



# AUTONOM@DOM

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

ERIC RUMEAU<sup>1</sup> & VÉRONIQUE CHIRIÉ<sup>2</sup>

1. DIRECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ISÈRE  
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE 38010 GRENOBLE

2. DIRECTRICE DU TASDA (TECHNOPÔLE ALPES SANTÉ À DOMICILE ET AUTONOMIE)  
FACULTÉ DE MÉDECINE 38706 LA TRONCHE

*Autonom@Dom est le démonstrateur d'un bouquet de services d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie en réponse à l'appel à projets e.Santé n°2. Cette plateforme intégrée, sanitaire et médico-sociale, fonctionnant 24h/24 et 7j/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 quatre questions : quels optima d'organisation et d'offres ? Permet-il d'éviter des hospitalisations inutiles ? Favorise-t-il le retour rapide et/ou le maintien à domicile ? Quelles évolutions sont nécessaires dans l'allocation des ressources de santé pour créer un modèle économique pérenne ?*

## AN ARRAY OF HUMAN AND TECHNICAL ASSISTANCE SERVICES

Autonom@Dom displays a range of human and technical assistance services for health and autonomy at home in reply to the Call for eHealth projects n°2. This joint health and medico-social platform, which functions 24/7, pieces together and unravels all the organisation and health and medico-social possibilities so as to reduce interruptions in the course of caring for the health of people losing their autonomy and/or suffering from chronic pathologies.

Autonom@Dom will have to answer four questions through pluridisciplinary assessment: what offers the best in organisation and possibilities? Does this avoid useless hospitalisations? Does this favour a quick return home and/or maintenance therein? What developments are necessary in health expenditure in order to create a sustainable economic model?

1. Le démonstrateur est défini comme l'étape située juste avant la commercialisation d'un produit ou d'un service. Cette étape permet d'optimiser les technologies ou d'identifier et de lever des verrous économiques ou sociétaux. Le démonstrateur se situe entre l'expérimentation et le développement commercial. Pour cela un démonstrateur doit associer autant que possible l'ensemble des acteurs participant à la chaîne de valeur du service concerné et nécessaire à la pérennisation du projet. Le démonstrateur doit se «confronter» à des situations d'utilisation représentatives des conditions réelles d'exploitation. Ainsi le démonstrateur doit inclure un nombre significatif de patients ou de personnes.

2. La date limite de dépôt de projet dans le cadre de l'Appel à Projet e-santé n° 2 portant sur le «Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie» était fixée au 30 janvier 2012.

3. Lasbordes P. (2009). La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien être. Plan quinquennal éco responsable pour le déploiement de la télésanté en France.

Autonom@Dom est un démonstrateur<sup>1</sup> porté par le conseil général de l'Isère, la société Ericsson France et de nombreux acteurs en réponse à l'appel à projet AAP e-santé n° 2 portant sur le « Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie »<sup>2</sup>.

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 »<sup>3</sup>.

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 ;
- en sortie d'hôpital, pour un retour à domicile rapide et dans les meilleures conditions de suivi mais également des personnes non hospitalo-requérantes pour leur éviter des hospitalisations inutiles ;
- âgées, pour leur bien-être par la prévention de la perte d'autonomie.

## CONTEXTE, CONSTATS ET ENJEUX

### CONTEXTE

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

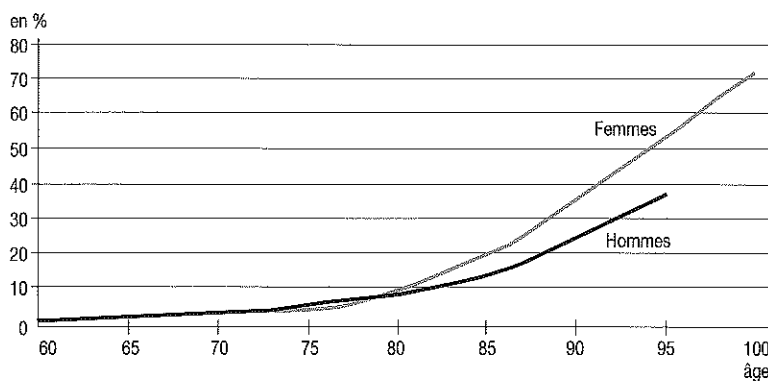
En France, comme dans la plupart des pays industrialisés, les besoins de santé de la population évoluent sous l'action combinée du vieillissement général de la population et du changement progressif de la prévalence des principales causes de morbidité.

#### LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le constat du vieillissement est largement connu et argumenté. Quelques éléments de repère : 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 à 1,75 million d'individus avec un scénario central de 1,65 million d'habitants. Soit une augmentation sur cette période, dans le scénario central, de 50% du nombre de personnes concernées.

Figure 1  
Taux de dépendance par âge



Source : INSEE, enquête HID 1998/1999.

Dès 2025, selon les extrapolations établies par l'Association des Départements de France (Assises de la perte d'autonomie du 20 mai 2011 – 55 propositions soumises 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 million 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 à pondérer fortement, 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 porteuses de pathologies chroniques ne peuvent, en l'état de notre système de santé, que fortement s'amplifier. L'enjeu d'une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie apparaît ainsi, *a minima*, tout autant une question de mutation de son organisation que de son financement.

#### L'AUGMENTATION DE LA PART DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'espérance de vie s'est très fortement accrue durant tout le XX<sup>e</sup> siècle pour passer de 45 à 78 ans. D'abord liés 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 des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux avec en contrepartie une augmentation de la prévalence des conséquences possibles à long terme : hypertension artérielle, diabète, insuffisances cardiaques ou rénales chroniques parfois sévères.

*« De manière générale, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies 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 »<sup>4</sup>.*

4. Annick Alpérovitch, 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%) »<sup>5</sup>.*

5. Op. cit.

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.

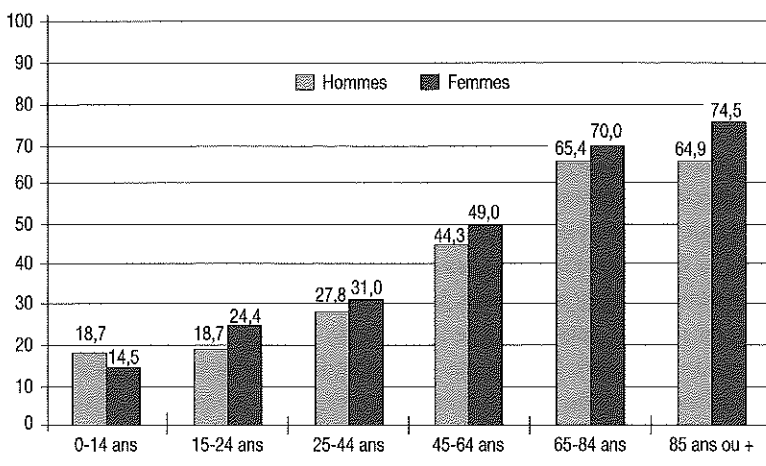
Les principales maladies chroniques, avec une estimation des personnes touchées, sont les suivantes :

- diabète : 2,5 millions
- bronchite chronique : 3 millions
- asthme : 3,5 millions
- psychose : 890 000
- maladie d'Alzheimer : 900 000

- polyarthrite rhumatoïde: 300 000
- épilepsie: 500 000
- maladie de Parkinson: 100 000
- cancer: 700 000
- insuffisance rénale chronique: 2,5 millions
- sclérose en plaque: 50 000
- sida: 30 000.<sup>6</sup>

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

Figure 2  
Déclaration de «maladie chronique» selon l'âge



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 (hospitalisation à domicile, etc.), médico-sociaux (aide aux gestes de la vie quotidienne, etc.), sociaux (portage de repas, etc.) qui confrontent notre système de santé à ses limites: un fort hospitalo-centrisme *versus* une faiblesse de l'ambulatoire. Ces limites sont complétées par un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, source 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 suffi-

santé. 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 Haut Comité de la Santé Publique, 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»<sup>7</sup>.

7. In «Élargir les stratégies employées» - Haut Comité de la Santé Publique - La santé en France / janvier 2002 p. 378/379.

## LES CONSTATS ET ENJEUX

**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**

À l'occasion de la journée nationale du 1<sup>er</sup> février 2011 sur les enjeux du décloisonnement sanitaire et médico-social l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) dressait trois constats :

- 40% des admissions en hospitalisation complète transitent par les urgences pour les personnes âgées de 85 ans et plus contre 15% seulement pour la tranche d'âge 30/70 ans;
- le taux d'accueils inadéquats des personnes âgées en Service de Soins et de Réadaptation (SSR) atteint 50% par manque de filière d'aval;
- 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 d'euros par an<sup>8</sup>.

