


T2A et personnes âgées
dans un système d'assurance médicale bismarkien :
financement d'un parcours de soins ou accompagnement
médico-social du projet de vie de la personne âgée ?



PROF. M.-C. CLOSON

Marie-Christine.Closon@uclouvain.be

Institut de Santé Recherche et Société
Université catholique de Louvain
Clos Chapelle-aux-Champs 30 bte 30.13
1200 Bruxelles

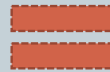
ENJEU



Vieillesse de la population

➔ coûts collectifs et individuels engendrés par la dépendance :

aides et soins à domicile, institutionnalisation, hospitalisations répétées dans un contexte de pression sur les dépenses collectives



Défi majeur pour nos sociétés

Contexte



Souhait majorité des personnes âgées : vieillir et mourir chez elles

Hôpital et personnes âgées

Motifs fréquents d'hospitalisation des personnes âgées :
accompagnement inadéquat en ambulatoire

- **au niveau médical** (pas de suivi proche d'un médecin généraliste, prise de médicaments inadéquates ou prescriptions contradictoires),
- **au niveau de la prévention** (chute, déshydratation, dénutrition....)
- **au niveau social** (isolement, dépression, burn out des proches).



- **Sortie de l'hôpital :**

Pression du système de financement T2A qui vise à réduire les durées de séjour

⇒ peu de temps pour organiser le retour à domicile

⇒ placement en institution de 30% des personnes hospitalisées en gériatrie et venant du domicile



- Respect de l'autonomie :

Fragilisation personnes âgées due à pathologies et hospitalisation

⇒ Nombreuses décisions prises dans l'urgence sans qu'elles soient capables de faire valoir leur souhait

- type de prise en charge
- choix des aides mises en place
- institutionnalisation



- La personne âgée arrive souvent à l'hôpital parce que l'accompagnement est inadéquat à domicile

Est souvent institutionnalisée après son hospitalisation alors qu'elle aurait souhaité rester à domicile

Hospitalisation et institutionnalisation : coût important pour société



Un financement au parcours de soins serait-il la solution pour permettre un meilleur accompagnement des personnes âgées et leur maintien à domicile ???

Quels sont les éléments dans le parcours de vie des personnes âgées qui favorisent leur maintien à domicile ?



Méthodologie

Approche narrative auprès de paires de personnes de même niveau de dépendance et de même âge, vivant à domicile ou institutionnalisées, soignées par un même médecin généraliste

Mise en évidence de différents éléments favorisant le maintien à domicile par l'approche narrative :

- **Principe d'économie des forces** : personnes âgées réduisent leur territoire aux lieux sur lesquels elles peuvent rester actives et ont une certaine maîtrise (leur quartier , leur logement...)
- **Rester actif par rapport à son vieillissement et s'adapter progressivement** par rapport à la survenue des problèmes de dépendance (aménagement ou déménagement du logement, recours à l'aide informelle et formelle..., maintien d'un réseau social et d'activités)
 - diminution de l'accroissement de la dépendance
 - beaucoup plus de chance de ne pas être institutionnalisée



Importance de la prévention

Question ?



Comment favoriser le rôle actif et le projet de vie de la personne âgée au cours de son vieillissement dans son environnement proche par un accompagnement psycho-médico-social adéquat ?

Le financement d'un parcours de « soins » est-il suffisant ?

Expériences pilote d'accompagnement médico-social des personnes âgées menée dans deux communes bruxelloises : le projet « ancrage et racine »

Modèle de **co**-construction avec la personne âgée d'un projet de vie à domicile qui tente de favoriser le maintien du rôle actif de la personne âgée

- Pour l'évaluation de l'ensemble de ses besoins
- Pour la recherche concrète et pragmatique de solutions pour y répondre en favorisant la recherche de solutions dans son environnement proche (ancrage et racines) et l'articulation entre le secteur médical et le secteur social
- Accompagnement psycho-médico-social
- Anticipation des besoins
- Potentialisation de l'utilisation efficiente de l'ensemble des ressources mobilisables dans l'environnement

1^{er} projet : commune d'Etterbeek



20 personnes âgées inscrites sur la liste d'attente pour l'entrée en maison de repos de la commune

- **Identification de toutes les ressources médicales et sociales** (formelles et informelles, professionnelles et non professionnelles) et de proximité (associations, activités, services de bénévolat, transports....) présentes dans la commune avec **l'aide de l'assistance sociale de la commune**
- **Rencontre au domicile de la personne âgée** avec acteurs proches, médecin traitant et assistante sociale de la commune
- **Évaluation avec la PA des besoins, recherche de solutions pragmatiques**, si possible dans l'environnement proche
- **Semainier + cahier de liaison + choix contact proche pour suivi**

Résultats



18 maintiens à domicile

2 entrées en maison de repos

Satisfaction des acteurs

- Personnes âgées : avoir été entendues, amélioration qualité du sommeil et sentiment de sécurité
- Famille : soulagement par l'établissement d'un cadre pour l'ensemble des besoins
- Médecin : respect souhaits personnes âgées, meilleure circulation de l'info

