

**Autonom@Dom**  
Bouquet de services  
d'aides humaines et techniques  
*pour la santé à domicile et l'autonomie*

Eric Rumeau  
Directeur de la santé et de l'autonomie  
Conseil général de l'Isère

Véronique Chirié  
Directrice du TASDA  
Technopôles Alpes Santé à Domicile et Autonomie

## Résumé de l'article

Autonom@Dom est le démonstrateur d'un bouquet de service d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie en réponse à l'AAP e. santé n° 2. Cette plateforme intégrée sanitaire et médico-sociale fonctionnant 24h/24 - 7 jours sur 7, se propose de défragmenter et de décloisonner l'organisation et les offres sanitaires et médico-sociales afin de réduire les ruptures dans les parcours de soin et de santé des personnes en perte d'autonomie et /ou porteuses de pathologies chroniques. Autonom@Dom devra par une évaluation pluridisciplinaire répondre à deux questions : Quel optima d'organisation et d'offres permet-il d'éviter des hospitalisations inutiles, le retour rapide et/ou le maintien sécurisé à domicile ? quelles évolutions sont nécessaires dans l'allocation des ressources de santé pour permettre un modèle économique pérenne ?

## Introduction

**Autonom@Dom** est un démonstrateur porté par le Conseil général de l'Isère, la société Ericsson France et de nombreux acteurs en réponse à l'Appel A Projet AAP e-santé n° 2 portant sur le « Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie ».

**Autonom@Dom** s'inscrit dans la ligne des recommandations du rapport du député P. Lasbordes « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être »,

**Autonom@Dom** propose d'évaluer un bouquet de services pour l'accompagnement, la prise en charge, et l'information :

- des personnes atteintes de maladies chroniques et/ou en perte d'autonomie, à domicile,
- des personnes en sortie d'hôpital, pour un retour à domicile rapide et dans les meilleures conditions de suivi et réciproquement pour éviter des hospitalisations inutiles,
- des personnes âgées, pour leur bien être par la prévention de la perte d'autonomie.

## I- Contexte , constats et enjeux

### *I-a Contexte*

#### **Une -certaine- inadaptation du système de santé français à... l'évolution des besoins de santé des Français**

En France, comme dans la plus part des pays industrialisés, les besoins de santé de la population évoluent sous l'action combinée du vieillissement général de la population et du changement progressif de la prévalence des principales causes de morbidité.

#### *Le vieillissement de la population*

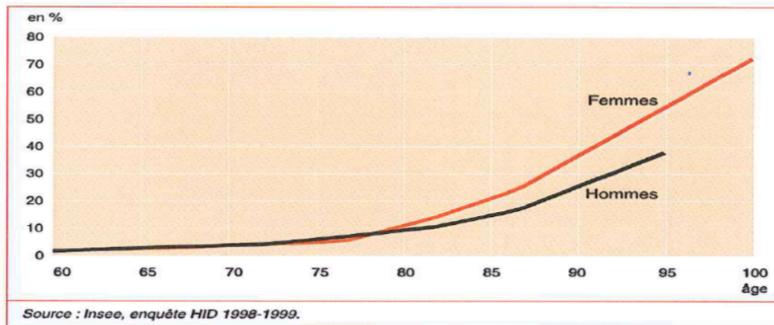
Le constat du vieillissement est largement connu et argumenté. Quels éléments de repaire :

Dès 2014 le nombre des plus de 60 ans sera supérieur à celui des moins de 20 ans.

Pour les plus de 85 ans les projections conduisent à un triplement des effectifs pour cette tranche d'âge d'ici 2050.

Pour ce qui est de la perte d'autonomie les principales conclusions ressortant de nombreuses projections sociodémographiques (INSEE, DREES) font apparaître qu'à l'horizon 2040 les personnes âgées dépendantes (bénéficiaires de l'APA) passeraient de 1,1 million de personnes à ce jour pour s'établir dans une fourchette allant de 1,62 million d'individus à 1,75 million d'individus avec un scénario central de 1,65 million d'habitants. Soit une augmentation, avec le scénario central, de 50% sur cette période.

### Taux de dépendance par âge



Dès 2025, selon les extrapolations établies par l'Association des Départements de France (Assises de la perte d'autonomie 20 mai 2011 -55 propositions soumis au débat par l'Assemblée des Départements de France) la France compterait entre 1,38 et 1,42 million de personnes âgées dépendantes et entre 1,4 et 1,5 millions en 2030.

