

**Avis du Comité technique et du Conseil stratégique de l'innovation en santé sur  
l'opportunité de généraliser l'expérimentation  
« Repérage fragilité et prévention aggravation santé des seniors »**

**Novembre 2023**

Le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « *Repérage fragilité et prévention aggravation santé des seniors* » portée par le réseau associatif ADMR et autorisée par arrêté régional du 6 décembre 2019 puis modifiée par arrêté du 8 août 2023.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 25 octobre 2023 et le conseil stratégique le 20 novembre 2023.

### **Contexte**

En général, l'état de santé des personnes âgées est apprécié par les médecins et éventuellement les autres professionnels de santé. Le constat de la dégradation de l'état de santé de la personne âgée à domicile et la mise en place de mesures sociales et médicales appropriées arrivent tardivement. Ce retard est lié à l'éloignement des personnes âgées de l'offre médicale, soit causé par l'isolement géographique, soit lié à la précarité de certaines personnes. En outre, l'évaluation à domicile d'une situation doit permettre de mettre en exergue le besoin d'aide, d'accompagnement et éventuellement de soins de la personne et des proches aidants, ces derniers pouvant parfois être réticents à demander de l'aide. Le repérage des fragilités fait partie des missions des nouveaux services autonomie à domicile (SAD). Il s'insère dans une approche globale des personnes à leur domicile et doit faire partie de cette évaluation multidimensionnelle. Cette expérimentation propose d'intensifier et de structurer cette mission de repérage à domicile et de formaliser la coordination autour de la personne dans un processus organisationnel innovant.

### **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation vise à mieux repérer et gérer les situations de dégradation de l'état de la personne âgée à son domicile (GIR 4 à 6, et non girés) par une organisation structurée des services à domicile en coordination avec les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

### **Dérogations mobilisées**

Le projet déroge aux règles de financement des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ESSMS) (L. 312-1 du CASF).

### **Champ d'application territorial de l'expérimentation**

Le champ d'application du projet est régional avec un déploiement dans quatre départements de la région Occitanie : L'Hérault, le Tarn, l'Aveyron et les Pyrénées Orientales en ciblant les territoires à faible densité de population et les zones défavorisées, peu desservis par les services ou éloignés des services médicaux et médico-sociaux mais disposant chacun d'une MAIA (Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) sur le département.

### **Durée (prévue et effective) de l'expérimentation**

Initialement de 3 ans, la durée totale de l'expérimentation a été prolongée à 47 mois, prenant en compte la période d'arrêt du programme due à la crise Covid 19. Les inclusions ont été réalisées du 1er septembre 2020 au 30 juin 2023.

## Population cible, professionnels et structures impliqués :

Le projet visait l'inclusion et le suivi de 2 575 bénéficiaires de services de l'une des quatre fédérations ADMR expérimentatrices en respectant les critères d'inclusion suivant :

- + 60 ans
- GIR entre 4-6 et non girés
- Vivant à domicile ou en logement alternatif/résidence autonomie

Le projet cible des personnes à risque de fragilité notamment suite à un changement ou rupture (ex : sortie hospitalière), due à l'environnement et conditions de vie (personnes isolées socialement, familialement, géographiquement, veufs/veuves, migrants, personnes dont l'habitat est inadapté), aidants familiaux, ou d'une fragilité survenue lors du passage à la retraite. Ces informations sont recueillies par les responsables de secteur, grâce aux évaluations réalisées à domicile en amont de l'intervention puis annuellement, et aussi aux remontées des aides à domicile suite à leurs interventions régulières. Elles sont répertoriées dans chaque fichier de suivi des clients.

Le projet comprend aussi des personnes de plus de 60 ans sans risque de fragilité précédemment établi qui souhaitent bénéficier de ce suivi.

Cette population représente 11% de l'ensemble des bénéficiaires des services.

