
LE SUIVI AU DOMICILE :

Les réponses des centres de santé

Retour d'expérience du CMS de Fontenay-sous-Bois

Dr Hugues Forget
Médecin directeur de la santé
CMS de Fontenay sous Bois

Petit état des lieux ?

L'enjeu démographique

Insee - Analyses Ile-de-France - 12/12/2023

- **154 000** seniors (6,3%) sont en situation de perte d'autonomie
- **Répartition inégale** de la perte d'autonomie (corrélation avec pauvreté) de 4 % dans les Yvelines jusqu'à 11 % en Seine-Saint-Denis.
- **70 %** des femmes âgées de 85 ans ou plus **vivent seules à leur domicile**
- Le **taux de pauvreté** des plus de 75 ans est de **8,9%**

L'enjeu démographique

Enquête URPS médecin libéraux IDF – sept 2024

- **28%** des MG installés en cabinet déclarent **ne pas faire de VAD**
- **23%** de ceux qui déclarent en faire ne prennent **plus de nouveaux patients**
- Les MG faisant des VADs en font **entre 1 et 5 par semaine** (le midi)
- 35% des MG faisant des VADs **envisagent d'arrêter** dans un avenir proche
- La fréquence moyenne est **1 VAD / 3 mois**
- **40%** des personnes de plus de 75 ans ont au moins **2 ALDs?**

L'enjeu démographique

Conclusion :

Il y a un grand besoin et un grand déficit de suivi MG au domicile

2 profils de patients à suivre en VAD



Les **patients « simples »**, souvent agés, en perte d'autonomie, pouvant difficilement se déplacer en consultations, mais ne se trouvant pas dans une situation complexe

Les **patients complexes**, en situation de « crise gériatrique » ou de « complexité gériatrique chronique »

L'enjeu démographique

Focus sur les patients complexes : un grand nombre de patient complexes « invisibles » à domicile

Profil des **entrants** en EHPAD :

- Très Agés (>90 ans),
- poly-pathologiques, poly-médiqués, grande fragilité
- très dépendant (GIR 1,2,3),
- troubles cognitifs avancés,
- aidants épuisés, méconnaissance du diagnostic
- souffrance majeur
- situation de fin de vie
- médecin traitant déclarés (mais suivis ?)

Profil des **signalements** DAC ou Instances PAV :

- Précarité sociales, difficultés d'accès aux soins
- poly-pathologiques, grande fragilité
- troubles cognitifs ou psychiatriques avancés,
- aidants épuisés, souffrance majeur
- situation de fin de vie
- médecins traitants déclarés +/-

**Ces profils existent déjà
longtemps avant d'être « repérés »**

L'enjeu démographique

Focus sur les patient complexes :

De quoi parle t-on concrètement ?

- La patiente de 95 ans GIR 1 qu'on découvre en fin de vie, sans aide pro, hébergeant chez elle son fils déficient cognitif et sa fille aidante principale épuisée sans droit ni moyens.
- Le patient de 90 ans, Alzheimer, que l'épouse épuisée enferme dans une pièce vide pour pouvoir aller faire les courses
- La patiente anosognosique en AEG qui refuse tous les soins
- Le patient diogène vivant avec ses petits et arrières petits enfants
- La patiente polypathologique, que plus aucun soignant n'accepte encore de voir tellement elle les maltraite

...etc

**Quelles difficultés pour la prise en charge
au domicile de ces patients ?**

Les freins

Qu'elles sont les difficultés concrètement ? Pour les patients « simples » à voir en VAD

- Les VADs ont un rapport temps/difficultés/conditions de travail/facturation défavorable par rapport aux consultations
- Les VADs sont non rentables
- **L'évolution naturelle d'un suivi en VAD simple est un suivi en situation complexe**



Si on n'a pas de marge pour renforcer la prise en charge à domicile -> la situation se dégradera et le suivi MG ne prévient pas l'évolution vers la « crise gériatrique »

MD = 10 €
Consult' (20') = 30 €
→ Trajet = 3min30 ?

Les freins

Qu'elles sont les difficultés concrètement ?

Pour les patients « complexes » à voir en VAD

- La formation (tous les MG ne sont pas si bien formés à la gériatrie...)
- Le temps (1h régulièrement ?)
- Le budget (1h en équivalent consultation = 90 euros + frais déplacement...)
- La motivation (c'est dur tout ça...)
- La peur (de la violence, de l'hygiène, du « conflit éthique »...)
- L'isolement (un MG seul ne peut pas faire grand-chose)
- La difficulté de coordination avec les acteurs de terrain (mille feuilles ?)

Le voisin

Les freins

Etat des lieux des ressources disponibles pour les patients âgés dépendant à domicile ?
C'est compliqué...

Filière
gériatrique ?

L'Espace
Autonomie

Les CRT

L'association
d'aide aux
aidants

L'EHPAD

L'IDE à
dom

Le
soignant
à dom

L'HAD

L'EDS

DAC

Le CMP

Les
équipes
mobiles

Le réseau

Proposition de notre CDS ?

Le CDS : une solution de proximité ?

Les objectifs :

Répondre aux enjeux et aux difficultés

1- PEC et suivi au domicile (pas que de l'évaluation)

2- prévenir la crise gériatrique

a→ Gestion des situations même complexes

b→ Consolidation du maintien au domicile

Le CDS : une solution de proximité ?