Le groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance » dirigé par Jean-Michel Charpin, installé à l'occasion du débat national sur la réforme de la prise en charge de la dépendance, prévoit quant à lui entre 1,3 et 1,4 millions de personnes âgées dépendantes en 2025

Ces différentes projections amènent -fortement- à pondérer en matière d'évolution des besoins liés au vieillissement les représentations et scénarios catastrophes de type « Tsunami de la dépendance ». Cependant la probabilité d'être dépendant augmentant avec le grand âge, les difficultés constatées dès à présent dans les parcours de santé et de soins des personnes âgées et/ou porteurs de pathologies chroniques ne peuvent, en l'état de notre système de santé, que fortement s'amplifier.

Notons, de façon incidente vis à vis du propos de cet article, que l'enjeu d'une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie apparaît ainsi, à minima, tout autant une question de réforme de son organisation que de son financement.

#### *L'augmentation de la part des pathologies chronique*

L'espérance de vie s'est très fortement accrue durant tout le XXe siècle pour passer de 45 à 78 ans. D'abord liée à la baisse de la mortalité infantile, les progrès de la prévention et du traitement de certaines pathologies chroniques ont permis une diminution importante de l'incidence de la mortalité du fait d'infarctus du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux avec en contrepartie une augmentation de la prévalence de possibles conséquences à long terme par exemple de ; l'hypertension artérielle, du diabète, des insuffisances cardiaques ou rénales chroniques parfois sévères.

« De manière générale, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes de maladie chroniques génère de nouveaux risques liés aux interactions entre de multiples pathologies ou altérations fonctionnelles liées à l'âge.

Le cancer est devenu une pathologie chronique majeure dans la population âgée, du fait des progrès de la cancérologie et de l'évolution démographique. Les troubles cognitifs sévères (maladies d'Alzheimer et autres processus démentiels) peuvent interférer avec la prise en charge des maladies chroniques »

**Annick Alépovitch** Directeur de recherche Inserm in « Enjeux médicaux –Maladies chroniques et vieillissement » janvier 2010

Dit autrement, nous mourrons moins de nos pathologies aiguës pour vivre plus longtemps...malades chroniques.

« En France, en 2007, près d'un quart des patients en insuffisance terminale (dialysés ou greffés) avaient plus de 75 ans : c'est chez les personnes de plus de 75 ans que l'augmentation de la prévalence des dialysés a été la plus forte au cours des dernières années. Globalement, la moitié des insuffisances rénales terminales sont dues à l'hypertension ou au diabète.

La prévalence de l'obésité continue d'augmenter dans la population française ; elle reste cependant très inférieure à celle observée aux Etats-Unis (approximativement 15% versus 30%) »

**Annick Alépovitch** Directeur de recherche Inserm in « Enjeux médicaux –Maladies chroniques et vieillissement » janvier 2010

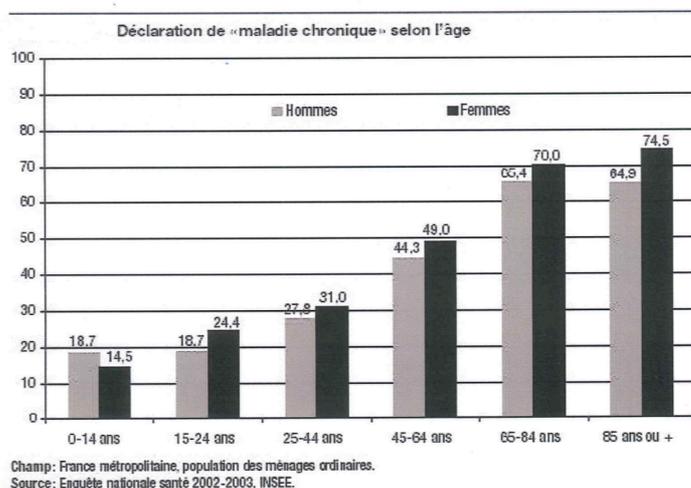
Les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes soit 20% de la population française. Parmi elles 7,5 millions disposent d'une prise en charge en affection de longue durée pour une dépense annuelle de 84 milliards d'euros.

Les simulations réalisées estiment, toute chose égale par ailleurs, que 5 millions de plus entreraient dans ce régime dès 2020 représentant ainsi un défi pour notre système de santé tant pour son fonctionnement que pour son financement.