Montée en charge des inclusions :

	Objectif	Facturé	Commentaire
<b>Nombre de bénéficiaires inclus sur la totalité de l'expérimentation</b>	2 575	2 517 <sup>1</sup>	Conforme au cahier des charges
<b>Nombre de fédérations ADMR impliquées</b>	4	4	Conforme au cahier des charges

Les ressources humaines affectées au parcours se composent :

- des aides à domicile, qui réalisent une évaluation régulière de l'état de santé du senior inclus dans le projet via l'outil numérique,
- de référents techniques, qui suivent et traitent les alertes générées par les aides à domicile et coordonnent la prise en charge avec les différents acteurs internes et externes aux fédérations ADMR. 3 profils interviennent : responsable de secteur ADMR, infirmier coordinateur dans le cas d'un besoin médical, conseillère économique, sociale et familiale pour les cas complexes,
- de personnels administratifs (coordinateurs, bénévoles, etc.), qui se chargent du suivi du projet, de la formation, des indicateurs de suivi, de l'inclusion des seniors, etc.

Une équipe projet dédiée au dispositif Vigilance senior est déployée au sein de chaque fédération. Cette équipe compte entre 0,5 (fédération des Pyrénées Orientales) et 5 ETP (fédération de l'Hérault) selon la fédération et pèse moins de 3% de l'effectif total de la fédération.

	Aveyron	Hérault	Pyrénées-Orientales	Tarn	Total
Nombres d'inclusions	231	1 684	275	358	<b>2 548</b>
Taux de couverture des objectifs d'inclusion	83,1%	105,3%	87,9%	93,7%	<b>97,8%</b>

Source : Rapport d'évaluation IQVIA (mai 2023)

La file active des bénéficiaires sur les 4 fédérations était de 1 832 seniors suivis au 1<sup>er</sup> juillet 2023.

<sup>1</sup> Source plateforme au 20/09/2023

## Modèle testé

L'expérimentation repose en premier lieu sur une évaluation régulière par l'intervenant à domicile à la fin de chaque intervention d'aide à domicile. A l'aide d'un smartphone, l'aide à domicile note sur une échelle visuelle analogique (EVA) son ressenti sur l'état global apparent du sénior. Cette EVA apparaît systématiquement lors de la validation des heures de l'intervenant chez le sénior. Deux évaluations successives descendantes ou une seule dégradation unique majeure de l'état du sénior, déclenchent une alerte.

L'action d'évaluer l'état de santé du sénior s'inscrit dans un dispositif organisationnel plus global par le service permettant de structurer le processus de prise en charge du sénior à la suite du déclenchement d'une alerte. Un arbre décisionnel précise les actions à mener :

- Déclenchement de l'alerte par l'aide à domicile par l'application dédiée
- Dans un délai de 24 heures : contact de l'aide à domicile pour qualifier l'alerte et renseigner le module « Vigilance »
- Dans un délai de 3 jours : contact de la personne âgée à l'aide du questionnaire « alerte client » pour confirmer l'alerte. Mise en place et coordination par le référent technique d'actions d'accompagnement médicales : modification du planning, visite à domicile de l'aide-soignante, réévaluation du plan d'aide, intervention d'un partenaire (portage des repas, SSIAD, MIAIA, ESA, ...), contact du médecin traitant ou IDEL, contact de la famille.
- A j+28 : appel de suivi de la personne âgée ou de la personne de confiance avec renseignements des actions menées dans le module « suivi client ». Puis, information de l'intervenant à domicile du bilan des suites données de son implication.

## Budget

Le projet repose sur la création d'un forfait correspondant à un coût mensuel moyen de 7 € (6€ puis 7€ à partir du 1er décembre 2022 en application des revalorisations salariales issues des accords Laforcade) qui couvre les interventions des services autonomie à chaque étape du processus c'est-à-dire de l'évaluation régulière au domicile jusqu'au traitement et au suivi des alertes qui peuvent survenir.

### Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé	Budget consommé au 20 sept. 2023
Financement dérogatoire (FISS)	291 222€	217 215€
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	207 218€	207 218€
<b>Total</b>	<b>498 440€</b>	<b>424 433€</b>

A noter que le projet a nécessité un financement propre par l'AMDR pour le développement et l'utilisation de l'application informatique, ainsi que la formation des intervenants (320 500€).

