

# Organisation g erontologique

---

**Date de création du document**    2008-2009

## Table des matières

|  |          |
|--|----------|
| <b>1 Introduction.....</b>   | <b>1</b> |
| <b>2 Soutien et maintien à domicile.....</b>                         | <b>2</b> |
| <b>2 . 1 Aides humaines, médicales, matérielles et sociales.....</b> | <b>1</b> |
| <b>2 . 2 Prestations en nature.....</b>                              | <b>1</b> |
| <b>3 Réseaux et filières.....</b>                                    | <b>3</b> |
| <b>3 . 1 Filières gériatologiques hospitalières.....</b>             | <b>1</b> |
| <b>3 . 2 Réseau Gériatologique Communautaire.....</b>                | <b>1</b> |
| <b>3 . 3 Réseau Ville Hôpital en Gériatrie.....</b>                  | <b>1</b> |
| <b>4 Hébergement.....</b>  | <b>4</b> |
| <b>4 . 1 Les structures d'hébergement à caractère social.....</b>    | <b>1</b> |
| <b>4 . 2 Les structures d'hébergement à caractère sanitaire.....</b> | <b>1</b> |
| <b>4 . 3 Le rôle du médecin dans les maisons de retraite.....</b>    | <b>1</b> |
| <b>4 . 4 Le respect des droits de la personne hébergée.....</b>      | <b>1</b> |

## OBJECTIFS

### SPECIFIQUE :

- 13.1 Énoncer et identifier les données sociales et médicales utiles pour organiser un soutien ou un maintien à domicile.
- 13.2 Citer et repérer les contraintes sociales et médicales susceptibles de limiter ou d'empêcher le maintien à domicile.
- 13.3 Décrire les aides sociales et domestiques susceptibles d'intervenir à domicile et indiquer les modes de prescription, de financement, la mise en œuvre et la finalité.
- 13.4 Faire l'inventaire des aides humaines susceptibles d'intervenir à domicile : - place de la famille, de tiers, d'intervenants professionnels (médicaux, sanitaires et auxiliaires), - prescription, - financement, - objectifs et rôles essentiels.
- 13.5 Exposer le rôle des intervenants médico-sociaux et caractériser les prestations proposées : Assurance Maladie, Aide Sociale, Prestation Spécifique Dépendance et leur référence d'évaluation l'échelle AGGIR(cf. 8.9), Caisses de retraite.

- 13.6 Indiquer les aides techniques et les modalités de leur prise en charge.
- 13.7 Décrire les principales composantes possibles d'une filière gérontologique hospitalière : consultation gérontologique pluridisciplinaire, hôpital de jour gériatrique, service de médecine gériatrique, unités de soins de suite et réadaptation, unités de soins de longue durée, unité mobile de gérontologie.
- 13.8 Décrire les critères de bon fonctionnement d'un réseau gérontologique entre structures et services intra et extra hospitaliers intervenant auprès des personnes âgées.
- 13.9 Définir les missions et objectifs des établissements sanitaires et/ou sociaux pouvant accueillir des personnes âgées : modalités et conditions d'accès, contrôle des organismes de tutelle.
- 13.10 Définir la mission et le rôle du médecin référent (ou coordinateur) dans une maison de retraite et les spécificités de son exercice.
- 13.11 Énoncer les bonnes pratiques éthiques et légales pour les personnes âgées : charte du malade, charte des droits et libertés, moyens de protection et de sauvegarde.
- 13.12 Indiquer les modalités de la tarification des prix de journée dans les différents types d'établissements.
- 13.13 Indiquer les imputations de paiement (sécurité sociale, résidant, aide sociale du département, obligés alimentaires).
- 13.14 Indiquer les responsabilités respectives de l'État et des Départements dans la politique de la vieillesse.

Il est faux d'assimiler grand âge et maladie. Beaucoup de personnes âgées souffrent de plusieurs maladies chroniques mais s'estiment en bonne santé. Le grand âge est celui où s'accroît la proportion d'individus atteints d'incapacités fonctionnelles créant un désavantage, justifiant des aides de l'entourage et de la collectivité. Les enquêtes françaises identifient parmi la population âgée de plus de 65 ans 2,4 % soit 205 000 personnes confinées au lit et totalement dépendantes pour tous les gestes de la vie quotidienne, 3,1 % soit 265 000 ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement et 12,4 % soit 1 060 000 ont recours à un tiers pour sortir de leur domicile. La prise en compte de l'organisation (dimension de Santé Publique) des aides et des soins à domicile est de la responsabilité du médecin généraliste. Il doit pouvoir se situer comme référent dans un processus où la famille et les aidants naturels tiennent une place prépondérante. Il doit savoir mettre en oeuvre les aides professionnelles.

## I INTRODUCTION

---

Dans la population âgée, la proportion des individus atteints d'incapacités fonctionnelles s'accroît. Ces incapacités sont source d'un handicap social justifiant, au nom de la solidarité, une aide de la collectivité.

C'est dans les années 70, à la suite du rapport LAROQUE, qu'une politique de maintien à domicile a été préconisée. La principale raison invoquée était qu'elle répondait à la meilleure intégration des personnes âgées et qu'elle répondait aux vœux des intéressés. Dès cette époque était évoquée la question du coût. Dans les années 70 et jusqu'aux années 80, on a affirmé que le maintien à domicile était une solution moins onéreuse que l'hébergement en milieu social, puis à partir des années 80 on a développé l'idée que le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes coûtait plus cher que l'hébergement. De cette contradiction, il reste que l'autonomie de décision de la personne âgée est souvent malmenée par les contraintes financières, le déchirement des familles et le refus légitime de la personne âgée d'afficher et de revendiquer sa dépendance.

*(En savoir plus : [Infodoc.inserm.fr](http://Infodoc.inserm.fr). Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque [en ligne].) [Infodoc.inserm.fr](http://Infodoc.inserm.fr).*

Une majorité de nos concitoyens souhaite vieillir et finir son existence à domicile. Si le maintien à domicile est l'expression d'une décision de la personne âgée et/ou de sa famille, le soutien en est le moyen concret et une donnée objective à prendre en compte. Le cadre de vie habituel fournit en effet à la personne âgée des repères qui lui permettent de rythmer le quotidien de sa vie. La maison et les objets qu'elle contient restent des signes et des symboles patents de ce qu'elle a été et de ce qu'elle est. C'est un repère spatial. Au cours du vieillissement les captations sensorielles s'effritent. Chaque espace nouveau devient source d'angoisse et de difficulté imposant un travail que le sujet âgé n'est pas toujours capable d'accomplir. L'habitat est aussi un repère temporel car la maison est chargée de souvenirs à un moment où les processus de mémorisation se dégradent.

La famille, l'entourage, le voisinage, les bénévoles, peuvent apporter leur aide à condition cependant qu'elle n'empiète pas sur les prérogatives de celui qui est civilement ou filialement le plus proche de la personne âgée. Un certain nombre de caractéristiques sociales et médicales doivent donc être évaluées pour organiser ou limiter le maintien à domicile :

**L'habitat est une donnée fondamentale.** L'espace habité acquiert une importance particulière d'autant qu'avec l'âge l'espace investi se rétrécit. Un lieu perçu de l'extérieur comme inconfortable est néanmoins le quotidien de vie de la personne. Au fur et à mesure

que surviennent les handicaps dûs à l'âge et à la maladie, l'absence d'éléments de confort devient gênante, non seulement pour elle mais aussi pour les personnes chargées de l'aider. Les dangers de l'habitat viennent parfois des difficultés de son accès. Habiter en étage sans ascenseur limite le déplacement et la possibilité de quitter son logement pour faire des courses ou aller vers les autres. Lorsque des améliorations sont nécessaires pour garantir la sécurité, des facteurs économiques entrent en jeu. De faibles revenus contribuent à la dégradation des conditions de vie et l'anxiété liée au manque d'argent peut avoir des répercussions sur l'état de santé physique et psychique de la personne âgée.

