Vers de nouveaux modèles intégrés et innovants d'organisation territoriale pour le maintien à domicile : l'apport des expériences basques et danoises

Restitution nationale
29 janvier 2019

Avec le soutien de la

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

ALSACE
Conseil départemental
HAUT-RHIN

CONTEXTE ET OBJECTIFS

- **<u>But</u>** : travailler sur des modalités d'accompagnement innovantes basées sur l'intégration des acteurs et les outils numériques :
  - quels bénéfices pour la population ?
  - quels prérequis nécessaires ?
  - quels impacts sur les organisations et les métiers ?

- **<u>Deux territoires d'étude</u>** : le Pays Basque espagnol (partenaire KRONIKGUNE) et le Danemark (Lars Kayser – université de Copenhague)

❑ Un objectif : garantir la continuité des soins pour les malades chroniques

❑ 3 stratégies :
  - ✓ stratifier la population en fonction des risques,
  - ✓ réorienter les modèles de prise en charge,
  - ✓ responsabiliser à la fois les usagers et les professionnels.

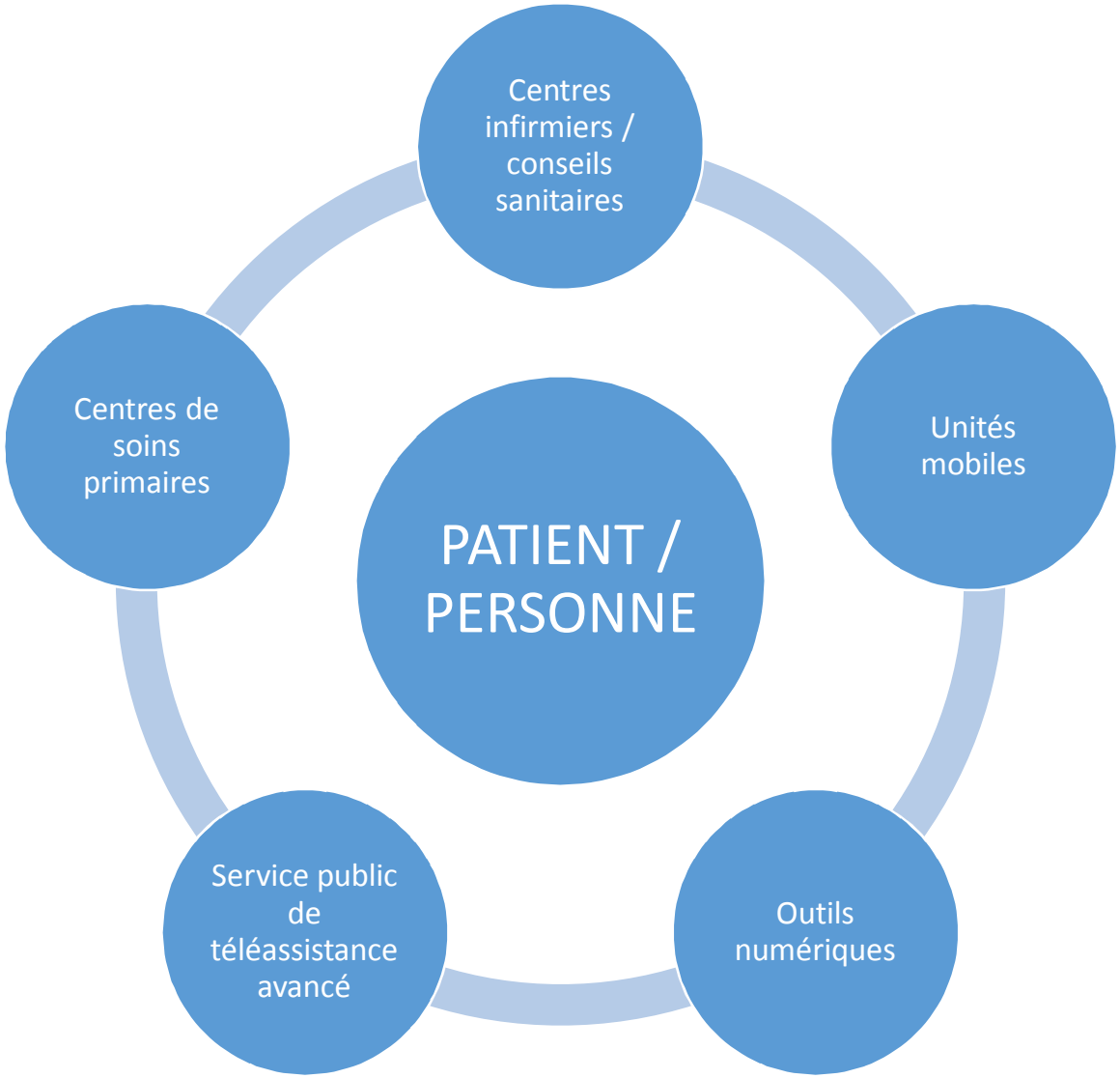
❑ **Un prisme essentiellement sanitaire** :
  - intégration médecine de ville et médecine hospitalière,
  - une approche maladie chronique.