## Principaux résultats d'évaluation

### Rappel des questions évaluatives

1. Concernant l'adhésion des séniors : Quelle est la capacité du dispositif à inclure la population éligible et couverte par les associations ADMR ? L'expérience patient est-elle satisfaisante pour les séniors / l'entourage du sénior ? Les séniors sont-ils fidèles au dispositif ?
2. Concernant la mobilisation des acteurs du dispositif : Les acteurs déclenchent / réalisent-ils les actions nécessaires quand et comme cela est décrit dans le processus de prise en charge ? Le dispositif permet-il de renforcer les relations entre les

médecins, les partenaires médicaux-sociaux et les personnels ADMR ? L'expérience des acteurs du dispositif est-elle satisfaisante ?

3. Concernant la détection précoce des situations : Quelles sont les conditions d'implémentation de l'expérimentation ? Le dispositif permet-il de faire émerger une offre structurée de prise en charge des risques de fragilité des personnes âgées à domicile ? L'expérimentation a-t-elle eu un impact significatif sur le suivi et la prise en charge des personnes âgées incluses ? Le dispositif a-t-il un impact sur la qualité de vie des personnes âgées incluses ?
4. Concernant l'impact sur le système de santé : L'expérimentation permet-elle de réduire les dépenses de santé et de limiter les décès ? Comment le dispositif mis en place s'intègre-t-il dans le processus plus général de prise en charge des séniors ?
5. Concernant la reproductibilité du dispositif : Le projet est-il transposable à plus grande échelle ?

#### Points forts :

##### **1- Un dispositif très bien accepté par les séniors et plébiscité par les aidants**

Malgré un contexte sanitaire, social et économique compliqué, le projet a démontré sa capacité à inclure les séniors éligibles sur les quatre territoires de l'expérimentation avec l'atteinte de l'**objectif d'inclusion à 97%** à fin mai 2023.

Le profil des bénéficiaires inclus est caractérisé par un âge moyen de 83,4 ans selon les fédérations, une proportion moyenne de GIR 4 de 61,2%, de GIR 5 ou 6 de 37,6 % et de non girés de 1,2%. La part des séniors GIR 4 suivie par la fédération de l'Hérault s'élève à 75%.

Le dispositif a pu être présenté à 94% de la population éligible au dispositif. Pour aider à présenter le dispositif, des documents communs aux quatre fédérations ADMR ont été mis en place (fascicule de présentation du dispositif, note à l'attention des intervenants à domicile, fiche de consentement, fiche de contacts, formulaire de désignation de la personne de confiance). Le temps moyen de présentation du dispositif est de 30 minutes par sénior. Le taux moyen d'inclusion après présentation est de 62%. Les séniors ayant refusé de participer à l'expérimentation sont davantage des femmes, des séniors non girés, des personnes vivant en couple ou ayant de la famille à proximité ou des personnes ayant une moyenne d'âge plus basse ou habitant en zone urbaine. Les aidants jouent un rôle significatif dans le processus d'adhésion des séniors. Plus d'un aidant sur deux interrogés a participé à la prise de décision d'inclure le sénior au dispositif et 24% des aidants ont pris, seuls, la décision d'inclure le sénior au dispositif. La caractéristique d'un dispositif sans reste à charge pour le sénior et a été jugée déterminante pour l'adhésion au dispositif. Les bénéficiaires les plus enclins à être suivis par ce dispositif sont les séniors présentant une ou des vulnérabilités (GIR 4, âge, isolement familial ou social, vivant en milieu rural).

Les séniors comme les aidants font consensus autour du fait que le dispositif procure un sentiment de « **soulagement** » et de « **sécurité** ». Les aidants expriment leur satisfaction vis-à-vis de la pertinence d'un tel dispositif. 69% des aidants ayant répondu à l'enquête pensent que le dispositif a un intérêt « très important » pour les séniors, 73% le considèrent « très importants » pour eux. 90% de ces aidants trouvent que le dispositif leur apporte « plus de sérénité » ce qui « facilite leur activité (moins de visites à réaliser auprès du sénior) ». Ce ressenti est en lien avec la nature de la relation de confiance qui pré existe entre les aides à domicile et les séniors.

La **fidélité des séniors** au dispositif est observée. 71% des séniors inclus depuis le début de l'expérimentation (novembre 2020), toutes fédérations confondues, étaient toujours bénéficiaires du dispositif à fin mai 2023. Les sorties du dispositif sont liées à une évolution de

leur situation induisant une exclusion « de fait » (départ en établissement, décès) ou parce que les critères d'éligibilité ne sont plus rassemblés (passage en GIR 3).