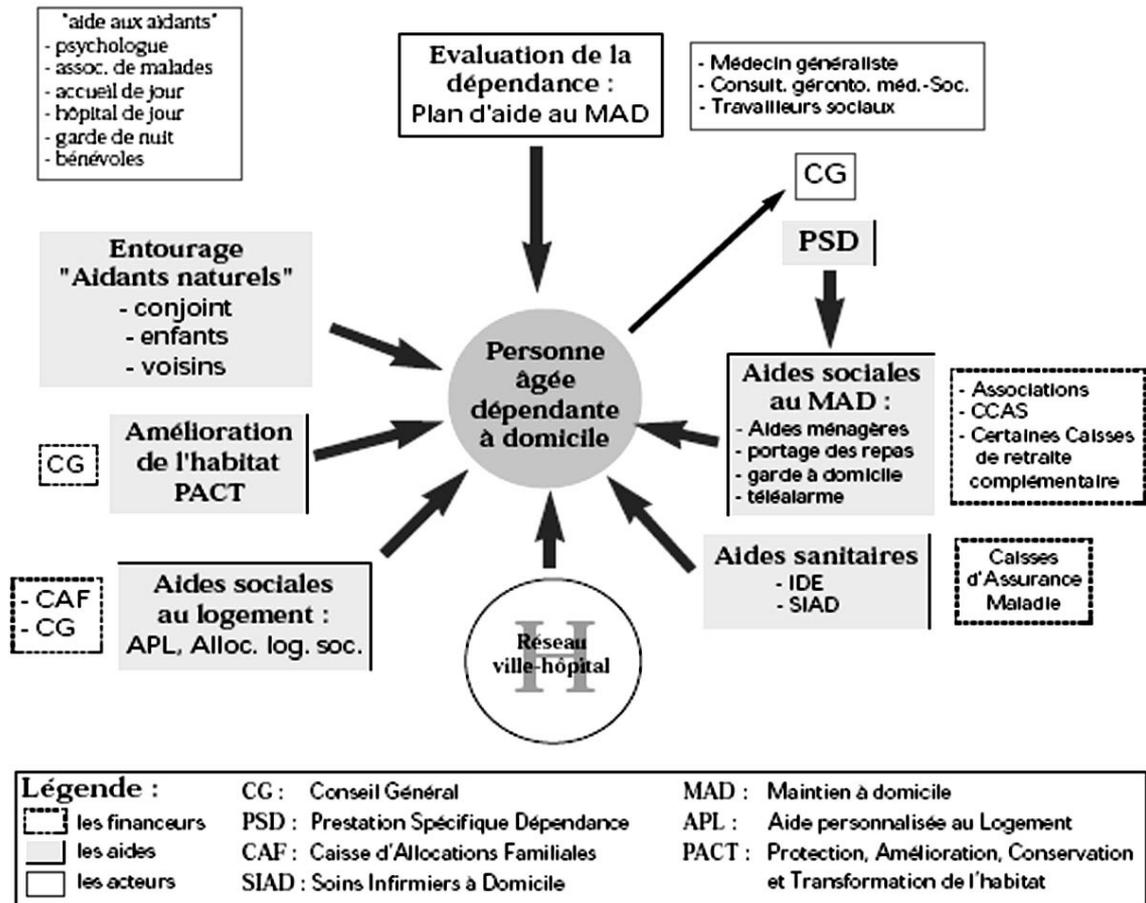
**L'état de santé est un élément déterminant** dans l'appréciation du risque et dans sa gestion à domicile. S'il n'y a pas de maladie spécifique à la vieillesse, il y a des états pathologiques qui accompagnent le vieillissement et perturbent les fonctionnements physique, psychique et intellectuel. Ce ne sont pas les handicaps physiques qui sont les plus difficiles à gérer : il existe de multiples moyens permettant de se substituer à ces handicaps pour favoriser le maintien à domicile. La détérioration des fonctions cognitives est plus préoccupante, en particulier les facultés de jugement, les possibilités de développer une stratégie, d'avoir une réponse adaptée vis-à-vis d'une situation donnée. Les troubles psycho-comportementaux constituent des situations particulièrement difficiles à résoudre. Ces troubles peuvent survenir brutalement, obligeant parfois à envisager temporairement une hospitalisation, surtout s'ils s'accompagnent d'une incontinence. Troubles psycho-comportementaux et incontinence constituent, pour l'entourage, des situations particulièrement difficiles à gérer.

**Le troisième élément est la tolérance de l'entourage.** Le maintien à domicile d'une personne âgée n'est possible que si la famille se mobilise autour de cet objectif. Quand les enfants se retrouvent en position de décision pour leurs propres parents, des conflits d'autorité peuvent survenir. La personne âgée, impotente, exigeante et incontinente de surcroît n'est plus reconnue en tant que mère ou parente.

Le médecin traitant doit savoir proposer aux proches d'une personne âgée le recours aux services de soutien à domicile le plus tôt possible, afin d'éviter, si la tâche devient trop lourde, les risques de culpabilisation ou de maltraitance.

Le maintien à domicile n'est pas un déballage de services et de prestations. C'est une démarche dynamique permettant à la personne concernée de continuer à mener la vie qu'elle souhaite grâce à différentes aides (cf figure 1). Cette démarche comporte des risques, mais une institutionnalisation non souhaitée aussi : celui de voir le malade âgé se laisser mourir.

Figure 1 : Organisation des aides autour de la personne âgée dépendante vivant à domicile.



## II SOUTIEN ET MAINTIEN À DOMICILE

---

### AIDES HUMAINES, MÉDICALES, MATÉRIELLES ET SOCIALES

Un certain nombre d'aides humaines, médicales, matérielles et sociales existent pour maintenir à domicile la personne âgée. Au sein de ce dispositif, la famille et l'entourage gardent une priorité souvent voulue, parfois obligée. Huit malades déments sur 10 vivent à domicile. A côté de cette prise en charge par la famille, les pays développés ont mis en place des mécanismes financiers de solidarité pour aider les personnes malades et handicapées.

- **Les aides humaines**

**La famille**, par son histoire personnelle, peut dégager un ou des aidants naturels pour assurer la présence, la surveillance et un lien chaleureux. Le conjoint doit être légitimement privilégié mais l'histoire d'un couple n'est pas forcément une référence dans l'aptitude ou la difficulté à gérer une situation de dépendance. Des aides psychologiques sont parfois nécessaires. Déculpabilisée, la famille joue un rôle fondamental de réassurance, d'apaisement et de dédramatisation.

