



Entretien
23 avril 2021

Afin d'alimenter la réflexion sur les questions de territorialisation en santé, LISA conduit des entretiens avec un certain nombre de personnalités. Huitième de cette série : Claude Jeandel.



Claude Jeandel

Le **professeur Claude Jeandel**, PUPH à l'Université de Montpellier, est Président du Conseil National Professionnel de gériatrie depuis 2012. Spécialiste des maladies liées au vieillissement et des innovations organisationnelles du système de santé relatives aux enjeux de perte d'autonomie, il a participé en 2019 à l'élaboration de propositions pour la concertation Grand Âge Autonomie.

Comment analysez-vous l'évolution de l'autonomie des collectivités locales et la "posture jacobine" de l'Etat en matière de santé et de soutien à l'autonomie pendant la crise sanitaire ?

Le rôle des collectivités locales a évolué au cours du temps. Au début de la crise, elles n'ont pas été très impliquées, principalement du fait de la sidération de l'ensemble des réponses face à une pandémie inédite et aux incertitudes inhérentes au génie évolutif de la Covid 19. Lors de la seconde vague, leur positionnement s'est modifié, avec une implication plus marquée de la part des départements – mais néanmoins de façon hétérogène sur le territoire.

Pendant la première vague, Jérôme Guedj a été missionné pour faire un rapport sur les personnes âgées et fragiles en situation d'isolement durant le confinement[1]. Cette réflexion, à laquelle j'ai participé, a conduit à émettre des orientations pour prioriser le « aller vers » ces personnes vulnérables en impliquant les collectivités locales.

Force est de constater que les mesures énoncées dans ce rapport n'ont été que très partiellement appliquées, notamment du fait des difficultés administratives liées à l'autorisation de recourir au fichier d'identification des personnes isolées.

Au cours de cette crise, la grande majorité des départements se sont impliqués de manière assez tardive dans la politique des personnes âgées et notamment au sein des EHPAD. Les ARS étaient évidemment beaucoup plus présentes. La crise a néanmoins révélé que la segmentation de la gouvernance des soins primaires, du sanitaire et du médico-social avait pu constituer un frein à l'action. En effet, la prise en soin des personnes âgées dépendantes, qui relève dans la grande majorité des cas aussi bien du sanitaire que du médico-social, nécessite plus de transversalité. Il est indispensable de raisonner désormais en mode parcours et de s'appuyer sur une offre territoriale à la fois bien calibrée et bien coordonnée.

La crise a constitué à la fois un révélateur et un accélérateur : elle a confirmé la nécessité de rendre plus efficaces les interfaces entre les établissements médico-sociaux comme les EHPAD et les établissements sanitaires – telles que les plateformes gériatriques intégrées à la filière gériatrique hospitalière.

Une spécificité du système de santé français est la pluralité d'agences, de hauts conseils, de hautes autorités, qui n'ont autorisé certaines mesures sanitaires qu'après certitude scientifique de l'absence de risque, souvent bien plus tard que le reste des pays européens. Y a-t-il trop d'organismes de ce type, ou cette pluralité est-elle nécessaire ? Comment pourrait-on simplifier leur fonctionnement ?

Je considère les organisations existantes comme légitimes. Les travaux respectifs de la DGS[2], de la DGCS[3], de la DGOS[4], de la HAS[5], du Haut conseil de la santé publique ont été contributifs et le Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie que je préside a été à maintes reprises sollicité par les administrations centrales et les agences nationales.

Que pensez-vous du report des débats sur la loi Grand âge et autonomie ? Pensez-vous que l'exécutif devrait les remettre au cœur de ses préoccupations ?

Ayant participé au rapport Libault, je pense que l'on ne peut pas reculer indéfiniment sur le sujet du grand âge. La transition démographique va se traduire par une augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes dès 2025 : il est urgent d'agir pour être prêt à cette échéance ! Dans les EHPAD, il faut notamment revoir la médicalisation et sa gouvernance puisque ces établissements accueillent des

résidents dont un nombre croissant présentent des profils de soins requérant une réponse soignante de plus en plus élevée.

Les 175 propositions du rapport Libault sont pertinentes et doivent être mises en œuvre ; mais les limites de leur application sont pour une grande part de nature financière. Les enveloppes actuellement envisagées ne sont pas à la hauteur des enjeux et leur séquençage ne doit pas éluder les nécessaires adaptations de ces dernières à la transition démographique annoncée aux échéances 2030 et au-delà.

La loi Grand âge et autonomie énonce des mesures dans de nombreux domaines essentiels : l'attractivité des métiers, l'organisation des établissements, leur positionnement dans le territoire, leur interfaçage avec le monde sanitaire... Le rapport Libault avait pointé des fragilités qui ont été exacerbées par la crise.

Un des enjeux majeurs concerne l'attractivité des métiers du grand âge : nous devons à la fois pourvoir aux postes actuels et anticiper les besoins futurs. C'est un élément de fragilité du système peu visible et pourtant central.

À quel niveau la prévention (collectivité, Etat) doit-elle être prise en charge ? Comment la renforcer, notamment face au vieillissement de la population ?

La prévention vise à la fois prévenir la perte d'autonomie fonctionnelle et à limiter l'aggravation de la perte d'autonomie fonctionnelle chez les personnes déjà en situation de dépendance.

La prévention doit débuter par l'identification des personnes à risque de perte d'autonomie : le rapport « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) précise qu'il convient en premier lieu de phénotyper, c'est-à-dire de caractériser les personnes en fonction non de leur âge mais de leur état fonctionnel (« robuste », « fragile » ou « dépendant »). La crise sanitaire a révélé la difficulté à identifier et à intervenir auprès des personnes âgées en situation d'isolement à domicile et l'impérieux enjeu du "aller vers". Ce dernier implique le repérage des situations de fragilité et repose sur des actions de prévention de la perte d'autonomie pouvant s'appuyer sur les programmes *Esoger* et *Icope* de l'OMS et indiquer l'initiation d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS).

Le Plan Solidarité grand âge présenté en 2006 prévoyait lui une consultation de prévention pour toute personne de 60 ans ou plus, mais cette mesure n'a pas été mise en application.

La prévention implique aussi le repérage des facteurs de risques médicaux : hypertension, diabète... qui sont des facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. Si de tels facteurs de risque sont bien contrôlés vers 50 ou 60 ans, on peut prétendre reculer l'apparition de telles maladies. Dans ce paradigme, l'objectif n'est donc pas d'éviter la maladie mais d'en retarder l'expression.

Propos recueillis par Manon Bergeron et Julie Jolivet le 2 mars 2021.

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mission_jg_16.07.2020.pdf

[2] Direction générale de la santé.

[3] Direction générale de la cohésion sociale.

[4] Direction générale de l'offre de soins.

[5] Haute autorité de santé.