## **2- Un dispositif opérationnel, mobilisateur et source d'attractivité du métier**

Le dispositif Vigilance senior s'appuie sur un **processus structuré** depuis le repérage d'une situation de fragilité d'un sénior jusqu'au suivi de la prise en charge. Des outils (protocoles avec des rôles bien définis pour chaque acteur et arborescence décisionnelle cadrant les pratiques à chaque étape), un outil d'appréciation de l'état de santé des séniors ainsi qu'un système d'information permettant de recueillir les alertes et de tracer les actions mises en œuvre aux différentes étapes ont été développés. Chaque action y est renseignée et la clôture d'une alerte n'est possible que si l'ensemble des actions créées est passé en statut « terminé ».

Le **respect des délais** est observé : à J+1 du déclenchement de l'alerte, les référents techniques contactent l'intervenant à domicile pour vérifier si l'alerte est confirmée afin de la qualifier, à J+3 et J+30 les actions de suivis sont effectuées.

Le **haut niveau d'engagement** des acteurs du dispositif est démontré par des taux de complétude des procédures proche de 100%. Ainsi, l'évaluation de l'état global du sénior est bien réalisée systématiquement par les aides à domicile, à chaque passage, aboutissant à un nombre élevé d'appréciations (262 570 du début à mai 2023 soit une moyenne de 104 appréciations par bénéficiaire). Toutes les alertes émises ont été traitées par le service. Ceci montre l'efficacité du dispositif dans sa mission de vigilance par évaluations régulières de l'état global de la personne.

L'outil d'appréciation de l'état de santé des séniors est jugé facile d'utilisation et représente une charge de travail non significative au regard de leur activité « standard » pour les aides à domicile.

Les personnels ADMR apprécient la traçabilité apportée par le dispositif car il permet un encadrement plus important et sécurisant et une meilleure articulation avec les différents acteurs impliqués dans la vie et la prise en charge des personnes âgées. Il impulse un processus de coordination déjà existant, mais qui n'était pas toujours déclenché « à temps ». Les réactions principales suscitées par le dispositif Vigilance sénior chez les personnels de l'ADMR sont le **contentement** (60% des répondants), la **fiereté** (17% des répondants), l'**épanouissement** (13% des répondants). Les aides à domicile en particulier ont le sentiment d'obtenir une forme de reconnaissance de leur capacité à aider les séniors et une valorisation de leur rôle au quotidien auprès de ces populations. Certains personnels (16% des répondants) indiquent néanmoins que le dispositif serait à l'origine d'un stress à cause d'un travail ou responsabilité supplémentaire. Les formations et l'accompagnement du personnel au sein du dispositif représentent ainsi un point d'attention important.

Considérée par tous comme étant un élément central, la **formation s'est professionnalisée** au cours de l'expérimentation. Au total, 1 600 personnes ont été formées dans le cadre de l'expérimentation, principalement des aides à domicile.

Elle repose sur :

- Une formation de 2 jours faite par l'infirmière coordinatrice sur la sensibilisation aux signes de fragilité des séniors. Cette formation respecte un planning précis et s'appuie sur un format interactif avec la mise en œuvre de sessions de brainstorming ou encore la réalisation de quizz,
- Une formation sur l'outil numérique (15 min),
- Une formation sur le processus global de prise en charge (30 min).

Les procédures prévoient une systématisation de la formation des nouvelles recrues et une formation plus densifiée, la possible répétition des sessions de formation, des bilans annuels, la labélisation d'un centre de formation (dans la perspective d'une extension à tous les SAD).

Par ailleurs, une comitologie interne a été mise en place avec :

- des réunions bimensuelles internes à l'ADMR entre référents et personnel administratif afin d'optimiser le fonctionnement du dispositif,
- des réunions mensuelles pour le personnel d'intervention pour un partage d'expérience, discuter des cas d'alerte et ponctuellement des formations.

Au-delà de ces réunions, les aides techniques peuvent contacter les référents techniques ou responsable de secteur rapidement et facilement.