A côté de la famille et des **aides extra-familiales** peuvent se développer une solidarité de voisinage ou de quartier, où le plus vieux encore valide et autonome maintient un lien avec l'extérieur pour ceux qui ne peuvent plus sortir. Certaines associations de bénévoles ou des associations d'entraide caritatives sont très efficaces. Une présence régulière ou discontinue à domicile est possible par le biais de gardes-malades. Il peut s'agir de personnes volontaires pour assurer cette prestation à domicile : elle donne droit pour la personne âgée à un avantage social sous forme d'une exonération des charges patronales à verser à l'Union pour le Recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.. Il existe dans certaines villes des associations ou services intermédiaires qui emploient directement ces gardes-malades à domicile mis à la disposition des personnes âgées. Ces associations doivent obtenir une autorisation préfectorale garantissant formation et probité. Le système est indépendant de l'Assurance Maladie, laquelle n'offre aucune prise en charge. Néanmoins il est toujours conseillé aux familles et aux personnes âgées d'interroger leur caisse de retraite qui apporte parfois une aide financière ponctuelle.

Ainsi la famille, l'entourage, le voisinage et les bénévoles se complètent pour assurer un tissu de solidarité autour de la personne âgée en difficulté, à condition toutefois que chacun n'empiète pas sur les prérogatives de celui qui est civilement ou filialement le plus proche de la personne.

- **Les aides médicales sont nécessaires pour palier aux déficiences physiques et psychiques**

Le **médecin généraliste** a vocation naturelle à être la plaque tournante de ces aides. Il a le privilège de pouvoir accéder au domicile de la personne et donc d'évaluer avec l'entourage les moyens à mettre en place autour de la personne âgée. La visite à domicile est aussi le moment de faire l'inventaire de la consommation médicamenteuse, d'évaluer l'état nutritionnel et de prescrire les interventions des auxiliaires médicaux. Les psychologues ou les pédicures, à la différence des orthophonistes, exercent des activités qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

Les interventions d'**auxiliaires médicaux** (infirmières et kinésithérapeutes du secteur libéral) sont prescrites de façon ponctuelle, à l'acte, conformément à la nomenclature générale des actes professionnels. Les infirmières assurent les soins d'hygiène (toilette) et les soins techniques (distribution de médicaments, injection, prélèvement, etc...). Ils sont pris en charge par l'assurance-maladie après entente préalable. La loi fixe chaque année un quota d'actes pour chaque professionnel. En période de soins d'entretien, les caisses d'assurance maladie acceptent, en règle générale, des forfaits de 50 séances par an. La prescription médicale doit définir le nombre d'actes, leur qualité et surtout leur durée en précisant en particulier si l'auxiliaire doit intervenir le samedi et le dimanche.

L'intervention peut aussi être faite auprès d'un système associatif organisant dans l'espace communal ou urbain, un **service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**, pris en charge forfaitairement par l'assurance maladie. Les soins de kinésithérapie en sont exclus. La personne âgée est automatiquement prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Les SSIAD interviennent pour une durée quotidienne minimale de 30 minutes de soins au moins 4 jours sur 7. Un Service de soins infirmiers à domicile dispose d'un certain nombre de places qu'il négocie chaque année avec sa tutelle. Il a l'avantage d'organiser et de gérer l'ensemble du dispositif de soins et de laisser au domicile du malade un cahier de transmissions permettant d'harmoniser le suivi avec le médecin traitant.

Il y a dans chaque mairie un organisme dénommé centre communal d'action sanitaire et sociale (Centre communal d'action et sanitaire et sociale) dont l'objectif est d'orienter les familles vers les associations contribuant au maintien à domicile.

- **Les aides matérielles**

Celles-ci sont très nombreuses et adaptées à chaque cas en ayant comme finalité la sécurité de la personne à domicile. On peut distinguer deux types d'aides matérielles : celles qui sont autour de la personne et celles qui lui sont personnelles.

- **Les aides matérielles autour de la personne âgée**

Elles sont nombreuses mais aucune n'est financée directement par l'assurance maladie. Elle relèvent des moyens mis en place par les municipalités, en général par l'intermédiaire d'un CCAS, compétent par rapport au domicile de la personne âgée. Le plus connu est le **portage des repas** à domicile qui peut se faire par exemple à partir des cantines scolaires, par l'intermédiaire d'une chaîne froide assurant de bonnes conditions d'hygiène. Ce choix implique évidemment que l'on installe au domicile de la personne âgée un four permettant la remise à température. Ce service est financé par la commune et demande à la personne âgée une participation financière dont le niveau dépend de ses ressources. Ce service doit pouvoir être utilisé pendant une période limitée, de phase aiguë et il devient très efficace. Au-delà, il y a un risque d'excès de maternage et de régression. Certains CCAS demandent un certificat médical pour justifier le besoin de ce service.

Quelques associations à but non lucratif offrent un **service de garde à domicile**. Il n'est pas ou peu pris en charge. Il est coûteux, bien que certaines lois permettent de diminuer les frais liés aux charges patronales.

D'autres services à domicile se développent en fonction d'initiatives locales : services de dépannage, portage de médicaments, lavage du linge, services de taxis à coût réduit. Ces prestations sont payantes, à prix coûtant ou financées par des caisses de retraite, des aides financières de la municipalité ou des conseils généraux.

Les moyens modernes de télécommunication sont aussi mis à la disposition des personnes âgées et depuis 1975 existe le service de **télé-alarmer** avec des appareils portés en permanence sur soi. Une simple pression sur un bouton déclenche une alarme dans un centre de surveillance fonctionnant 24 heures sur 24. Ce centre contacte les personnes référentes (famille, voisins ou médecins). Le système prend tout son intérêt chez les sujets handicapés à risque élevé de chutes, mais certains malades refusent de porter en permanence ce pendentif.

Dans ce registre il faut citer les appareils téléphoniques avec des touches adaptées aux mal-voyants et pré-enregistrement de numéros permettant plus de facilité dans l'établissement des communications. Les télécommandes sont devenues des objets quotidiens, non seulement pour allumer la télévision mais aussi déclencher l'ouverture d'une porte à distance. Tous ces dispositifs de domotique (*cf. glossaire*) sont à la charge de la personne âgée mais parfois les CCAS proposent des périodes d'essai avant une installation au financement duquel ils peuvent participer. Cette liste n'est pas exhaustive et on peut la compléter par des dispositifs facilitant l'alimentation comme les sets de table antidérapants, des couverts adaptés, en particulier à l'hémiplégique....

Toujours dans le registre des aides matérielles autour de la personne âgée, il faut aussi sécuriser l'habitat. Un organisme national, le **Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat** (Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat) aide à son aménagement. Cet organisme établit le devis des travaux et aide les personnes âgées handicapées à en trouver le financement, notamment auprès des caisses de retraite. Les propriétaires de logements peuvent bénéficier d'une subvention accordée par l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat). La mise en œuvre de ces transformations doit se faire si possible en collaboration avec une équipe d'évaluation. Un ergothérapeute se rend à domicile et apporte une compétence technique à ces adaptations. Les travaux les plus souvent proposés sont : remplacement du gaz par des appareils électriques, pose de barres d'appui, adaptation des toilettes (réhausseur de WC) ou de la salle de bains, remplacement de la baignoire par une douche permettant de faire la toilette assis.

