



# Pour une préférence du domicile

**Andrée Barreteau**

**Directrice de l'offre de soins et médico-sociale**

**ARS Ile-de-France**

**4<sup>ème</sup> colloque FREGIF - 13.10.11**

# Le contexte

# Le contexte

- Le vieillissement et les progrès de la médecine infléchissent les problèmes de santé vers la chronicité et la polypathologie.
- Cette transition épidémiologique questionne notre système de santé axé sur les pathologies aiguës et les actes techniques et appelle à une transformation.

# Le vieillissement en Ile de France

- Environ 2 millions de franciliens ont plus de 60 ans (+ 10% en 10 ans).
- Les plus de 75 ans (où se concentrent les gains d'espérance de vie) :  
En 2008 → 6.6% de la population  
En 2020 → 7.3%?
- Les départements de la grande couronne vieillissent le plus.  
→ Défi en terme de prévalence de maladie chronique, de maladie d'Alzheimer et de perte d'autonomie.

# Le maintien à domicile

Une préférence des usagers  
Une priorité stratégique de l'ARS

# Le maintien à domicile

- En Ile de France, 63% des PA dépendantes vivent à domicile (25% seules, 38% non seules), 37% en institution
- Le reste à charge pour vivre en EHPAD est supérieur à 150% du revenu disponible. Facteur d'inégalité, d'où une préoccupation majeure pour l'ARS.
- Choix ou non choix?  
Un sondage CSA en novembre 2010 montre que 87% des enquêtés sont prêts à s'investir pour favoriser le maintien à domicile de leur proche.

# Les enjeux

# *Des enjeux en terme de qualité*

- Vieillesse et santé : des besoins spécifiques... autour de la chronicité, de la polypathologie et de la perte d'autonomie...
- Qui ne trouvent pas toujours une réponse adaptée, notamment en Ile de France
  - Offre de premier recours insuffisante
  - Temps médical restreint
  - Interfaces souvent porteuses de rupture entre les différents secteurs de l'offre de santé
- Des marges de manœuvre considérables, dont témoignent les hospitalisations évitables si on améliore l'amont

# Des enjeux en terme d'efficience

- Le principal facteur d'accroissement des dépenses de santé, n'est pas le vieillissement, mais l'insuffisante transversalité des parcours (hcaam )
- La question que pose le vieillissement avec acuité est : **comment le système de soins peut-il accompagner et prendre en charge autrement les malades polypathologiques et fragiles relevant de situations complexes ?**

- Trois axes :
  1. Donner toute sa place au malade et à son entourage pour inscrire le soin à domicile dans un parcours de vie
  2. Donner une nouvel élan aux dynamiques professionnelles du soin à domicile des personnes âgées
  3. Favoriser la coopération de tous les acteurs pour fluidifier des parcours de santé

# *Donner toute sa place au malade et à son entourage*

- **Développer l'éducation thérapeutique et la prévention de la perte d'autonomie**
  - Les malades âgés, même fragilisés, doivent être au cœur du soin. Ils sont demandeurs d'être mieux éduqués sur leurs pathologies et leur traitements et ceci peut concourir à éviter des hospitalisations.
  - La prévention est un axe essentiel d'amélioration du parcours de santé, notamment dans le champ de l'alimentation, du sommeil et de l'activité physique.

# *Donner toute sa place au malade et à son entourage*

- **Renforcer l'aide aux aidants**
  - Ceci est une priorité de l'ARS quelle que soit la pathologie concernée.
  - Plan national Alzheimer 2008-2012.
    - Développer et diversifier les structures de répit;
    - Consolider les droits et la formation des aidants;
    - Améliorer le suivi sanitaire des aidants naturels.
  - En IDF :
    - Développement progressif de plate formes de répit et d'accompagnement à l'échelon départemental dès 2011
    - Guide d'aide à l'orientation destiné aux malades et à leurs familles (sortie prévue en 2011)

# *Donner toute sa place au malade et à son entourage*

- **Développer les structures de répit et l'accueil temporaire en EHPAD**
  - Les capacités sont actuellement insuffisantes en Île-de-France:
    - 2700 places en AJ et HT
    - Un certain éparpillement qui peut nuire à la qualité
  - Une priorité pour l'ARS : l'accompagnement de la restructuration de l'offre en AJ et HT
- Rénovation des foyers - logements pour les transformer en résidences intermédiaires pour des personnes âgées non dépendantes avec des services dédiés.