« Les principales maladies chroniques, avec une estimation des personnes touchées, sont les suivantes:

- diabète : 2,5 millions • maladie rares (drépanocytose, sclérose
- bronchite chronique : 3 millions latérale amyotrophique, mucoviscidose,
- asthme : 3,5 millions myopathies, leucodystrophie) : 3 millions
- psychose : 890 000
- maladie de Alzheimer : 900 000
- polyarthrite rhumatoïde : 300 000
- épilepsie : 500 000
- maladie de Parkinson : 100 000 • cancer : 700 000
- insuffisance rénale chronique : 2,5 millions<sup>4</sup> • sclérose en plaque : 50 000
- SIDA : 30 000

In « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011



Les pathologies chroniques sont à l'origine de 70 % des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Leur évolution et leurs conséquences restent largement tributaires de l'accès des patients à une information et à une prise en charge adaptée.

En effet ces pathologies chroniques nécessitent des interventions combinées de professionnels des secteurs sanitaires (HAD ...) médico-sociaux (aide aux gestes de la vie quotidienne...) sociaux( portage de repas..) qui confrontent notre système de santé à ses limites :

un fort hospitalo-centrisme versus une faiblesse de l'ambulatoire complétés par un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social sources de nombreuses ruptures dans les parcours de soin et de santé se caractérisant principalement par des hospitalisations inutiles et des retours à domicile non optimisés.

« ... il apparaît clairement que la stratégie curative actuelle de notre système de santé constitue une réponse certes indispensable mais non suffisante. Dans tous les cas il apparaît essentiel d'agir en amont des soins pour empêcher ou retarder l'apparition des problèmes de santé.

En outre, dans le cas du vieillissement, et plus largement du handicap, la prise en compte des conséquences des problèmes de santé est tout aussi indispensable. Or, comme l'a souligné depuis longtemps le HCSP, ce sont précisément les stratégies en amont et en aval des soins qui sont les moins développées en France.

L'organisation actuelle de notre système de santé n'est donc pas suffisamment adaptée aux enjeux de santé français. »

In « Élargir les stratégies employées » -H a u t Comité d e l a S a n t é P u b l i q u e - La santé en France / Janvier 2002 page 378/379

**Des ruptures dans les parcours de soins et de prise en charge liés à une offre éparse, parfois coordonnée mais peu souvent intégrée générant d'importants surcoûts financiers mais peu « d'humanité »**

A l'occasion de la journée nationale du 1<sup>er</sup> février 2011 sur les enjeux du décloisonnement sanitaire et médico-social l'Agence National d'Appui à la Performance -ANAP-dressait 3 constats.

1<sup>er</sup> constat :

40% des admissions en hospitalisation complète transitent par les urgences pour les personnes âgées de 85 ans et plus alors que seulement 15% transitant par les urgences pour la tranche d'âge 30/70ans .

2<sup>ème</sup> constat :

Le taux d'accueils inadéquats des personnes âgées en SSR atteint 50% par manque de filière d'aval

3<sup>ème</sup> constat :

Les ruptures de prise en charge dans le parcours de santé constituent une perte de chance pour les usagers et un surcoût pour l'Assurance Maladie

Ce surcoût a été évalué par ailleurs à 2 Milliards par an par le groupe de travail (déjà cité plus haut) « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance » dirigé par Jean-Michel Charpin.

### *La fragmentation*

Les personnes âgées (et plus généralement celles en perte d'autonomie) ne sont pas significativement plus sujettes à des situations d'urgence que la population générale. Par contre leurs besoins à domicile en termes de soin et d'aide à la vie quotidienne nécessitent l'intervention de multiples intervenants dont l'organisation est fragmentée. Cette fragmentation, malgré la volonté souvent forte de coordination de ces acteurs, rend difficile les ajustements des services nécessaires et leur adaptation dans le temps et en intensité selon l'évolution de leur situation.

Cette fragmentation est un point de faiblesse porteuse d'un risque de rupture. Quand la rupture surgit, une réponse s'impose le plus souvent : les urgences hospitalières.

Le retour à domicile n'étant pas toujours possible dans le délai de prise en charge par un service d'urgence, la personne âgée sera le plus souvent hospitalisée dans l'attente d'un plan d'aide permettant son retour à domicile. Cela embolise les services d'urgence, génère des hospitalisations inutiles. Inutilement coûteuses tant humainement que financièrement. C'est le cycle décrit synthétiquement par le 1<sup>er</sup> constat

De plus cette fragmentation ne facilite pas la fluidité des parcours dans le sens hôpital retour à domicile. Elle contribue au phénomène de création de « bed bloqueurs » dont le maintien au-delà de la Durée Moyenne de Séjours -DMS-pénalise l'équilibre budgétaire des établissements à la T2A. C'est là le cycle décrit par le 2<sup>ème</sup> constat de l'ANAP.