- **Les aides matérielles à la personne âgée**

Ces aides sont extrêmement nombreuses et permettent de limiter le handicap physique en aidant ou en se substituant à la personne. On peut artificiellement les dissocier en deux groupes, celles qui sont prises en charge par l'assurance maladie et celles qui n'en relèvent pas. Pour ce qui concerne les aides prises en charge par l'assurance maladie, elles nécessitent une prescription pour l'attribution pendant un temps donné d'un certain type de matériel. La Caisse d'Assurance Maladie peut disposer d'un service de prêts ou la famille est invitée à contacter son pharmacien habituel ou des établissements associatifs ou privés habilités à fournir ce type de matériel. On peut ainsi avoir à prescrire la mise à disposition à domicile d'un **lit électrique** à hauteur variable, équipé de barrières intégrées et d'une potence. Le matelas est en règle fourni avec les protections nécessaires. Il faut ajouter à la prescription la table adaptable pour ce type de lit, et au besoin un **déambulateur** ou des **cannes anglaises** ou encore un **fauteuil roulant**. Un **fauteuil garde-robe** (encore appelé chaise percée) et un lève-malade peuvent être nécessaires. En général les prestataires viennent installer ces matériels à domicile.

Les aides sensorielles permettent au sujet âgé de maintenir son afférentation et notamment l'adaptation des lunettes dont les verres à la transparence parfois aléatoire seront minutieusement entretenus. On sait malheureusement que la prise en charge par l'assurance maladie de ces dispositifs est limitée de même que pour les appareils dentaires et surtout les appareils d'audioprothèse..

Les appareils dentaires doivent être remis en bouche le plus rapidement possible pour éviter la résorption alvéolaire qui les rendent rapidement inadaptés de sorte qu'ils terminent leur existence dans le tiroir de la table de nuit avec les conséquences esthétiques et alimentaires que l'on connaît. Enfin sonde urinaire, orthèses (*cf. glossaire*), peuvent faire l'objet de prescriptions ponctuelles prises en charge par l'assurance maladie. D'autres

prescriptions ne relèvent pas d'une prise en charge par l'assurance maladie : les préparations pour alimentation entérale artificielle ou les compléments nutritifs hypercaloriques.

Il est aussi utile de donner quelques conseils vestimentaires à la personne âgée ou à son entourage permettant le port de vêtements amples, faciles à ôter pour des motifs d'hygiène, des chaussures à semelles semi-rigide assurant le pas et la stabilité.

Les changes complets ou autres protections contre les incontinences ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie bien qu'elles constituent un coût élevé pour les familles. On sait que maintenant la prestation spécifique dépendance peut servir pour partie à l'achat de ces protections. Il faut conseiller aux familles de faire les achats par l'intermédiaire des associations de soins infirmiers pour avoir des tarifs plus attractifs. Là aussi les caisses de retraite peuvent, dans certains cas, donner des aides ponctuelles.

- **Les aides sociales**

- Les **aides au logement** peuvent être attribuées aux personnes âgées qui résident à leur domicile, en maison de retraite, en foyer-logement ou en unité de long séjour. Les demandes doivent être faites auprès des Caisses d'Allocations Familiales. On distingue les aides personnalisées au logement, les allocations de logement social et l'aide sociale éventuellement attribuée par le département pour l'hébergement.

**Aide Personnalisée au Logement (Aide Personnalisée au Logement)** . L'obtention de l'aide personnalisée au logement est soumise à 2 conditions :

Le logement doit faire l'objet d'une convention qui impose certaines obligations en matière de qualité et de fixation du loyer :

- Les ressources du demandeur ne doivent pas dépasser un plafond.
- Le niveau des APL dépend du revenu, du montant du loyer, du lieu de résidence, etc...

Les personnes âgées hébergées à titre onéreux par des particuliers peuvent recevoir l'APL.

### **Allocation de logement social**

La caisse d'Allocations Familiales peut attribuer cette allocation de logement social aux personnes ne pouvant bénéficier de l'APL.

Trois conditions sont prises en compte :

- le niveau de ressources du demandeur,
- le montant du loyer ou de la redevance,
- la superficie du logement.

- **Les services d'aide ménagère**

L'aide ménagère à domicile a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile en aidant la personne âgée dans sa vie quotidienne pour le ménage, les courses, la cuisine voire des démarches à l'extérieur. L'habillement et la toilette ne sont théoriquement pas de son ressort. Elle peut effectuer ce travail chez des personnes ayant perdu la possibilité de mener une vie active, et dont la situation matérielle ou sociale nécessite l'intervention d'une aide extérieure. Les aides ménagères sont souvent salariées d'associations à but non lucratif ou des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Un Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile (Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile), créé en 1989, assure leur formation et confère un statut professionnel à ce travail de proximité.

La demande d'aide ménagère peut-être faite par la personne ou sa famille auprès de l'Association ou de la mairie du lieu de résidence.

L'ordonnance du médecin n'est pas obligatoire pour demander une aide ménagère.

Néanmoins, sa rédaction peut en favoriser l'attribution.

Le nombre d'heures est négocié en fonction des besoins et du coût. Les frais à la charge de la personne aidée sont modulés en fonction des ressources. Au-dessous d'un certain plafond, l'aide ménagère peut-être financée par l'aide sociale (groupes Groupes Iso-Ressources 4,5 ou 6) ou la Prestation Spécifique Dépendance (groupes GIR 1,2 ou 3). Le nombre d'heures attribuables et le plafond sont de l'ordre de 30 heures par mois. Lorsque ce plafond est dépassé, l'aide ménagère peut-être financée par les caisses de retraite. Le nombre d'heures pris en charge est très différent selon les caisses : de 17 heures pour les caisses des commerçants et artisans à 90 heures par mois maximum pour le régime général. Certaines caisses exigent un certificat établi par un médecin.

- **L'aide sociale à la personne âgée** existe pour toutes celles dépourvues de ressources suffisantes, de nationalité française ou résidant en France selon certaines conditions prévues par la réglementation. Les dispositifs de la loi de décentralisation font que chaque département gère localement un ensemble de mesures qui ne peuvent aller en deçà de l'aide légale. Outre l'aide ménagère, il existe aussi l'aide médicale à domicile, de caractère subsidiaire, permettant la prise en charge de certains soins ou de certaines prescriptions. Dans ce cas le médecin généraliste dans ses prescriptions devra veiller à ce que les médicaments qu'il utilise aient bien la mention de produits agréés par l'aide sociale. Le Dictionnaire Vidal comporte, en général, les indications nécessaires. L'aide sociale à la personne âgée est une aide temporaire qui revêt un caractère d'avance et des récupérations peuvent être effectuées à l'encontre de la succession du bénéficiaire de l'aide sociale lorsque ce dernier était propriétaire de biens mobilier ou immobilier, ou à

l'encontre du donataire lorsque le bénéficiaire de l'aide sociale a fait une donation de ses biens dans les cinq ans qui ont précédé sa demande à l'aide sociale ou postérieurement à cette demande.

Enfin, cette récupération est possible à l'encontre des débiteurs d'aliments du bénéficiaire d'aide sociale ou du bénéficiaire lui-même si sa situation s'est améliorée.

A côté de ces prestations en nature, des prestations en espèces sont représentées par l'**aide aux frais de repas** s'ils sont pris dans un foyer restaurant géré par le CCAS et l'**allocation représentative de service d'aide ménagère** lorsque la commune ne dispose d'aucun service d'aide ménagère. L'**allocation compensatrice de tierce-personne** (loi de 1975 des handicapés) faisait partie de ces prestations en espèces, mais elle est désormais remplacée par la prestation spécifique dépendance.