# *Donner un nouvel élan aux dynamiques professionnelles du soin à domicile des aînés*

- **Revaloriser les métiers du soin à domicile**
    - La réalité :
      - Faible attractivité du secteur médico-social
      - Turn-over élevé des personnels
      - Spécificité francilienne liée au coût de la vie
    - Des besoins importants :
      - Augmentation de la prévalence des maladies chroniques
      - Déploiement du plan Alzheimer
      - Une formation initiale renforcée en ergothérapeutes et psychomotriciens.
- **Nécessité d'une réflexion conjointe et urgente avec le Conseil Régional d'Ile de France.**

# *Donner un nouvel élan aux dynamiques professionnelles du soin à domicile des aînés*

- **Améliorer la qualité des pratiques pour le suivi à domicile des malades âgés**
  - Formation renforcée des généralistes à la polypathologie, aux problèmes liés au médicament et aux troubles cognitifs.
  - Amélioration des pratiques professionnelles pour l'ensemble des acteurs du soin à domicile dans le domaine : des problèmes liés au médicament, de la dépression et de la dénutrition, tous facteurs d'hospitalisations évitables, mais aussi de la prévention des chutes.
  - Formation de tous les acteurs du soin à une approche globale du malade, dépassant le cadre monopathologique.

# *Favoriser la coopération des tous les acteurs à l'échelle des territoires de vie de patients*

- **Soutenir la coordination des intervenants auprès du patient**
  - Le généraliste ne peut travailler seul auprès des malades polypathologiques ou fragiles relevant de situations complexes.
  - Il doit s'appuyer sur d'autres acteurs.
  - La coordination des intervenants soignants et sociaux doit être protocolisée.
  - Pour les malades complexes, en dehors du cadre de gestionnaire de cas préconisé pour les malades Alzheimer, des référents cliniciens peuvent être opérants pour les malades polypathologiques ou fragiles.

Le partage de tâches entre médecins et infirmiers doit être repensé dans un contexte d'épargne du temps médical.

# *Favoriser la coopération des tous les acteurs à l'échelle des territoires de vie de patients*

- **Coupler le soin et l'aide sociale**

- Prévenir la perte d'autonomie passe par un couplage aide/soin plus réactif.
- Cette articulation aide/soin pour optimiser les parcours de malades âgés rend nécessaire un travail étroit entre l'ARS et les Conseils Généraux.
- L'information délivrée aux malades et à leurs aidants doit être renforcée au niveau des CLICS.
- Les réseaux gérontologiques sont un acteur essentiel de cette coordination d'appui pour les cas complexes, tant au niveau de malades que des professionnels.

# *Favoriser la coopération des tous les acteurs à l'échelle des territoires de vie de patients*

- **Sécuriser l'interface ville-hôpital**

- Les dysfonctionnements de la filière hospitalière pour les malades âgés polypathologiques et fragiles sont connus de tous.
- Beaucoup reste à faire pour mieux intégrer les séjours hospitaliers au sein du parcours de santé des malades.
- Éviter le passage obligé par le SAU, sans perte de chance, doit être une priorité.
- La HAD, soutenue par l'ARS, doit faciliter les sorties.
- Les informations partagées entre acteurs du domicile et de l'hôpital doivent être améliorées et la réactivité des données échangées accrue.

# *Favoriser la coopération des tous les acteurs à l'échelle des territoires de vie de patients*

- **Agir à l'échelle des territoires de vie pour structurer les parcours**
  - Rôle essentiel de l'ARS compte tenu de sa transversalité
  - Le territoire de proximité est incontournable pour les malades chroniques âgés.
  - L'ARS doit mettre en place une gouvernance qui facilite la coopération et le partage des tâches entre professionnels et institutionnels.

**Merci de votre  
attention.**