### *Le cloisonnement*

Ces deux constats de l'ANAP font apparaître la nécessité, pour réduire les ruptures dans les parcours de santé et de soin, de défragmenter la mise en œuvre des offres de services nécessaires au maintien à domicile.

Pour autant cela ne suffit pas. Il faut également que les acteurs coopèrent afin de pouvoir ajuster de façon opportune leurs services à l'évolution des besoins de la personne.

Si l'auxiliaire de vie à l'occasion d'une toilette constate un début de rougeur signe d'un risque d'escarre, elle peut laisser un post-it (ce qu'elle fait souvent) sur le réfrigérateur pour sa collègue IDE qui avertira, si celle-ci le lit, le médecin traitant, qui pourra quant à lui, éventuellement, faire une prescription ad-hoc.

On l'imagine facilement, il suffit que le post-it tienne mal pour que se produise une rupture dans la chaîne de prise en charge...

Il faut en conséquence décloisonner les acteurs en leur donnant les outils leur permettant d'assurer une intégration de leur service.

Au regard de ce contexte, de ces constats et des enjeux, le démonstrateur **Autonom@Dom** a pour ambition, avec l'appui des différentes parties prenantes de la santé à domicile et de l'autonomie, **de contribuer à réduire les ruptures dans les parcours et les prises en charge à domicile des personnes en perte d'autonomie et/ou porteuses de pathologies chroniques en défragmentant et en décloisonnant les réponses.**

**centrer la prise en charge autour des besoins de la personne  
en défragmentant les réponses et en décloisonnant les acteurs**

Autonom@Dom est un « bouquet de services », c'est à dire un ensemble de prestations relevant du secteur sanitaire et du secteur médico social, pour les usagers et les aidants, associées à des fonctions de coordination entre les professionnels qui interviennent au domicile (médical, médico social, social).

Ce « bouquet de services » a pour objectif global de contribuer au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, avec un niveau de qualité de vie satisfaisant pour les bénéficiaires et leurs aidants passant par une appropriation par les professionnels des services à personne des solutions proposées et ce dans le respect de leur identité et contraintes professionnelles.

Dans ce but, Autonom@Dom se propose de :

- Contribuer à maintenir le lien social de chaque bénéficiaire avec son entourage,
  - Par le biais des interfaces de communication à domicile, des accès web aux données de l'utilisateur et des professionnels qui l'accompagnent, une contribution au lien social est souhaitée.
- Faciliter l'utilisation des prestations de services à domicile et leur coordination,
  - L'information sur la diversité et les possibilités de services à la personne, est et restera toujours un objectif de premier ordre. Même si de nombreuses structures et de nombreux points d'entrée existent sur ce thème, l'utilisateur ou sa famille est souvent en recherche de différents éléments d'information, voire d'accompagnement pour murir sa réflexion sur ses besoins et les moyens de répondre à ses demandes.
  - Éviter les hospitalisations inadaptées, parfois par défaut de prestation à domicile, constitue également un enjeu important. L'information et la coordination des services à la personne doivent permettre de faciliter les scénarios de prise en charge à domicile, que ce soit pour éviter des hospitalisations ou pour faciliter les retours à domicile après une hospitalisation.
- Permettre d'anticiper des situations de glissements par une surveillance « sentinelle » du bénéficiaire
  - La prévention constitue un axe privilégié pour le soutien à domicile sur le long terme. Anticiper des situations à risque, par des aides à domicile proposées « au bon moment », est un objectif en tant que tel.
- Participer à la sécurité médicale des bénéficiaires relevant d'un suivi médical,
  - Le retour à domicile après une hospitalisation, le suivi d'une maladie chronique après des épisodes aigus, peuvent être vécus comme des périodes d'angoisse du fait d'un changement de rythme et de contexte de prise en charge. Il s'agit d'apporter un suivi continu, permanent, et mettre à disposition un premier niveau de régulation des demandes à caractère médicale.
- Améliorer la prise en charge par les services d'urgence avec un dossier médico social immédiatement disponible
  - Le passage aux urgences est souvent une épreuve difficile pour une personne âgée. La connaissance rapide de son contexte de vie et de son dossier médical, peut permettre à la fois de la rassurer grâce à une prise en charge adaptée mais aussi et surtout de faciliter le diagnostic et l'intervention médicale ainsi que d'anticiper les conditions de son retour à domicile.
- Contribuer à la continuité des soins
  - Le partage de données médicales, de données de prise en charge auprès de l'ensemble des acteurs du soin, est un objectif depuis longtemps considéré comme important
- Recentrer les professionnels intervenants à domicile, sur leur cœur de métier de service à la personne
  - L'optimiser des temps de coordination, des temps de traçabilité et transferts d'information, est une préoccupation permanente des structures de services à la personne. Des solutions existent pour permettre à un professionnel d'accorder plus temps dans la relation avec l'utilisateur et la prestation qu'il réalise.
- Participer à la maîtrise des coûts
  - Enfin, les technologies de captures automatiques du suivi de la réalisation concrète des prestations doivent permettre des traitements automatiques de facturation et de supervision.

