

**EHESP**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et sociale**

**Promotion 2012 – 2014**

**Date du Jury : Mars 2014**

---

**L'expérimentation du parcours de soins coordonné des personnes âgées menée sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand en Bretagne**

---

**Dieudonné - NENGBI**

---

---

# Remerciements

---

Je veux remercier ma femme et mes enfants qui ont eu le courage de m'accompagner tout au long de cette formation, en acceptant de vivre sur le campus de l'EHESP. Je leur témoigne toute ma gratitude pour leur patience.

Tous mes remerciements à Sophie BURLLOT-TUAL, professeur à l'EHESP, qui a accepté de suivre mon travail du début à la fin en me prodiguant de précieux conseils.

Je voudrais également remercier les inspecteurs de la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine (DT35) : Michelle DOLOU, Patrick DONCK, Isabelle GELEBART et Corinne FOUCAULT de m'avoir proposé un sujet aussi passionnant, tant le défi est important pour notre société.

Je formule un grand remerciement à Arnaud GANNE, chargé de mission à l'ARS Bretagne, qui a facilité mes contacts avec les acteurs du projet expérimental sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand.

Tous mes remerciements à Marion et Jean DEAUX et à leurs enfants tant ils m'ont aidé et cru en ma détermination. Ils m'ont transmis la passion des questions sociales, sanitaires et médico-sociales.

Mes remerciements vont également à Catherine et Léon NDANGBA pour leur indéfectible soutien.

Je veux remercier ma belle-famille, Martine PIERROT et Jean BIRNAUD, Claudine CLEMENT et en particulier la famille CLEMENT pour leur patience.

A la mémoire de Denise Joseph MARCESSE et ses parents disparus dont les souvenirs restent à jamais gravés dans mon esprit.

---

# Sommaire

---

Introduction.....- 3 --

## PREMIERE PARTIE

### **LE PARCOURS DE SOINS CORDONNE DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE, UNE LOGIQUE ANCIENNE, MAIS DES APPROCHES DIFFERENTES.**

1	Contexte et émergence du concept de parcours de soins coordonné. ....	3
1.1	Les différentes acceptions de parcours. ....	4
1.1.1	Le parcours de soins coordonné. ....	4
1.1.2	Le parcours de santé.....	5
1.1.3	Le parcours de vie.....	5
1.2	Les étapes de la construction du parcours de soins. ....	5
1.2.1	Les filières de soins et les réseaux de santé : deux modes d'organisation de parcours du patient apparus à la fin du XXème siècle.....	6
1.2.2	Les Centres locaux d'information et de coordination (C.L.I.C.) .....	7
1.2.3	Les filières gériatriques. ....	8
1.2.4	Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). ....	8
1.2.5	La responsabilisation des patients sous l'angle du parcours de soins coordonné.....	9
1.2.6	Le déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) : la notion «d'intégration» .....	9
1.2.7	Les nouvelles perspectives du parcours coordonné de soins par la loi HPST. ....	10
2	La complexité du système de santé accentue le blocage du parcours de soins. ....	11
2.1	Un système organisationnel complexe. ....	12
2.2	La stratification des instances administratives.....	12
2.3	Un système organisationnel insatisfaisant ; une gouvernance territoriale à redéfinir et un système d'information inadapté.insatisfaisant. ....	13

2.4	Des modes de financement peu incitatifs.....	13
3	Le parcours de soins coordonné comme levier de transformation des composantes du système de santé.....	14
3.1	Les actions sur l'offre de soins.....	14
3.2	La régulation du système de santé pour un parcours cohérent.....	15
3.3	Le financement du nouveau mode d'organisation de soins.....	15
3.4	Un système d'information approprié.....	16

## **DEUXIEME PARTIE**

### **L'EXPERIMENTATION MENEES SUR LE TERRITOIRE DE SAINT-MEEN-LE-GRAND EN BRETAGNE AU TITRE DE L'ARTICLE 70 DE LA LFSS 2012.**

1	Contexte et enjeux de l'expérimentation du parcours de soins coordonné des personnes âgées sur le territoire.....	17
1.1	Les objectifs de projet-pilote de l'expérimentation.....	18
1.2	Les caractéristiques de la démarche expérimentale. ....	18
2	Les caractéristiques de la population bretonne et les initiatives locales. ....	19
2.1	Les caractéristiques de la population bretonne. ....	19
2.2	Le projet du pôle pluridisciplinaire de santé (PPS) du territoire de Saint- Méen-le-Grand. ....	19
2.3	Témoignage d'une personne âgée : Mme X. Renée, 83 ans, retraitée depuis ..... 1990. ....	21
2.4	Entretien avec la direction de l'hôpital local de Saint-Méen-le Gand.....	22
2.5	Le PPS a permis la mise en place d'un ensemble d'actions d'amélioration en ..... faveur des personnes âgées fragiles. ....	26
2.6	La poursuite du projet avec l'expérimentation au titre de l'article 70 de la LFSS .. 2012. ....	27
2.7	Le rôle de l'ARS Bretagne dans l'accompagnement de l'expérimentation.....	28
3	La réalisation d'un diagnostic partagé du territoire de Saint-Méen-le-Grand. ....	28
3.1	L'analyse populationnelle des personnes âgées de 75 ans et plus.....	29

3.2	La cartographie de l'offre de soins sur Saint-Méen-le-Grand.....	31
3.3	Offre sanitaire et médico-sociale complète et spécialisée de proximité. ....	32
3.4	Le recours aux soins et les parcours de soins actuels des personnes âgées. ....	33
4	Le regard des acteurs sur l'organisation de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. ....	35
4.1	L'insuffisance des ressources financières des personnes âgées.....	35
4.2	L'articulation des liens entre les acteurs renforcée. ....	35
4.3	La persistance de la problématique des sorties d'hospitalisation des personnes âgées. ....	36

### **TROISIEME PARTIE**

#### **DES PROPOSITIONS ET DES PISTES D'AMELIORATION IDENTIFIEES QUI PASSENT PAR DES ACTIONS AMBITIEUSES VISANT A RENFORCER LE PARCOURS DE SOINS COORDONNE.**

1	La démarche d'animation territoriale dans l'amélioration du parcours de soins. ....	38
2	La place et le rôle de l'inspecteur dans l'animation territoriale du parcours de soins coordonné .....	38
3	Propositions d'actions visant à améliorer le parcours de soins des personnes âgées en amont de l'hospitalisation. ....	40
3.1	Développer des actions de prévention des risques de perte d'autonomie et l'éducation thérapeutique. ....	40
3.2	Anticiper en développant des actions de repérage des fragilités et d'orientation des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. ....	41
3.3	Mettre en place des d'actions visant à développer le partage d'informations entre les professionnels au moment sensible de l'hospitalisation. ....	41
3.4	Favoriser la mise en place des actions de communication et de partage d'informations.....	42
3.5	Des actions visant à améliorer la coordination pluri professionnelle en aval de l'hospitalisation. ....	43
3.6	Définir un plan personnalisé de santé (PPS) pour chaque personne âgée vulnérable. ....	44

3.7	Développer des actions d'amélioration d'accès aux soins de qualité et aux ..... services médico-sociaux du territoire. ....	44
3.8	Développer un nouveau mode de financement attractif et pérenne. ....	45
<b>Conclusion</b> .....		<b>47</b>
<b>Bibliographie</b> .....		<b>49</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD :	Affections de Longue Durée
ANAP :	Agence National d'Appui à la Performance
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASPA :	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
ARDH :	Aide au Retour à Domicile suite à une Hospitalisation
CDAS :	Centre Départemental d'Action Sociale
CG :	Conseil Général
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CLIC :	Comité Local d'Information et de Coordination
CLS :	Contrat Local de Santé
CNSA :	Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
COPIL :	Comité de Pilotage
CTO :	Comité Technique Opérationnel
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DMP :	Dossier Médical Personnel
DT :	Délégation Territorial
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EGS :	Evaluation Gérontologique Standard
EMG :	Equipe Mobile de Gériatrie
EMSP :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ENMR :	Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
EPS :	Etablissement Public de Santé
ESA :	Equipe Spéciale Alzheimer
FIR :	Fonds d'Intervention Régional
FIQCS :	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de ville
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GIR :	Groupe Iso Ressource
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale

HAD :	Hospitalisation à Domicile
HCAAM :	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST :	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES :	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MDPH :	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MSA :	Mutuelle Sociale Agricole
MSP :	Maisons de Santé Pluri professionnelle
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORS :	Observatoire Régional de Santé
PAP :	Plan d'Action Personnalisé
PAERPA :	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASA :	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PDSA :	Permanence de Soins Ambulatoires
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la Perte d'autonomie
PRISMA :	Programme de Recherche pour l'Intégration des Services pour le Maintien de L'Autonomie
PPS :	Pôle Pluri disciplinaire de Santé ou Projet Personnalisé de Santé
PRS :	Programme Régional de Santé
PSPH :	Participant aux Services Publics Hospitaliers
SAAD :	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SNS :	Stratégie Nationale de Santé
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SPASAD :	Service Polyvalent d'Aide et d'Accompagnement de Soins à Domicile
SROSM :	Schéma Régional d'Organisation des Soins Médico-sociaux
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	La Tarification A l'Activité
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcé
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD :	Unités de Soins de Longue Durée

## Introduction

Simone de Beauvoir dans son essai sur la vieillesse<sup>1</sup>écrivait «Les vieillards sont-ils des hommes ? À voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter. Elle admet qu'ils n'ont ni les mêmes besoins, ni les mêmes droits que les autres membres de la collectivité puisqu'elle leur refuse le minimum que ceux-ci jugent nécessaire ; elle les condamne délibérément à la misère, aux taudis, aux infirmités, à la solitude, au désespoir».

La crise caniculaire de l'été 2003 (15000 décès), les déficits récurrents de la branche maladie, les déséquilibres socio-économiques et les contraintes budgétaires de l'Etat, ont fait prendre conscience aux pouvoirs publics de la nécessité de se mobiliser afin d'apporter des réponses viables et pérennes au défi du vieillissement de la population, désormais, il y a un large consensus sur le fait que la prise en charge des personnes âgées doit être globale et transversale.

Ainsi, dès 2007, le gouvernement avait engagé un chantier visant à créer le cinquième «risque dépendance<sup>2</sup>», mais, il est resté inachevé. Il y a eu ensuite en 2010 un débat inabouti sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'objectif étant la création d'une assurance universelle spécifique de la perte de l'autonomie<sup>3</sup>. Aujourd'hui, le débat se poursuit avec une réflexion sur un projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement<sup>4</sup>.

En effet, la France comme la plupart des pays d'Europe occidentale, est confrontée à un phénomène de vieillissement inéluctable de sa population qui, vraisemblablement, devrait encore s'accroître avec l'arrivée massive à l'âge de la retraite des générations «Baby-boom» et l'allongement de l'espérance de vie.

Selon l'institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), la population Française est engagée dans un processus de transition démographique marquée par une croissance importante et continue des classes d'âge les plus élevées.

Les personnes âgées de 60 ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Les Français âgés de 75 ans et plus (5.7

---

<sup>1</sup>Simone de Beauvoir, 1970, la vieillesse, essai, édition Gallimard

<sup>2</sup> Rapport d'information du Sénateur Alain VASSELE sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, 8 juillet 2008.

<sup>3</sup>Rosso DEBORD .V, 23 juin 2010, Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, Assemblée nationale, p127

<sup>4</sup>Rapports AQUINO, BROUSSY, PINVILLE, 2013

millions en 2012) seront 12 millions en 2060. Le nombre des 85 ans et plus va quasiment quadrupler, passant de 1.4 million aujourd'hui à 4.8 millions en 2050.

Corollaire de cette augmentation de l'espérance de vie, l'émergence des poly-pathologies, des maladies chroniques. Elles peuvent être progressives, parfois invalidantes, pouvant même aller jusqu'à la dépendance<sup>5</sup>. Cette évolution démographique a inévitablement des impacts significatifs sur le mode d'organisation de notre système de santé.

En effet, si certaines personnes âgées souffrent de la perte d'autonomie<sup>6</sup> liée à leurs pathologies chroniques, d'autres présentent un risque de fragilité<sup>7</sup> et ont besoin d'un suivi médical individualisé et d'aides personnalisées pour effectuer les actes de la vie courante.

Les perspectives démographiques du vieillissement de la population française, l'augmentation de l'espérance de vie, l'émergence des maladies chroniques et leurs impacts sur l'organisation du système de santé constituent un défi majeur à relever.

Pour permettre à tous de profiter de meilleures conditions sanitaires, médico-sociales, sociales et économiques, notre société doit s'adapter dès à présent à cette révolution de l'âge, permise par le progrès.

Dès lors, la progression régulière du nombre des personnes âgées en perte d'autonomie soulève de nombreuses questions sur les modalités de prise en charge dans les années à venir. Si un consensus national existe bien quant à la nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées, les moyens mis en œuvre restent insuffisants et encore largement perfectibles. Ils doivent être réévalués et redéfinis.

Nous avons le devoir d'accompagner et de répondre aux besoins de tous ceux, pour qui l'âge signifie une perte d'autonomie ou une entrée dans la dépendance.