8. Par le groupe de travail «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. Leurs besoins à domicile en termes de soins 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 difficiles les ajustements des services nécessaires et leur adaptation, dans le temps et en intensité, à l'évolution de la situation des personnes accompagnées.

Cette fragmentation est un point de faiblesse porteur 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'ur-

---

gence, la personne âgée sera le plus souvent hospitalisée dans l'attente d'un plan d'aide permettant son retour à domicile. Ces hospitalisations congestionnent les services d'urgence et sont inutilement coûteuses tant humainement que financièrement. Cette fragmentation ne facilite pas également la fluidité des parcours hôpital/retour à domicile. Elle contribue au phénomène de « *bed blockers* »<sup>9</sup> dont le maintien au-delà de la durée moyenne de séjour (DMS) pénalise l'équilibre budgétaire des établissements à la Tarification A l'Acte (T2A).

#### LE CLOISONNEMENT

Les deux premiers 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 infirmière qui avertira, si celle-ci le lit, le médecin traitant, qui pourra quant à lui, éventuellement, rédiger la prescription nécessaire. On l'imagine facilement, il suffit que le post-it tombe pour que se produise une rupture dans la chaîne de prise en charge. Il faut en conséquence décroisonner 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 décroisonnant les réponses.

### LA PROPOSITION D'AUTONOM@DOM

---

#### **Centrer la prise en charge autour des besoins de la personne en défragmentant les réponses et en décroisonnant 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,

9. Les *bed blockers*, ou bloque-lits en français, sont des patients qui ne veulent ou ne peuvent pas être transférés dans une autre structure (plus adaptée à leur cas) en raison d'un manque de lits dans celle-ci.

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 la personne des solutions proposées et ce dans le respect de leurs identités et contraintes professionnelles.

Dans ce but, Autonom@Dom se propose de :

- **Contribuer à maintenir le lien social de chaque bénéficiaire avec son entourage.** L'isolement est le sentiment le plus exprimé par les personnes âgées. Souvent source de baisse d'activité, de motivation pour se nourrir, s'intéresser, conserver une dynamique de vie, le manque de lien social est un facteur de perte d'autonomie.
- **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'usager ou sa famille est souvent en recherche d'éléments d'information, voire d'accompagnement pour mûrir 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 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 médical.

● **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 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 et de prise en charge auprès de l'ensemble des acteurs du soin, est un objectif depuis longtemps considéré comme important.

● **Recentrer les professionnels intervenant à domicile sur leur cœur de métier de service à la personne.** L'optimisation des temps de coordination, de traçabilité et de 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 de temps à la relation avec l'usager et à 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 automatisés 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).

## **DESCRIPTION D'AUTONOM@DOM**

---

### **PENSER GLOBAL ET RÉALISER LOCAL**

Les trois 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 population relève de politiques et de financements médico-sociaux des collectivités territoriales, des 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 relatives à la prise en charge des cas complexes (gestionnaires de cas MAIA), le lien ville-hôpital dont les Inter 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 Schéma Régional d'Organisation des Soins [SROS] de 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 ;
- de collecter et traiter des données de santé (télésurveillance médicale) ou d'actimétrie (surveillance « sentinelle ») pour prévenir des situations de glissement ou des situations à risque médical ;
- de 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 et enfin les professionnels de terrain.

Il faut pour cela que le dispositif combine une approche globale des aides proposées à l'individu (package des offres, protocoles et outils partagés) et à la fois une action/offre de proximité sur mesure (empathie et proactivité des acteurs de terrain vis-à-vis des personnes).

---

## **UNE FORTE DYNAMIQUE COLLABORATIVE: QUARANTE PARTENAIRES IMPLIQUÉS**

Pour y parvenir, la mobilisation des acteurs de terrain (sanitaire et médico-social), des acteurs industriels, des financeurs, des établissements sanitaires et des collectivités territoriales est nécessaire. Grâce à un « long historique » de réflexion locale, d'actions et de politiques sociales, grâce à la richesse industrielle de recherche et développement (facteurs significatifs dans la dynamique de travaux collaboratifs qu'il est possible de développer sur l'Isère), le conseil général de l'Isère a pu rassembler ces nombreux acteurs dans le projet. Dix-neuf acteurs sont ainsi signataires du consortium, entreprises ou établissements qui sollicitent l'État pour un appui à l'investissement. 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 de Santé de l'Isère), CHU de Grenoble, l'entreprise HZAD, la plateforme Vivial-ESP 38, les téléassistances 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 soutiennent financièrement le projet (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 centres communaux d'action sociale (CCAS), l'Union départementale des centres communaux d'action sociale (UDCCAS) et enfin l'Agence régionale de santé (ARS) de Rhône Alpes.