Tous ces objectifs relèvent d'un décloisonnement des réponses au domicile (partage des informations entre les différents acteurs) et d'une défragmentation des prestations (organisation/coordination des réponses sanitaire et médico social via une plateforme unique).

### « Penser global et réaliser local »

Les 3 cibles principales du bouquet de services sont :

- La prise en charge à domicile des personnes fragiles, en risque de ou en perte d'autonomie. Ce segment de public, relève de politiques et de financement médico sociales de collectivités territoriales, de mutuelles et caisses de retraite
- La prise en charge des sorties d'hôpital, et/ou de pathologies chroniques combinées à domicile. Ce segment de patientèle concerne plus particulièrement le secteur sanitaire, à la fois les établissements (lien hôpital – ville) et les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux. L'offre du bouquet de services doit s'articuler avec l'ensemble des réflexions et des démarches en cours sur la prise en charge des cas complexes (gestionnaire de ca MAIA), sur le lien ville-hôpital dont les Inters Filières Gériatriques et Gérontologiques (l' IF2G est un dispositif de décloisonnement du sanitaire et du médico-social en faveur des personnes âgées inscrit au volet vieillissement du SROS Rhône-Alpes dès 2009)
- L'amélioration du bien-être à domicile. En complément de deux autres segments, il s'agira de permettre et favoriser le développement de prestations à domicile, pour le bien être de l'utilisateur ou dans un but de prévention.

Le projet Autonom@Dom propose à ces populations, une prestation de service coordonnée qui permet, selon les besoins et les demandes des usagers, des aidants ou des professionnels :

- D'assurer une régulation médico sociale pour toute demande d'intervention en cas d'urgence, d'écoute, d'information, d'aides, en relais et coordination avec les acteurs de terrain
- D'assurer une régulation médicale, appuyée sur la connaissance du dossier médical du patient, en soutien et complément des acteurs de terrain
- Collecter et traiter des données de santé (télé surveillance médicale) ou d'actimétrie (surveillance « sentinelle ») pour prévenir des situations de glissement ou des situations à risque médical
- Faciliter le partage de données médico sociales et la coordination des acteurs du soutien à domicile (sanitaire et médico social)

Il s'agit donc de faire le lien entre ce qui se passe à domicile (la vie de tous les jours, les incidents, les angoisses, les questionnements), les professionnels de la régulation et de la coordination ainsi qu'avec et entre les professionnels de terrain.

Il faut pour cela que le dispositif combine une approche globale auprès de l'individu et dans l'organisation entre les acteurs (package des offres, protocoles et outils partagés) et une action/offre de proximité sur-mesure (empathie et proactivité des acteurs de terrain).

### Une forte dynamique collaborative : 40 partenaires impliqués

Pour y arriver, la mobilisation des acteurs de terrain (sanitaire et médico social), des acteurs industriels, des financeurs, des établissements sanitaires, des collectivités territoriales est nécessaire.

Grâce à un « long historique » de réflexion locale, d'actions et de politiques sociales, grâce à une richesse industrielle de recherche et développement (ce sont des facteurs significatifs dans la dynamique de travaux collaboratifs qu'il est possible de développer sur l'Isère), le Département de l'Isère a pu rassembler ces nombreux acteurs dans le projet.

19 acteurs sont ainsi signataires du consortium, entreprises ou établissements qui sollicitent l'état pour un appui à l'investissement ou qui affirment leur soutien financier au projet.