Les réponses apportées aux besoins de personnes âgées vulnérables restent parcellaires et fragmentées ; la prévention est insuffisamment développée, l'organisation actuelle du système de santé est inadapté et les prises en charge hospitalières sont souvent disproportionnées et inutilement coûteuses. Les études menées par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP<sup>8</sup>) sur le parcours de soins des personnes âgées de 85 ans et plus, ont montré que 40% des admissions en hospitalisation complète passaient par les urgences, et que ces passages pouvaient induire une hospitalisation médicalement évitable,

---

<sup>3</sup> La dépendance se comprend comme une incapacité à accomplir les actes de la vie courante sans l'aide d'une tierce personne.

<sup>6</sup> Le conseil économique social et de l'environnement (CESE) définit l'autonomie comme la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de conduite de ses actes et des risques qu'elle est prête à courir.

<sup>7</sup> Le professeur GENTRIC définit la fragilité comme un état instable de forte vulnérabilité aux événements nécessitant une adaptation (mécanisme de compensation) aux stress physiques, psychiques, sociaux et environnementaux, entraînant un risque élevé de dépendance, d'hospitalisation, d'entrée en institution et de mortalité.

IRDES : le terme fragilité employé dans la littérature géro-geriatrique décrit la réduction multi-systémique des réserves fonctionnelles.

<sup>8</sup> La démarche d'analyse et d'amélioration de parcours de santé des personnes âgées sur un territoire, ANAP, 2011

contre 15% pour les 30-70 ans. Près d'un quart des hospitalisations en court séjour des personnes de plus de 80 ans dépassent 10 jours. Au-delà de l'impact de l'organisation du système sur la qualité de vie des personnes âgées et de leur famille, viennent s'ajouter la dégradation de leur état de santé liée aux difficultés d'accompagnement du retour à domicile ou en établissements médico-sociaux.

Aujourd'hui, le constat est fait que le parcours de soins d'une personne âgée en situation de fragilité, du fait d'une limitation de son autonomie, de ses difficultés de santé au long cours ou d'une situation complexe qu'elle présente, se traduit bien souvent par une succession de ruptures dans la chaîne de prise en charge. Ces ruptures pourraient être évitées et les parcours de santé améliorés si le parcours de soins coordonné était développé.

Les enjeux liés au vieillissement de la population et ses conséquences, aux prestations et au mode d'accompagnement des personnes âgées fragiles et leurs aidants ont fait l'objet de nombreuses publications.

Ces études visent toutes à donner une forte visibilité aux pouvoirs publics dans leur prise de décision en faveur des personnes âgées fragiles.

Ainsi, le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>9</sup>, les publications du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)<sup>10</sup> ou encore de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES)<sup>11</sup> et de la Cour des comptes<sup>12</sup> ont contribué à alimenter les réflexions. Celles-ci portent sur la nécessité de développer de nouveaux modes d'organisation de parcours de soins en faveur des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur un territoire. L'objectif étant d'orienter le mode de prise en charge par l'ensemble des acteurs vers un mode d'exercice transversale coordonnée et continue. Le mode d'exercice des professionnels de santé reste cloisonné avec des interventions isolées autour d'un même patient. Le système hospitalier reste principalement centré sur la prise en charge ponctuelle des épisodes aigus, et ne répond pas à la gestion des problématiques de chronicité et/ou de la perte d'autonomie des personnes âgées dans la durée en dehors de l'hôpital.

De la même manière, l'absence de système d'information partagée, le manque de pilotage pour la gouvernance territoriale, l'absence d'une source de financement clairement identifiée, ne permettent pas de mieux coordonner les actions qui répondent aux enjeux de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

---

<sup>9</sup>L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, IGAS, mai 2011

<sup>10</sup> Vieillesse, longévité et assurance maladie, HCAAM, 22 avril 2010 et assurance maladie et perte d'autonomie, HCAAM, juin 2008

<sup>11</sup> Impact du vieillissement sur les structures de soins à horizon 2010, 2020 et 2030, DREES, 21 juin 2011

<sup>12</sup> Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, cour des comptes, 21 juin 2011

Les problèmes des personnes âgées fragiles restent insuffisamment repérés, mal couverts, avec une inadéquation entre les besoins et les services en place.

Manifestement, on constate une discontinuité dans cette prise en charge, des inégalités dans la qualité des services rendus et des trajectoires de soins souvent inadéquates. Ces difficultés conduisent inévitablement les personnes âgées aux urgences pour des motifs mal définis, des recours inadaptés à des hospitalisations ou des entrées injustifiées en institution. L'insuffisance de transversalité entre les acteurs ne permet pas de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées. La complexité de coordination entre les différents secteurs de santé tels que, la médecine ambulatoire, le sanitaire, le médico-social et le social rend difficile un parcours cohérent.

Deux indicateurs expliquent en effet cette insuffisance de prise en charge : un taux de passage anormalement élevé des personnes âgées aux urgences (40%) et une durée moyenne de séjour (DMS) plus longue (>10 jours) pour les maladies chroniques à l'hôpital.

Par ailleurs, les études de la DREES ont montré que l'organisation de nouveaux modes de prise en charge des personnes âgées ou encore de prestations telles que l'éducation thérapeutique, la prévention, la coordination ou la coopération sont possibles et nécessaires, si l'on veut effectivement supprimer les points de rupture et fluidifier le parcours de soins des personnes âgées. La réussite du projet-pilote expérimental dépend en partie de la capacité des acteurs à s'engager résolument dans de cette nouvelle démarche.

Les organisations mises en place pour structurer l'offre de santé et assurer une meilleure coordination des prestations (réseaux, coopérations, filières gériatriques...) ne suffisent pas à délivrer un service de soins «intégré<sup>13</sup>», lisible et accessible aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il n'en demeure pas moins que l'obtention des résultants reste perfectible. Ainsi, le vieillissement de la population dans les années à venir fait de la prise en charge des personnes âgées un enjeu majeur de la société. Face à cette réalité, les pouvoirs publics doivent repenser le mode de la prise en charge de manière transversale. Dans une logique d'exercice pluri-professionnel coordonné, ils peuvent agir à la fois sur la prévention, l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social.

Les ruptures fréquemment constatées lors de la prise en charge des personnes âgées obligent également les professionnels du territoire à organiser leurs interventions en logique de parcours coordonné articulées autour de la filière gériatrique.

---

<sup>13</sup>La méthodologie PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie) a été modélisée au Québec à la fin des années 1990. Elle a été utilisée pour mettre en place les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) en France. Celles-ci se basent notamment sur la démarche d'intégration via le guichet intégré. Il s'agit d'un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

En réponse aux problématiques actuelles du vieillissement et ses conséquences, le législateur désireux de faire évoluer le système de soins a souhaité l'expérimentation nationale des projets-pilotes de parcours de soins coordonné sur huit(8)<sup>14</sup> territoires au titre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2012.

L'objectif étant de faire en sorte que la personne âgée reçoive les bons soins, par les bons professionnels, dans des structures adaptées et au bon moment, le tout au meilleur coût.

Ces projets sont destinés d'une part, à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, d'autre part, à prévenir les hospitalisations évitables et à favoriser la gestion de leur sortie de l'hôpital.

D'ailleurs, Marisol TOURAINE, ministre de la santé et des affaires sociales, a rappelé que l'un des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) est de structurer le système de santé autour de la notion de parcours de soins qui semble prometteur, mais encore peu développé dans notre pays. C'est la raison pour laquelle la Stratégie Nationale de Santé a conforté la nécessité de mettre en œuvre une « médecine de parcours », c'est-à-dire non plus une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants, mais, une médecine entendue plus largement que les actes des seuls médecins.

L'objectif étant de parvenir, par une participation plus active des personnes soignées et une pratique plus coopérative des professionnels, à une prise en charge de qualité des personnes âgées dans la durée.

La stratégie nationale de santé consolide ainsi le parcours de santé à travers quatre axes prioritaires : la prévention, l'organisation des soins autour des patients, la démocratie sanitaire et la déconcentration. Ainsi, la ministre de santé appelle à la responsabilité collective de l'ensemble des acteurs de santé sur le territoire, à organiser un parcours coordonné de soins favorisant le décloisonnement des structures et des secteurs.

Le rapport des sages, rendu récemment par Monsieur CORDIER a fait du parcours de soins des personnes âgées, une de ses recommandations prioritaires.

---

<sup>14</sup>Les régions retenues : Bretagne, Bourgogne, Ile de France, Limousin, Lorraine, Pays de la Loire, PACA,

Aussi, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, Michèle DELAUNAY, travaille actuellement à l'élaboration d'un projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi, devrait plaider en faveur d'un véritable parcours d'autonomie pour les personnes âgées. Elle s'inscrit par ailleurs en pleine cohérence avec la stratégie nationale de santé. La loi qui sera présentée, devrait reposer sur trois piliers : **les trois A** qui sont, **l'anticipation** grâce à des actions de prévention des conséquences du vieillissement, **l'accompagnement** de la perte d'autonomie par le maintien à domicile et **l'adaptation** de la société au vieillissement dans le domaine du logement, de l'urbanisme et du transport.

On entend par parcours de soins<sup>15</sup>, une organisation coordonnée et proactive de l'ensemble des prestations nécessaires à la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et/ou en perte d'autonomie. Il vise à répondre de façon globale à leurs besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux par l'ensemble des acteurs d'un territoire.

Les Agences Régionales de Santé (ARS), sont étroitement associées à cette expérimentation de projets-pilotes de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. L'ARS Bretagne, tout comme les autres ARS, ont d'ailleurs inscrit le parcours de soins des personnes âgées comme une des priorités dans leur projet régional de santé (PRS). En région Bretagne, la thématique a fait l'objet de plans d'actions co-construits avec les instances de démocratie sanitaire dans le cadre de l'élaboration du programme territorial de santé (PTS). L'ARS participe, conseille et accompagne le projet expérimental de parcours de soins coordonné des personnes âgées en risque de perte d'autonomie initié sur le territoire de Saint-Méen-le Grand.

Face à toutes les problématiques qui complexifient le parcours de soins coordonné (le fonctionnement en tuyau d'orgue du système de santé, la multiplicité des acteurs, la stratification des instances administratives, l'incohérence des modes d'intervention et de financement, le mode de gouvernance non clairement identifié, l'absence d'outil commun de communication et le manque de coordination entre les acteurs) se pose clairement la question de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur un territoire.

L'organisation actuelle du système de santé sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand en Bretagne permet-elle une bonne prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ? Quels sont les atouts et les limites du projet expérimental ?

---

<sup>15</sup>Définition du cabinet Antares consulting

Pour cela, il est opportun de répondre à des questions communément posées. Comment optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie à travers l'expérimentation de projets-pilotes d'organisation transversale et continue ? Comment amener les acteurs de l'offre ambulatoire, hospitalière et médico-sociale à se coordonner de façon efficiente pour mieux répondre aux besoins de santé des personnes âgées? Quel système d'information et de communication faut-il mettre en place pour faciliter le partage des dossiers médicaux entre les professionnels ? Quelle gouvernance territoriale faut-il mettre en place pour accompagner ce projet-pilote ?

Cette problématique m'a poussé à investiguer sur les caractéristiques de cette population et l'organisation actuelle de sa prise en charge. La réflexion menée tout au long de ce travail découle des situations réelles, vécues en tant qu'ancien infirmier diplômé d'Etat des urgences. L'observation est faite que le système de santé actuel ne permet pas une prise en charge efficiente de qualité des personnes âgées en risque de perte d'autonomie au regard de la révolution démographique.

L'expérimentation menée sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, m'aura permis d'appréhender davantage la complexité de la prise en charge des personnes âgées vulnérables, de comprendre au travers des entretiens et des questionnaires les attentes des acteurs de terrain, d'analyser et de proposer des pistes d'amélioration identifiées. Il s'agit de mettre en perspective des stratégies ambitieuses en rapport avec le projet de loi en préparation sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population.

Tout l'intérêt de ce travail sera donc de proposer des réponses concrètes aux professionnels de santé en charge des personnes âgées. Ces propositions découleront des expériences, des observations et des études de terrain de Saint-Méen-le-Grand. Cependant, elles ne sont pas transposables d'une région à l'autre, mais restent adaptables à chaque territoire en fonction de sa spécificité.

Sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, l'offre de services dans le domaine de la santé est conséquente ; persistent cependant les problématiques d'absence de coordination entre les différents acteurs et les fréquentes ruptures observées dans la chaîne de prise en charge des personnes âgées vulnérables.

Ce mémoire s'attachera à montrer l'intérêt spécifique, pour le territoire de Saint-Méen-le-Grand, à mettre en œuvre la démarche expérimentale de parcours de soins coordonné de proximité articulée autour du pôle pluridisciplinaire de santé (PPS). Pour l'ARS Bretagne, il

s'agit d'apporter toute son ingénierie et son expertise au projet et d'accompagner les professionnels engagés dans cette démarche nouvelle recentrée sur un mode d'exercice coordonné.