## **PRESTATIONS EN NATURE**

Deux grands dispositifs relevant du domaine sanitaire existent :

- **Les prestations en nature de l'assurance maladie**

assurent la prise en charge et le remboursement des sommes avancées pour le paiement des prestations ou l'achat des différents médicaments. En règle générale, l'assurance maladie laisse à la charge de l'assuré une part correspondant au ticket modérateur qui peut être couvert pour partie par des mutuelles complémentaires. En réalité, les personnes âgées bénéficient la plupart du temps d'une exonération du ticket modérateur (*cf. glossaire*) permettant une prise en charge à 100 % des frais de médicaments. L'exonération du ticket modérateur peut être donnée de façon ponctuelle conformément aux dispositifs réglementaires ou de manière continue lorsque le patient relève d'une affection de longue durée (Affection de longue durée). L'exonération du ticket modérateur n'est pas automatique : le médecin traitant la demande au médecin conseil de la caisse à l'aide d'un document spécifique. Ce protocole inter-régimes d'examen spécial doit être rempli de façon minutieuse par le médecin traitant afin de fournir à son patient les documents lui permettant d'obtenir les avantages auxquels il peut prétendre.

En matière d'exonération du ticket modérateur, trois situations existent :

- L'exonération est attribuée pour une affection correspondant à l'une ou plusieurs des 30 maladies fixées par Décret. La maladie doit faire l'objet de soins et seuls les médicaments destinés à cette affection sont pris en charge, les autres relèvent du régime général habituel. A cet effet, le médecin doit utiliser une ordonnance bi-zone. L'insuffisance cardiaque, les pathologies artérielles évolutives, les désordres des fonctions supérieures ou le diabète constituent les pathologies les plus habituellement rencontrées dans la population âgée.

- Une autre rubrique, appelée ALD 31, correspond à une maladie grave, caractérisée, évolutive ou invalidante, non inscrite sur la liste des 30 maladies. Les deux affections justifiant le plus souvent une prise en charge en gériatrie correspondent à la polyarthrose invalidante ou aux troubles trophiques des membres inférieurs.
- Enfin, une troisième rubrique appelée ALD 32, est spécifiquement gériatrique, correspondant à la poly-pathologie du sujet âgé nécessitant des aides à la personne et dont l'autonomie est évaluée par le médecin-conseil. Il s'agit d'aide pour les actes courants et essentiels de la vie, du fait d'un cumul de pathologies. Dans ce cas particulier, l'exonération porte sur l'ensemble des soins, en particulier les médicaments à vignettes.

L'exonération du ticket modérateur est soumise au contrôle du médecin-conseil et elle est en général fixée pour une durée limitée, un an ou deux ans. A l'échéance le bénéficiaire tombe de manière automatique. Il appartient au médecin traitant de reformuler un nouveau protocole inter-régime d'examen spécial permettant la poursuite de l'exonération, au besoin après avoir pris contact avec le médecin-conseil qui a en charge le dossier de l'assuré. Un contentieux est toujours possible mais s'il est d'ordre médical, il peut se régler au travers du dispositif prévu par l'article L 141-1 du Code de la Sécurité Sociale fixant un protocole d'expertise médicale. Les dispositifs du Code de la Sécurité Sociale s'appliquent à tous les régimes obligatoires.

*(En savoir plus : Legifrance.gouv.fr. Décret n°2006-546 du 12 mai 2006 relatif aux experts médicaux judiciaires exerçant en application des articles L. 141-1 et L. 141-2-1 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. 12 mai 2006. )*  
Décret n°2006-546 du 12 mai 2006.

### ● La deuxième prestation

mise en place est la prestation spécifique dépendance ou PSD instituée par la loi N° 97/60 du 24 Janvier 1997, afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées "dans l'attente d'une loi instituant une prestation d'autonomie". Le Décret du 28 Avril 1997 a fixé les règles de fonctionnement de cette prestation. Cette nouvelle prestation remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne. La PSD est une allocation en nature qui permet aux personnes âgées dépendantes de rémunérer les aides au maintien à domicile, un salarié en particulier.

*(En savoir plus : Legifrance.gouv.fr. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (1) [en ligne]. )* Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

*(En savoir plus : Adminet. Décret no 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi no 97-60 du 24*

janvier 1997 [en ligne].) Décret no 97-426 du 28 avril 1997.

Les conditions d'attribution de la PSD

sont :

- avoir plus de 60 ans,
- avoir la nationalité française ou résider en France depuis 15 ans au moins avant l'âge de 70 ans,
- avoir un certain degré de dépendance,
- avoir des ressources mensuelles ne dépassant pas un plafond de 6000 F pour une personne seule ou 10 000 F pour un couple. Une prestation dégressive peut être versée au-delà.

La demande doit être faite auprès du Conseil Général. La détermination du degré de dépendance se fait à l'aide de la grille AGGIR (cf. Annexe du chapitre "Autonomie-dépendance"). Selon les départements, cette grille est remplie soit par le médecin traitant (contrôlé par une équipe médico-sociale), soit par une équipe médico-sociale du Conseil Général qui se rend au domicile de la personne. La grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources définit 6 Groupes Iso-Ressources (GIR). Seuls les groupes 1,2 et 3 donnent droit à la PSD. La PSD est récupérée sur la succession si celle-ci est supérieure à 300 000 Francs.

Il faut savoir qu'elle ne peut être cumulée qu'avec les prestations de l'aide ménagère, les prestations de garde à domicile ou l'aide compensatrice pour tierce-personne ou pour la majoration pour aide constante d'une tierce-personne concernant les personnes ayant eu recours à l'assistance d'une tierce-personne avant l'âge de 60 ans. Un plan d'aide doit être établi dans un délai de deux mois et l'équipe médico-sociale assure le suivi et le contrôle ainsi que la réalité de l'aide. Cette aide permet de rémunérer un ou des salariés à l'exception bien sûr du conjoint, du concubin ou d'une personne bénéficiant d'un avantage vieillesse. Elle peut aussi servir à rémunérer le service d'aide à domicile agréé à cet effet par le Préfet ou la personne qui accueille, à son domicile, à titre onéreux, dans le cadre de la loi sur l'accueil familial. Il est important de savoir qu'un certain pourcentage de cette PSD, environ 10 %, peut servir à acquitter des dépenses autres que celles de personnel, en particulier télé-alarme, couches, aides techniques... Les médecins généralistes sont volontiers sollicités pour remplir les documents médicaux prévus à cet effet par le Conseil Général, mais il n'y a cependant pas de tarification prévue à la nomenclature générale des actes professionnels pour leur participation au travail d'évaluation en commun avec l'équipe médico-sociale.

## III RÉSEAUX ET FILIÈRES

---

### FILIÈRES GÉRONTOLOGIQUES HOSPITALIÈRES

Le malade âgé quitte son domicile ou son institution en cas de pathologie ou de situation de rupture médico-sociale nécessitant une hospitalisation. En théorie et souvent en pratique il garde l'objectif du retour à domicile. Pendant son hospitalisation il suit une filière associant en série une ou plusieurs des structures suivantes:

#### Urgences gériatriques

Assurées en général par les services d'urgences d'adultes, les urgences gériatriques bénéficient de la participation de personnels formés à la gériatrie, gériatre, infirmier, aide-soignant, psychologue, assistante sociale, établis sur le site du Service d'accueil des Urgences ou accessibles à la demande dans le cadre d'unités mobiles ou d'acteurs impliqués.