Ce sont des entreprises (Ericsson France, Audilog Groupe Ericsson, STMicroelectronics, ST-Ericsson, Net Inf, Technosens, IVèS), des structures médico-sociales et sanitaires (Maison des Réseaux Sud Isère), CHU de Grenoble, l'entreprise H2AD, la plateforme Vivial-ESP 38, les télé assistances Sud Isère Téléalarme et du CCAS de Bourgoin-Jallieu), des experts pour l'évaluation (l'UPMF (université Pierre Mendès France), le TASDA (Technopole Alpes Santé à Domicile et Autonomie), l'IFROSS (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux), l'ADEBAG (Développement des Bio-industries dans l'Agglomération Grenobloise), enfin des financeurs des aides pour le maintien à domicile qui ne sollicitent aucun financement du Commissariat général à l'investissement (Conseil général de l'Isère, CARSAT).

En complément de ces acteurs, une vingtaine d'autres se sont prononcés en soutien du projet et ont validé leur contribution active aux réflexions (sur les besoins, le déploiement des solutions, l'analyse des modèles économiques, etc.). Ces partenaires sont des associations (usagers, aidants), des mutuelles, des collectivités territoriales, des établissements sanitaires, un bailleur social, un centre de prévention, des CCAS, l'UDCCAS et enfin l'ARS Rhône Alpes.

Autonom@Dom développe une solution avec :

3 plateformes interconnectées : une plateforme de télé alarme de gestion des urgences, une plateforme médico sociale de gestion des demandes relatives aux services à la personne et une plateforme médicale de traitement des données relevées au domicile (télé surveillance médicale ou suivi « sentinelle » d'actimétrie de la personne) et de régulation des demandes à caractère médical.

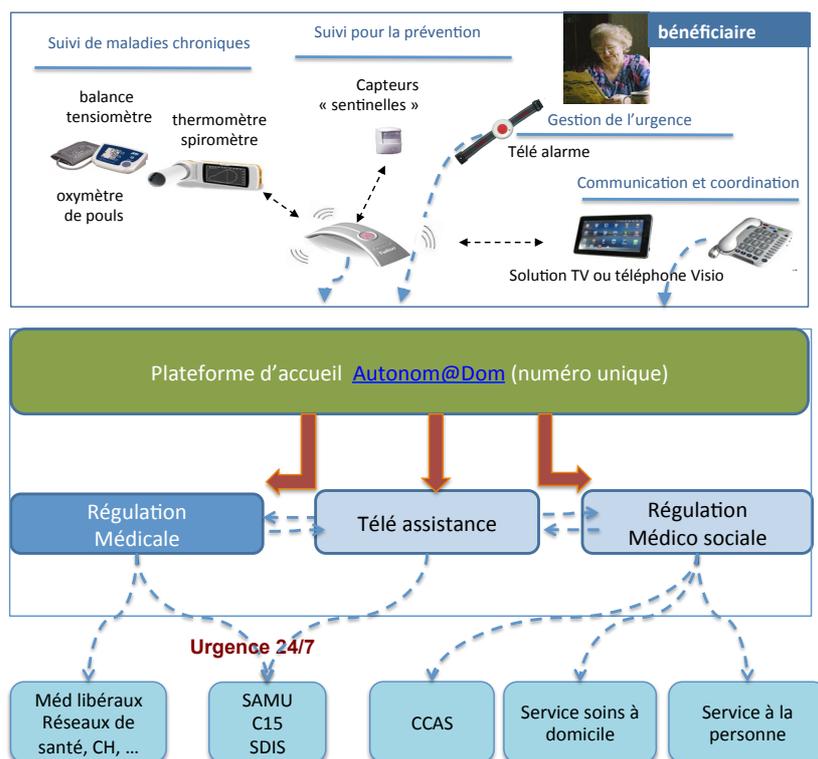
Ces plateformes existent toutes actuellement. Leur interconnexion, tant sur le plan informatique qu'organisationnel doit permettre de réponse à tous les types de demandes avec les transferts qui conviennent pour disposer de la « bonne compétence » à « toute heure » de la journée et de la nuit.

Des solutions techniques sont installées au domicile pour la gestion de l'urgence (télé assistance), de la prévention (capteurs de présence pour un suivi sentinelle), du télé suivi médical (spiromètre, Thermomètre, Oxymètre de pouls, Tensiomètre, balance), de la communication (via la télévision ou un appareil téléphonique et de visiophonie), enfin de la collecte et transfert de data (box à domicile ou box mobiles).