Si le parcours de soins est une conception ancienne, il est néanmoins toujours d'actualité, tant il vise à structurer et coordonner les offres de soins sanitaires, médico-sociales et sociales en faveur des personnes âgées fragiles (I). L'expérimentation menée sur Saint-Méen-le-Grand permettra de comprendre les atouts et limites de la politique de prise en charge des personnes âgées sur ce territoire (II). Fort des constats de diagnostic et de la vision des acteurs du terrain, des pistes d'amélioration seront proposées pour répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de cette catégorie de population (III).

## Les éléments de méthode.

Pour la réalisation de ce mémoire, j'ai procédé de différentes manières à la collecte des données. Le traitement des informations recueillies a servi de base de réflexion sur la thématique de parcours de soins coordonné des personnes âgées fragiles.

1. **La recherche bibliographique**<sup>16</sup>: Au préalable, j'ai axé mon travail sur la recherche bibliographique d'ouvrages et d'articles traitant de la notion de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il s'agit pour moi, d'appréhender le plus largement possible cette notion. Ainsi, j'ai fait des recherches documentaires sur des travaux déjà réalisés sur le sujet, des publications, des rapports, des appels à projet, des plans ou des textes législatifs et règlementaires en lien avec le sujet. La lecture des ouvrages, la documentation en interne à l'Agence Régionale de Santé de Bretagne sont venues enrichir ma vision du sujet. Cette étape préliminaire de recherche bibliographique, qui fera l'objet d'une note de bas de page, m'a permis de délimiter le contour de ce thème de mémoire.
2. **Les entretiens semi-directifs** : Afin de recueillir les avis des acteurs de terrain très engagés, dans l'expérimentation du projet-pilote de parcours de soins des personnes âgées fragiles, sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand en Bretagne, j'ai effectué auprès des personnels intervenants dans la prise en charge des personnes âgées deux enquêtes semi-directives. L'une à vocation qualitative ; qui m'a permis d'avoir une vision transversale du parcours de santé des personnes âgées et de mettre en évidence les difficultés dans le fonctionnement, les points forts, les points faibles et les pistes d'amélioration. L'autre quantitative ; construite autour de trois axes d'analyse : populationnelle, cartographie de l'offre de soins sur le territoire et le parcours de soins ; ce qui m'a permis d'avoir une vision territoriale de l'état de santé de la population. L'objectif étant d'identifier les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de santé afin de travailler à l'amélioration du parcours de soins coordonné des personnes âgées. Au final, plus d'une vingtaine d'entretiens a été réalisés avec les professionnels<sup>17</sup> à l'aide d'un guide unique d'entretien que j'ai élaboré. Les guides d'entretiens et les entretiens se trouvent en annexe I, II, III et IV.
3. **Le carnet de note** : Pendant mon stage de professionnalisation, je possédais un cahier sur lequel je notais toutes les informations, les observations, les avis, les réflexions, leurs auteurs, le contexte, les dates, les lieux des réunions et les restitutions informelles. Ce cahier m'a permis également de noter l'ensemble des comptes-rendus des réunions du programme territorial de santé (PTS) et les observations de terrain en rapport avec le sujet de mon mémoire.
4. **La démarche participative** : J'ai bénéficié de la confiance de mon maître de stage qui a bien voulu m'associer aux différents projets de services, aux réunions et aux groupes de travail parfois en lien direct avec le sujet de ce mémoire.  
J'ai aussi eu l'opportunité de participer à des réunions de travail à Saint-Méen-le-Grand sur l'expérimentation de parcours de soins des personnes âgées fragiles pilotée par l'agence régionale de santé(ARS). Cette démarche participative a contribué à l'enrichissement du contenu de ce mémoire.

**Les sources des données** : INSEE, CARSAT, CONSEIL GENERAL, ARS Bretagne, ORS Bretagne.

<sup>16</sup>Documentation ANAP, ARS Bretagne, autres ARS retenues pour l'expérimentation, les recherches internet dans d'autres pays : Suisse, Québec, de nombreux ouvrages (voir annexes).

<sup>17</sup>La garantie de l'anonymat ayant été requise lors des entretiens, seules les fonctions des personnes interrogées seront indiquées.

## PREMIERE PARTIE

### **LE PARCOURS DE SOINS CORDONNE DES PERSONNES AGEES SUR UN TERRITOIRE, UNE LOGIQUE ANCIENNE, MAIS DES APPROCHES DIFFERENTES.**

#### **1 Contexte et émergence du concept de parcours de soins coordonné.**

Il y a quelques années, l'émergence des concepts de parcours de soins était concomitante à la culture de décroisement des secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux. La notion de parcours de soins, qui implique un continuum dans la prise en charge des patients, est aujourd'hui d'actualité ; pourtant, elle n'est pas nouvelle.

Déjà en 2004, l'approche de parcours de soins était fondée sur la responsabilité individuelle des assurés sociaux ; aujourd'hui, le concept de parcours de soins version 2014 s'inscrit dans la continuité de celle-ci, mais avec une approche différente orientée sur la coordination des actions des différents professionnels afin de favoriser la fluidité des parcours.

Bien que répondant à la maîtrise des dépenses de santé, le parcours de soins renvoie plutôt à la mise en œuvre d'un modèle organisationnel et une responsabilisation collective des acteurs de santé sur l'ensemble du territoire.

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) conforte la nécessité de mettre en œuvre cette médecine de parcours, pensée non pas comme une succession d'actes ponctuels et indépendants, mais comme une médecine étendue plus largement, par une participation plus active et plus coopérative entre les professionnels dans la durée, afin d'assurer une prise en charge optimale des personnes âgées fragiles. Elle consolide le parcours de santé à travers quatre axes prioritaires : la prévention, l'organisation des soins autour des patients, la démocratie sanitaire et la déconcentration.

Ces leviers, déjà mis en œuvre au travers de nombreux dispositifs, parmi lesquels on peut citer ; les réseaux et filières de santé, les filières de soins gériatriques, les filières gériatriques avec mise en place dans les hôpitaux d'équipes mobiles de gériatrie (EMG), les coopérations, les maisons pluridisciplinaires de santé, les centres de santé et les pôles de santé ou les MAIA. Ces dispositifs, plus ou moins aboutis, demeurent encore perfectibles.

## 1.1 Les différentes acceptions de parcours.

Comme voulu par le rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les parcours de soins doivent être personnalisés afin de correspondre au mieux aux besoins de la personne âgée. C'est pourquoi, il n'existe pas de parcours standardisé répondant à tous les besoins ; sa construction restant indissociable d'une bonne coordination des acteurs.

### 1.1.1 Le parcours de soins coordonné.

Bien que les références aux notions de programmes et de parcours de santé soient nombreuses dans la littérature, les définitions dont elles font l'objet ne sont pas toujours les mêmes et leurs contours manquent parfois de précision.

PINEAULT et DAVELUY<sup>18</sup> les définissent comme «*Un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie*».

Le parcours de soins peut ainsi se comprendre comme une organisation coordonnée et proactive de l'ensemble des prestations nécessaires pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et/ou en perte d'autonomie. L'objectif étant de répondre de façon globale à leurs besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux par l'ensemble des acteurs d'un territoire. Il regroupe les soins de premiers secours, les hospitalisations évitables (urgences), les hospitalisations à domicile, les soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Si certains parcours sont simples au regard des pathologies simples, d'autres parcours des personnes âgées souffrant de poly-pathologies et /ou de maladies chroniques s'apparentent à «*un parcours du combattant*» ou encore comme le décrit si bien CLAVERANE J.P et PASCAL C. à «*une succession de pas japonais entre les différents nœuds des fournisseurs de prestations de soins et des services*<sup>19</sup>, car la personne âgée dans son parcours de soins suit au sein du système hospitalier, une trajectoire complexe qui est la résultante des interactions de plusieurs acteurs participant à la prise en charge de la même personne malade».

---

<sup>18</sup> PINEAULT et DAVELUY : *La Planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. 1995

<sup>19</sup> CLAVERANE J.P, PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Paris : éditions Médica, 188p

### **1.1.2 Le parcours de santé.**

C'est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par la personne âgée en risque de perte d'autonomie dans un système de santé organisé, coordonné dans le temps et dans l'espace. Ce parcours est articulé en amont avec une prévention primaire, sanitaire et sociale, et en aval, avec un accompagnement sanitaire, social et médico-social favorisant le maintien et/ou le retour dans son lieu de vie (domicile ou institution).

La coordination des acteurs améliorerait la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes âgées vulnérables.

### **1.1.3 Le parcours de vie.**

C'est une trajectoire historique de vie d'une personne dans son environnement social, familial, culturel, économique..., son mode de vie, ses habitudes avant de s'exposer aux risques de perte d'autonomie. L'objectif étant de maintenir aussi longtemps que possible la personne âgée vulnérable à domicile dans son milieu de vie ordinaire afin d'éviter la déstructuration de tout un mode de vie.

## **1.2 Les étapes de la construction du parcours de soins.**

Pour assurer aux personnes âgées une prise en charge efficiente de qualité, des outils ont été conçus et progressivement mis en place depuis deux décennies ; ce sont les réseaux, les filières, les groupements de coopération sanitaire (GCS), les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et plus récemment la communauté hospitalière du territoire (CHT).

L'étude détaillée des outils nous permet de comprendre les évolutions de la construction du parcours de soins et d'analyser les insuffisances qu'ils peuvent engendrer par leur cloisonnement.

L'idée de coordination est très ancienne dans son affirmation<sup>20</sup>, mais beaucoup plus récente dans sa mise en œuvre en France ; énoncée dès 1962 dans le rapport de la «commission d'étude de la vieillesse<sup>21</sup>», il a fallu attendre la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, pour que la nécessité de développer la coordination entre tous les acteurs soit clairement affichée.

---

<sup>20</sup>Ibid. 4

<sup>21</sup>Rapport haut comité de la population Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Documentation française, 1962

### **1.2.1 Les filières de soins et les réseaux de santé : deux modes d'organisation de parcours du patient apparus à la fin du XXème siècle.**

L'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 et l'ordonnance du 04 septembre 2003, définissent le réseau et la filière de soins comme des modes d'organisation de prise en charge des patients, y compris des personnes âgées dans leur parcours de soins. Ces nouvelles formes d'organisation ont pour objectif de favoriser la pluridisciplinarité et la collaboration des différentes structures de prise en charge, tant en interne qu'en externe, et ce, au bénéfice du patient tout au long de sa maladie.

Les filières de soins représentent des modes d'organisation internes à un établissement et peuvent se poursuivre en externe, par des réseaux structurés ou informels. Ce sont avant tout, une succession d'étapes de prise en charge par des acteurs de santé visant à cadrer et à orienter la trajectoire du patient dans son parcours de soins. Le but étant d'apporter une meilleure qualité de soins, une meilleure utilisation des plateaux techniques et une prise en charge pluridisciplinaire cohérente.

La filière de soins concilie deux logiques : d'une part l'interdisciplinarité des acteurs qui ont des approches variées dans la gestion du parcours de la personne malade, d'autre part un interlocuteur bien identifié dans la connaissance globale du patient et à qui on peut s'adresser pour avoir des informations utiles.

La filière de soins assure le continuum dans la chaîne de prise en charge du patient, en intégrant un maillage territorial des différentes structures, des nombreux acteurs dans le respect de la logique de gradation de soins.

Les réseaux de santé qui ont été introduits par la loi Kouchner du 04 mars 2002<sup>22</sup>, sont l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. La loi confère au médecin généraliste un rôle pivot de premier recours dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins. A ce titre, le médecin est en charge du diagnostic, de l'orientation, du traitement, du suivi de la personne âgée et de la coordination de son parcours de soins, y compris dans le secteur médico-social. Il est le relais des politiques publiques en matière de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.

Au fil du temps, plusieurs acteurs ont introduit dans leur activité une fonction de coordination des soins en faveur des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il s'agit notamment des maisons de santé, des centres de santé, des services d'hospitalisation à domicile (HAD), des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des services de soins à domicile (SSAD), des établissements de santé à travers les équipes mobiles de gériatrie (EMG) ou les équipes mobiles de soins palliatifs

---

<sup>22</sup>Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art.6321-1 et L.6321-3 du csp)

(EMSP), des établissements médico-sociaux et d'autres structures d'accompagnement médico-sociales telles que les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Plus récemment, d'autres organisations destinées à renforcer l'intégration des interventions des acteurs autour de la personne âgée, comme les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA) se déploient.

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012, a créé le fonds d'Intervention Régional (FIR), qui s'est substitué au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS) pour l'allocation des ressources aux réseaux.

Avec l'expérimentation de parcours de soins des personnes âgées fragiles, il paraît dès lors opportun, que les réseaux de santé historiquement positionnés sur le champ de la coordination mobilisent leurs compétences acquises au service du projet-pilote.

### **1.2.2 Les Centres locaux d'information et de coordination (C.L.I.C.)**

Les C.L.I.C sont sous la compétence des Conseils Généraux. Ils constituent des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour les personnes âgées et/ou leur entourage. La notion de coordination gérontologique s'est poursuivie dans le champ médico-social avec la création des Centres locaux d'information et de coordination (C.L.I.C). Initialement à titre expérimental avec la circulaire du 06 juin 2000<sup>23</sup>, puis de manière généralisée par la publication de la circulaire du 18 mai 2001<sup>24</sup>, où il est rappelé que la coordination doit s'attacher à résoudre les situations complexes et urgentes dans une logique d'intervention de proximité. La zone d'attraction des CLIC reste le bassin de vie de la personne âgée.