#### Médecine gériatrique

Les services de médecine interne à orientation gériatrique prennent en charge des malades âgés comme tous les services d'adulte d'un hôpital. Mais ils sont particulièrement orientés vers la prise en charge globale des malades âgés polypathologiques.

#### Chirurgie gériatrique

Identifiée dans de rares hôpitaux la chirurgie du sujet âgé est pratiquée dans tous les services de chirurgie adulte. La chirurgie gériatrique requiert une charge en soins importante et des moyens correspondants en personnel, une prise en charge anesthésiologique adaptée aux enjeux, un savoir faire gériatrique pour l'accompagnement médical pré, per et post-opératoire, une formation des personnels à l'accueil des personnes âgées malades et par l'ensemble de l'équipe une approche professionnelle et humaine des situations de gravité ou de fin de vie.

#### Secteur de Soins de Suite et de Réadaptation

Noyau dur du réseau gérontologique hospitalier le secteur de Soins de Suite et de Réadaptation a pour mission d'assurer des soins orientés vers le retour à domicile. Les moyens multidisciplinaires en soins médicaux, infirmiers, et de rééducation convergent vers la réduction mesurable de la dépendance des malades âgés et la reconstruction de liens sanitaires, familiaux et sociaux permettant ce retour à domicile ou en hébergement

institutionnel.

### **Soins de longue durée**

Structure mixte sanitaire et sociale, elle représente le plus haut degré d'implication sanitaire dans une structure d'hébergement. Actuellement les malades hébergés en service de soins de longue durée sont caractérisés par une polypathologie importante, une très grande dépendance physique et psychique et un taux de mortalité important. Cette population de malades évolue d'année en année, ce qui témoigne de la compression de la morbidité de la population âgée du pays.

### **Hôpital de Jour**

Structure d'accueil indispensable elle permet d'assurer en minimisant la désinsertion socio-familiale du malade, un diagnostic, des soins médicaux, un suivi psychogériatrique ou une rééducation-réadaptation adaptés.

### **Consultation gériatrique**

Selon les hôpitaux ou les pratiques gériatriques régionales elle est très polyvalente et offre au malade âgé un diagnostic de médecine interne, de médecine spécialisée orientée en gériatrie, d'avis ou d'expertise médicale et sociale, d'évaluation gériatrique permettant l'orientation de l'hébergement ou de la prise en charge au titre d'allocations spécifiques.

### **Unité Mobile de Gériatrie**

Lorsqu'elle existe, l'unité mobile gériatrique (Unité Mobile de Gériatrie) assiste les différents services ou structures de soins non gériatriques, spécialités médicale ou chirurgicale, à prendre en charge et à orienter les malades âgés qu'ils accueillent. Elle contribue à l'établissement du projet gériatrique du malade, à réduire les erreurs de filières et la durée globale d'hospitalisation.

### **Hospitalisation à domicile**

Interface hôpital-domicile le service d'Hospitalisation à domicile permet de construire un retour à domicile et d'organiser les relais entre les soins intra-hospitaliers et la prise en charge adaptée par le médecin traitant et les soins à domicile.

## **RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE COMMUNAUTAIRE**

Les réseaux communautaires de gériatrie existent de façon informelle de longue date associant dans leurs efforts, médecins traitants, gériatre hospitalier, médecins spécialistes, évaluateurs, plateau technique libéral, et institutions gériatriques.

L'émergence d'expériences de réseaux formels expérimentaux est en cours en France sous l'égide notamment de la Mutualité Sociale Agricole. Elle contractualise la relation entre la Caisse, le médecin traitant, l'assistante sociale de secteur et l'hôpital local, autour de la prise en charge d'une personne âgée volontaire.

## **RÉSEAU VILLE HÔPITAL EN GÉRIATRIE**

Les réseaux gériatriques ville-hôpital devraient se formaliser naturellement pour mettre en jonction les filières gériatriques communautaires et hospitalières. Les patients âgés bénéficieraient ainsi d'une meilleure communication entre les professionnels au service du malade (fiches de liaison, dossier commun, informatisation, télémédecine,...). Ces réseaux n'existent pas encore officiellement.

## IV HÉBERGEMENT

Le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante peut devenir impossible ou non désiré et le recours à d'autres modes d'hébergement est envisagé. On distingue les hébergements à caractère social de ceux à caractère sanitaire. Le choix est guidé par le degré et le type de dépendance, le niveau de soins requis et la volonté de la personne âgée, mais aussi par ses possibilités financières et les disponibilités de place. La personne âgée handicapée et sa famille doivent être aidées dans la recherche d'un lieu d'accueil. Une visite préalable des lieux doit être proposée. L'entrée en institution est un tournant car elle signifie l'abandon d'un domicile chargé de souvenirs. Il est essentiel de la préparer, afin que ce changement s'inscrive dans un projet de vie et ne soit pas vécu comme une perte brutale sans retour.

Qu'il s'agisse des structures d'hébergement à caractère social ou des structures à caractère sanitaire, le financement de l'hébergement est à la charge de la personne âgée dépendante, ou de ses descendants en ligne directe ("obligés alimentaires"). Les collatéraux (frères, sœurs, neveux et nièces) ne sont pas obligés alimentaires. Dans les structures à caractère sanitaire, le financement des soins est du ressort de la Caisse d'assurance maladie de la personne âgée, sous forme d'un "forfait soin" (voir plus loin). L'organisation des aides à la personne âgée dépendante vivant en institution gériatrique est résumée dans la figure 2.

**Figure 2 : Les dix missions du médecin coordonnateur**

|  |   |
|--|---|
| 1. La régulation des entrées sur des critères médicaux d'admission (caractère d'urgence et considérations géographiques) en accord avec la politique de recrutement formalisée avec la direction de l'établissement. | 6. Le contrôle du bilan d'entrées cliniques, psychométriques, paracliniques et le suivi du dossier de soins et du carnet de santé.  |
| 2. Une évaluation des patients à l'entrée en prenant soin de réunir l'ensemble de l'histoire clinique et du dossier médical du patient et en complétant éventuellement par des examens complémentaires nécessaires.  | 7. Le contrôle de la progression ou de la régression de l'autonomie dans les différents types d'activités proposées lors des séances d'animation active.  |
| 3. L'information et la relation avec les familles.   | 8. Une information sous forme de consignes simples permettant au personnel non médical en contact avec les patients d'éviter des initiatives pouvant porter préjudice au confort moral et physique des résidents. |
| 4. La coordination des intervenants. Cette mission contrôlée par le médecin sera   | 9. Une information auprès des professionnels de santé sur les buts et les objectifs de l'établissement.   |
|  | 10. Le maintien d'adéquation entre l'état des patients et la spécificité de la résidence en fournissant à la direction les éléments lui permettant de prendre toute décision nécessaire                           |

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <p>dévolue à un infirmier responsable. Cette coordination nécessite le recueil des informations collectées par l'équipe de soins, l'élaboration d'un programme de soins et de vie et de la répartition des tâches de chacun en fonction de leur compétence.</p> <p>5. L'élaboration avec ses collègues d'une liste limitative de médicaments nécessaires et suffisante selon les bonnes pratiques cliniques gériatriques.</p> | <p>à la sécurité des personnes.</p> |
|---|-------------------------------------|

## **LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT À CARACTÈRE SOCIAL**

On distingue principalement les foyers-logement, les maisons de retraite, les domiciles collectifs. Des soins peuvent y être prodigués comme à domicile mais la surveillance infirmière et médicale n'y est jamais constante. Ces structures sont actuellement confrontées au vieillissement et à l'aggravation de la dépendance des populations qu'elles hébergent

### **Les foyers-logements**

Les foyers-logements sont des groupes de logements autonomes à vocation sociale. Certains proposent de manière facultative des services collectifs (restauration, blanchissage du linge, surveillance, etc..). Les résidents peuvent être soit propriétaires, soit locataires et paient les charges et les frais de fonctionnement des locaux communs. Certains logements possèdent une cuisine permettant la préparation des repas. Les personnes âgées peuvent être aidées pour le paiement de leur loyer par l'Aide Personnalisée au Logement (APL). Les services d'aide ménagère et les services de soins à domicile peuvent y intervenir. Certains foyers-logements sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Une sécurité matérielle peut y être organisée 24h sur 24 mais elle n'est en rien sanitaire.

