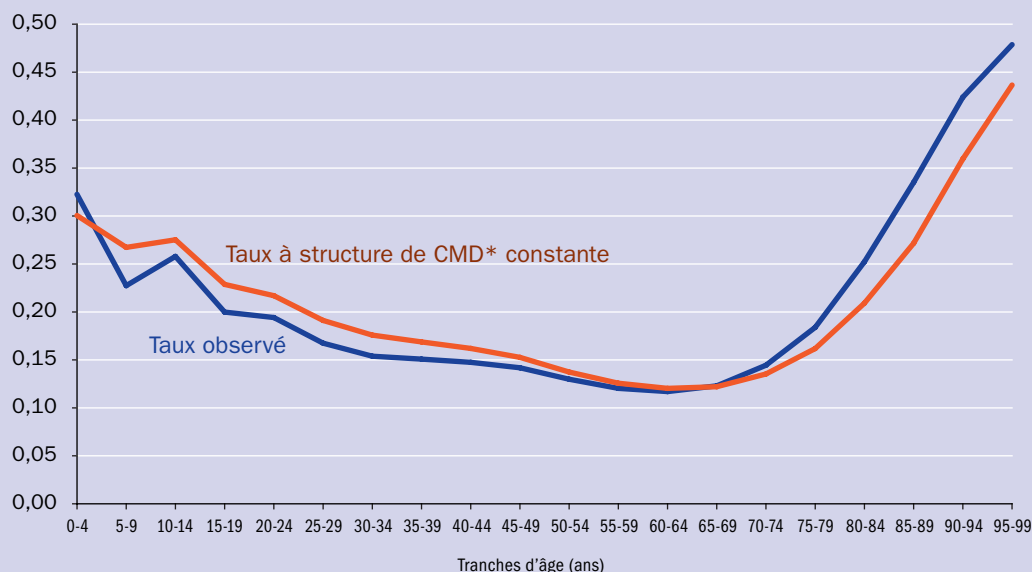


figure 3

Part des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour lesquels les patients sont arrivés par les urgences 2008



Source : PMSI DHOS, ATIH

* CMD : catégories majeures de diagnostic (diagnostic principal d'hospitalisation)

Champ : population générale, hospitalisations en MCO hors CMD 14 (obstétrique), 15 (nouveaux-nés) et 28 (séances sans hospitalisation : dialyse, chimiothérapie...) tous établissements

charge sanitaire et sociale. Et le sentiment général qui se dégage des travaux du HCAAM est que, dans de nombreux cas, ces prises en charge ne sont optimales ni pour les personnes elles-mêmes, ni pour les finances de l'assurance maladie.

La simple observation de certaines courbes de recours aux soins fait apparaître une rupture de pente à compter de 75-80 ans. L'exemple de la progression exponentielle à compter de 65 ans des hospitalisations faisant suite à une entrée par les urgences est symptomatique (figure 3).

Si des facteurs explicatifs légitimes peuvent être évoqués – malaises ou chutes dans l'espace public et entrées à l'hôpital via les urgences, risques de décompensation rapide, difficulté à porter un diagnostic —, d'autres trahissent plus une sous-optimalité de l'organisation des soins : difficulté, pour le médecin traitant, de prendre contact dans de bonnes conditions avec les services de spécialité ; insuffisante anticipation des risques de rechute ; défaillance de la permanence des soins ; fatigue ou défaillance de l'entourage des personnes âgées.

La sous-optimalité est particulièrement visible s'agissant de l'hospitalisation, mais l'hôpital n'en est pas seul responsable. Malgré la montée en charge du dispositif du médecin traitant et les efforts visant à construire une offre sanitaire et médico-sociale² adaptée

aux besoins des personnes âgées, les prises en charge restent fragmentées et les parcours heurtés. Construire des filières ne suffit pas pour construire des parcours !

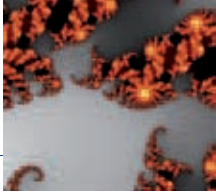
Le Haut Conseil juge particulièrement nécessaire d'améliorer l'organisation, la coordination des soins, ainsi que leur articulation avec le secteur social

Les inadaptations structurelles sont à l'origine de coûts qui peuvent et doivent faire l'objet d'un effort de maîtrise. Certaines pistes de travail que le HCAAM a identifiées pourraient profiter au système de soins dans son ensemble, en particulier pour l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques quel que soit leur âge.