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait alors entrer le CLIC dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux, lesquels relèveront, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, de la compétence de départements suite à la promulgation de la loi RAFFARIN du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Bien naturellement, la notion de coordination est venue s'adjoindre à la notion de réseau afin de mieux coordonner la bonne prise en charge des personnes âgées fragiles.

---

<sup>23</sup> **Circulaire** DAS-RV 2 n° 2000-310 du **6 juin 2000** relative à l'expérimentation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

<sup>24</sup> Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001-224 du 18 mai relative aux CLIC

### 1.2.3 Les filières gériatriques.

En s'inscrivant dans la continuité des réseaux gérontologiques, le réseau gériatrique se veut sanitaire ; d'abord porté par l'hôpital, il s'est étendu au secteur médico-social, lequel se situe en amont et en aval de l'hôpital. La filière de soins gériatrique peut se comprendre comme un ensemble des structures élémentaires, fonctionnelles et/ou géographiques concourant à la prise en charge des personnes âgées vulnérables<sup>25</sup>.

Deux circulaires de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 ont permis une évolution en matière de continuité de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. L'enjeu de la coordination entre les acteurs locaux du secteur sanitaire et du secteur médico-social étant le décloisonnement afin de permettre à chacune des structures d'accomplir plus facilement ses missions.

Ainsi, la circulaire du 28 mars 2008 définit la filière gériatrique comme, une modalité d'organisation cohérente et graduée de soins en faveur des personnes âgées fragiles sur un territoire donné ; visant à couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé tout en tenant compte de ses besoins évolutifs de santé.

### 1.2.4 Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Selon un article<sup>26</sup> publié par VERMOREL.M et RUMEAU.E, «les insuffisances des structures mises en place ont rendu nécessaire un raisonnement de type nouveau résolument tourné vers l'inter-filialité gérontologique entre les secteurs sanitaires et les secteurs médico-sociaux avec une approche territoriale».

L'ordonnance JUPPE de 1996 a fait du secteur sanitaire le pionnier de la coopération. Elle a permis de créer le GCS comme étant une nouvelle catégorie de personne morale pouvant regrouper les établissements publics de santé (EPS), les établissements participant au service public hospitalier (PSPH) et/ou les médecins libéraux. Le but étant de favoriser la coopération entre ces différentes entités. Désormais, le GCS est étendu au secteur médico-social avec le groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS).

---

<sup>25</sup>DRUNAT.A, HOLSTEIN.V, LUTZLER, janvier 1997, *intérêt du concept de filière de soins pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie, Gestions hospitalières, n°362,45p*

<sup>26</sup>*Les inters-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion du territoire, Gérontologie et société*

### **1.2.5 La responsabilisation des patients sous l'angle du parcours de soins coordonné.**

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a instauré le parcours de soins coordonné poursuivant un double objectif ; rationaliser les dépenses de santé et améliorer la continuité et la qualité des soins. Cette loi, responsabilise les assurés sociaux, puisqu'elle stipule que tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit choisir et déclarer un médecin traitant. Désormais, tout assuré ayant déclaré un médecin traitant est contraint de le consulter avant d'avoir recours à un spécialiste, faute de quoi, il fera l'objet de pénalités financières par la majoration de son ticket modérateur.

En recentrant les soins de premier recours autour du médecin traitant comme porte d'entrée dans le système de santé, cette loi confère au médecin traitant le rôle de gardien «gate keeper» du système de soins primaire de santé ; il joue un rôle capital dans la prise en charge du patient dans son parcours de soins, puisque c'est lui qui oriente et qui s'assure de la bonne coordination<sup>27</sup> des soins avec le secteur sanitaire et le médico-social.

Pour une meilleure dispensation de soins de qualité, un outil de partage d'information et de suivi a été créé, il s'agit du Dossier Médical Personnalisé (DMP). Après de nombreux obstacles juridiques et techniques qui ont retardé sa mise en œuvre, le DMP se déploie aujourd'hui très progressivement, sa généralisation permettra au médecin d'avoir des informations en temps réel sur la situation de la personne âgée dans son parcours de soins.

### **1.2.6 Le déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) : la notion «d'intégration<sup>28</sup>».**

Expérimentées dans le cadre du Plan Alzheimer depuis 2009, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) sont des dispositifs de proximité construits pour simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné.

Le Plan Alzheimer a également initié les plateformes de répit, qui ont pour rôle de proposer une offre diversifiée, coordonnée et d'accompagnement aux aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées.

---

<sup>27</sup> Article L4130 du CSP

<sup>28</sup> Le Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA) a été modélisé au Québec à la fin des années 1990.

La mise en place des MAIA en France s'est fortement inspirée de la méthodologie PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie) modélisée au Québec à la fin des années 1990. Celle-ci s'est basée notamment sur la démarche d'intégration via le guichet intégré. Il s'agit d'un mode d'organisation partagé entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la personne âgée fragile et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour des pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les MAIA sont un réseau de partenaires avec une tête de réseau qui est le pilote et le promoteur. La MAIA n'est pas la superposition d'une nouvelle structure mais permet la coresponsabilité de l'ensemble des parties prenantes.

Les objectifs des MAIA restent complémentaires des outils en place et visent à :

- Identifier sur un territoire infra-départemental les ressources disponibles, mobilisables autour des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs familles.
- Coordonner ces différents acteurs autour d'un plan de services individualisés pour chaque personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle
- Proposer des solutions aux situations complexes (gestionnaires de cas) qui représentent 5% à 6% des populations de plus de 60 ans (au moins 2 ETP/MAIA).
- Articuler les modalités de réponses de tous les partenaires identifiés comme ayant une fonction d'information et d'orientation (notion de guichet intégré) afin de faciliter le parcours des personnes âgées.

### **1.2.7 Les nouvelles perspectives du parcours coordonné de soins par la loi HPST.**

La loi HPST est venue définir le contour d'un système de santé organisé, coordonné, résolument axé sur, la transversalité d'exercices pluridisciplinaires, la territorialisation de la santé et la régulation de l'offre de soins<sup>29</sup>. Cette loi confie au médecin traitant la responsabilité d'orienter les personnes âgées fragiles, selon leurs besoins et de s'assurer de la coordination nécessaire à leur accompagnement<sup>30</sup>. Ainsi, le médecin généraliste de premier recours à un rôle pivot dans l'organisation, la mise en œuvre du suivi de la personne âgée et la coordination de son parcours. L'objectif étant d'offrir aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie, des services de meilleure qualité répondant au mieux à leurs attentes. À ce titre, la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS) est engagée dans la mise en place de ces parcours coordonnés et de leur bon fonctionnement. L'une des missions des ARS est de favoriser le rapprochement des structures, de rendre visibles et lisibles les actions conduites et d'assurer un portage des

---

<sup>29</sup> Article L4130-1 du code de la santé publique

<sup>30</sup> Ibid rapport IGAS 2011

projets de coopération entre les libéraux, le champ sanitaire et médico-social et les autres établissements hospitaliers.

Au titre de l'article 118 de la loi HPST, les ARS sont chargées «de réguler, d'orienter, et d'organiser l'offre de santé de manière à répondre aux besoins de soins et services médico-sociaux des personnes âgées fragiles et de garantir l'efficacité du système de santé».

Les ARS aident et appuient la démarche expérimentale de proximité en apportant leur expertise au diagnostic territorial et en finançant les projets.

Malgré les multiples offres de soins et services, et malgré des modes de coordination existants, la coordination semble toujours manquer d'efficacité, car les applications ont été très lentes et insuffisamment articulées entre le secteur sanitaire (hôpital et médecine de ville) et le secteur médico-social (établissements sociaux et services). Par ailleurs, le système de santé très éclaté au plan institutionnel, la diversité des instances et des pratiques, la multiplicité des acteurs, ne favorisent pas une prise en charge globale et transversale et contribuent à augmenter les difficultés des personnes âgées fragiles et leurs aidants.

## **2 La complexité du système de santé accentue le blocage du parcours de soins.**

Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre au cours des vingt dernières années en France, pour tenter de répondre au manque de coordination et notamment les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et les réseaux gérontologiques. Certes, ils ont permis des avancées notables mais leurs domaines d'intervention restent encore trop cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, et sanitaires pour les seconds. Le mode d'exercice cloisonné des acteurs de la santé entre l'ambulatoire, l'hospitalier, le médico-social, le social, les aidants, crée une discontinuité dans le parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie et contribue à créer de multiples points de rupture dans leur chaîne de parcours de santé. La diversité des acteurs mobilisés et la multiplicité des structures compliquent la mise en œuvre des politiques d'un parcours coordonné, cohérent et lisible.

A cela, s'ajoute l'insuffisante connaissance des besoins des personnes âgées souffrant de maladies chroniques par certains acteurs et leur résistance à une profonde transformation de leurs pratiques professionnelles. Bien souvent, et en l'absence d'organisation hospitalière, notamment la régulation des urgences pour un accès direct aux services de prise en charge dédiée aux personnes âgées, les orientations

systematiques de personnes âgées fragiles à l'hôpital contribuent à engorger les urgences.

Le secteur hospitalier se limitant exclusivement au traitement de l'aigu, mobilise des ressources et des interventions importantes autour de la personne âgée admise aux urgences. A l'issue des soins apportés, elle est soit renvoyée à son lieu de vie ordinaire (domicile ou institution d'origine). A défaut, elle attendra des heures aux urgences avant d'être orienter dans un service souvent inadapté à ses pathologies. Bien souvent, ces hospitalisations vont se pérenniser par manque d'organisation coordonnée de sortie en aval. Cette pratique contribue à augmenter la durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital des personnes âgées fragiles.

## **2.1 Un système organisationnel complexe.**

Reconnu pourtant comme un des meilleurs systèmes de santé au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la complexité du système de santé Français engendre, d'une part, des difficultés de compréhension et d'appropriation pour les personnes âgées et, d'autre part, des difficultés de coordination des actions pour les institutionnels. Le système de santé Français est très complexe compte tenu de la stratification des instances, de la multiplicité des acteurs et de ses dispositifs. Grande est la frontière entre le social, l'ambulatoire, le médico-social et le sanitaire, qui ne favorise pas la coordination. L'exercice des soins coordonnés autour de la personne âgée repose bien souvent sur la bonne volonté des acteurs. Notre système de santé s'est construit au gré de lois contraignantes, où chaque acteur s'inscrit dans un territoire qui lui est propre, lié à sa tutelle, à sa propre culture professionnelle, à sa source de financement ou à sa réglementation. L'approche globale dans la relation soignant-soigné reste efficace, cependant, la prise en charge de manière transversale, continue et coordonnée reste difficile en raison de la multiplicité des acteurs ayant des modes d'exercices spécifiques et cloisonnés.

## **2.2 La stratification des instances administratives.**

Au lieu d'avoir un échelonnement fonctionnel commun qui s'articule pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, les instances de décisions administratives et financières, que sont l'agence régionale de santé (ARS), le conseil général, la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA), la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sont cloisonnées et poursuivent chacun des objectifs différents. Ils sont le reflet de la gestion administrative et des opérateurs, et ne répondent pas à la réalité des besoins des personnes âgées fragiles.

Les freins institutionnels demeurent car le mode central de pilotage génère sur le terrain de grandes difficultés de mise en œuvre des politiques.

### **2.3 Un système organisationnel insatisfaisant ; une gouvernance territoriale à redéfinir et un système d'information inadapté**

Le système organisationnel est insatisfaisant et ne favorise pas l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie; il reste éclaté avec des logiques différentes entre instances de décision. Les personnes âgées et leur famille ont parfois beaucoup de mal à s'orienter parmi tous les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Les enjeux identifiés en terme organisationnel pour l'ensemble de l'offre de soins méritent d'être repensés dans leur globalité.

Le territoire manque de pilotage cohérent. L'offre de soins territoriale reste cloisonnée, disparate et mal connue de l'ensemble des acteurs et des patients, des usagers et de leur entourage. La gouvernance territoriale reste à définir en l'absence d'une gouvernance des instances clairement identifiée, des missions, des objectifs prioritaires et des référentiels communs.

Le tout complexifie davantage le système et ne permet pas un travail coordonné et transversal.

Le système d'information très bloquant constitue un frein en l'absence d'outil commun de partage d'information entre les acteurs .La dispersion des données, l'absence d'outils de chaînage d'information simplifiée et accessible dans l'analyse du parcours de soins des personnes âgées rendent difficile une prise en charge coordonnée.

Le système d'information global et partagé entre les différents acteurs n'existe pas.

Les bases de données les plus utilisées ne sont pas structurées et ne permettent pas d'évaluer les besoins des personnes âgées. Le déficit de partage d'information mais également de reconnaissance entre les acteurs est source de doublons et d'inefficience.

