

Le parcours résidentiel et de santé de la personne âgée : l'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées

Depuis plusieurs années, le département des Deux-Sèvres a mis en œuvre différents dispositifs de coordination des services à destination de la personne âgée. Les premiers intervenants, chargés d'ouvrir cette journée d'échanges, se sont exprimés sur les défis à venir : détecter et prévenir très en amont les premiers signes de la perte d'autonomie et poursuivre la coordination entre les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

« En Gâtine, comme dans les Deux-Sèvres, l'espérance de vie augmente chaque année, la population vieillit. Ces questions deviennent un enjeu de développement pour nous, élus. Mais on ne peut pas agir sans partenariats. Sur ce territoire, ils sont excellents entre l'Agence régionale de santé (ARS), l'hôpital, le Conseil départemental et le Clic de Gâtine. Actuellement, les collectivités de notre territoire sont en cours de réorganisation. Pourquoi? Parce que pour maintenir des services de qualité sans impacter sur la fiscalité, il faut mutualiser et regrouper. »

Chargé d'introduire le colloque, **Xavier Argenton, maire de Parthenay et président de la Communauté de communes Parthenay-Gâtine**, souligne l'exemplarité du projet mis en œuvre autour de la personne âgée dans les trois territoires du nord des Deux-Sèvres. Il aborde également la question des jeunes médecins qui hésitent à s'installer à la campagne et fait part d'une réflexion lancée sur cette problématique.

Abordant le cœur du sujet du colloque, «le parcours résidentiel et de santé de la personne âgée et l'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées», **Béatrice Largeau, vice-présidente du Conseil départemental des Deux-Sèvres**, présente en quelques mots les programmes d'actions mis en place dans les Deux-Sèvres, dans le cadre du *Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa, voir encadré)*. Cette démarche répond à deux objectifs phares : prévenir la perte d'autonomie, et poursuivre le rapprochement et l'intégration des structures de

Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa)

Afin de prévenir et de limiter la perte d'autonomie des personnes de 75 ans et plus, le dispositif Paerpa est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes dont le département des Deux-Sèvres.

Le principe est d'agir en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

coordination, avec l'appui des deux associations gérontologiques. « Il est aussi prévu de développer l'appui aux professionnels de premier recours, comme les médecins traitants, pour la coordination des parcours complexes à domicile, avec le *Plan personnalisé de santé (PPS)*. Un autre axe consiste également à optimiser les transitions des parcours, en gérant les sorties d'hospitalisation et en réduisant le passage des personnes âgées aux urgences. » Béatrice Largeau poursuit sur la mise en œuvre des systèmes d'information partagée à travers le déploiement du *Dossier médical personnel (DMP)* et souligne les actions de partenariat menées dans le cadre du dispositif *Méthode d'action pour l'intégration*

Le dispositif Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia)

Il vise à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle développe le processus « d'intégration » des soins et des aides participant au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia, voir encadré) qui s'appuient sur le très récent Schéma Départemental de l'Autonomie. Elle cite différents outils créés dans ce cadre pour améliorer le quotidien des personnes âgées et des aidants: numéro unique pour les Clic, sensibilisation autour de l'outil informatisé **ViaTrajectoire** (voir encadré), etc.

ViaTrajectoire

C'est un service public, gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. Les usagers, médecins libéraux, professionnels hospitaliers et médico-sociaux sont aidés dans le choix de la structure ou du service le plus adapté aux besoins de la personne. Les domaines couverts actuellement sont les soins de suite et de réadaptation, les unités de soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile, les unités de soins de longue durée, les structures d'hébergement pour personnes âgées ainsi que les services et structures destinés aux personnes en situation de handicap.

« Le Département s'appuie sur toutes les forces vives des associations, très nombreuses, ainsi que toutes les structures d'accueil, que je tiens à remercier. »

Une priorité : détecter les premiers signes de la perte d'autonomie

Pour **Michel Laforcade, directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine**, la mise en œuvre des dispositifs Maia et Paerpa sont la preuve que les politiques liées à la personne âgée ont beaucoup progressé sur le territoire. Ces résultats encourageants appellent désormais d'autres actions. « Nous avons inventé des gestionnaires de cas complexes, dont la mission est un élément clé de l'évolution de la santé publique dans la région. Nous avons imaginé une vraie coordination autour de la personne âgée, de la famille et des intervenants. » Il souligne la valeur ajoutée que devrait apporter le Paerpa pour les personnes accompagnées: chambres d'urgence dans les Ehpad en sortie d'hospitalisation, accompagnement durant ce moment de transition... La prévention est pour lui primordiale. « Si les premiers signes de la perte d'autonomie sont rapidement détectés et pris en charge, il est prouvé, par des grands gérontologues, que les personnes touchées peuvent retrouver leurs facultés. » Le directeur annonce le développement dans toute la région, d'ici deux à trois ans, d'une cellule territoriale d'appui

qui s'inspirera de ce qui a été mis en place dans les Deux-Sèvres.