### **3- Une organisation permettant de repérer et répondre aux situations de dégradation**

Pour les 2 517 bénéficiaires suivis jusqu'à mai 2023, 962 alertes ont été déclenchées et toutes ont été traitées<sup>2</sup>. Parmi elles, 506 ont été « confirmées » (53%) et qualifiées par le référent technique en contactant l'aide à domicile en fonction de signes de fragilité (mobilité/habitudes de vie, état physique (douleur, fatigue), nutrition/hydratation, troubles du comportement, troubles de la mémoire, modification environnement social, non observance ou mauvaise observance médicament). L'arbre décisionnel intègre la possibilité de déclencher une mesure d'urgence si besoin (prise en charge par les services hospitalier d'urgence). Le processus d'évaluation inclut un retour vers le sénior et/ou sa famille pour compléter les informations de la situation actuelle. Les suites données aux alertes sont coordonnées par les référents techniques ADMR (responsable de secteur, directeur, etc.) avec les autres professionnels partenaires du territoires (médecin, assistante sociale, etc.) et les proches des séniors. En fonction du motif d'alerte identifié, un infirmier coordinateur (pour rentrer en contact avec les professionnels de santé à mobiliser) ou une conseillère ESS pour les cas complexes sont chargés d'organiser les actions post alertes.

Les alertes se répartissent de la façon suivante en fonction de la nature de la réponse apportée :

- **Médicale** (43%), à savoir l'intervention du médecin traitant, d'un spécialiste, d'un infirmier ou encore la sollicitation des urgences, pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation ;
- **Familiale** (25%), comme le partage d'information et discussion avec les proches du sénior concernant l'état de santé de la personne et de l'accompagnement nécessaire ;
- **Médico-social** (16%), telle la prise de contact avec d'autres professionnels comme les MAIA, révision de plan d'aide, etc.
- **Autres** (17%).

L'objectif de cette démarche est bien de détecter des situations nécessitant une prise en charge rapide, de mettre en œuvre des actions qui participent au maintien à domicile et renforcer les liens familiaux autour du sénior. Une alerte peut nécessiter le déclenchement de plusieurs actions. Ainsi à fin mars, plus de 400 professionnels ont été mobilisés.

	Aveyron	Hérault	Pyrénées-Orientales <sup>6</sup>	Tarn
<b>Total professionnels sollicités dans le cadre du dispositif suite à une alerte</b>	<b>16</b>	<b>387</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
Médical	4	200	3	4
Social	12	111	2	2
Autres	0	76	8	1

Source : Rapport d'évaluation IQVIA (mai 2023)

Une des conditions clef de réussite réside ainsi dans la capacité à faire intervenir du personnel médical et médico-social de manière proportionnée aux besoins des séniors. Les fédérations s'appuient sur des partenaires qui participent à la fois à la mise en place du dispositif et à son bon déploiement (réflexion sur le projet, communications). Le lien avec les partenaires est

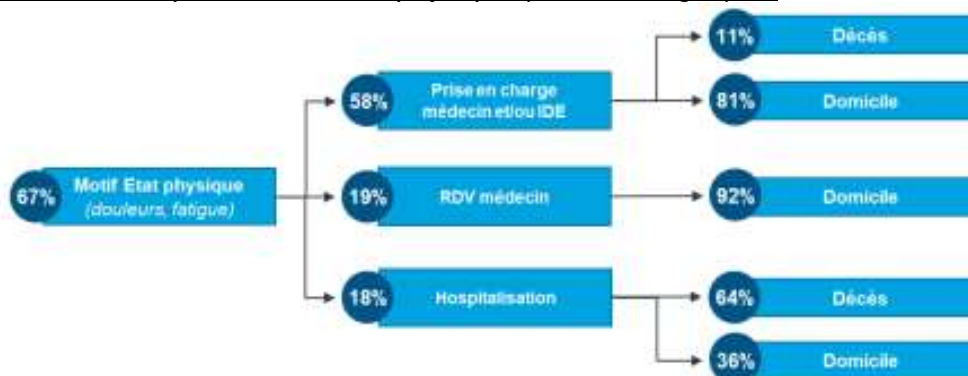
<sup>2</sup> 12 alertes (sur 420, soit 3%) apparaissent en mai 2023 comme non clôturées et résultent d'alertes actives depuis en moyenne 54 jours

dynamisé notamment dans le cadre de comités de pilotage institutionnels réunissant les fédérations et les parties prenantes intervenant dans le dispositif (MAIA, Conseils départementaux, ARS, URPS médecins, IDE ...), mais également par une communication renforcée auprès des acteurs médicaux et médico-sociaux sous la forme de prises de contact, de présentation du dispositif, de sessions de travail avec : CPTS, SIIAD, DAC, communautés de communes, maisons de santé, professionnels libéraux, associations et partenaires médico sociaux,...