### **2.4 Des modes de financement peu incitatifs.**

Le mode de financement des acteurs est peu incitatif, les modalités de paiement diffèrent en fonction de l'organisme financeur, en l'occurrence l'assurance maladie ou le conseil général. La rémunération est inadaptée car fondée sur l'acte ou l'activité et non sur la coordination. Le volet médico-économique reste délicat à traiter; les modalités de tarification applicables aux structures et aux professionnels de santé ne les incitent pas à adhérer à la pratique de coordination. Les contraintes d'une gestion en silo des

enveloppes budgétaires constituent des freins dans la mise en œuvre des actions transverses de coordination en faveur des personnes âgées.

Des initiatives comme les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) restent limitées. L'insuffisance des leviers financiers empêche la coopération, tandis que le faible niveau des incitatifs financiers pour les organisations démotive les professionnels.

L'enjeu est donc de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent plus à qui s'adresser et qui sont perdues dans les méandres des nombreux dispositifs, mal articulés et cloisonnés, de notre système de santé. Il est donc nécessaire de mettre en place une meilleure articulation entre les différentes structures de soins sanitaires et médico-sociales. Il s'agit d'offrir aux personnes âgées et leurs aidants une réponse graduée et adaptée à chaque situation.

Le parcours de soins coordonné, apparaît alors comme une réponse aux enjeux du vieillissement. C'est un levier qui permet de supprimer certains obstacles afin d'assurer de manière globale et transversale la continuité de la prise en charge.

### **3 Le parcours de soins coordonné comme levier de transformation des composantes du système de santé.**

Le parcours de soins des personnes âgées est souvent caractérisé par une forte discontinuité avec une succession de ruptures dans la chaîne de soins. Une réponse globale est rarement apportée, ce qui explique bien souvent, un passage trop fréquent, par défaut, des personnes âgées aux urgences.

Les enjeux identifiés en terme organisationnels ont un impact structurant sur le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et méritent d'être étudiés dans leur globalité. L'organisation du parcours de soins doit être traité de manière transversale et coordonnée entre les acteurs hospitaliers, ambulatoires, médico-sociaux et sociaux afin d'apporter des réponses aux besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il faut créer les conditions d'un parcours coordonné, pour cela, il est nécessaire de décroisonner le système de prise en charge et de coordonner les actions des offreurs de soins pour fluidifier le parcours.

#### **3.1 Les actions sur l'offre de soins.**

Les actions sur l'offre de soins visent à limiter les risques de rupture aux interfaces ambulatoires-sanitaires et médico-sociales ; il s'agit d'améliorer la coordination entre les différents acteurs, de mieux différencier les offres et de privilégier les alternatives à l'hospitalisation. De la même manière, il faut valoriser l'existant et encourager les

initiatives locales d'accompagnement des personnes âgées vulnérables. Il s'agit donc de développer des activités cliniques nouvelles<sup>31</sup>, essentielles à la coordination de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, articulées autour de quatre axes nécessaires à la continuité du parcours de soins :

- Repérage en soins de premier recours des patients âgés fragiles.
- Réalisation d'une évaluation gériatrique standard (EGS).
- Elaboration d'un plan personnalisé de soins (PPS) répondant aux risques identifiés.
- Partage de l'information entre les différents acteurs et niveaux de soins et communication vers le patient et les professionnels.

### **3.2 La régulation du système de santé pour un parcours cohérent.**

La synergie territoriale instituant une gouvernance territoriale commune pour le continuum du service en faveur des personnes âgées, permet de mieux répondre aux enjeux de qualité, de maîtrise de la complexité et des coûts. Elle réduit significativement les résistances à la collaboration interprofessionnelle, inter-organisationnelle et/ou intersectorielle. Pour ce faire, elle exige la mise en place d'une série de stratégies, d'approches et de méthodes soutenant la coordination des services et la collaboration interprofessionnelle. La loi HPST confie à l'ARS la légitimité de nourrir une réflexion et des méthodes dans le contexte de l'élaboration de projets régionaux de santé (PRS) et de schémas. Ceci, en jouant le rôle de rassembleur auprès des acteurs, il est donc nécessaire d'interroger notamment l'évaluation des besoins des personnes âgées et des offreurs de soins dans le champ ambulatoire, sanitaire médico- social et social.

### **3.3 Le financement du nouveau mode d'organisation de soins.**

Il s'agit d'aligner les incitatifs économiques pour favoriser la coordination et la prise en charge des personnes âgées fragiles par des bons acteurs au bon moment. Pour les ARS, il existe de plus larges possibilités en matière de fongibilité des enveloppes. La création d'un dispositif «d'intéressement» régional et la montée en puissance du fonds d'investissement régional (FIR) pourraient constituer de puissants leviers pour accompagner le changement.

Certains, pensent qu'il faut introduire la notion de rémunération par capitation pour financer les professionnels engagés, en particulier les médecins généralistes ; d'autres pensent que ce mode de rémunération apparaît comme davantage compatible avec la

---

<sup>31</sup>Rapport d'analyse des projets article 70 Haute autorité de santé-2012

pratique en réseau, car il privilégie une approche populationnelle et permet de faire participer le médecin au contrôle du coût.

Compte tenu des objectifs poursuivis par l'expérimentation au titre de l'article 70 de la LFSS 2012, la loi prévoit un financement engagé, complémentaire non substitutif en plus des financements déjà mobilisés (ENMR) sur la thématique de parcours de soins des personnes âgées vulnérables. En revanche, les modalités de paiement des acteurs engagés sur des sites expérimentaux se feront dans le cadre de la convention qui les lie à l'ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie.

### **3.4 Un système d'information approprié.**

Il s'agit d'utiliser un système d'information commun, sécurisé et partagé entre les différentes structures pour améliorer la qualité et la sécurité des soins des personnes âgées fragiles dans leur parcours. Le système d'information partagé est un élément d'intégration des services et des structures, qui permet aux acteurs de parler le même langage. D'une part, le système d'information possède les capacités de gérer un grand nombre de données des patients (collecte des données essentielles précises, structuration, tri, analyse, etc.) ; d'autre part, le système d'information facilite la communication, le partage et l'échange d'informations entre les différents acteurs (professionnels et patients y compris), entre les différents sites. Le système d'information assure la continuité des prises en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et reste un support précieux pour la démarche de coordination, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

## DEUXIEME PARTIE

### **L'EXPERIMENTATION MENEES SUR LE TERRITOIRE DE SAINT-MEEN-LE-GRAND EN BRETAGNE AU TITRE DE L'ARTICLE 70 DE LA LFSS 2012.**

#### **1 Contexte et enjeux de l'expérimentation du parcours de soins coordonné des personnes âgées sur le territoire.**

L'émergence des poly-pathologies et des maladies chroniques inhérentes au vieillissement, constituent un enjeu considérable d'organisation de notre système de soins. Pour répondre à ce défi, l'offre sanitaire et médico-sociale doit être mieux structurée sur un territoire. Elle doit s'adapter au caractère évolutif des besoins des personnes âgées atteintes d'affections chroniques et progressives, souvent source d'incapacités fonctionnelles pouvant aller jusqu'à la dépendance.

Cette évolution doit être pensée dans une logique de prise en charge pluridisciplinaire, à travers une étroite coordination entre les professionnels de soins ambulatoires, les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques.

Devenu une des priorités de la santé publique, il est apparu nécessaire de s'engager vers une organisation et des coopérations centrées autour du parcours de soins coordonné.

Il apparaît aujourd'hui, comme un véritable levier d'une prise en charge globale, transversale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Ainsi, en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année 2012, le législateur a proposé, sur la base d'un cahier de charges, l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation, destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, visant à prévenir leur hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital.

C'est pourquoi, les ARS, dans le cadre de l'élaboration de leur programme régional de santé, ont pris en compte la notion transversale et continue de parcours de la personne âgée et l'ont ciblée comme nécessaire et prioritaire.

L'appel à projets diffusé auprès des ARS a souhaité privilégier le choix des projets opérationnels de proximité déjà existants, nécessaires à l'alimentation des réflexions sur les projets pilotes et susceptibles d'être mise en œuvre rapidement.

Ces expérimentations comprennent un fort enjeu d'évaluation et donc de modélisation d'indicateurs pertinents à même de mesurer les différents aspects du parcours de soins.

Cette évaluation devra servir de base aux pouvoirs publics dans leur prise de décision de la généralisation.

### **1.1 Les objectifs de projet-pilote de l'expérimentation.**

Les expérimentations du parcours coordonné de soins visent à favoriser la continuité de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie par une meilleure organisation des soins. Le parcours coordonné permet d'éviter autant que possible, les hospitalisations et les ré-hospitalisations des personnes âgées fragiles. L'optimisation des interventions grâce à une meilleure collaboration des professionnels de santé, notamment au moment sensible de l'hospitalisation et un véritable partage des informations garantirait la sécurité et la qualité des soins aux personnes âgées vulnérables.

Ces expérimentations devraient s'appuyer sur des projets locaux existants, qui bien souvent, sont limités dans leur objectif par manque de sources de financement. En effet, les expérimentations de parcours de soins des sujets âgés conduites autour de l'amélioration du recours à l'hôpital, notamment le passage aux urgences et la gestion de la sortie bénéficieront d'un financement complémentaire.

### **1.2 Les caractéristiques de la démarche expérimentale.**

Ces expérimentations portent sur un segment précis mais critiquable du parcours de soins, l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Deux modules sont retenus au niveau national pour ces expérimentations pilotes contenant chacun un des objectifs retenus par le législateur. Les porteurs du projet peuvent présenter un dossier comportant l'un ou l'autre des deux modules ; toutefois, le critère de sélection favorable aux candidats reste la présentation simultanée des deux modules.

Le module 1, vise à prévenir en amont toute hospitalisation; en conséquence, le projet devra proposer des actions permettant de mieux outiller les acteurs de soins de premiers recours y compris les médecins traitants, tous ceux intervenant en EHPAD ou les médecins coordonnateurs. La réalisation de ce module permet au médecin traitant de mettre en place un système d'aide à la décision à partir d'une évaluation gériatrique complémentaire, d'organiser une concertation pluridisciplinaire et de disposer d'une capacité de réponse sans délai à la sollicitation d'un professionnel confronté à un risque d'hospitalisation urgente d'un sujet âgé fragile.

Le module 2, plus orienté vers la gestion de la sortie et des suites d'une hospitalisation, vise à améliorer en aval de l'hôpital, le parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Il s'agit d'un projet présentant des actions permettant une prise en charge

efficace à la sortie de l'hôpital et qui assure la fluidité entre le séjour hospitalier et le retour à domicile ou en établissement médico-social.

## **2 Les caractéristiques de la population bretonne et les initiatives locales.**

### **2.1 Les caractéristiques de la population bretonne.**

La population bretonne est relativement plus âgée que la population de France métropolitaine. Les plus de 60 ans sont surreprésentés (24% contre 22%). La répartition de cette tranche d'âge est contrastée entre les départements bretons. L'Ille-et-Vilaine présente un taux relativement faible (19,7%) alors que les trois autres départements affichent une proportion de plus de 60 ans proche ou supérieure à 25%.

Le vieillissement de la population est plus marqué en Bretagne. L'indice de vieillissement est de 76% contre 67,4% en France métropolitaine. Il comporte des écarts très significatifs entre les départements : 93,2% dans les Côtes d'Armor, 80,9% dans le Finistère, 58,5% en Ille-et-Vilaine et 82,1% dans le Morbihan, cette tendance devrait se poursuivre à l'horizon 2030.

La Bretagne compterait 3,47 millions d'habitants en 2030, soit 10% de plus qu'en 2008 selon de récentes projections fournies par l'INSEE. En 2030, 1 breton sur 3 aura 60 ans ou plus, contre 1 sur 4 en 2008, soit plus d'un million d'habitants en Bretagne. Par ailleurs, la part de la population très âgée devrait augmenter lentement dans un premier temps, puis plus rapidement avec l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom.

La proportion des plus de 80 ans, qui représente 5 % de la population aujourd'hui, devrait fortement progresser d'ici 2030 et plus que doubler d'ici 2050.

Selon les hypothèses de l'INSEE, cette progression serait significative dans tous les départements bretons d'ici 2030. L'Ille-et-Vilaine présenterait la plus faible part de plus de 80 ans. Néanmoins, il resterait avec le Finistère, le département dont le nombre de plus de 80 ans serait le plus élevé avec plus de 70 000 habitants, contre 56 000 et 66 000 respectivement dans les Côtes d'Armor et le Morbihan.

### **2.2 Le projet du pôle pluridisciplinaire de santé (PPS) du territoire de Saint-Méen-le-Grand.**

Plusieurs raisons ont motivé la création de PPS, en effet, le territoire de Saint-Méen-le-Grand est rural et reste dominé par les autochtones et de nombreux retraités bretons qui ont travaillé en région parisienne et qui reviennent dans leur région. Cependant, le

territoire n'échappe pas au phénomène de vieillissement et son corollaire ; les poly-pathologies et les maladies chroniques.

Or, l'accompagnement des personnes âgées sur Saint-Méen-le Grand requiert l'intervention de multiples professionnels dont les compétences sont complémentaires.