En 2015, les Clic du département ont reçu plus de 7000 appels. 1700 personnes y ont été accueillies, et parmi elles, 800 ont été accompagnées et 1000 ont bénéficié d'un PPS. 239 personnes ont en outre été suivies par le service de gestion de cas. Ces chiffres, présentés par **Pascal Pousse, directeur de l'Association gérontologique de Gâtine et pilote Maia Nord Deux-Sèvres**, montrent l'ampleur avec laquelle interviennent les différents dispositifs en direction des personnes âgées sur le département. « Notre histoire s'est structurée grâce à une collaboration étroite entre l'ARS et le Département, et parce que les associations ont intégré dans leur conseil d'administration la totalité des acteurs qui interviennent auprès de la personne âgée. Au fil des années, chaque nouveau dispositif national a été l'occasion de mettre davantage de coordination entre tous les intervenants. » Le directeur précise que l'objectif visé aujourd'hui est de stabiliser ces processus et de rechercher ce qui peut être amélioré.

Une ouverture vers les domaines sanitaire, social et médico-social

Pour **Olivier Serre, directeur de la Délégation départementale de la Gironde au sein de l'ARS et directeur des Territoires de l'ARS Nouvelle-Aquitaine**, le Paerpa doit effectivement être l'occasion de réinterroger l'existant pour repérer les lacunes. Il rappelle

que les principaux facteurs d'hospitalisation des personnes âgées sont des problèmes liés à la gestion de la prise de médicaments, la dénutrition, la dépression et les chutes. De même, entre un quart et la moitié des dépenses de santé les concernent. « C'est donc

l'affaire de chacun d'entre nous de les accompagner au mieux.» Le directeur se félicite que le département des Deux-Sèvres ait un temps d'avance dans sa capacité à se coordonner. Il témoigne d'une vraie volonté de passer le cap de la coordination et d'ouvrir le dispositif vers les domaines sanitaire, social et médico-social et présente les démarches qui assurent la continuité des parcours: coordination clinique de proximité (CCP), coordination territoriale d'appui

(CTA) et optimisation des transitions entre ville-hôpital et Ehpad. Il met en garde contre la tentation de se concentrer sur les personnes déjà en perte d'autonomie, au détriment d'actions de prévention vers celles qui ne le sont pas encore. Olivier Serre tient à ce que le Paerpa, expérimenté sur neuf territoires français, dont les Deux-Sèvres, soit une réussite pour les structures qui le portent, les professionnels et les bénéficiaires.

Première table ronde

La mise en œuvre d'une coordination territoriale d'appui (CTA) avec les CLIC comme « porte d'entrée »

Le Paerpa est l'opportunité de renforcer et de rendre plus lisible encore la coordination des services à destination des personnes âgées et de leurs aidants sur le département des Deux-Sèvres, via les Clic, les Maia et les réseaux gérontologiques. Les différents intervenants et témoins sont unanimes.

Chargé d'introduire la table ronde, **Olivier Serre, directeur de la Délégation départementale de la Gironde et directeur des Territoires au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine**, rappelle que l'objectif de la Coordination territoriale d'appui (CTA) est de rendre l'offre des services des organisations sanitaires et médico-sociales plus lisible et accessible. La CTA s'appuie pour cela sur les ressources déjà existantes du territoire et doit, à ce titre, être l'unique porte d'entrée pour les professionnels, les personnes âgées et les aidants. « Vous savez mieux que moi combien il est compliqué pour une famille, pour un aidant, de se repérer dans l'offre de services. C'est dans ce sens que nous devons être le plus respectueux possible des premiers contacts avec la personne âgée. » La CTA doit donc permettre à tous les acteurs impliqués d'être en mesure d'informer et d'orienter les professionnels, aidants et personnes

âgées, de mobiliser les expertises nécessaires, d'observer les événements de ruptures de parcours, d'appuyer les CCP et de promouvoir la logique Paerpa et ses outils, comme le répertoire national des ressources, en cours de création.

L'expérimentation Paerpa, menée depuis 2014 sur neuf territoires pilotes en France, donne déjà des résultats encourageants. Elle a permis par exemple de bien identifier chaque acteur, de mettre en cohérence leurs interventions, de proposer une porte d'entrée unique et d'appuyer l'action des CCP et des PPS. Les parcours sont mieux organisés et les dispositifs plus lisibles. « Une coordination ne peut fonctionner et être réellement accessible que via ce numéro unique qui mène à des professionnels en capacité de répondre, d'apporter un premier conseil, voire des premières solutions qui participent à la constitution du PPS. »