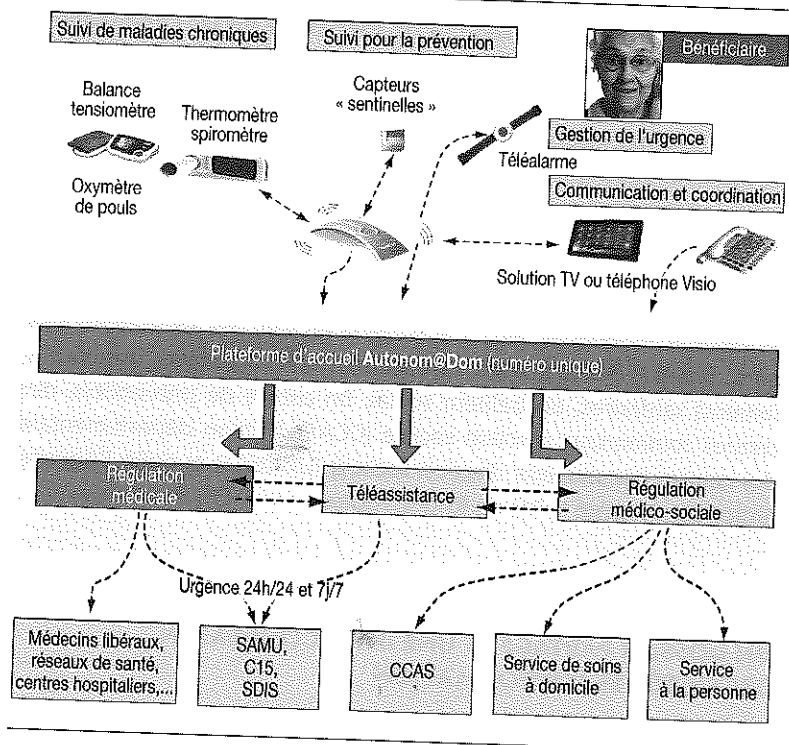
## **DES SOLUTIONS AVEC TROIS PLATEFORMES D'ASSISTANCE, DES SOLUTIONS D'INTERFAÇAGE À DOMICILE, UN DOSSIER PARTAGÉ ET UNE INTERCONNEXION DES SYSTÈMES D'INFORMATION**

Autonom@Dom développe une solution avec trois plateformes inter-

connectées: une plateforme de téléalarme 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 (télésurveillance 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 répondre 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 (téléassistance), de la prévention (capteurs de présence pour un suivi sentinelle), du télésuivi 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 du transfert de données (box à domicile ou box mobile).

Figure 3  
Synthèse des services rendus par Autonom@Dom



---

Basé sur les réflexions nationales (Dossier médical personnel [DMP]), des expériences et expérimentations locales, fort de la pratique et des propositions opérationnelles issues de l'activité des inter-filières gériatriques et gérontologiques, un dossier médico-social partagé, inter opéré avec le Système d'Information Sanitaire de Rhône-Alpes (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 (SI) d'informations, la solution Ericsson, déjà développée pour les SI sanitaires en Croatie, sera utilisée ainsi que le «bus universel Isotopes»<sup>10</sup> permettant l'intégration des solutions de télégestion et de facturation des services d'aide à domicile. (schéma : figure 3).