CONTEXTE DES 2 TERRITOIRES D'ETUDE

- **Pays Basque espagnol** :
  - ✓ Les compétences du Gouvernement Autonome regroupe le périmètre ARS + CD
  - ✓ Volonté politique forte affirmée et déclinée aux différents échelons
  - ✓ Modèle avancé : déploiement en cours après phase d'expérimentation

- **Danemark** :
  - ✓ Expérimentation à petite échelle
  - ✓ A l'initiative d'un universitaire
  - ✓ S'est heurté aux résistances du système et des acteurs institutionnels en place

LES MAILLES DES MODES D'ORGANISATION OBSERVES



- **LES CENTRES INFIRMIERS** : joignable H24 pour rassurer les patients et réorienter de manière responsable

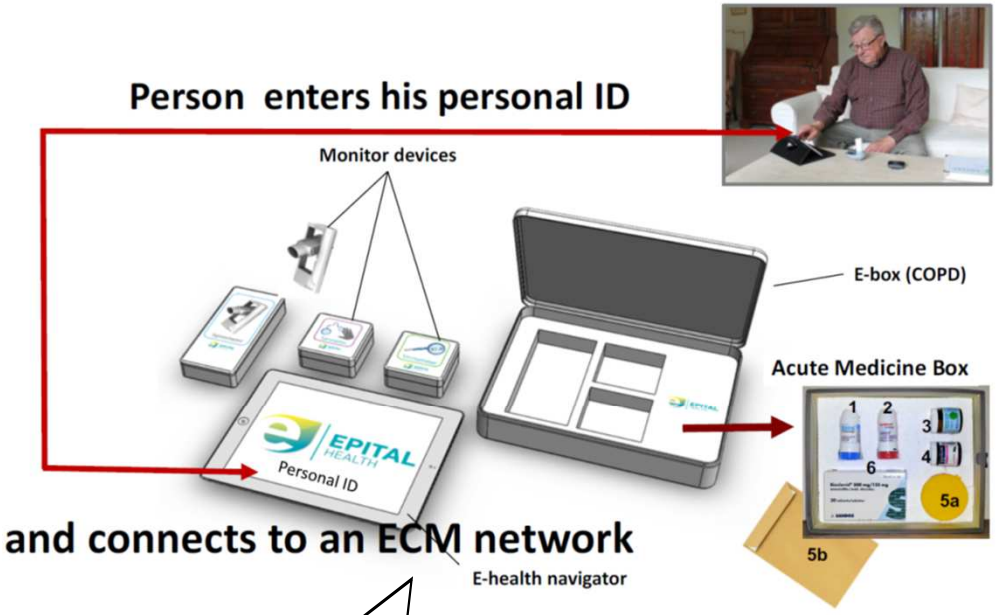
- **LES UNITES MOBILES** : adaptation du domicile et visite médicale à domicile

- **LES CENTRES DE SOINS PRIMAIRES** : structures de proximité pour soins de 1er niveau (aide à la prise de médicaments, suivi des plaies, injection d'insuline…)