Les Clic, portes d'entrée dans le dispositif

Depuis 2015, les six Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic) des Deux-Sèvres offrent ce numéro unique pour les premières demandes. L'appelant est ensuite dirigé vers le Clic le plus proche de la résidence de la personne accompagnée, ou du lieu d'exercice du professionnel. Pour renforcer cette coordination, les cinq associations

qui portent les Clic, le réseau gérontologique et les Maia vont être réorganisées, en 2017, en deux associations: une première pour couvrir la partie nord du département, et la seconde pour le sud. Cette porte d'entrée unique des Clic est issue d'un travail de coordination engagé depuis 2010 dans le cadre du Schéma départemental d'accompagnement de

la personne âgée. «Tous les Clic ont la même mission : informer, orienter et coordonner. Nous ne nous déplaçons pas à domicile, mais nous recevons les personnes âgées, les aidants et les professionnels de l'aide, commente **Ophélie Faucher, coordinatrice Clic de Gâtine** sur Parthenay. Nous les informons par exemple sur les hébergements existants, les aides financières, les actions collectives de type «Ateliers mémoire». Nous les orientons ensuite vers le professionnel ou la structure la plus adéquate. Tout est notifié dans une fiche de contact et d'orientation commune aux six Clic et transmise au professionnel qui prend le relais. Essentiellement remplie par les Clic, notre souhait est que cette fiche soit utilisée par l'ensemble des professionnels: SAAD, SSIAD, Ehpad, évaluateur APA (Allocation personnalisée d'autonomie)...» Outre leurs missions d'information et d'orientation, les Clic mettent en place – ou sont partenaires – d'actions collectives menées avec des

Exemple d'une situation accueillie par un Clic

M. L., 67 ans, divorcé, vit seul. Sa fille habite loin. Il souffre de troubles de la mémoire immédiate, oublie de manger, de se laver, se perd en voiture. Il refuse toute aide à domicile. Sa fille contacte le Clic et se dit inquiète et démunie. Le Clic explique ce que sont les aides à domicile, les soins infirmiers, etc., et lui transmet les documents. Il précise aussi le rôle du Service de gestion de cas, car il y aurait besoin d'un service d'évaluation et d'aide à domicile. À travers la fiche contact, la gestionnaire de cas de la Maia se rend au domicile pour évaluer la situation.

professionnels, comme des ateliers de prévention des chutes.

Quelle feuille de route pour les Maia?

Mis en place dès 2011, réorganisés en 2014, les deux dispositifs Maia, qui couvrent tout le département, sont portés par deux associations, l'une au nord, l'Association gérontologique de Gâtine, et l'autre au Sud, l'Association gérontologique du Sud Deux-Sèvres. Les deux pilotes Maia sont les directeurs de ces deux associations, ceci afin de faciliter l'articulation des différents dispositifs.

Leur mission a été tout d'abord d'identifier les ressources présentes sur le territoire, qu'elles soient sociales, médico-sociales ou sanitaires. Une fois cette étape franchie, les pilotes ont mis en œuvre trois outils: le guichet intégré, l'animation des concertations tactiques et stratégiques, et la structuration puis la coordination de l'équipe de gestion de cas. «À travers ces outils, le dispositif Maia doit favoriser une plus grande lisibilité du système d'aide et de soins des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, une

simplification de leur parcours de santé et un soutien à domicile de ces personnes et de leurs aidants. Ces derniers sont bien souvent la béquille indispensable, au-delà de tous les services existants», témoigne **Lucie Alves, directrice et pilote Maia Sud Deux-Sèvres**. Ces outils doivent être pensés comme interdépendants. Les concertations tactiques réunissent les responsables des structures d'aide et de services du territoire. Les concertations stratégiques rassemblent les décideurs et les financeurs (ARS, Département, RSI, MSA, CPAM...). Le guichet intégré repère quels sont les professionnels et les lieux susceptibles d'accueillir et d'orienter les usagers, avec l'aide des Clics, confortés dans leur rôle d'accueil. Le Service de gestion de cas prend le relais pour analyser les situations complexes. «Nous prenons en compte également le travail d'analyse qui remonte des évaluateurs APA, des infirmières ou d'autres structures.»

Une communication dynamique sans cesse renouvelée

Le diagnostic des ressources avait révélé une multiplicité des intervenants qui ne se connaissaient pas bien entre eux, un manque de lisibilité et un cloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Il avait également montré que si la densité médicale était faible, les professionnels de santé étaient impliqués dans les réseaux de santé depuis des années. 80% des médecins ont eu recours au moins une fois à l'un de ces réseaux en 2015. Pour pallier ces manques et répondre aux objectifs Maia, une feuille de route a été

élaborée dont deux axes (sur six) s'inscrivent dans la logique CTA.

Le premier est l'élaboration, l'expérimentation puis la diffusion auprès des acteurs de l'accompagnement, d'un formulaire d'orientation départemental. Il met en commun des informations utiles à tous et simplifie ainsi les échanges d'informations sur chaque situation suivie.