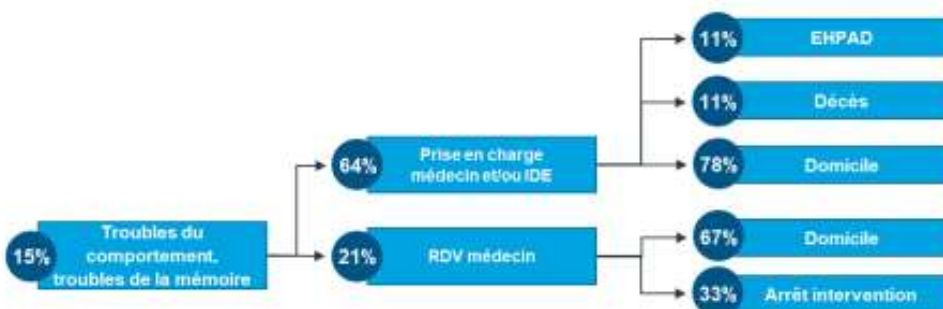
Les professionnels de santé interrogés expriment un sentiment positif vis-à-vis du dispositif. Néanmoins, parmi les personnes interrogées, peu d'entre elles connaissaient véritablement le dispositif, qu'il ait joué un rôle dans la gestion d'une alerte ou non. Parmi celles étant intervenues auprès d'un séniör à la suite d'une alerte, il est fait état d'un processus satisfaisant (une alerte remontée rapidement et une coordination qui a pu s'opérer dans de bonnes conditions et de manière bénéfique pour le patient). Les pilotes MAIA mettent en avant les échanges / la communication avec l'ADMR qui sont adaptés et permettent d'obtenir les informations nécessaires en tant que partenaire.

Une analyse menée sur un échantillon de 93 alertes « médicales » déclenchées au sein de la fédération ADMR de l'Hérault sur la période septembre 2020 à février 2023 met en évidence que les actions médicales mises en place sont dans plus de 60% des cas une prise en charge par un médecin ou un IDE (prise de rendez-vous avec un médecin, hospitalisation, contact avec un médecin). Ces actions peuvent nécessiter également dans 50% des cas une action médico-sociale. L'analyse plus fine par motif de ces alertes permet de schématiser des trajectoires ci-dessous mettant en évidence que le maintien au domicile est la situation très majoritairement fréquente en post alerte.

Parcours en lien avec les alertes pour motif « Etat physique (douleur/fatigue) » :



Parcours en lien avec les alertes pour motif « Troubles du comportement, troubles de la mémoire » :



### Parcours en lien avec les alertes pour motif « Risque infectieux » :



Source : Rapport d'évaluation IQVIA (mai 2023)

Le dispositif Vigilance Senior est en capacité de déclencher un processus de prise en charge en cas d'alertes confirmées et d'assurer un maintien à domicile dans 71% des cas observés.

L'expérimentation permet donc de mettre en place des actions de prise en charge qui n'auraient potentiellement pas été réalisées ou qui auraient pu prendre plus de temps à être déployées si les seniors n'étaient pas intégrés au dispositif ADMR Vigilance senior et impliquant potentiellement des actions plus drastiques et lourdes (hospitalisation par exemple).

#### **4- Un coût par bénéficiaire peu élevé**

Le temps de traitement des alertes est estimé à 15 min pour les alertes « non justifiées » et à 300 min en moyenne pour la gestion et la coordination des actions découlant d'une alerte « justifiée ». Pour le suivi d'une file active de 1 000 seniors, l'estimation du temps mensuel de traitement des alertes est estimé à 90h (alertes « justifiées ») et 2,5h (alertes « non justifiées »). Selon l'ADMR, une file active de 1 000 seniors nécessite 5 ETP dédiés à la mise en œuvre de ce dispositif.