Ainsi, afin de mieux répondre aux besoins croissants de soins des personnes âgées, et désireux de voir évoluer leurs pratiques professionnelles, les acteurs de santé du territoire de Saint-Méen-le-Grand, les libéraux, trente-huit (38) au total, et l'hôpital local de proximité ont créé en juin 2009 le pôle de santé pluridisciplinaire (PPS) organisé sous la forme d'une association loi 1901. La mise en place du pôle pluridisciplinaire de santé concrétise la volonté des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'agir collectivement, afin de répondre de manière transversale aux enjeux du parcours de soins des personnes âgées sur le territoire. Le but étant de coordonner l'ensemble des prestations et services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le PPS regroupe tous les professionnels de santé libéraux du territoire de Saint-Méen-le-Grand ayant adhéré au projet et plus largement, tous ceux des départements limitrophes d'Ille-et-Vilaine, des Côtes d'Armor et du Morbihan. Des liens ont été tissés avec le CHU de Rennes, les hôpitaux locaux de Dinan et de Ploërmel afin de travailler ensemble à la bonne prise en charge des personnes âgées dans leur parcours de soins.

Un des premiers axes de travail du PPS, en collaboration avec le cabinet conseil «Eliane», a été de coordonner les actions des professionnels afin d'assurer aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie un parcours de soins gradué, transversal, de qualité avec tous les acteurs du territoire notamment, la ville, l'hôpital, le médico-social et social, la maison de santé, les kinésithérapeutes, les infirmières, les pharmaciens, les dentistes, le psychologue, les orthophonistes etc....

Cependant, dans un contexte global de vieillissement croissant de la population, une meilleure connaissance des mécanismes conduisant à la perte d'autonomie constitue un objectif majeur pour mettre en place cette politique de coordination et de prévention efficace. Le concept de «fragilité» élaboré initialement en géro-geriatrie et qui désigne un état précurseur de la dépendance fonctionnelle, a été étudié par l'équipe géro-geriatrie de Toulouse. Cette étude est basée sur le «**modèle de Fried**<sup>32</sup>», qui repose sur cinq critères physiologiques : la fatigue, la diminution de l'appétit, la faiblesse musculaire, le ralentissement de la vitesse de marche et la sédentarité. Ce modèle qui semble le plus

---

<sup>32</sup> Fried LP, Tangen, Walston et al, 2001. Frailty in older adult : evidence for a phenotype, MedSci.56

opérationnel pour mesurer la fragilité et cibler suffisamment en amont de la dépendance<sup>33</sup> les personnes âgées, a intéressé les acteurs du pôle pluridisciplinaire (PPS) de Saint-Méen-le-Grand. Ils ont sollicité l'expertise du géronto-pôle de Toulouse pour élaborer leur projet territorial.

En effet, la coordination des acteurs locaux du territoire de Saint-Méen-le-Grand au sein du PPS a été un levier majeur du changement dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. Depuis sa formalisation, le PPS est devenu un interlocuteur incontournable et crédible auprès des instances partenaires, notamment l'ARS Bretagne, et de la population âgée et les aidants. Il a donné plus de lisibilité à l'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de soins sur le territoire.

Jusqu'en 2010, les sources de financement de l'association PPS provenaient de la cotisation de ses adhérents, d'un soutien financier du fonds d'aide à la contractualisation et la qualité de soins (FICQS) et de l'expérimentation du nouveau mode de rémunération (ENMR).

Ce n'est que depuis 2012 que le PPS bénéficie du fonds d'intervention régional(FIR) en tant qu'expérimentateur du projet-pilote de parcours de soins des personnes âgées.

### **2.3 Témoignage d'une personne âgée : Mme X. Renée, 83 ans, retraitée depuis 1990.**

#### Les éléments sociologiques

Madame X. Renée, est née en février 1930 dans le Limousin, d'un père artisan et d'une mère, femme au foyer. Mariée sans enfants, elle est aujourd'hui veuve. Elle a travaillé à Paris dans l'administration avant de prendre sa retraite en 1990 et venir s'installer en Bretagne sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand.

Madame X. Renée touche une retraite de 800€ à laquelle il faut ajouter la pension de réversion de son mari décédé. Elle est aujourd'hui au groupe iso ressource 3 (GIR 3) et porte des protections pour des problèmes d'énurésie. Elle est très entourée par ses nièces qui sont toujours présentes et qui représentent des personnes ressources sur qui elle peut compter.

Aujourd'hui, suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), elle souffre d'une hémiplegie droite, elle ne peut plus bouger les membres droits. En revanche, elle n'a pas de problèmes de compréhension mais éprouve des difficultés à s'exprimer. Sa parole reste audible, mais est encore perfectible avec les séances de rééducation orthophonique.

---

<sup>33</sup>IRDES, février 2013, Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, Revue n°184

### Récit de son parcours de santé.

Madame X. Renée raconte qu'avec ses voisins, ils ont mis en place un système codifié de surveillance ; Si les volets ne sont pas ouverts à une certaine heure la matinée, il faudra s'inquiéter, c'est ainsi que ce système a permis aux voisins de s'apercevoir qu'elle avait fait un accident vasculaire cérébral (AVC) et d'alerter à temps les secours. Sans cette collaboration, elle serait déjà morte.

Elle poursuit : «J'étais très autonome jusqu'à mon accident à part quelques problèmes de santé classiques liés à l'âge comme l'arthrite. En avril 2012, j'ai fait un AVC, et puis j'ai été hospitalisée au CHU de Rennes où je suis restée deux jours aux services des urgences avant d'être orientée en médecine. Après trois semaines de séjour en médecine, j'ai commencé les séances de kinésithérapie et de l'ergothérapie. Aujourd'hui, je suis en mesure d'appeler pour qu'on m'emmène aux toilettes, mais, mes problèmes d'énurésie font que le délai entre l'appel et l'accompagnement est trop long. Je porte donc des protections.

J'ai eu un bleu sur la partie inférieure du bras (au niveau du triceps) pendant mon hospitalisation à cause d'un fauteuil inadapté, ceci a été une cause d'indignation de mes nièces auprès du cadre du service. Mes nièces ont toujours manifesté la volonté de me voir retrouver une certaine autonomie, à ce titre, elles souhaitent je sois orientée en médecine physique et de réadaptation (MPR) plutôt qu'en soins de suite et de réadaptation (SSR). Finalement, j'ai été admise en MPR où j'effectue des séances de kinésithérapie. Une à deux fois par semaine, je me déplace en taxi chez l'orthophoniste pour des séances de réadaptation à la parole. Le résultat du travail effectué me donne l'espoir de récupérer la marche et me laisse penser que le retour à domicile est possible si mon logement est réaménagé».

Madame X. Renée retrouve peu à peu l'autonomie, et la question se pose aujourd'hui pour son devenir se pose. Les nièces commencent à se projeter et réfléchissent à une éventuelle orientation en maison de retraite.

## **2.4 Entretien avec la direction de l'hôpital local de Saint-Méen-le Gand.**

### **I) Présentation de la structure.**

*Comment est structuré votre établissement ?*

Nous avons une partie sanitaire avec 60 lits dont 40 lits réservés au SSR avec 6 places pour la sclérose en plaques et 20 lits de médecine ; une partie médico-sociale avec 175

lits dont 5 places en temporaire (100 lits à l'hôpital et 75 lits en ville). Nous avons aussi 57 places en SSIAD mais il faudrait peut-être penser à une antenne pour couvrir l'espace géographique de façon plus homogène. Mais, il est difficile de recruter les aides soignantes au SSIAD.

## **II) Le patient et son parcours de santé.**

*Comment est faite la demande d'intervention auprès de votre établissement pour la prise en charge des personnes âgées ?*

Les demandes viennent souvent du CHU de Rennes, du centre hospitalier de Dinan ou de Ploërmel, du médecin traitant pour les lits de médecine à 30% et autres établissements à 70%. Les demandes en interne, du passage de médecine en SSR représente 20%, 80% des autres demandes viennent des autres établissements.

*Quels sont vos points forts dans la prise en charge des personnes âgées fragiles en tant qu'acteur ?*

Un agent d'accueil pour conseiller et orienter la personne âgée et ses aidants. Une équipe de rééducation avec les kinésithérapeutes et l'ergothérapeute qui se déplace aussi à domicile. Un bon relais avec le SSIAD. La Préparation de la sortie avec une enveloppe de sortie. Une assistante sociale. En médecine et SSR, une contre visite des médecins est faite avec un passage le soir, ce qui sécurise les résidents. Un point hebdomadaire avec le cadre, la psychologue, l'assistante sociale et la direction pour avoir une approche pluridisciplinaire coordonnée. Avoir de l'hébergement temporaire pour servir de zone tampon pour apporter de l'aide aux aidants et pour les sorties d'hôpital.

*Quelles sont vos faiblesses dans la prise en charge en tant qu'acteur ?*

La Coordination avec les autres EHPAD reste perfectible. Il manque de diversité dans l'offre proposée. Nombreuses sont les demandes d'admission pour des patients souffrant de troubles d'orientation, même si ces personnes restent autonomes (GIR 5 ou 6), on ne peut pas les accueillir. «C'est bien la complexité de la grille AGGIR». Le foyer logement qui hospitalise les résidents lourds qui ont un GIR Moyen Pondéré (**GMP**) est élevé. Se pose alors la question de l'avenir des structures comme les foyers logement qui se

retrouvent à accueillir des personnes avec une dépendance élevée car les gens restent plus longtemps à domicile. A cela, s'ajoute la difficulté financière des personnes.

### **III) Partenaires et coordination.**

En amont de l'hospitalisation avec quels partenaires travaillez-vous ?

Les professionnels de l'hôpital, les médecins, le SSIAD sont nos partenaires.

Et pour les sorties ?

La coordination se fait avec les professionnels libéraux du territoire, c'est le médecin de l'unité qui prépare la sortie du patient. L'équipe médicale et paramédicale a accès aux soins du patient de leur cabinet avec le logiciel OSIRIS.

Quelles sont les problématiques que vous avez identifiées ?

Il s'agit de bien définir ce que le pôle peut apporter à l'hôpital et non pas uniquement se poser la question de savoir ce que l'hôpital peut apporter au pôle. Bien définir les modalités de financement accordées à l'expérimentation. Nous n'avons pas ni laboratoire, ni cabinet de radiologie à proximité. Il faut redéfinir la problématique de la permanence des soins car avant, les médecins qui assuraient les gardes étaient ceux du pôle qui connaissaient les résidents.

Quels axes d'amélioration souhaiteriez-vous voir développer ?

La plaquette sur le fonctionnement de l'hôpital. Faciliter les admissions directes des personnes âgées, faire toute une communication auprès des médecins. Voir pour que les infirmières puissent intervenir en complément des médecins pour la permanence de soins ambulatoire (PDSA). La tarification à l'activité (T2A) va permettre de réduire la durée moyenne de séjour (DMS), car il y aura des critères d'admission et des délais de séjour plus courts.

Et en aval de l'hospitalisation, avec quels partenaires travaillez-vous ?

Nous travaillons avec tous les partenaires, les EHPAD, les SSIAD, les médecins, l'assistante sociale qui est en contact avec les services à domicile.

Quelles sont vos bonnes pratiques ?

Dès l'entrée à l'hôpital, le médecin préconise un retour à domicile ou une entrée en établissement. En anticipant la modalité de sortie, l'assistante sociale a le temps de contacter les services concernés. Il y a aussi une possibilité d'intervention de l'HAD en EHPAD.

Quelles sont les problématiques de la sortie des personnes âgées de l'hôpital ?

Il faut bien s'assurer de la réactivité du médecin en ce qui concerne la sortie de l'hôpital. Bien définir entre établissements quels sont les critères d'admission : la place sur la liste d'attente ou l'urgence de la situation. Tous les établissements ne jouent pas le jeu alors qu'il serait plus simple de partager les difficultés en sortie d'hôpital. Il faut gérer la fin de la prise en charge de l'HAD et être sûr qu'il y a bien une solution après. Sinon, on va en arriver à refuser de prendre en charge la personne à la fin de l'intervention de l'HAD.

Quels axes d'amélioration souhaiteriez-vous voir se développer ?

L'hébergement temporaire pour les sorties d'hôpital. Ce fonctionnement a ses limites, car il faut être sûr que le temporaire reste du temporaire et ne devienne pas du permanent. Cela permet d'anticiper avec la famille, faire les dossiers et accompagner les personnes âgées.

#### **IV) Lisibilité de l'offre.**

Avez-vous une visibilité auprès des professionnels de santé et du grand public?

Oui. Avec la T2A, on sera encore plus reconnu comme établissement de santé.

#### **IV) Système d'information.**

Disposez-vous dans votre établissement d'un système d'information pour sécuriser les données ?

Nous avons le logiciel OSIRIS en interne avec toutes les données nécessaires à la prise en charge des patients. Il existe également le réseau ORIS qui permet de connaître le nombre de places disponibles en sortie MCO vers le SSR.

Et pour le partage de données ?

Le logiciel sécurisé OSIRIS permet le partage avec l'équipe en interne des informations, en externe, certains libéraux ont accès à ce logiciel depuis leur cabinet.