Le second axe, mis en œuvre en février 2015, a porté sur la promotion du dispositif auprès des

professionnels de santé et de soins, et notamment des médecins traitants, pivots dans le parcours santé des personnes âgées. Le kit de communication envoyé à 1 300 professionnels a suscité beaucoup de questions, de demandes d'informations et d'interventions auprès d'associations de formation médicale, de syndicats de pharmaciens et d'infirmiers libéraux, de services d'assistants sociaux, d'antennes médico-sociales, de maisons de santé, de maires, aussi. « C'était ce que nous attendions, que ça interpelle », se félicite Lucie Alves, « mais cela n'est efficace que si cette communication est régulièrement renouvelée et adaptée à chaque professionnel ».

Outre cette communication active, ce qui facilite l'implantation de la démarche, c'est la couverture totale

du département par les dispositifs Clic, réseaux et Maia, le partage de locaux, un dialogue constant entre l'ARS et le Conseil départemental, une communication concertée et co-animée et une délégation départementale de l'ARS qui promeut le dispositif Maia dans différents lieux et instances : conférence de territoires, maisons de santé... « C'est une vraie culture intégrative qui s'est forgée au fil du temps avec tous les acteurs. Par exemple, il y a des réunions trimestrielles entre le Smadom, le Clic, le Réseau gérontologique, la Maia, la MSA et la Carsat, pour échanger sur les missions de chacun et les évolutions dans les modalités d'intervention. D'autres réunions se tiennent aussi entre les deux Maia, ou encore entre différents services médico-sociaux », commente Lucie Alves.

Une articulation avec le service de maintien à domicile

« Le Département, en tant que chef de file de l'action sociale, souhaitait améliorer la lisibilité de ses dispositifs. Cela s'est, entre autre, traduit par un recentrage de l'action des Clics sur les trois missions qui viennent d'être présentées. Les évaluations globales qu'ils effectuaient auparavant ont été transférées aux évaluateurs APA dont l'effectif a été renforcé », poursuit **Élodie Dransard, chef de bureau du Service de maintien à domicile du Conseil départemental (Smadom)**. Le Smadom, service qui informe le public et les partenaires sur les prestations délivrées par le Département, comme l'APA, les aides sociales, au repas, à l'hébergement, et qui gère le suivi et la coordination de situations à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, est, en effet, lui aussi au cœur de la coordination gérontologique. En 2015, l'équipe d'évaluateurs a ainsi actualisé 5 300 plans d'aide, à la demande des bénéficiaires ou de leurs aidants.

Selon Élodie Dransard, ce qui facilite les échanges entre les différents intervenants, c'est leur installation dans les mêmes locaux, leur bonne connaissance des missions de chacun et la concertation permanente qui existe entre eux. « L'intérêt de ces dispositifs, c'est qu'ils permettent de croiser les regards et des compétences différentes sur des situations complexes. Les fiches de contact remplies par les Clic sont par exemple très utiles. L'évaluateur qui les reçoit a déjà une idée de ce qui a été évoqué avec la famille, ce qui facilite les démarches administratives ensuite, faites

Un exemple d'une situation révisée par un évaluateur

Un couple vivait à domicile, avec monsieur autonome et aidant, sans enfant, et madame qui a besoin d'aide pour les toilettes, l'habillage et les transferts. Suite à un dépôt de dossier APA, elle bénéficie d'une prise en charge 7j/7 matin et soir. Six mois après le début des interventions, le service d'aide à domicile interpelle l'évaluateur : monsieur a eu un souci de santé, il ne peut plus aider autant. L'évaluateur se rend au domicile suite à une demande de révision. Il constate que monsieur est fatigué : il a perdu du poids et semble montrer des pertes de mémoire. Aucune démarche d'entrée en maison de retraite n'a été réalisée. L'évaluateur, en accord avec le couple, interpelle, via la fiche d'évaluation, le Réseau de santé gérontologique pour solliciter une consultation ou un accompagnement dans le projet de vie.

par exemple, dans le cas d'une demande de l'APA. » Elle rappelle que le parcours des personnes accompagnées est rarement linéaire, la coordination qui se vit entre les intervenants leur permet de construire des réponses collectives adaptées à l'état de santé à un moment donné.

Le Web DCR : un système d'information en appui à la coordination

La bonne coordination entre les acteurs qui entourent la personne âgée ne repose pas seulement sur des relations humaines. Les Systèmes d'information (SI) y

jouent un rôle essentiel. Il a fallu plusieurs années pour mettre en œuvre le Web DCR (Dossier de coordination ou communicant des réseaux), qui transmet les PPS et

les plans d'intervention aux différents intervenants. Issu du réseau Ville/hôpital de Poitiers, l'outil s'est rapidement déployé au sein de tous les réseaux gérontologiques de la région. « Nous nous sommes rendu compte que pour décliner un SI, il fallait dès le départ parler le même langage métier. Moi-même, j'ai dû assimiler le fonctionnement d'une coordination pour développer un SI adapté aux besoins des structures utilisatrices. Cet outil informatique a demandé un important travail de concertation », témoigne **Stéphane Delassus, chef de projet au GCS Esanté Poitou-Charentes**. Une fois l'outil affiné, c'est par étapes que les dispositifs y ont été intégrés : réseaux gérontologiques, Maia, Clic... La prochaine échéance est l'intégration de la démarche