- **LE SERVICE PUBLIC DE TELEASSISTANCE TRES AVANCE** : joignable H24 (géolocalisation, appels de suivi, aménagement du domicile…) et coordonné avec le conseil sanitaire

- **LES OUTILS NUMERIQUES** : dossiers médicaux des patients partagés, suivi à distance des patients, e-consultations

⇒ En termes de métiers, impact majeur sur les infirmiers (de liaison, de pratique avancée)

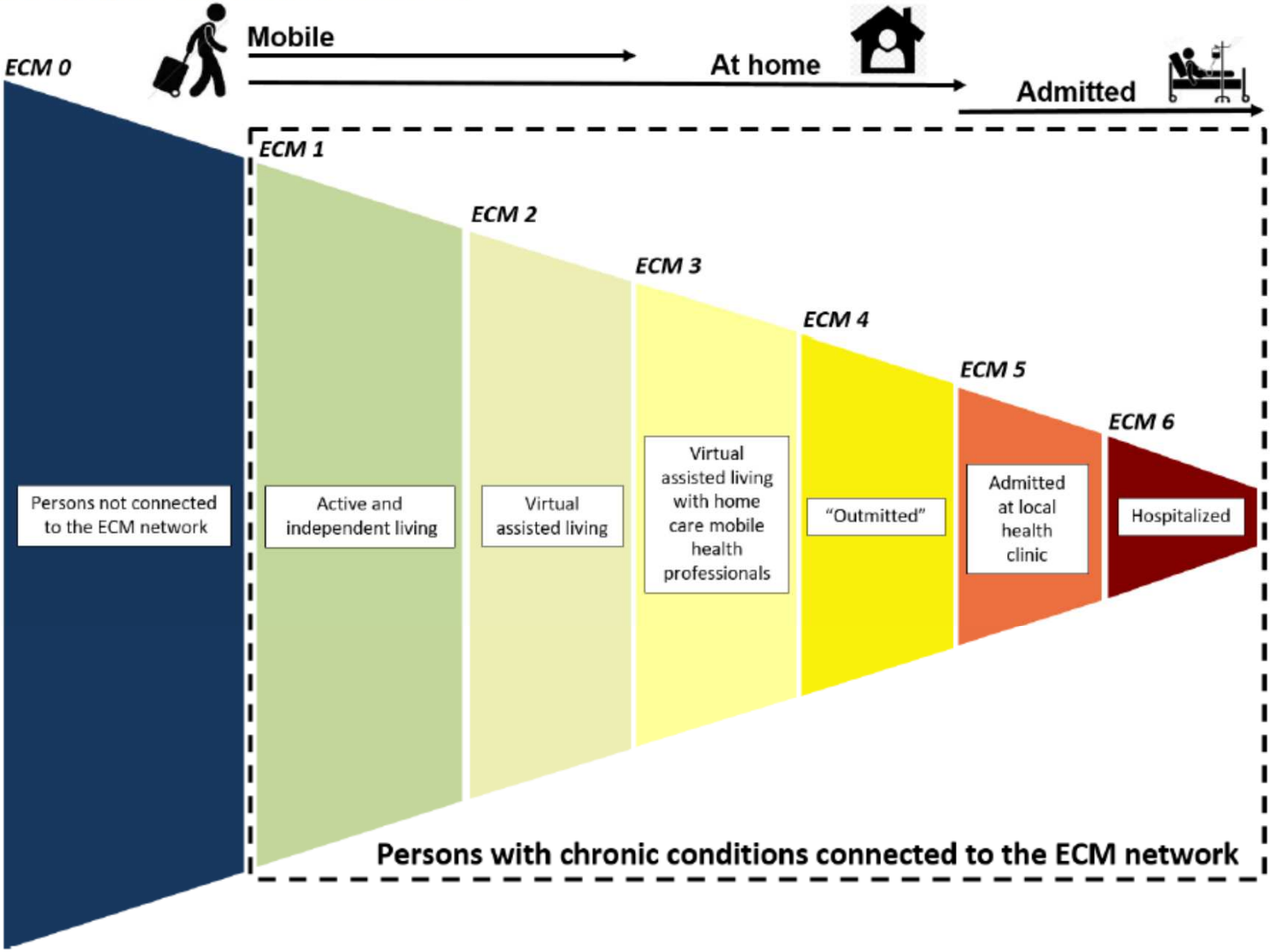


Epital Care Model / modèle de soins « Epital »