Quels axes d'amélioration du système d'information souhaiteriez-vous voir se développer ?

Le souhait de voir aboutir le dossier médical personnel (DMP). Continuer sur l'idée d'ORIS pour ensuite faire le lien entre SSR et établissements médico-sociaux.

## **2.5 Le PPS a permis la mise en place d'un ensemble d'actions d'amélioration en faveur des personnes âgées fragiles.**

Le pôle pluridisciplinaire de santé et les services de l'hôpital local (Médecine, SSR, SSIAD, EHPAD) de Saint-Méen-le-Grand ont mis en place des actions visant à prévenir les hospitalisations des personnes âgées.

- Une commission chargée d'étudier les entrées en service de médecine et SSR. La commission composée de trois médecins libéraux, est un organe de concertation interprofessionnel, qui définit les réponses à adopter et de décisions en ce qui concerne l'orientation des personnes âgées en service de médecine ou en établissement social et médico-social selon les besoins.

- La création d'un numéro unique dédié aux urgences. Face à une situation d'urgence nécessitant une hospitalisation, les médecins du territoire de Saint-Méen-le-Grand disposent d'un numéro unique dédié aux urgences par lequel ils peuvent joindre 24H/24H le responsable des admissions (cadre ou infirmier). Ce responsable est à même de leur proposer des offres de solutions allant de places disponibles à l'hébergement temporaire. Ainsi, une prise en charge rapide et directe en service évite le passage par les urgences et constitue un gain de temps pour une prise en charge efficace des personnes âgées.

- La mise en place de médecins coordonnateurs dans chaque unité. Au sein de chaque unité de l'hôpital local de Saint-Méen-le-Grand, il y a un médecin coordonnateur. Il est chargé d'accueillir, d'organiser et d'orienter les personnes âgées vulnérables vers les services adaptés pour une prise en charge optimale.

- Une convention entre SSIAD et infirmier(e)s libérales(aux).

Dans le cadre du partenariat signé entre le SSIAD et les infirmières libérales intervenant à domicile, il a été créé le «Réseau sentinelle». Il est convenu à travers un processus d'alerte formalisé, que le repérage de toute situation à risque, qu'elle soit médicale, sociale ou environnementale doit être signalé au médecin traitant par voie téléphonique grâce à un numéro dédié de la maison médicale. Les professionnels libéraux sont formés et sensibilisés à l'intervention à domicile.

## **2.6 La poursuite du projet avec l'expérimentation au titre de l'article 70 de la LFSS 2012.**

Sur quatre candidatures bretonnes<sup>34</sup> ayant répondu à l'appel à projet national, seul le projet porté par le pôle de santé ambulatoire et l'hôpital local de proximité de Saint-Méen-le-Grand a été retenu pour expérimenter le projet-pilote sur les cinq années à venir (2012-2017).

Le temps d'avance des initiatives locales du territoire de Saint-Méen-le-Grand en faveur des personnes âgées a certainement été déterminant dans le choix. Ce projet a été sélectionné, comme dix autres projets en France dans le cadre d'un appel à projet national pour expérimenter le projet-pilote.

Cette expérimentation est destinée à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire. Elle répond aux objectifs du cahier des charges ; qui veut que ; le territoire développe de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à prévenir en amont ; les hospitalisations des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en établissement de santé avec hébergement et, en aval, la gestion des sorties d'hospitalisation, afin de favoriser la continuité des différents modes de prise en charge et d'accompagnement sanitaires et médico-sociaux.

Ce choix s'inscrit dans le cadre du rapport du haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juin 2011 qui a défini des pistes d'optimisation de la prise en charge des personnes âgées. Le projet lancé en 2012, vise à rendre lisible et visible l'offre de santé sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand. Il est donc nécessaire de réaliser un diagnostic territorial et de définir une feuille de route pour mener le travail à son terme.

Le diagnostic territorial doit concourir à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées fragiles au regard de l'offre de soins en présence sur le territoire et les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales existantes.

---

<sup>34</sup>Autres candidats : CHR de Brest et le réseau gérontologique, le réseau gérontologique de Trégor et le ch. de Lannion, le réseau gérontologique de Pont Sainte-Croix et l'hôpital local de Douarnenez

## **2.7 Le rôle de l'ARS Bretagne dans l'accompagnement de l'expérimentation.**

L'Agence régionale de santé Bretagne accompagne le territoire de Saint-Méen-le-Grand dans la mise en œuvre de cette expérimentation du parcours de soins des personnes âgées en apportant son expertise et son ingénierie. L'expérimentation se fait selon le principe de la co-construction avec les acteurs de terrain en assumant en même temps le rôle de pilote, d'animation et de financeur du projet.

L'ARS joue le rôle de pilotage et de cadrage du projet expérimental ; à cet égard, elle s'engage à apporter l'aide nécessaire en terme d'ingénierie et d'accompagnement du diagnostic territorial ; étape préalable à toute élaboration d'une stratégie nécessaire à la définition de nouveaux modes d'organisation de soins. L'ARS est aussi l'ordonnateur des dépenses pour les deux modules retenus à hauteur de 50 000 euros par module.

Pendant que le comité de pilotage (COPIL) de l'ARS élabore le diagnostic territorial, le comité technique opérationnel (CTO) propose des actions visant à améliorer la bonne prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand.

## **3 La réalisation d'un diagnostic partagé du territoire de Saint-Méen-le-Grand.**

La réalisation d'un diagnostic territorial permet aux acteurs d'échanger, de s'approprier les éléments clés et de susciter l'adhésion afin de définir et de mettre en œuvre des actions opérationnelles concrètes. Le diagnostic territorial est une étape préalable à l'élaboration d'une stratégie pertinente pour définir de nouveaux modes d'organisation de soins. Il permet d'approfondir la connaissance du territoire, de définir le mode de gouvernance et d'identifier les acteurs et le public cible qui le composent; loin d'être un simple état des lieux d'une situation, le diagnostic apporte un jugement sur la cohérence d'une organisation existante et permet de mobiliser les acteurs sur leur capacité d'action. Le diagnostic permet aussi d'analyser les parcours de soins des personnes âgées avec une description de la consommation de soins de ville.

Ce diagnostic<sup>35</sup> procède d'une analyse populationnelle croisée avec une cartographie de l'offre de santé et des besoins en faveur des personnes âgées sur le territoire.

La cartographie des flux d'entrées et de sorties de l'hôpital a permis d'objectiver les parcours des soins actuels des personnes âgées et d'identifier les besoins des acteurs sur l'organisation de parcours.

Les analyses qualitatives réalisées par des entretiens menés auprès des professionnels de santé du territoire, ont permis une vision transversale du parcours de soins des

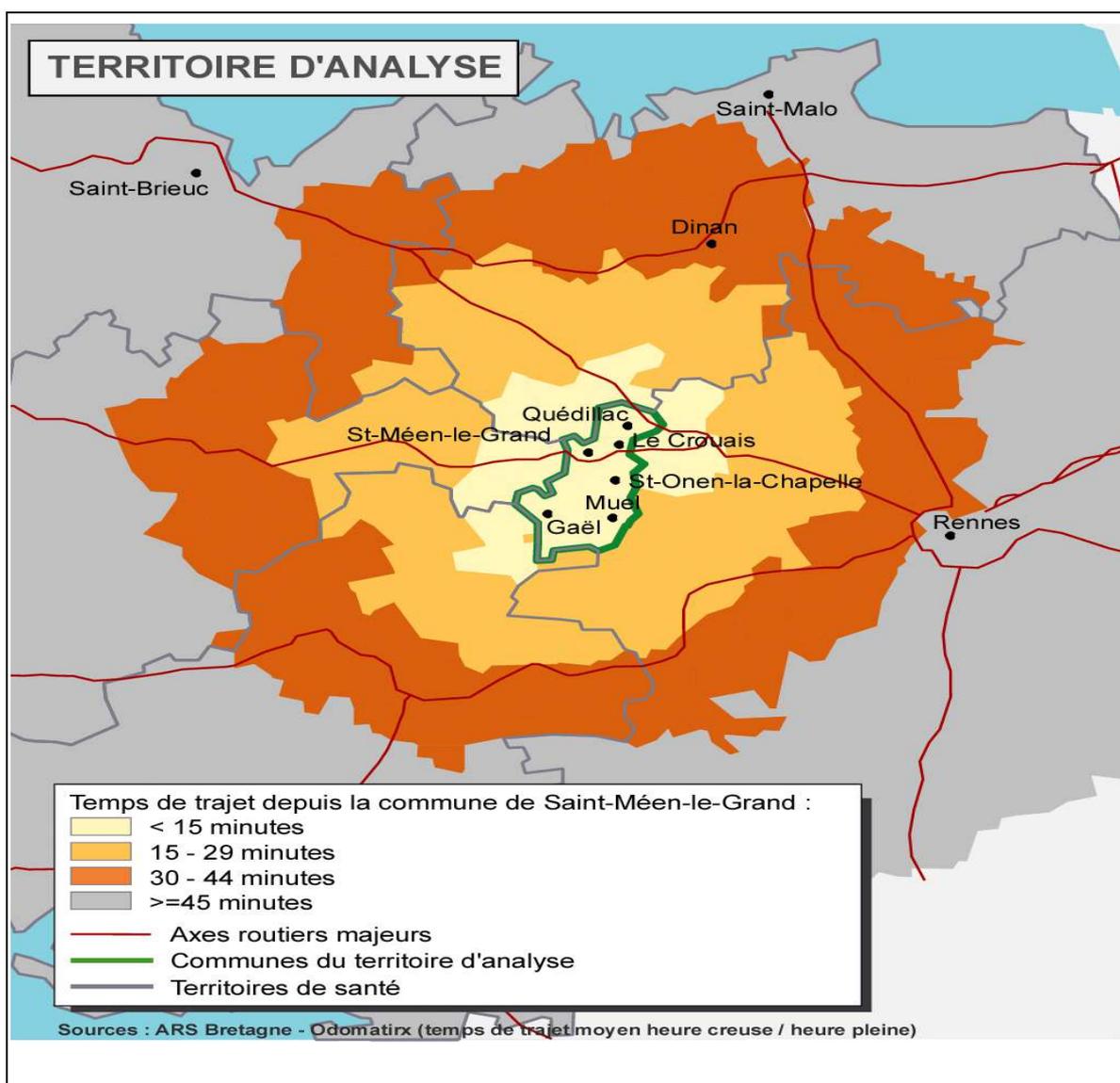
---

<sup>35</sup>Voir les listes des entretiens en annexe

personnes âgées. Ces études ont mis en évidence les besoins et les demandes de la population et des professionnels. Elles ont aidé au repérage ses forces et des faiblesses du territoire en matière de ressources et d'actions déjà existantes. Partant de là, des enjeux et des pistes d'actions destinées à améliorer la situation des personnes vulnérables ont été identifiés.

L'articulation de la coordination interprofessionnelle dans une logique du territoire d'intervention favoriserait le parcours de soins coordonné des personnes âgées.

### 3.1 L'analyse populationnelle des personnes âgées de 75 ans et plus.



La population de Saint-Méen-le-Grand est particulièrement âgée et rurale, dont un quart en institution. En 2009, la population de 75 ans et plus était au nombre de 1159<sup>36</sup> habitants, soit 12% de la population. Ce taux est plus élevé qu'en Bretagne (10%) et beaucoup plus qu'en l'Ille-et-Vilaine (8%). Près de la moitié des personnes âgées relève du régime agricole et un tiers (1/3) d'entre elles vivent seules à leur domicile. Cette proportion reste plus faible que sur le reste de la région (40%). Une des explications réside dans le fait que plus d'un quart des personnes âgées est hébergé en institution contre 11% en région Bretagne.

## POPULATION – situation sociale

### **Sur le territoire d'analyse populationnelle :**

- **42 retraités du régime général bénéficient de l'ASPA (Allocation de solidarité aux Personnes Agées).**
  - **dont 20 âgés de 75 ans et plus (soit 4,5 % des 407 personnes de 75 ans et plus du régime général).**
- **43 retraités du régime général bénéficient d'un PAP (Plan d'Action Personnalisé).**
  - **dont 34 âgés de 75 ans et plus (soit 7,6% des 407 personnes de 75 ans et plus du régime général).**
- **entre le 31/01/2012 et le 14/11/2012, 9 demandes d'ARDH (Aide au retour à Domicile suite à une Hospitalisation).**
  - **dont 6 pour des personnes âgées de 75 ans et plus**
  - **Dont 7 signalés par le CH de Saint-Méen-le-Grand.**

Source : CARSAT au 30/09/2012

Les personnes âgées vivant sur le territoire ont une situation sociale relativement basse. Les ressources des personnes de 65 ans et plus résidant sur le territoire est très faible et relèvent du régime général. Selon les études menées par la CARSAT, 4 à 5% bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)<sup>37</sup>, plus fréquent qu'en Ille-et-Vilaine (4.1%) en région Bretagne (4.3%), près de la moitié de la population bénéficie du régime MSA (49%).