2^{ème} projet : commune de Saint-Gilles

45000 habitants



Projet de collaboration

- Commune et ses différents services (social, personnes âgées, pension, cercles pour PA, policiers, agents de quartier et centre public d'aide sociale, service de bénévolat)
- Les professionnels de santé et d'aide (les médecins généralistes, les hôpitaux, pharmaciens, infirmières, aides familiales....)
- L'Association Alzheimer Belgique
- La coordination sociale des personnes âgées de la commune (associations sociales et culturelles actives au niveau de la commune.....)
- Hôpital St-Pierre

Orientations du projet dans la commune



1. **Priorité à la prévention sur les conditions du « bien vieillir »**

- Rester actif dans son environnement proche
- Se créer ou maintenir un réseau social
- Mettre en place progressivement les aides, avoir un médecin généraliste

Exemple : carte d'info pratique

2. **Diffusion de l'information** sur les ressources et aides existantes

3. Favoriser le lien entre **l'accompagnement social et médical**

Exemple : projet d'un accompagnement médico-social des PA avec problèmes cognitifs dans la commune de st gilles



4. **Diffusion de l'information** sur les ressources et aides existantes
5. Favoriser le lien entre **l'accompagnement social et médical**
6. **Mieux utiliser l'ensemble des ressources existantes** dans la commune
7. Renforcer **la cohésion sociale** dans la commune.

La personne âgée est active et reste toujours au centre du processus tant dans la définition de ses besoins que de la recherche de solutions pour y répondre

Exemple : projet d'un accompagnement médico-social des PA avec problèmes cognitifs dans la commune de St-Gilles

Différents axes :

- **Formations interactives** du personnel communal (service social, agents de quartier, policiers,) à compréhension maladie Alzheimer
- **Création d'un « café » Alzheimer** : lieu de rencontre
- **Sensibilisation de nombreux intervenants (médecins, pharmaciens, aides à domicile...)** à la survenance de **problèmes cognitifs** pour la prévention et un accompagnement précoce

Exemple : projet d'un accompagnement médico-social des PA avec problèmes cognitifs dans la commune de St Gilles



Différents axes :

- **Bilan cognitif en hôpital de jour** : grille pragmatique des problèmes concrets transmis au médecin généraliste (remboursé par sécu mais sans effet pour PA)
- Visite à domicile ergothérapeute Association Alzheimer et assistante sociale de la commune **pour mise en place solutions pragmatiques** avec PA et aidants proches

Résultats



- Collaboration fructueuse pour PA, aidants proches, hôpital, médecin généraliste et les services sociaux de la commune incapables de gérer seuls l'accompagnement des personnes à problèmes cognitifs
- Valorisation du travail du personnel de la commune (assistante sociale) et de l'hôpital (ergothérapeute, assistant sociaux)
- Création de lien de travail entre le personnel de l'aide et des soins en ambulatoire et en hospitalier

Valorisation meilleure utilisation des ressources existantes



peu de coûts supplémentaires

Réactions et résistance par rapport au projet « ancrage et racine » d'accompagnement médico-social



But des projets :

- Accroître le rôle actif et l'autonomie de la personne âgée en maintenant son ancrage dans son environnement, son quartier
- Mobiliser les ressources médico-sociales nécessaires à cet accompagnement

Résistance des acteurs institutionnels des soins et aides à domicile



- **Approche ressentie comme critique par rapport à leur travail :**
« manque de temps pour maintenir PA au centre et utiliser ressources de l'environnement »
- **Défense de territoire de chaque professionnel** et souhait d'être reconnu comme acteur au centre de la coordination (médecin généraliste, soins et aides à domicile...)
- **Peur de perte de reconnaissance du rôle et/ou de financement** par les **professionnels** ou les **institutions**

Résistance des acteurs institutionnels des soins et aides à domicile



- Difficile articulation entre le formel et l'informel et crainte du développement de sous statuts
- Crainte d'« étatisation » de l'accompagnement des PA par la reconnaissance de l'importance du « territoire »

Nouvelle initiative, approche ressentie comme ingérence, menace à l'égard de la pérennité et de la reconnaissance des différents acteurs du terrain de l'accompagnement des personnes âgées

Analyse du contexte institutionnel et politique



a) Organisation sur le modèle bismarckien de la sécurité sociale et du financement des soins de santé en Belgique

Financement et accès aux prestations via cotisations sociales

Remboursement à l'acte des soins de santé à des acteurs « indépendants »

Séparation tant au niveau du financement que de l'organisation

- du financement des soins de santé gérés au niveau national par professionnels, mutuelles et état et payés à des professionnels indépendants
- de l'aide sociale gérée par état et collectivités locales (communes)
- de la prévention gérée par état et collectivités locales (communauté)
- du social au sens plus large par état et collectivités locales (communes) tant au niveau matériel (logement, trottoir...) que social et relationnel (activités, lieux de rencontre, bénévolat...)