UNE BASE COMMUNE :
LA STRATIFICATION POPULATIONNELLE

- A partir de projections nationales ou régionales, identifier les maladies les plus coûteuses selon âge d'apparition de la pathologie, durée moyenne et degré d'empêchement (ex : sur base de la pyramide de KAISER)
- Puis détermination des stratégies et moyens pour chaque niveau

Figure 4. The Epital Care Model illustrated as a funnel.



Patient → **Independent living person**

Controlled existence

Technology
Telemedicine

Assisted living

Re-organization
Re-design

Independent living

UN PRINCIPE DIRECTEUR :
LE POUVOIR D'AGIR DE LA PERSONNE

- Les usagers, des acteurs de leur parcours de vie, travailler « AVEC » et non pas uniquement « POUR »
- Co-responsabilité et attentes réciproques
- Constructions d'outils spécifiques pour appuyer les professionnels
- Recueil de données par les patients eux-mêmes

Service Transformations

Professionalized disease paradigm	People-centered health service paradigm
patient	person
diagnose	pathway
disease	condition
consultations and treatment	monitoring/prevention
admitted	outmitted
resignation of responsibility	empowerment
planned/controlled	available when needed
reactive	proactive
system-owned health data	citizen-owned health data
patriarchal/didactive	consultant/coach
activity (volume) reimbursement	value reimbursement
sector segmented	sector neutral
centralized and profession-centric	person-centric
responsibility of treatment	responsibility of service

PRECONISATIONS ET TRANSFERABILITE

1. Aller véritablement vers l'intégration dans le champ sanitaire, mettre en place un continuum de prise en charge

⇒ Élément central = centre de coordination infirmier, rôle pivot de l'infirmier et évolution de son périmètre de fonction

Projet de CPTS pour mettre en réseau les acteurs d'un territoire infradépartemental

2. Développer des outils numériques partagés

Développement d'un système d'information et de coordination des intervenants à domicile, ouverture aux services de l'hôpital et au proche aidant principal

3. « Think big, start small » - voir grand, tout en commençant modestement

⇒ Approche pragmatique d'expérimentation/projets pilotes, évaluation, adaptation puis déploiement

4. Prendre en compte l'individu dans sa globalité, raisonner en termes de capacités restantes

⇒ Changement de paradigme dans la manière de mener les entretiens et construire les plans d'aide

Intégration dans le Schéma de l'Autonomie 2018-2023

Appel à projets « Twinning/jumelage » du Partenariat Européen pour l'Innovation sur le Vieillissement Actif pour creuser les potentiels de transférabilité avec l'un ou l'autre des territoires visités

LES MEMBRES DE LA DELEGATION

Jocelyne ANIORTE
France ALZHEIMER

Bruno BOUTTEAU
AGENCE REGIONALE SANTE GRAND EST

Dr Stéphane CARNEIN
CENTRE DEPARTEMENTAL DE REPOS ET DE SOINS

Christian FISCHER
DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

Camille LANDWERLIN
APAMAD

Béatrice LORRAIN
DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

Carole MOCHEL-WIRTH
DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

Jérémy PICOT
UNIVERSITE DE STRASBOURG

Dr Frédéric TRYNISZEWSKI
SOS MEDECINS

Rémi BRETON
DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

Robert KOHLER
EHPAD LA ROSELIERE

Pour plus de renseignements…

- Christian FISCHER – Directeur de l'Autonomie – fischer.ch@haut-rhin.fr
- Carole MOCHEL-WIRTH – Cheffe d'unité Prévention Innovation Etude – mochel@haut-rhin.fr – 03 89 30 63 03