Considérant que le grand âge met en demeure notre système d'organiser le soin autour de la personne, le HCAAM recommande de travailler à une coopération plus efficace des différentes professions et institutions sanitaires, médico-sociales et sociales, en mettant l'accent sur une plus grande « ouverture » de l'hôpital. La coordination des soins doit être valorisée, y compris au travers des rémunérations, mais en changeant de logique. Il s'agit moins de payer du temps ou des coûts de coordination en sus de l'activité, que de mieux rémunérer les actes de soins effectivement coordonnés.

Ainsi, c'est une véritable « coordination autour de la personne » qui doit être l'objectif cible. Si elle doit être

2. Notamment le Plan solidarité grand âge.



renforcée sur certains types de patients complexes, elle doit exister pour l'ensemble des patients âgés, s'appuyant sur le médecin traitant, en charge de la « synthèse médicale », et des professionnels en contact plus quotidien avec la personne âgée à domicile, en charge de la coordination « soignante et sociale ». Pour améliorer le travail des professionnels, l'élaboration de recommandations de la Haute Autorité de santé sur la prise en charge des principales associations de pathologies chroniques est très souhaitable.

Le HCAAM estime au final que l'optimisation de la dépense de soins au grand âge ne pourra se faire

secteur par secteur, pas plus que dans le seul cadre de la couverture des dépenses de soins. Il préconise d'adopter une approche globale de l'offre sanitaire et médico-sociale, qui permette de faire face aux considérables disparités d'équipement sur le territoire. Il faut trouver les voies d'une gestion harmonisée de ces offres d'un côté, et de l'intervention purement sociale de l'autre. Les agences régionales de santé joueront un rôle essentiel pour « casser les verticalités », mieux articuler les différents intervenants et dialoguer étroitement avec les partenaires au-delà de la sphère des soins, en particulier les conseils généraux. 🌐

Accompagnement des malades et de leurs proches : quelle collaboration entre associations d'usagers et professionnels de santé ?

Brigitte Sandrin-Berthon
Présidente de la Commission maladies chroniques du HCSP

Thomas Sannié
Vice-président de l'Association française des hémophiles

Remerciements
Franck Barbier, de l'association Aides
Alain Olympie, directeur de l'association François Aupetit
Gérard Raymond, président de l'Association française des diabétiques

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a permis aux actions d'accompagnement d'entrer dans le Code de la santé publique, selon les termes suivants : « Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. » À l'heure actuelle, le cahier des charges national auquel ces actions devront se conformer n'est pas encore publié. Un rapport, présenté en juin dernier à la ministre de la Santé et des Sports, souligne que « la notion législative d'actions d'accompagnement recouvre un large domaine d'activités très hétérogène » et recommande d'adopter, pour les décrire, « une typologie par nature d'acteurs » : caisses d'assurance maladie, régimes complémentaires, professionnels de santé organisés entre eux, associations, entreprises de biens et services.

Par ailleurs, le décret du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, précise que ceux-ci nécessitent la participation d'au moins deux professionnels de santé différents, dont un médecin, mais qu'ils peuvent être coordonnés « par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée ». La contribution des associations de patients aux activités d'éducation thérapeutique est donc reconnue par le législateur.

Plusieurs associations d'usagers sont d'ailleurs impliquées de longue date dans des actions que la loi reconnaît aujourd'hui sous le terme d'accompagnement ou, plus largement, sous celui d'éducation thérapeu-

tique. À l'occasion d'un dossier consacré aux maladies chroniques, il a semblé intéressant d'interroger les responsables de certaines de ces associations sur leur perception de la nouvelle loi, sur leur expérience en matière d'éducation thérapeutique et d'accompagnement, mais aussi sur leur collaboration avec les professionnels de santé. Quatre associations ont ainsi été consultées : Aides (association de lutte contre le sida), l'Association française des diabétiques, l'Association française des hémophiles et l'association François Aupetit qui regroupe des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici).

À propos de la loi

Les associations sont unanimes à se réjouir que l'éducation thérapeutique apparaisse dans le Code de la santé publique et fasse officiellement « partie du parcours de soins du patient ». Elles se sont mobilisées pour que le législateur reconnaisse leur rôle dans ce domaine. Toutefois la distinction entre les programmes d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement et les actions d'apprentissage leur paraît peu opérationnelle. Elles perçoivent la difficulté de définir avec précision chacune de ces activités, tout en garantissant leur cohérence, leur complémentarité et leur coordination. Quant à l'idée parfois émise de réserver l'éducation thérapeutique aux professionnels de santé et l'accompagnement aux associations d'usagers, elle ne résiste pas à la réalité de terrain, tant les actions sont imbriquées les unes aux autres. Sans doute sera-t-il plus pratique de considérer, à terme, que les initiatives prises par