### **Les résidences services**

Ces établissements sont assimilables à des foyers-logement haut de gamme. Les résidents sont le plus souvent propriétaires de leur logement dont le coût des charges est souvent

très élevé. L'ouverture de ces établissements n'est pas soumise à autorisation et à contrôle des autorités départementales.

### **Les maisons de retraite**

Ce sont des établissements d'hébergement social dotés de services collectifs. Parmi les maisons de retraite on peut citer les "Résidences pour personnes âgées", les Maison d'accueil pour Personnes Agées Dépendantes (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes), les Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées). Certaines sont publiques, dépendantes d'un établissement hospitalier ou d'un CCAS, d'autres privées à but lucratif ou non. Les pensionnaires paient un tarif d'hébergement très variable en fonction de l'établissement (qualité hôtelière, situation géographique, statut de l'établissement, de 150 à 450 F. par jour environ, parfois plus). Les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent être accueillis dans la plupart des Maisons de Retraite publiques et des établissements privés à but non lucratif.

L'établissement offre en général des simples soins de nursing aux résidents et en l'absence de forfait particulier, tous les soins médicaux ou les nécessités d'intervention d'auxiliaires comme les infirmières ou les kinésithérapeutes sont pris en charge par des intervenants libéraux extérieurs. Certaines maisons de retraite bénéficient par convention avec les caisses d'Assurance Maladie, d'un forfait permettant la prise en charge de soins médicaux de façon à maintenir ces personnes âgées dans ces établissements. Il peut s'agir d'un forfait de soins courants qui sert à la rémunération des personnels soignants, dispensant les soins habituels, la distribution des médicaments et des produits nécessaires aux soins. Il existe une deuxième possibilité qui est le forfait de section de cure médicale développé plus loin.

Dans les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), on peut trouver des "Centres d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles" (Centres d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles) réservés à des sujets ambulatoires atteints de démence modérée qui sont regroupés autour d'une maîtresse de maison.

### **L'accueil familial**

Réglementé par la loi du 10 Juillet 1989, il organise l'hébergement d'une personne handicapée dans une famille moyennant rémunération. Les personnes qui accueillent à leur domicile doivent être agréées par l'autorité préfectorale et un contrat existe entre la famille d'accueil et la personne âgée avec des obligations réciproques en particulier d'assurance. Ce dispositif reste encore relativement peu développé.

*(En savoir plus : [Legifrance.gouv.fr](http://Legifrance.gouv.fr) Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des*

*particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes (1). 23 décembre 2000. ) Loi n°89-475 du 10 juillet 1989.*

### **L'accueil temporaire de jour**

Cette prise en charge partielle permet la prise en charge d'une dizaine de personnes âgées dépendantes. Elle fonctionne en général cinq jours sur sept avec un coût relativement modéré et développe des activités occupationnelles. Elle permet de soulager l'aidant naturel et s'adresse particulièrement aux personnes âgées démentes. Ces accueils de jour fonctionnent sous le mode associatif et sont aidés par les municipalités qui peuvent mettre à leur disposition un véhicule permettant le ramassage des malades le matin et leur reconduite, en fin d'après-midi, à leur domicile.

### **LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT À CARACTÈRE SANITAIRE**

Les structures d'hébergement à caractère sanitaire vont voir leur mode de fonctionnement probablement bouleversé par la réforme de la tarification en cours.

### **Les services de soins de longue durée**

Anciennement dénommés services de "long séjour", ces structures sont hospitalières dans la pleine acception du terme. Elles ont une dimension variable : parfois importante de 100 à 200 lits, parfois de plus petite taille, disséminées dans le tissu urbain en dehors du site hospitalier. Elles reçoivent des personnes âgées dépendantes qui ont besoin de soins et d'une surveillance médicale continue. Ces structures correspondent à ce qui était appelé antérieurement les "hospices" jusqu'en 1975. Elles sont l'objet d'un long effort d'humanisation.

Ces services comportent une double tarification mais devraient évoluer très prochainement vers une réforme impliquant une triple tarification qui distingue celle liée à la dépendance.

Actuellement:

- l'une dite sanitaire est prise en charge par l'assurance maladie, le forfait "soins" fixé par l'autorité de tutelle (en moyenne 250 F/j en 1999)
- l'autre tarification correspond à l'hébergement, fixée par le Président du Conseil Général sur proposition du Directeur de l'établissement (variable suivant les régions de 250 à 450 F/j), à la charge du patient ou de l'aide sociale.

Les services de soins de longue durée rencontrent parfois des difficultés de motivation du personnel, des difficultés d'encadrement et souffrent d'une sous médicalisation chronique.

L'admission d'un malade en secteur de soins de longue durée est soumise à l'accord du médecin-conseil de la caisse à moins que le malade ne soit déjà hospitalisé dans une autre structure au sein de l'hôpital, qu'il s'agisse de services de court séjour ou de services de soins de suite. Ces services évoluent progressivement vers des structures plus accueillantes en y développant des activités d'animation ou des perspectives thérapeutiques nouvelles, groupes de paroles, travail d'ergothérapie etc....

### **La section de cure médicale**

Certaines maisons de retraite disposent de lits à caractère sanitaire : les lits de "section de cure médicale". Dans ce cas l'établissement bénéficie d'un forfait, payé par l'Assurance Maladie. Cela permet la poursuite d'un traitement d'entretien, d'une surveillance médicale et des soins para-médicaux. Le forfait de cure médicale couvre la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux, les dépenses de médicaments et les produits usuels nécessaires à la dispensation des soins et à l'amortissement du matériel médical. La rémunération du médecin traitant est hors forfait.

### **La réforme de la tarification**

Elle sera progressivement mise en place au cours de l'année 2000 et aura deux conséquences principales.

Le financement du séjour sera basé sur l'état de la personne âgée et non plus variable selon la structure d'hébergement. Quelle que soit cette dernière, les frais d'hébergement seront alors différenciés en :

- frais d'hébergement au sens hôtelier du terme, financés par la personne âgée, son entourage ou l'aide sociale,
- frais liés à la dépendance, évalués selon la grille AGGIR et pouvant être pris en charge par la PSD,
- frais liés aux soins, couverts par l'Assurance Maladie selon des modalités à préciser.

Tous les établissements (maisons de retraite, unités hospitalières de soins de longue durée,...) seront confondus au sein d'une catégorie unique : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendante). La Loi définit plus précisément qu'auparavant les conditions matérielles de l'hébergement. Elle précise le rôle du médecin coordonnateur. Elle incite les EHPAD à s'intégrer dans des réseaux gériatriques ville/hôpital et à développer des bonnes pratiques cliniques vis-à-vis des principales pathologies (démence, incontinence, escarres, ...).