Basé sur les réflexions nationales (DMP), des expériences et expérimentations locales, fort de la pratique et des propositions opérationnelles issues de l'activité des Inter-Filière Gériatriques et Gérontologiques, un dossier médico-social partagé, inter opéré avec le système d'information Sanitaire de Rhône-Alpes -le SISRA-, sera développé et proposé à tous les acteurs intervenant dans le périmètre du bouquet de services.

Enfin pour réaliser les interconnexions entre les différents systèmes d'informations, la solution Ericsson, déjà développé pour les SI sanitaires en Croatie, sera utilisée ainsi que le « bus universel ISOTOPES » permettant l'intégration des solutions de télégestion et de facturation des services d'aide à domicile.

Le schéma de principe est le suivant :



Une innovation tant par l'intégration des services proposés que par le modèle économique envisagé

L'innovation portée par le projet Autonom@Dom se situe à plusieurs niveaux :

-Une innovation de moyens : Le projet développe des moyens techniques mutualisés installés au domicile, permettant à la fois la réalisation de prestations du secteur sanitaire (télémédecine) et la réalisation de services médico-sociaux (surveillance sentinelle actimétrique d'une personne). Cette mutualisation permet d'adapter les prestations en fonction de l'évolution de l'état de la personne, avec les mêmes équipements à domicile mais aussi

de multiplier les cas de mises en œuvre de ces solutions (pour un effet volume significatif). Ainsi la box à domicile doit être multi fonctions (pour des offres de télé alarme, de suivi sentinelle et de télé surveillance médicale) et présenter un faible coût (prix cible public autour des 50 € par mois TTC).

-Une innovation de service : La création d'un « guichet » unique/intégré, pour répondre à des problématiques de soutien à domicile par l'articulation de prestations médico-sociales et sanitaires, ce 24h/24-7j/7.

- Une innovation en terme de modèle économique : Le financement du bouquet de services dès sa phase démonstrateur sera assuré de façon combinée, par le Conseil général (collectivité en charge de l'attribution et du financement de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)), la CARSAT (financier des PAP (Plan d'Action Personnalisé) – GIR 5 et 6) et à terme lors de son déploiement par le secteur sanitaire (et les acteurs de la prévoyance), les services permettant à la fois, la prévention, la prise en charge de la dépendance et des actes de télé médecine.

En effet le bouquet de service Autonom@Dom est une plate unique/intégrée de télésanté /médecine qui mobilise une même infrastructure technique et humaine pour différentes cibles : maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie et/ou porteuses de pathologies chroniques, retour à domicile dans les meilleurs délais près une hospitalisation, prévention de dépendance de personnes fragiles et d'hospitalisations inutiles.

Du point de vue économique il s'agit de minimiser l'impact des charges fixes sur le coût unitaire final en répartissant ces charges fixes sur un périmètre de prestations et d'usagers le plus large possible.

Ainsi le modèle économique est une somme de modèles économique relatifs aux différents domaines d'activités d'Autonom@Dom :

Le domaine des aides à la vie quotidienne (financement possible par : APA, PCH et usagers)

Le domaines du soin à domicile (financement recherché auprès de : MIGAC des établissements à la T2A pour la normalisation de leur DMS du FIR de la LFSS 2012, plan ARS de développement de la Télémédecine, Réseau de santé et usagers)

Le domaine de la prévention et du bien-être (financement possible par : PAP et usagers/mutuelles)

Le statut de la personne morale, maître d'œuvre du bouquet de services (rapprochant des structures de téléalarmes actuelles et d'associations d'aide au soutien à domicile) reste à définir: GCSMS (groupement de coopération social et médico social), SPL (société publique locale), PPP (partenariat public privé) ... ?

L'enjeu est à la fois de garantir une gouvernance conforme aux objectifs des collectivités publiques et territoriales, mais aussi d'offrir un cadre juridique adapté à une délégation de service public d'un Conseil général (d'une collectivité territoriale, d'un organisme public...), financeur d'une partie du bouquet de services.

#### **4 territoires sur un département, pour la démonstration**

Le démonstrateur Autonom@Dom sera mis en œuvre sur quatre des treize territoires qui structurent l'organisation administrative du Département de l'Isère. La sélection de ces quatre territoires s'appuie sur des critères de représentativité des différents contextes d'exercice du soutien à domicile : urbain, péri urbain, montagne et rural, ainsi que la prise en compte de l'historique et de l'expérience de ces territoires dans les nouvelles technologies pour la santé à domicile et enfin du fait de l'implication d'acteurs locaux de ces territoires. Implication essentielle à la réussite et à l'appropriation du bouquet de services à la fois par les professionnels et les usagers.