Les objectifs :

Répondre aux enjeux et aux difficultés

1- PEC et suivi au domicile (pas que de l'évaluation)

- Des VAD en **binôme MG/IDE**
 - Appréhension / complexité / mutualisation du temps post VAD
- **Roulement 5j/7** sur l'ensemble des MG (alternance « astreinte ou VAD x1/sem)
 - Stabilité et pérennité du dispositif
 - Gestion du chronique et de l'aiguë (logique de MT partagé en CDS)
- **Ciblage & repérage** des cas complexes ou à risque
 - Evaluation initiale pour rentrée dans le dispositif
 - Si « trop » simple : service mobilité -> Suivi en consultation
 - « recrutement » via patientèle CMS mais aussi les **partenaires « repérants »** : Instance adulte vulnérable, CCAS, EDS, CMP, CPTS, SSIAD...etc

Le CDS : une solution de proximité ?

Les objectifs :

Répondre aux enjeux et aux difficultés

2a- prévenir la crise gériatrique → Gestion des situations même complexes

- Temps dédié adaptable : 1h voir 1h30 / VAD si besoin + le temps « post VAD »
- Complexité gériatrique : « avis et coordination gériatrique interne »
 - VAD dédiée à l'éval gériatrique par MG formé (capacité), à la demande
 - Complémentarité avec le DAC
 - Coordination gériatrique avec la filière gériatrique, l'hôpital ou l'HAD si besoin
- Complexité sociale : « orientation vers référent social »
 - Partenariat avec service autonomie du CCAS (TS pouvant s'associer à la VAD puis suivre l'accompagnement sociale)
 - Partenariat avec service habitat et hygiène de la ville (Diogène, insalubrité...)

Le CDS : une solution de proximité ?

Les objectifs :

Répondre aux enjeux et aux difficultés

2b- prévenir la crise gériatrique → Consolidation du maintien au domicile

- « avis gériatrique interne »
- **Coordination médicale** par le CMS du **volet 2 du CRT** du territoire
 - Appuie pour mise en place d'un **plan d'aide**
(lien avec EA, SSIAD, SAAD, ESA)
 - +/- interventions d'AS en soirée (complémentarité)
 - +/- interventions de thérapeutes (ergo, psychologue, psychomot)
 - +/- mise en place de domotique
 - Accès à des place d'urgence en EHPAD (assurance) → facilite transition SB ?
- Partenariat avec dispositifs d'**aides aux aidants** (conférences vs mobilisation)

Le CDS : une solution de proximité ?

Quelques chiffres en pratique ?

Pour 2024 (année de réel lancement)

324 Visites réalisés

65 patients suivis

42 « complexes »

26 « simples »

Par **10 MG** et **4 IDE**

Perspective 2025

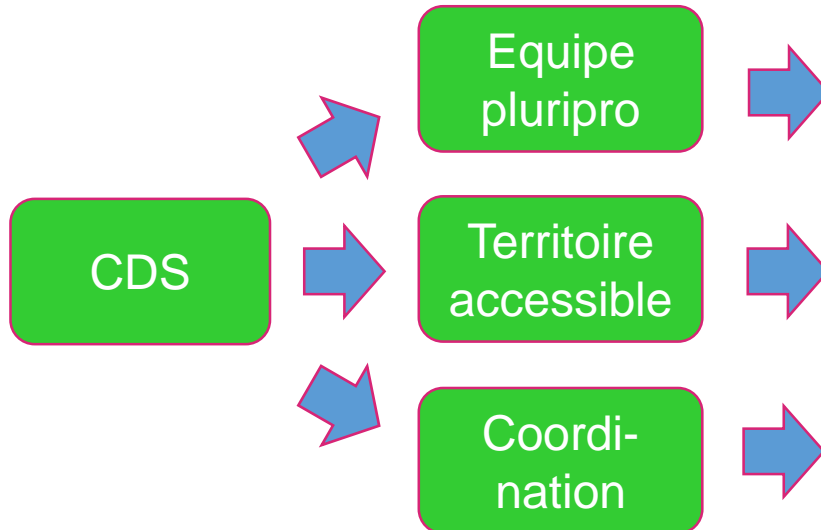
Sur 4 mois

124 VAD réalisés

57 patients suivis

Le CDS : une solution de proximité ?

Au total :



Capacité à :

- Repérer
- Evaluer ET suivre les cas complexes au domicile
- Être acteur ET coordonnateur de proximité
- Être le chaînon manquant entre toutes les structures existantes fonctionnant en silo ?

Le CDS : une solution de proximité ?

Des problèmes quand même ?

- **Le coût important porter par le gestionnaire**
 - Manque à gagner vis-à-vis de l'activité en consultation
 - Les cotations VAD longue 4 fois par an ne compense pas...
 - Alors que :
 - Gestion au domicile de cas complexe = économie hospitalière
 - Prolongation du maintien à domicile = économie sur EHPAD
- **Le problème du volume**
 - Le besoin est très grand !
 - Il est sous-estimé :
 - Patients isolés invisibles
 - VAD courte = impossibilité de voir le problème qui grossit

Merci pour votre attention