Paerpa, qui ne devrait pas être trop complexe, d'après Stéphane Delassus, puisque l'organisation actuelle de l'outil correspond bien aux besoins de ce dispositif. « L'enjeu est de travailler dans tous les domaines pour ne pas créer de ruptures entre les dispositifs au sein même du SI. » Le pari semble être en voie d'être gagné, puisqu'une trentaine de structures l'utilise maintenant. « Nous commençons à travailler sur l'ouverture du SI vers d'autres professionnels de santé qui reçoivent les PPS par ce biais. Eux aussi aimeraient y avoir accès et y contribuer, poursuit le chef de projet. Cette ouverture ne peut être que bénéfique à partir du moment où elle fait gagner du temps dans la prise en charge des personnes accompagnées ».

Un outil informatique fin, fonctionnel et efficace

Très concrètement, la fiche de contact établie par les Clic est directement intégrée dans le SI. Ces informations sont alors partagées vers les dispositifs les plus adéquats comme la Maia. Si la situation se complexifie et bascule en gestion de cas par exemple, le gestionnaire de la situation va pouvoir récupérer tout le travail antérieur inscrit dans l'outil informatique. « La finalité informatique de la coordination est de décliner un PPS ou un PSI qui soit ensuite validé par le médecin, qui reste au cœur du dispositif. » Ce sont de grandes quantités d'informations, de documents, de courriers, de notes, de données de gestion de réunions, de statistiques, d'indicateurs, qui sont ainsi partagées, en totalité ou en partie, selon le métier de l'utilisateur et le centre dans lequel il travaille. « Cet outil offre une grande finesse dans le paramétrage, c'est ce qui en fait sa force. » Les informations par dossier sont partagées à travers un tableau de bord à double entrée (chronologique et thématique) muni de symboles évocateurs. « Nous avons privilégié l'aspect fonctionnel. À partir de tous les éléments d'un dossier, l'utilisateur dispose d'une vue d'ensemble sur ce qu'on appelle la ligne de vie. Il peut savoir par exemple, dès l'ouverture du dossier, si la situation est complexe ou non. Un système d'alerte est en cours d'élaboration pour, par exemple, permettre à un professionnel d'avoir connaissance d'une réévaluation d'une situation. Il devrait, à terme, être décliné pour une utilisation sur les smartphones et tablettes, et proposer trois niveaux d'alerte : commentaire, pré-alerte et alerte grave. « À l'ère d'Internet,

Le dossier de coordination des réseaux ou Web-DCR

Depuis les années 2007-2008, s'est structurée à l'échelle régionale – sous l'impulsion de l'ARH/URCAM à l'époque et des différents réseaux existants – une Fédération régionale des réseaux qui a porté le déploiement d'un logiciel métier autour de la coordination. Ce travail a abouti à la création du Web DCR. L'outil permet l'envoi de PPS et de plans d'intervention vers les acteurs de la coordination pour assurer le suivi des patients. Il est également utilisé par les gestionnaires de cas et les Clic. Chaque année, plus de 6000 dossiers y sont suivis. En trois ans, plus de 150000 documents y ont été saisis et 80000 actions créées qui ont abouti à 7200 PPS/PSI. Ce système est connecté à la messagerie sécurisée esanté déployée par le GCS auprès des professionnels. D'après les derniers chiffres, près de 30% des médecins en sont dotés actuellement en Deux-Sèvres, contre 8% à l'échelle nationale.

ces outils sont accessibles à partir de tout type de matériel, sans avoir besoin d'installer un logiciel nouveau sur un ordinateur. Nous cherchons aussi à développer une identification unique qui permettrait d'accéder à d'autres services informatiques régionaux. »

« Travailler à plusieurs, ça se construit, ça s'apprend »

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), créée en 2009, accompagne la mise en œuvre de la réforme du système de santé en France au sein des

établissements de santé et médico-sociaux et des ARS. Selon la **responsable nationale Programme Parcours au sein de l'ANAP, le Dr Marie-Dominique Lussier**, la

performance du système de santé dépend de plusieurs éléments : le service rendu à l'usager, les conditions de travail des professionnels, l'évolution de leurs métiers en fonction des besoins, ainsi que l'efficacité des ressources, humaines et financières. Concernant le premier élément, sujet de cette rencontre, elle constate, comme les précédents intervenants, la grande maturité de la coordination dans les Deux-Sèvres. Elle y retrouve les ingrédients nécessaires à une telle réussite : les actions s'appuient sur ce qui existe déjà, sur l'identification du « qui fait quoi », et des missions qui

ne sont pas encore remplies et qu'il faut créer, et tout est mis en œuvre pour favoriser les liens entre structures. Le système d'information présenté par Stéphane Delassus est à ses yeux un autre élément essentiel de la démarche pour deux raisons majeures : « Les jeunes professionnels ont tous un smartphone et le papier tend à disparaître. Il faut par contre toujours s'interroger sur la finalité de l'outil : on partage quoi et pour qui ? » Le Dr Marie-Dominique Lussier insiste aussi sur l'importance de la formation. « Travailler à plusieurs, ça ne se décrète pas. Ça se construit et ça s'apprend. »

Peut mieux faire ?