Ces quatre territoires sont :

- Le Territoire de l'agglomération grenobloise : 664 832 habitants,
- Le Territoire de Porte des Alpes : 119 406 habitants
- Le Territoire du Vercors : 42 500 habitants
- Le Territoire de Bièvre-Valloire : 68 000 habitants

**Pour améliorer l'efficacité -voire l'efficience- du système de santé,  
Il faut déplacer les lignes d'allocation des ressources**

La dernière édition du Panorama de la santé montre qu'en 2009 la France a consacré 11.8% de son PIB aux dépenses de santé, soit plus de 2 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Les dépenses de santé par habitant en France sont également plus élevées qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE. Il est noté que pour autant la qualité et l'accès aux soins peuvent être améliorés.

Les 2 milliards de surcoût liés aux ruptures de prise en charge dans le parcours de santé pointés dans le constat 3 de l'ANAP participent au surcoût global de notre système de santé.

Autonom@Dom démonstrateur d'une offre de télémedecine et de télésanté a pour finalité de vérifier l'intérêt d'allouer, (de redéployer) des ressources de l'assurance maladie à ce type de dispositif et dans l'affirmative d'en prescrire les modalités concrètes.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 a porté création d'un fonds d'intervention régional (FIR) qui regroupe -dès le 1er mars 2012- les actuels crédits régionaux de la permanence des soins (ambulatoires et en établissement), plusieurs dotations (FICQS, FMESPP, MIG...) et les crédits de prévention État et Assurance maladie relevant de ARS. Ce fonds représentera au total une collecte d'environ 1,5 milliard d'euros et doit être étendu ultérieurement au secteur médico-social et à d'autres crédits hospitaliers.

Le FIR nous apparaît comme pouvant être à court terme, le vecteur du financement de dispositifs de télésanté/télémedecine tel qu'Autonom@Dom.

En synthèse, Autonom@Dom c'est :

-Un projet de santé à domicile et autonomie en réponse aux enjeux du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques,

-Une évaluation multidisciplinaire permettant de qualifier la valeur ajoutée des offres et le modèle économique d'une plateforme de télésanté- télémedecine dans l'objectif de son industrialisation,

-Une dynamique entrepreneuriale associant ; des grands groupes industriels, des PME, des collectivités locales et des organismes publics, des entreprises de l'économie sociale et solidaire, des usagers au service de la création d'un nouveau service public efficace et efficient permettant de répondre aux nouveaux besoins de santé.

#### Bibliographie

**Bontout O., Colin C., Kerjosse R.,**

« Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees, *Études et Résultats*, n° 160, 2002.

**Duée M., Rebillard C.,** « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », *Document de travail* G2004/02, Dese, Insee, 2004.

**Robine J.-M., Mormiche P.,** « L'espérance de vie sans incapacité augmente », Insee Première, n° 281, 1993.

**France Meslé.** " Allongement de la vie et évolution des pathologies " *Gérontologie et Société* n°108 mars 2004

**Virginie Gimbert et Guillaume Malochet 2011** – rapports et document n°39 – La documentation française – centre d'analyse stratégique Les défis de l'accompagnement du grand âge

**Alain Franco – 2011**

Vivre chez soi, autonomie, inclusion, projet de vie - RAPPORT DE LA MISSION "VIVRE CHEZ SOI"

**communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions** - 2010

Ageing well in the information society -

**Jean GIARD, Anne-Laure TINEL** – 2005 - Rapport de la Mission Personnes âgées Commandité par le Conseil Général de l'Isère et la Ville de Grenoble

L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées

**Pierre Lasbordes – 2009**

La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être

Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France

**Béatrice Majnoni d'Intignano-6<sup>ème</sup> édition 2011-** Santé et économie en Europe PUF

**Rapports du Conseil Supérieur du Travail Social-** 2007-Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social ENSP

**Panorama de la santé 2011** ISBN 9789264111530

**Kevin Douamil** *Guide pratique de la tarification à l'activité 2009 Les études Hospitalières*

**E.Rumeau** les Inter filières gériatriques de Rhône-Alpes

[www.ateliers-solidarite.com/2011/res/SP1-E\\_Rumeau.pdf](http://www.ateliers-solidarite.com/2011/res/SP1-E_Rumeau.pdf)