Cependant l'harmonisation de l'offre de soins au sein de structures actuellement très hétérogènes posera des problèmes délicats. La persistance d'un secteur hospitalier de

soins de longue durée gériatriques est envisagée. La définition des malades qui en relèvent est en cours d'élaboration.

## **LE RÔLE DU MÉDECIN DANS LES MAISONS DE RETRAITE**

Le médecin traitant généraliste, surtout s'il est formé à la gériatrie par l'obtention d'une Capacité, joue un rôle central dans la prise en charge des personnes âgées hébergées dans des établissements à caractère social.

Les personnes âgées en maison de retraite disposent du libre choix de leur médecin. Si elles restent proches de leur ancien domicile, il y a bien sûr un avantage à ce qu'elles soient suivies par leur médecin traitant habituel.

Deux types de médecins interviennent dans les maisons de retraite :

- les médecins libéraux qui pratiquent la médecine ambulatoire à l'acte auprès des personnes âgées qui les ont contactés.
- le médecin coordonnateur. Celui-ci coordonne les actions des différents intervenants et définit une politique générale de santé au sein de l'établissement.

Ce médecin coordonnateur doit justifier d'une compétence en gériatrie et avoir l'expérience du travail en équipe pluridisciplinaire. Il pourrait éventuellement s'agir pour un établissement dépendant du secteur public d'un praticien hospitalier mi-temps ou temps plein mis à disposition par convention pour cette fonction. Ses missions ont été récemment codifiées (voir en-quart).

Ce médecin coordonnateur ne saurait se substituer ou entrer en conflit avec le médecin responsable des soins et du traitement à l'exclusion bien sûr des situations d'urgence ou de garde.

*(En savoir plus : BONNEL M. Une certaine idée de la personne âgée en Europe [vidéo]. Canal U / TICE MEDECINE & SANTE. 14/01/2007. ) Vidéo*

## **LE RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE HÉBERGÉE**

Qu'elle soit à son domicile, dans une institution ou dans une structure d'accueil sanitaire ou sociale, la personne âgée est une personne fragile. Cette fragilité ne doit pas faire oublier les principes essentiels de la bienfaisance du soignant, qui doit prendre ses décisions avec l'unique finalité du bien-être et de l'intérêt de cette personne âgée, et de la liberté du citoyen.

La commission "Droit et Liberté" de la Fondation Nationale de Gérontologie a établi la charte des Droits et des Libertés de la personne âgée dépendante, non seulement à domicile mais aussi en institution. Elle fixe des principes intangibles qui complètent le dispositif de la charte du malade hospitalisé dont la première version date du 20 Septembre 1974 et qui a été complété par le dispositif de la loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière et qui consacre un chapitre au droit du malade accueilli dans un établissement de santé (circulaire DGS/DH n°22 du 6/5/95).

## V ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- domotique : La domotique est l'ensemble des technologies de l'électronique, de physique du bâtiment, d'automatismes, de l'informatique et des télécommunications utilisées dans les bâtiments. La domotique vise à apporter des fonctions de confort (optimisation de l'éclairage, du chauffage), de gestion d'énergie (programmation), de sécurité (comme les alarmes) et de communication (comme les commandes à distance) que l'on peut retrouver dans les maisons, les hôtels, les lieux publics...
- orthèses : Une orthèse est un appareillage qui : compense une fonction absente ou déficitaire, assiste une structure articulaire ou musculaire, stabilise un segment corporel pendant une phase de réadaptation ou de repos. Une orthèse peut être statique ou de stabilisation comme par exemple en fixant un poignet pour permettre le mouvement des doigts. Elle peut également être articulée pour suppléer un mouvement absent ou déficitaire (orthèse dite araignée pour remplacer l'extension des doigts paralysée). L'orthèse permet d'obtenir un effet thérapeutique par un mode d'action mécanique. Une orthèse au genou permet au tibia un seul mouvement possible (avant-arrière), ce qui ne permet pas la pratique de tous les sports de ballon où il y a démarquage, arrêt fréquent.
- ticket modérateur : En France, le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance maladie. Le ticket modérateur représente un mode de financement important pour certains soins de santé. Cette participation financière peut revêtir différentes formes : le montant peut être forfaitaire. Dans ce cas, il s'agit du paiement d'une somme fixe que le bénéficiaire doit payer lors de chaque prestation reçue. Si le montant est proportionnel, il représente un pourcentage du coût total de la prestation payée par le patient. Enfin, la participation directe peut aussi correspondre à une somme fixe appelée franchise devant être payée par le patient lorsqu'il bénéficie de prestations de l'assurance maladie sociale. Une critique a pu être adressée au ticket modérateur : ce dernier peut affecter un patient économiquement faible et l'inciter à renoncer aux soins dont il aurait besoin en raison du coût trop élevé que cela engendrerait. C'est pourquoi le système français prévoit une exonération de participation pour les personnes atteintes par l'une des trente maladies chroniques, graves ou invalidantes figurant sur une liste. D'autres prestations, comme les frais liés à l'hospitalisation, les honoraires médicaux ou

encore les frais d'analyse des laboratoires, induisent une participation directe du patient.

## EN SAVOIR PLUS

- Adminet. Décret no 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 [en ligne]. : [http://admi.net/cgi-bin/affiche\\_page.pl?lien=19970430/TASA9721344D.html&requete=97-60](http://admi.net/cgi-bin/affiche_page.pl?lien=19970430/TASA9721344D.html&requete=97-60)
- BONNEL M. Une certaine idée de la personne âgée en Europe [vidéo]. Canal U / TICE MEDECINE & SANTE. 14/01/2007. : [http://www.canal-u.fr/producteurs/canal\\_u\\_medecine/dossier\\_programmes/geriatrie/film/une\\_certaine\\_idee\\_de\\_la\\_personne\\_agee\\_en\\_europe](http://www.canal-u.fr/producteurs/canal_u_medecine/dossier_programmes/geriatrie/film/une_certaine_idee_de_la_personne_agee_en_europe)
- Infodoc.inserm.fr. Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque [en ligne]. : <http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/e0f115ba61f787a5c12568c80041b17d?OpenDocument>
- Legifrance.gouv.fr. Décret n°2006-546 du 12 mai 2006 relatif aux experts médicaux judiciaires exerçant en application des articles L. 141-1 et L. 141-2-1 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. 12 mai 2006. : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006053697&dateTexte=20091021>
- Legifrance.gouv.fr. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (1) [en ligne]. : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>
- Legifrance.gouv.fr Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes (1). 23 décembre 2000. : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000322092>

## ABRÉVIATIONS

- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
- ALD : Affection de longue durée

- ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
- APL : Aide Personnalisée au Logement
- CAFA D : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
- CANTOU : Centres d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles
- CCAS : Centre communal d'action et sanitaire et sociale
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendante
- GIR : Groupes Iso-Ressources
- HAD : Hospitalisation à domicile
- MAPAD : Maison d'accueil pour Personnes Agées Dépendantes
- MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
- PACT : Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat
- PSD : Prestation Spécifique Dépendance
- SAU : Service d'accueil des Urgences
- SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
- UMG : Unité Mobile de Gériatrie
- URSSAF : Union pour le Recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.