La parole étant ensuite donnée à la salle. **Richard-Pierre Williamson, président de l'Association nationale des Clic (ANC)**, tient à préciser que les missions des Clic sont plus vastes que ce qui a été présenté. « Comment peut-on informer, conseiller, orienter et coordonner si on est pas déjà dans une situation d'évaluation ou de pré-évaluation ? » De même, face aux éloges de la coordination mise en place dans les Deux-Sèvres, il s'interroge, « cette réussite provient à la fois d'une volonté institutionnelle, d'une clarification des champs d'intervention, des compétences, de l'animation du territoire et d'outils concrets. Alors que reste-t-il à faire maintenant ? »

Le témoignage de **Sophie Fournier, directrice d'un Ehpad**, apporte quelques pistes de réponses. Bien que gérant un établissement rural de 80 lits permanents et de quatre hébergements temporaires, il lui arrive très régulièrement de devoir répondre à des situations d'urgence, notamment le week-end. « Cela peut être des familles qui arrivent de Bordeaux ou de Paris chez un parent pour gérer une détresse. Elles ne savent pas où s'orienter. Je remarque aussi que les intervenants, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, médecins, connaissent parfois le dispositif, mais n'y font pas appel. Alors, ils renvoient les familles vers les établissements et nous faisons ensuite appel au Clic. Aujourd'hui, même si la volonté est bien présente, il reste des difficultés. Selon moi, elles se situent non pas dans le manque de communication ou d'outils, mais plutôt en terme de déficit de traçabilité : dans quelle boîte tombe telle information pour une prise en charge

globale ? Comment transmettre ce qui s'est passé sur un court séjour au médecin traitant ? Courrier ? Appel téléphonique ? Mail ? » La directrice constate d'autres soucis de communication comme la méconnaissance de l'accueil de jour. Chez elle, il est perçu comme concurrent par les services d'aides à domicile ou il est très rarement sollicité par les médecins traitants, qui renvoient vers l'hébergement permanent, déjà submergé de demandes. Elle s'interroge en outre sur le partage d'outils ouverts dans les Ehpad comme le Viatrajectoire ou le DMP, mais qui fonctionnent peu pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

Jean-Louis Denis, président d'un réseau gérontologique en Charente-maritime se demande aussi comment les outils informatiques vont être mis en commun avec la fusion des Régions et la réorganisation territoriale. Stéphane Delassus se veut être rassurant, précisant que vu le contexte, il ne s'agit pas de multiplier les outils, mais de prendre le meilleur de chacun d'eux. « Le travail ne fait néanmoins que commencer », précise-t-il. Concernant la traçabilité des informations envoyées, **Pascal Pousse** précise que les plans d'intervention sont adressés à toutes les personnes concernées par l'accompagnement de la personne à domicile et le PPS seulement au médecin. « La législation ne nous permet pas d'échanger des informations dans tous les sens et en dehors d'un cadre sécurisé. Même s'il ne s'agit pas de faire la révolution du système en place, avec l'article 96 de la Loi santé et dans le cadre de l'expérimentation Paerpa, nous pourrions néanmoins accélérer le partage d'informations et l'ouverture mutuelle de nos systèmes. »

La formation, une attente commune

Pascal Chauvet, président de la Fédération nationale des maisons de santé, co-rédacteur du cahier des charges du Paerpa sur le volet ambulatoire, insiste particulièrement sur la formation qu'il imagine transversale et interprofessionnelle. **Jean-Luc Pefferkorn, directeur du GCS**

santé sur la Vienne, témoigne de l'expérience menée sur son département en matière de repérage des situations de dépression et de risque suicidaire des personnes âgées. En partenariat avec le centre hospitalier Henri-Laborit de Poitiers, spécialisé en santé mentale, un(e)

psychologue et un(e) infirmier(e) coordinateur(rice) de chaque structure impliquée dans les réseaux gérontologiques, ont été formés sur ces questions. L'objectif à terme est de former tous les professionnels qui

accompagnent les personnes âgées à domicile: médecins, infirmiers, aides à domicile, pharmaciens... «C'est ensemble qu'on apprend à se connaître et que l'on s'enrichit de ce que font les autres.»