Le financement de l'année 2023 repose, dans le cadre expérimental, sur du financement FIR par l'ARS pour la formation et le pilotage (25%), du financement sur le FISS pour les prises en charge (42%) et sur un investissement propre de l'ADMR pour l'outillage (maintenance, temps informaticien, achat matériel, adaptation logiciel) (33%).

Un calcul macro du coût du projet pour 2023 (montée en charge stabilisée avec une file active à 1 776) conduit à une **estimation d'un coût moyen par senior de 118 €/an** en intégrant les coûts de formation et d'optimisation de l'outil. A noter que le coût par senior pour les premières années de montée en charge du dispositif est plus élevé.

L'outillage et la formation représentent des dépenses indispensables au projet et sont conséquentes.

#### Points de progression :

L'évaluation a mis en lumière quelques limites du cadre tel qu'initialement prévu.

Parmi les alertes déclenchées, 47% se sont avérées **injustifiées**. Bien que ce taux soit élevé, le volume d'alertes injustifiées représente moins de 0,2% du volume total d'appréciations. La majorité des alertes injustifiées sont la conséquence soit d'une première évaluation faite par l'aide à domicile, soit d'une erreur de manipulation « physique » (doigt qui a glissé en positionnant le curseur par exemple). Ce taux est en baisse depuis juillet 2022, en lien avec le renforcement des formations à destination des aides à domicile et d'améliorations techniques de l'outil (36% sur la période janvier à mai 2023). Lorsque l'alerte injustifiée provient d'une erreur de manipulation « physique » (doigt qui a glissé en positionnant le curseur par exemple). Le retour en arrière n'étant pas possible, l'erreur ne peut donc pas être rectifiée par l'aide à domicile elle-même. Bien souvent, lors d'une telle circonstance, l'aide à domicile informe directement son supérieur ou le référent technique responsable du traitement des alertes de son erreur. Pour pallier cette mauvaise manipulation « physique », à ce stade de l'expérimentation, de nouvelles fonctionnalités concernant l'outil numérique sont en cours de développement. Elles ajouteront une étape de validation de l'alerte potentiellement générée

La **communication externe** et principalement vis-à-vis des instances et des professionnels de santé reste un axe d'amélioration : 38% selon les professionnels de l'ADMR et 35% selon les professionnels de santé et acteurs médico-sociaux interrogés. Il apparaît que la capacité



de coordination du dispositif pourrait être accentuée par une communication plus large du dispositif permettant ainsi une couverture plus étendue des partenariats que l'ADMR a avec des acteurs externes. Quelques expériences négatives sont remontées et liées à un manque de communication (compréhension approximative du dispositif). D'autre part, cet élément pourrait expliquer la plus faible adhésion dans certains territoires.

#### Conclusions :

- *Faisabilité opérationnelle* : Le dispositif permet d'inclure efficacement la population éligible. Le service est jugé utile et sécurisant à la fois par les seniors et les aidants. L'organisation est opérationnelle aussi bien dans les étapes et les délais prévus pour répondre aux besoins identifiés. La mission de vigilance assurée par les aides à domicile, à chacun de leur passage, n'est pas jugée lourde mais au contraire valorisante et dans un renforcement de leur rôle auprès du senior.
- *Caractère efficient* : Le dispositif est efficace. Il permet de déclencher des actions d'ordre médical, familial ou médicosocial en fonction des besoins des seniors. Toutes les alertes remontées sont traitées et suivies jusqu'à la mise en place effective des actions déclenchées en lien avec les partenaires des territoires et dans le respect des missions de chacun. Il permet de renforcer un point de liaison entre un besoin repéré tôt dans le quotidien de la personne et des interventions ad hoc à planifier pour répondre à cette situation. En ce sens, il peut contribuer au maintien à domicile de la personne.  
L'adhésion est particulièrement forte pour les seniors présentant des signes de dépendance (GIR 4), personnes isolées socialement ou familialement et habitant en zone rurale, renforçant la pertinence du service proposé.  
La répercussion sur les aidants est positive avec un allègement de la charge.
- *Reproductibilité* : La démonstration de son déploiement en territoires peu desservis par les services ou éloignés des services médicaux et médico-sociaux est faite. Plusieurs éléments internes au projet apparaissent indispensables au déploiement : la mise en place de procédures internes et d'une démarche qualité, la répartition des tâches au sein du service, un investissement en continu sur la formation des personnels mobilisés notamment pour faire face au turn over, la mise à disposition d'une solution de déclenchement des alertes simple et spécifique ; un système de traitement et de suivi des actions déclenchées, un investissement important dédié à la communication sur le territoire et la création de partenariats pour inscrire cette action dans l'écosystème territorial et la mettre en musique avec les compétences et missions de chacun.

