

**2<sup>es</sup> rencontres  
scientifiques**  
de la CNSA pour  
l'autonomie

15 et 16 février  
2012 - Paris

16 Février 2012

Marie Dominique Lussier Anap

# Aide à l'autonomie et parcours de vie

Le parcours des personnes âgées dans le système de  
santé:

Enseignements tirés de travaux menés avec 3 Agences  
régionales de santé



- \* Un constat largement partagé que les organisations mises en place ( réseaux , coopérations , groupement de coopérations , filières) pour structurer l'offre de santé et améliorer la coordination des prestations ne suffisent pas à délivrer un service intégré lisible pour l'usager.
- \* Un constat aussi largement partagé que *le volume de l'offre n'est pas le principal problème qu'il faut résoudre*
- \* L'Anap a travaillé en 2011 sur 4 territoires de santé avec 3 ARS ( Ile de France , Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon) pour réaliser un état des parcours des personnes âgées

**\* Manque d'accès direct aux services adaptés**

- hospitalisation directe difficile
- insuffisance de l'offre géronto psychiatrique
- des séjours dans de multiples services à l'hôpital

**\* Arrivée aux urgences par défaut d'autres réponses**

- insuffisance de suivi médical en EHPAD
- trop lente réactivité des services d'aide et de soins à domicile
- patients en rupture d'accès aux soins

- \* **Emergence de la problématique de la prise en charge au long cours des maladies chroniques**
  
- \* **Insuffisance forte d'un système d'information partagé:**
  - dans la transmission de l'information
  
  - dans la communication avec perte de mémoire au fil du parcours de la connaissance de l'histoire de la personne ( sociale, médicale , administrative)
  
- \* **Multiples acteurs qui assurent une évaluation du besoin des personnes**
  - sans socle commun d'évaluation
  
  - sans partage auprès de tous les acteurs concernés
  
  - Sans indicateur de suivi de la mise en œuvre
  
- \* **Modèle de financement non adapté:**
  - financement cloisonné

**- modalités de financement à adapter**

Affichage -> En-tête et pied de page

TE : Affichage -> En-tête et pied de page - Nom de l'auteur :

**le diagnostic territorial réalisé a permis de de faire émerger des pistes de travail:**

- \* définir les besoins de santé de la population concernée sur le territoire**
  - passer du logique d'offre à une logique de besoins
  - rôle déterminant de ma situation sociale de la personne
- \* développer des actions d'anticipation/programmation de prise en charge**
- \* développer des actions de prévention secondaire et tertiaire quelque soit le lieu de vie**
  - passage d'une organisation faite pour la maladie aiguë à une organisation de la gestion de la maladie chronique
  - émergence de nouveaux services : éducation thérapeutique , e santé, géron technologies

## Pistes d'amélioration

- \* développer un système d'information partagé
- \* développer des outils partagés: outil d'alerte précoce, protocoles de prise en charge qui précisent les niveaux d'intervention et les acteurs
- \* assurer une *gouvernance territoriale* des acteurs pour réussir la transversalité et s'engager dans une *responsabilité populationnelle*
- \* Engager une réflexion sur de nouvelles modalités de financement , capitation , nouveaux mode de rémunération
- \* développer des indicateurs d'impacts sur le parcours et non plus des indicateurs de fonctionnement de structures

- \* Le principal enseignement: *les dynamiques territoriales sont fortes* , beaucoup d'acteurs sont engagés dans des modalités de travail qui tentent de réduire les ruptures
- \* Ce qui manque : *l'outillage du système* ( SI /procédures valides entre acteurs/ souplesse financière)
- \* Ce qui manque: *l'évaluation des actions mises en œuvre avec des indicateurs non pas sur les structures mais sur les parcours ++++ :*
  - Accessibilité
  - Continuité
  - Fluidité
  - Engagement de responsabilité

**Ces éléments seront garant de la possibilité de généralisation**