Seconde table ronde

La coordination clinique de proximité (CCP) au cœur de l'accompagnement

La place du médecin traitant dans la coordination clinique de proximité autour des personnes âgées est revenue à plusieurs reprises dans les interventions. Les médecins et professionnels de la santé sont de plus en plus nombreux installés dans des pôles et des maisons de santé. Les plus jeunes, formés à la coordination, se disent prêts à y participer, à la condition d'un juste partage des tâches...

Les enjeux du Paerpa sur le volet médical sont triples, **Marie-Dominique Lussier, responsable nationale Programme Parcours au sein de l'ANAP**, les rappelle. «Il s'agit à la fois de sécuriser le maintien à domicile par un meilleur repérage de la perte d'autonomie de la personne âgée, d'éviter un recours inapproprié aux urgences et aux hospitalisations, d'anticiper et d'optimiser les entrées et sorties d'hospitalisation, avec à la clé une meilleure prise en charge hospitalière. Pour cela, il faut créer les conditions d'une meilleure coordination et circulation d'informations entre les professionnels de ces différents secteurs.» Il s'agit donc de passer d'une logique de prise en charge, centrée sur les pathologies et les structures, à une logique de parcours coordonné qui s'appuie sur les besoins de la personne. La sécurisation du maintien à domicile passe par un repérage très en amont dans le parcours et à une prise en charge coordonnée de la personne âgée par une équipe de soins de premier recours (CCP) autour d'un Plan personnalisé de santé (PPS). Tout cela sous la responsabilité du médecin traitant, fonction qui peut être déléguée à un membre de la CCP. À partir d'une évaluation, le PPS débouche sur un suivi et une

réévaluation, personnalisée, globale et anticipative. «Les préférences, les priorités et les besoins de la personne doivent être pris en compte. Cela signifie que le PPS doit accorder autant d'importance aux dimensions médicale, psychologique que sociale.»

Chaque ouverture d'un plan fait l'objet du versement, par l'assurance maladie, d'un forfait annuel de 100 €, répartis entre les professionnels de santé de la CCP. Il doit être réévalué au moins une fois par an.

Marie-Dominique Lussier fait part des premiers enseignements, plutôt encourageants, du dispositif depuis la mise en œuvre du PPS à l'échelle nationale en novembre 2015: transformation des pratiques professionnelles, réflexion pluri professionnelle sécurisant les pratiques dans un cadre de coopération non hiérarchique et valorisation de la fonction de coordination du médecin traitant. «La démarche de coordination est parfois engagée même si elle n'aboutit pas un PPS.» Parmi les facteurs de réussite de la démarche, elle note la souplesse dans la composition de la CCP, l'informatisation du PPS ou encore la formation commune et adaptée des différents intervenants aux réalités du territoire.

Le médecin : un acteur essentiel...

En Deux-Sèvres, la démarche de coordination clinique de proximité a été facilitée par l'étroite collaboration qui existe entre le service de gestion de cas Maia et le réseau gérontologique, ainsi que l'entrée unique par les Clic. «Cela permet de recueillir des informations

exhaustives, de gagner du temps, de mettre en place une visite à domicile commune et d'éviter de faire refaire les mêmes démarches à l'utilisateur», explique **Valérie Bouillard, infirmière coordinatrice du réseau de santé**. «Cependant, le passage systématique par le

Clic peut aussi ralentir la démarche. » Le médecin est l'élément pivot de la démarche, du premier contact jusqu'à la mise en place des services. Il est donc invité aux réunions de concertation et donne son avis sur le PPS à côté des SAD, SSIAD, Ehpad, accueil de jour ou encore, les unités Alzheimer.

Témoignant de l'engagement des professionnels dans les coordinations des parcours de santé, les docteurs **Jean-Louis Jarry, médecin traitant impliqué dans le pôle de santé du Bocage Bressuirais** et **Marie Gest, médecin traitant, du pôle de santé du Thouarsais (voir encadré)**, ont souligné l'importance de la formation et de l'information en continu, tous les mois par exemple. Le Dr Jarry apprécie d'être un partenaire comme les autres autour de la table pour échanger sur la situation des patients. Ces réunions favorisent selon lui une meilleure prise en charge de la personne âgée et rendent plus efficaces les interventions de chacun. « Les nouveaux médecins apprennent, dans leur formation initiale, à partager et à coordonner. Par contre, il est important de les former sur les PPS. » Le Dr Gest témoigne avoir toujours pratiqué le réseau de santé. Elle connaît également bien l'outil PPS, abordé durant son internat au Centre hospitalier du Nord Deux-Sèvres. Néanmoins, elle exprime une forte appréhension par rapport au cahier des charges qui désigne le médecin comme seul rédacteur du PPS.