### **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 (télé médecine) 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 et ainsi de multiplier les cas de mises en œuvre de ces solutions (pour un effet volume significatif). Ainsi la box à domicile doit être multifonctions (pour des offres de téléalarme, de suivi sentinelle et de télésurveillance 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, 24/24h-7/7j.
- Une innovation en terme de modèle économique : le financement du bouquet de services dès sa phase de 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

10. Isotopes (Infrastructure Ouverte de Transmission des Opérations pour les Ecosystèmes quaternaires) assure au travers d'un bus universel l'échange de flux de données entre réseaux d'organisations des prestataires des services à domicile. Ce projet soutenu par la DGCIS est porté par la société Net Inf. Le chef de file est l'ADEQ (Agence de l'Economie Quaternaire) soutenu par la SEIN (Société d'Encouragement pour l'Industrie Nationale).

acteurs de la prévoyance), les services proposés permettant à la fois, la prévention, la prise en charge de la dépendance et des actes de télémédecine. En effet le bouquet de service Autonom@Dom est une plateforme 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 après 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'utilisateurs le plus large possible. Ainsi le modèle économique est une somme de modèles économiques relatifs aux différents domaines d'activités d'Autonom@Dom :

- celui des aides à la vie quotidienne (financement possible par l'APA, la PCH et les usagers);
- celui du soin à domicile (financements recherchés auprès de: MIGAC des établissements à la T2A pour la normalisation de leur durée moyenne de séjour, du Fonds d'Intervention Régional, de la LFSS 2012, des plans ARS de développement de la télémédecine, des réseaux de santé et des usagers);
- celui de la prévention et du bien-être (financement possible par la PAP et les 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 sociale et médico-sociale), SPL (société publique locale), PPP (partenariat public privé) etc. ?

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 (collectivité territoriale, organisme public...), financeur d'une partie du bouquet de services.

#### **QUATRE 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 départ-

---

tement 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. Cette implication est 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 ceux :

- de l'agglomération grenobloise : 664 832 habitants ;
- de la Porte des Alpes (Bourgoin Jallieu) : 119 406 habitants ;
- du Vercors : 42 500 habitants ;
- de Bièvre-Valloire : 68 000 habitants.

## **LES EFFETS ATTENDUS**

---

### **POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ : 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 deux points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Les deux milliards d'euros de surcoût liés aux ruptures de prise en charge dans le parcours de santé pointés dans le troisième constat de l'ANAP participent au surcoût global de notre système de santé. Autonom@Dom, démonstrateur d'une offre de télémédecine et de télésanté, a pour finalité de vérifier l'intérêt d'allouer et de redéployer les ressources de l'assurance maladie à ce type de dispositif et, dans l'affirmative, d'en prescrire les modalités concrètes de mise en œuvre.

La loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 a porté la création d'un fonds d'intervention régional (FIR) qui regroupe – dès le 1<sup>er</sup> 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 des 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 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 type de service public, efficace et efficient, qui réponde aux nouveaux besoins de santé.





---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- BONTOUT O., COLIN C. & KERJOSSE R. (2002).** *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. Drees, Études et Résultats, n° 160.*
- DOUAMIL K. (2009).** *Guide pratique de la tarification à l'activité. Les Études Hospitalières.*
- DUÉE M. & REBILLARD C. (2004).** *La dépendance des personnes âgées: une projection à long terme. Document de travail G2004/02, Dese, Insee.*
- FRANCO A. (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.*
- GIARD J. & TINEL A.L. (2005).** *L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées. Rapport de la Mission Personnes âgées commandité par le conseil général de l'Isère et la Ville de Grenoble.*
- GIMBERT V. & MALOCHET G. (2011).** *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Rapports et document n° 39. La documentation française. Centre d'analyse stratégique.*
- LASBORDES P. (2009)** *La télésanté: un nouvel atout au service de notre bien-être. Plan quinquennal écoresponsable pour le déploiement de la télésanté en France.*
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (2011).** *6<sup>e</sup> édition - Santé et économie en Europe. PUF.*
- MESLÉ F. (2004).** *Allongement de la vie et évolution des pathologies. Gérontologie et Société; vol. 108.*
- PANORAMA DE LA SANTÉ 2011.** ISBN 9789264111530.
- RAPPORTS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DU TRAVAIL SOCIAL (2007).** *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social ENSP.*
- ROBINE J.M. & MORMICHE P. (1993).** *L'espérance de vie sans incapacité augmentée, Insee Première, n° 281.*
- RUMEAU E. (2011).** *Les Inter-filières gériatriques de Rhône-Alpes, [www.ateliers-solidarite.com/2011/res/SPI-E\\_Rumeau.pdf](http://www.ateliers-solidarite.com/2011/res/SPI-E_Rumeau.pdf).*
- VERMOREL M. & RUMEAU E. (2010).** *Les Inter filières, une approche fonctionnelle de la notion de territoire. Gérontologie et Société; vol. 132.*