OR Projet ancrage et racines : accompagnement psycho-médico-social ancré dans environnement proche

➔ tentative de diminuer les frontières entre le social géré au niveau local et le médical géré au niveau fédéral

➔ ressenti comme risque de porter atteintes à prérogatives respectives du social et du médical

Système beveridgien



Accès aux soins est garanti à tous les citoyens et l'assurance maladie est financée via l'impôt

L'état est à la fois financeur et organisateur de la production des soins, de la prévention et du social

Organisation sur base territoriale

➔ prise en charge psycho-médico-sociale des personnes âgées plus aisées

Remarque : même en Angleterre séparation des budgets sociaux et médicaux au sein de l'état sauf en Ecosse !

Deux dimensions pour répondre à l'ensemble des besoins des PA



Coordination à une échelle importante pour assurer par des professionnels la réponse aux besoins médicaux et d'aides (coordinations des soins et aides)

Territorialité et Approche locale : mobilisation des ressources de l'environnement

- pour trouver solutions aux problèmes de logement, de contacts sociaux, de solitude, d'activités de la personne âgée...
- pour permettre à la personne de rester active dans son environnement
- pour répondre aux problèmes de continuité dans l'accompagnement de l'ensemble des besoins qui ne peuvent être financés par les ressources "publiques" ou "personnelles" (ressources informelles, institutions, associations...)

Enjeu = reconnaissance des acteurs, des rôles de chacun et problème de financement

Analyse du contexte institutionnel et politique



b) Assurance maladie et dépenses liées à la dépendance des personnes âgées fragilisées

Besoins liés à la dépendance pas repris dans les prestations à couvrir par l'assurance maladie (seuls soins à domicile)

Difficulté de trouver consensus politique pour élargir l'assurance maladie aux dépenses liées à l'accompagnement de la dépendance dans contexte pression sur financement « collectif »

- ➡ Tensions entre les différents acteurs pour maximiser leur part du « gâteau limité » pour se développer ou assurer la survie => frein à l'interdisciplinarité
- ➡ Tentative de développement par les acteurs du « social » ou du « médical » de suppléments d'honoraires ou de services lucratifs annexes pour accroître leurs ressources
- ➡ Développement du secteur privé lucratif => problème d'accessibilité, de vieillesse à deux vitesses

Analyse du contexte institutionnel et politique



c) Difficile articulation entre un système de remboursement des soins de santé et le renforcement du rôle d'agent actif de la personne âgée

Remboursement « collectif » à l'acte des soins de santé selon une nomenclature précise et un tarif visant à la réalisation de l'acte de manière efficiente (pour éviter dépassement budget)

- ➔ Nécessité de définir des « catégories » précises de personnes ayant droit à la prestation (stigmatisation et intérêt à mettre dans catégorie « lourde »)
- ➔ Conditions et type de personnel pour réaliser les prestations
- ➔ Efficience : temps minimum par acte ou coût minimum par séjour
- ➔ Découragement de l'interdisciplinarité et de la prise en charge « globale », clinique (temps « non rémunéré »...)



Développement de la gériatrie :

Nouveaux métiers de plus en plus spécialisés :

- Gériatres
- Aides familiales
- Infirmières gériatriques
- Garde-malades
- Coordinations des soins et aides aux personnes âgées
- Services sociaux pour personnes âgées
- Centres de jour
- Centres de répit ...
- Balluchon



Chaque acteur défend son territoire pour assurer leur visibilité et leur viabilité

Personne âgée confrontée à une multitude d'acteurs intervenant chacun sur un segment précis et parfois très limité de ses besoins, le plus rapidement possible



- **Difficulté pour la personne âgée** écartelée entre les différents acteurs de faire valoir son **rôle actif** (valorisable dans le long terme et globalement mais pas dans le court terme et individuellement)
- **Frustration des professionnels** obligés pour survivre d'exercer dans le court terme (contrainte liée au type de financement : le fait de considérer le patient comme acteur fait à court terme « perdre du temps »)

Conclusion



Accompagnement des personnes âgées :

Nécessité d'une mobilisation **coordonnée**

dans la durée

soutenue par la population,
par les acteurs médicaux, sociaux et publics

et ce

au niveau national, régional et surtout local dans laquelle la
personne âgée doit rester **acteur de son projet de vie**

Le financement au parcours de « soins », la solution ?



S'il permet « peut être » une meilleure coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers

Il ne permet pas :

- d'intégrer l'accompagnement social indispensable à un accompagnement de qualité des personnes âgées
- de placer la personne âgée comme acteur de ses choix de vie

Question : comment éviter le développement d'une vieillesse à deux vitesses ?



Possibilité de recréer le lien social nécessaire pour élargir solidarité par rapport aux problèmes de dépendance liés au vieillissement tant au niveau de la prise en charge collective (soins et aides financés, communs) qu'individuelle (cohésion sociale et aides informelles) ?

Evolution statut, rôle et le financement des institutions de santé, sociales et publiques, de l'hôpital, des professionnels de santé (à l'hôpital comme en ville) et d'aides (à l'hôpital comme en ville) pour un meilleur accompagnement psycho-médico-social des personnes âgées dans leur projet de vie ?

= DEFI IMPORTANT pour société et ... pour les économistes