Compte tenu des habitudes de travail, de leur temps contraint et de la qualité des PPS réalisés par l'IDEC, cela lui paraît difficile de demander aux médecins de s'en occuper seuls. « Les éléments du PPS sont réalisés pendant la réunion de concertation, validés en leur présence et mis en forme par la suite par l'IDEC. De façon plus générale, je vois le médecin non pas comme responsable du PPS, mais plutôt comme pivot du parcours santé. »

Le manque de médecins, un indicateur à prendre en compte

Médecin territorial au Smadom, Florent Arnault souligne, lui aussi, la difficulté pour les médecins traitants de disposer de temps pour participer aux concertations et élaborer les PPS. « Certains territoires ruraux manquent de médecins. En outre, le système de paiement à l'acte peut inciter à une course aux consultations au détriment de la coordination. La démographie médicale, le mode de rémunération, la liberté d'installation sont des problématiques qui doivent être prises en compte dans ces réflexions. » **Marie Gest** reste plus prudente à ce sujet. « De nombreuses maisons et pôles de santé se développent en ce moment dans le département. Ces équipements sont très attractifs pour les jeunes professionnels. Pour moi, la désertification médicale est un faux problème. Si un médecin prend le

Les maisons et pôles de santé

Fin 2015, le département des Deux-Sèvres comptait onze maisons et pôles de santé. Les maisons et pôles de santé, définis par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, réunissent des professionnels médicaux (au moins deux médecins) et paramédicaux. Reposant sur une coordination des professionnels, formalisée par un projet de santé, elles se distinguent en cela d'un simple regroupement de professionnels, de type cabinets de groupe.

Le Dr **Marie-Dominique Lussier** demande elle aussi un peu de pragmatisme dans l'élaboration des PPS. « En réalité, le PPS n'incombe pas qu'au médecin traitant, c'est une rédaction croisée et ce n'est pas forcément une difficulté. Ce n'est qu'un outil, l'objectif reste bien l'efficacité de l'intervention de chacun. »

Infirmière à l'URPS IDE sur la Nouvelle-Aquitaine, Isabelle Varlet se félicite d'exercer à Parthenay car elle bénéficie de l'aide de l'Association gérontologique de Gâtine. Elle reçoit depuis peu les PPS et les plans d'aide, et elle en est très satisfaite. Elle déplore par contre le manque de communication et de coordination avec l'hôpital.

De ces témoignages, il en ressort qu'en France le temps lié à la prévention, qui éviterait pourtant ensuite des pathologies plus graves, n'est pas ou peu considéré et encore moins rémunéré et pris en charge.

« N'est-ce pas à une transformation/inflexion du rôle de l'Assurance maladie dans la prévention à laquelle il faut penser? » s'interroge le Dr **Marie-Dominique Lussier**.

temps dans les consultations, il peut en gagner ensuite. Il faut savoir que dans les pôles de santé, une rémunération de ce temps de coordination a été mise en place depuis février 2015. Il me semble que le médecin est un acteur parmi d'autres et que le rôle central du dispositif, c'est bien le patient. »

Laurent Flament, délégué en Deux-Sèvres de l'ARS, confirme le développement des maisons et pôles de santé. « Plus de 30% des médecins généralistes y exercent et la quasi totalité des jeunes qui s'installent le font dans ce contexte. Même si l'effectif est tendu, ces équipements communs et la coordination dont nous parlons depuis le début de cette rencontre, sont de vrais facteurs d'attractivité pour les professionnels de la santé. »

Ce qu'il faut retenir de la journée

Chargée de conclure la journée, **Marie-Aline Bloch**, professeur à l'École des hautes études en santé publique et chercheur en sciences de gestion, membre de la Maison des sciences sociales du handicap et de l'équipe d'évaluation du programme Paerpa, a retenu quelques éléments clés pour améliorer le parcours des personnes âgées :

- s'interroger sur le public afin de viser les personnes en perte d'autonomie et celles qui pourraient le devenir (actions de prévention) ;
- construire en capitalisant sur l'existant tout en cherchant à aller plus loin. Ce n'est ni une superposition de dispositifs, ni une compétition entre acteurs. C'est s'appuyer sur ceux qui savent déjà faire et apporter un complément pour combler une lacune ;
- mettre en œuvre une gouvernance, un langage, des informations et un projet partagés, tout ceci avec patience et beaucoup de pédagogie ;
- reconnaître toutes les personnes qui agissent, chacune avec des valeurs en faveur du bien commun ;
- créer des espaces partagés et pluri-professionnels de formation ;
- porter attention sur la mise en œuvre de dispositifs accessibles, pas trop complexes ni trop technocratiques et surtout, adaptables ensuite, car tout évolue en permanence. En outre, le nombre de personnes à accompagner augmentant, il faut éviter la dérive vers un système industriel et dépersonnalisé ;
- s'inspirer de l'expérience d'autres territoires, même si les réalités sont différentes.



20 rue de la Citadelle
79200 Parthenay
05 49 63 45 70



Antenne médico-sociale
Place du Centenaire
79400 Saint-Maixent-l'École
Secrétariat 06 12 22 39 55

Rédaction :
Acteur rural
61100 Saint-Paul