#### **Recommandation du comité technique et du conseil stratégique pour la suite à donner à l'expérimentation**

L'intégration d'un tel dispositif doit être pensée en cohérence avec plusieurs démarches engagées pour améliorer la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie dans l'objectif de faire face à 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050<sup>3</sup>.

En premier lieu, les objectifs poursuivis apparaissent alignés avec la réforme des services autonomie et les missions qui leur sont conférées. Le décret du 17 juillet 2023 prévoit en effet que les services autonomie à domicile, qui se constitueront progressivement, facilitent la coordination et la création de passerelles entre les structures d'aide et de soins, permettant :

- Une réponse plus complète aux besoins des personnes, avec la reconnaissance des missions des services en termes de prévention, de repérage des fragilités, de soutien aux aidants mais aussi de repérage et de lutte contre la maltraitance ;
- Une simplification des démarches au quotidien avec un interlocuteur unique chargé d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des personnes. Les services autonomie deviennent la porte d'entrée unique pour l'utilisateur ;
- Une coordination renforcée entre les professionnels de l'aide et du soin pour améliorer la qualité de l'accompagnement.

---

<sup>3</sup> INSEE, 2019

En termes financiers, une dotation dite de coordination est versée à chaque service qui réalise des prestations d'aide et de soins au sein de la même structure. Elle vise à faciliter le fonctionnement coordonné de ces deux activités, qui implique une nouvelle organisation du travail. Par ailleurs, et pour tous les services (mixte ou non), la création d'une dotation complémentaire de 3 € supplémentaire est dédiée à l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Ainsi, le soutien financier de la mise en place d'un dispositif tel que « Repérage fragilité et prévention aggravation santé des seniors », devra être envisagé dans ce contexte.

Deuxièmement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a prévu la création d'une mission nouvelle de Centre de ressources territorial. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant. Les publics visés sont ainsi en situation de dépendance avancée et il est question de prise en charge de la perte d'autonomie et non de prévention.

Troisièmement, en matière de prévention de la perte d'autonomie, l'articulation avec le programme ICOPE doit être également pensée. En effet, la proposition de loi « mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France » propose la généralisation du programme ICOPE en 2025 en tirant les enseignements de la phase expérimentale article 51. Il est important de considérer que ces démarches se distinguent sous deux aspects principaux :

- Le public ciblé pour ICOPE sont les GIR 5-6, principalement en amont de toute perte d'autonomie,
- Dans une démarche de tests complets et périodiques espacés dans le temps (régularité 6 à 12 mois), 20 min pour la passation du test avec une possibilité d'auto-évaluation par les seniors eux-mêmes.

Le dispositif « Repérage fragilité et prévention aggravation santé des seniors » repose lui, sur l'opportunité du passage des aides à domicile dans un rôle de vigie, plus pertinent pour une surveillance en continue de public plus fragile vis-à-vis de leur autonomie.

Considérant la nécessité de construire une offre complémentaire, d'assurer la lisibilité et de renforcer la pertinence de chacune des démarches, il est recommandé de prioriser le ciblage d'un dispositif tel que « Repérage fragilité et prévention aggravation santé des seniors » vers les publics GIR 4 et les seniors isolés socialement et géographiquement. Rappelons qu'en 2019, 58% des bénéficiaires de l'APA classés GIR 4 vivaient à domicile.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé émettent un avis favorable au passage dans le droit commun de l'expérimentation *Repérage fragilité et prévention aggravation santé des seniors* avec les recommandations précisées ci-dessus.

### **Pour le conseil stratégique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale

## **Annexe**

Expression de positions favorables à la généralisation du cadre expérimenté :

- Union Nationale des Professionnels de Santé
- Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Synerpa