<sup>36</sup>Sources : INSEE RP 2009- exploitation principale et exploitation complémentaire

<sup>37</sup>L'ASPA est entrée en vigueur le 13 janvier 2007 en remplacement de l'allocation du minimum vieillesse, et assure un minimum de ressources aux personnes âgées de 65 ans et plus disposant de faibles revenus

Sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, on peut noter un nombre élevé d'affections de longue durée (ALD)<sup>38</sup> surreprésentées par des maladies cardiovasculaires et en particulier l'insuffisance cardiaque. Elle est le premier motif de mortalité (33% de décès) et le premier motif d'hospitalisation. Globalement, il y a moins d'ALD déclarée comparé au département d'Ille-et-Vilaine et la région Bretagne. Plus d'un tiers des personnes de 75 ans et plus résidant sur le territoire sont prises en charge à 100% au titre d'au moins une ALD. Parmi les ALD déclarées, on trouve les maladies cardiovasculaires (la maladie coronaire, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle ou artériopathies chroniques). Les ALD pour tumeur sont sous-représentées (12%) comparées à la moyenne régionale (17%).

On note sur le territoire plus de personnes dépendantes, mais avec un niveau de dépendance moins élevé. 36% des bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) résident sur le canton de Saint-Méen-le-Grand. Globalement, les niveaux sont moins élevés que ceux qui résident dans le département d'Ille-et-Vilaine : 32% des personnes âgées sont en situation de dépendance lourde (GIR 1, GIR 2)<sup>39</sup> contre 40% dans le département, 68% relèvent du GIR 3 et 4 contre 60% en Ille-et-Vilaine. Les travaux de l'INSEE montrent que le nombre de personnes âgées dépendantes continuera à augmenter dans les années à venir.

### 3.2 La cartographie de l'offre de soins sur Saint-Méen-le-Grand.

**OFFRE DE SOINS DE VILLE**

**— Le pôle pluridisciplinaire de santé de St-Méen-le-Grand**

- créé en juin 2009
- pôle multi-sites : les professionnels exercent seuls ou en groupe, sans que tous soient réunis sur la même commune
- professionnels engagés dans le pôle en janvier 2012 :
 

- 8 médecins généralistes	- 1 psychologue
- 1 médecin nutritionniste	- 2 pédicures podologues
- 1 cardiologue	- 1 orthophoniste
- 11 infirmiers	- 3 pharmaciens
- 6 masseurs kinésithérapeutes	- 2 représentants du CH de St-Méen
- 2 chirurgiens dentistes	

Source : projet d'expérimentation proposé par le pôle de Saint-Méen-le-Grand

<sup>38</sup>Sources : DCIR31/07/12 cpam-infocentre CMCD (régime agricole) 30/11/12-RSI 31/07/12

<sup>39</sup>Le Groupe iso-ressource(GIR) est un indicateur qui permet de classer les personnes âgées en fonction de différents stades de la perte d'autonomie : ils sont 6 allant des dépendances graves confirmées GIR 1 aux personnes autonomes dans les actes de la vie courante GIR 6

Le territoire de Saint-Méen-le-Grand bénéficie d'une grande diversité de professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers(ères), orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et psychologues.

A l'exception des orthophonistes, des cardiologues et des médecins nutritionnistes, pour lesquels on peut considérer que le territoire est sous-doté, les dotations pour les autres professions restent convenables et autour de la moyenne exigible pour un territoire de la taille de Saint-Méen-le-Grand. Toutefois, les études du projet-pilote montrent que le bassin géographique d'étude est entouré de territoires ruraux majoritairement sous-dotés en professionnels de santé libéraux. Le territoire dispose d'un centre hospitalier local, mais les services d'urgences et les offres spécialisées sont plus éloignés.

Pour répondre à cette problématique, les professionnels de santé de Saint-Méen-le-Grand et l'hôpital local ont créé, en 2009, le pôle pluridisciplinaire de santé (PPS) ; cette organisation leur a permis de s'inscrire dans le premier dispositif expérimental de nouveaux modes de rémunération (ENMR)<sup>40</sup> initié par l'ARS Bretagne dès 2010.

### **3.3 Offre sanitaire et médico-sociale complète et spécialisée de proximité.**

Les sites des Urgences les plus proches de Saint-Méen-le-Grand se situent à Dinan et Ploërmel, accessibles en voiture en moins de 40 minutes. Les autres services d'urgences sont situés au centre hospitalier privé de Saint-Grégoire et au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pontchaillou à Rennes.

Depuis l'année 2011, l'hôpital local de Saint-Méen-le-Grand dispose de 20 lits de médecine et de 40 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les personnes âgées désireuses de rester dans leur milieu habituel de vie peuvent également se faire hospitaliser à domicile (HAD).

Sur Saint-Méen-le-Grand, les places en hébergement permanent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>41</sup> sont nombreuses ainsi que sur les communes environnantes. On y trouve aussi un foyer logement de 42 logements, avec un forfait de soins courant. Au total, le taux d'équipement en nombre de places d'hébergement est de 206, 2 pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire, contre 142,05 sur l'ensemble du département d'Ille-et-Vilaine.

D'autres structures complémentaires sont accessibles à proximité : un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places.

---

<sup>40</sup> Le MNR a été instauré à titre expérimental par l'article 44 de la LFSS de 2008

<sup>41</sup> Saint-Méen-le-Grand : 175 places, Gaël : 22 places (sources : FINSS 31/12/2011) Voir annexe v

Les personnes âgées sur le territoire peuvent également bénéficier de services de soins à domicile tels que les SSIAD, d'une capacité de 57 places, les services d'aides à domicile (SAD), de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ou le Service Polyvalent d'Aide et d'Accompagnement de Soins à Domicile (SPASAD) de 10 places doté d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA).

Par ailleurs, la population de Saint-Méen-le-Grand a accès au centre local d'information et de coordination de niveau 3 et à l'équipe médico-sociale du centre départemental d'action sociale (CDAS).

### **3.4 Le recours aux soins et les parcours de soins actuels des personnes âgées.**

La consommation de soins de ville est globalement plus faible qu'en région et est quasi-exclusivement prescrite sur Saint-Méen-le-Grand. La consommation moyenne d'actes de professionnels de santé libéraux<sup>42</sup> par habitant de plus de 75 ans et plus est moindre chez les personnes âgées habitant le territoire qu'en Bretagne, que ce soit pour les actes de médecine générale (5.2 actes vs 6.7 en Bretagne), de masso-kinésithérapie (4.6 actes vs 7.1 ou de soins infirmiers libéraux (27.7 actes vs 55.2).

La consommation d'actes de chirurgie dentaire est, quant à elle similaire à celle observée sur la région (environ 1 acte par personne âgée au cours de l'année).

Par ailleurs, le taux de fuite relatif à la consommation de soins de médecine générale est très faible puisque 85% des actes sont prescrits par les médecins exerçant sur le territoire.

Les personnes âgées ont massivement recours aux services de soins à domicile au détriment des soins infirmiers libéraux. En 2011, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>43</sup> de Saint-Méen-le-Grand affichait un taux d'occupation de 102%. Les personnes accompagnées étaient âgées en moyenne de 85 ans et 53% d'entre elles présentaient une situation de dépendance lourde (GIR 1 et 2). Les principales demandes de prise en charge par le SSIAD ont été effectuées par la famille (45% des cas), contre des demandes réalisées par le médecin traitant (16%), une assistante sociale (15%) ou un service hospitalier (9%). Cependant, on observe que plus de la moitié des personnes âgées prises en charge par le SSIAD en est sortie au motif d'une hospitalisation (60%), d'une reprise de leur autonomie avec un relai de prise en charge par l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) ou une infirmière libérale (13%), d'un décès, d'un refus de soins (7%)

---

<sup>42</sup> Application carto-santé-Actes (consultations et visites de généralistes remboursés par les organismes du régime général, de la MSA et RSI ; exploitation ARS Bretagne

<sup>43</sup> Source : rapport d'activité 2011 du SSIAD de Saint-Méen-le-Grand

ou d'une entrée directe en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD 3%) ou d'une prise en charge par l'hospitalisation à domicile (3%). En 2011, le taux d'occupation des établissements médico-sociaux du territoire était de 100%. Plus d'un quart des résidents des EHPAD sont souvent hospitalisés dans les hôpitaux environnants. En ce qui concerne l'EHPAD de Saint-Méen-le-Grand, 53% des résidents sont en situation de dépendance lourde (GIR 1 et 2) et 28% d'entre eux ont été au moins une fois hospitalisés dans l'année.

Ces hospitalisations sont majoritairement orientées vers le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes. En 2011, 35% des personnes âgées du territoire ont été prises en charge dans un établissement hospitalier. Ce taux de recours à l'hospitalisation reste inférieur à la moyenne régionale. On note toutefois que 96% des personnes âgées hospitalisées ont effectué un séjour dans un service de médecine et/ou chirurgie dans les établissements de santé (CHU de Rennes 39% de séjours, Centre Hospitalier Privé de Saint-Grégoire 16% de séjours, Hôpital Local de Saint-Méen-le-Grand 12%).

Un quart des personnes âgées hospitalisées a effectué un séjour dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), essentiellement au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand, soit 77% des journées<sup>44</sup>.

Au regard des hospitalisations en urgence<sup>45</sup> des personnes âgées du territoire de Saint-Méen-le-Grand dans différents établissements de la région, le CHU de Rennes et de Dinan sont les établissements les plus fréquentés avec 77% des hospitalisations en urgence. Sur 255 séjours en médecine ou en chirurgie au sein du CHU, 59% des hospitalisations surviennent après un passage par les urgences des établissements. En revanche, les établissements privés de Saint-Grégoire et de Cesson-Sévigné affichent, à l'inverse, des taux plus faibles en raison de leurs activités, réalisées principalement en hospitalisation programmée. Près d'un tiers des séjours hospitaliers des personnes âgées après passage aux urgences sont liés aux maladies de l'appareil circulatoire, principalement les insuffisances cardiaques. Les lésions traumatiques sont responsables quant à elles de 15% de ces séjours.

---

<sup>44</sup>Source : données déclarées-enquête EHPA 2011

<sup>45</sup> Voir annexes VI ET VII : schémas :- parcours intra-hospitaliers au CHU de Rennes. - la place du centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand dans le parcours de soins hospitaliers des personnes âgées

## **4 Le regard des acteurs sur l'organisation de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire.**

### **4.1 L'insuffisance des ressources financières des personnes âgées.**

Lorsqu'il est question des difficultés de fonctionnement auxquelles les professionnels intervenant auprès de personnes âgées sont confrontés, ils évoquent principalement :

- Les ressources financières insuffisantes des personnes âgées, où le reste à charge pour les familles aboutit bien souvent, à une incapacité à financer une intervention à domicile ou une entrée en institution médico-sociale. A ce titre, le remboursement de certains soins (SSIAD, médecine, SSR), contrairement à une prise en charge en EHPAD, peut également être perçu par les personnes âgées ou leurs aidants familiaux comme des services gratuits, ce qui peut parfois conduire à une saturation des places pour ces services.
- L'insuffisance de moyens des acteurs peut conduire à un accompagnement inadapté ou à une remise en cause de la continuité de la prise en charge ; quand le poids de la dépendance est trop important pour certains services comme le SSIAD ou l'hôpital local de proximité. Cela peut également se traduire par un manque de temps pour les acteurs auprès de la personne âgée pour évaluer ses besoins ou pour échanger entre professionnels de santé afin de coordonner et optimiser leurs interventions.
- L'épuisement des aidants familiaux peut remettre en cause le maintien à domicile et engendrer des hospitalisations en urgence ; parfois c'est le refus de la personne âgée ou de son entourage familial d'accepter la perte d'autonomie qui retarde l'échéance d'une intervention à domicile ou en établissement.

### **4.2 L'articulation des liens entre les acteurs renforcée.**

Dans leur champ d'intervention respectif, les acteurs mettent en avant certains points forts :

- La coordination et/ou le partage d'informations par le biais du logiciel OSIRIS, plus particulièrement entre les acteurs du domicile ou au sein d'un établissement et, d'une manière moindre, entre la médecine de ville et l'hôpital.
- Leur capacité d'écoute, en favorisant l'aspect relationnel et le respect des habitudes de vie de la personne âgée.
- La continuité de la prise en charge est assurée 24h/24h par les urgences, la permanence des soins ou les consultations non programmées. Les

établissements, disposant de compétences gériatriques ou d'assistante sociale offrent des soins adaptés aux personnes âgées.

- Les acteurs du domicile jouent un rôle important dans l'alerte par le biais de réseau sentinelle, que ce soit auprès de la famille ou des professionnels, ce qui permet d'anticiper la dégradation de l'état de santé de la personne âgée, en adaptant la prise en charge à temps des troubles cognitifs, de la perte de la mémoire ou de la perte d'appétit.

#### **4.3 La persistance de la problématique des sorties d'hospitalisation des personnes âgées.**

Les points de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées à leur sortie d'hôpital s'expliquent d'abord par l'insuffisance des informations partagées entre les acteurs, aussi bien en amont qu'en aval de l'hospitalisation. Or, le partage d'informations permet d'organiser la sortie, d'adapter si nécessaire les besoins et de mettre en place une réponse efficiente dans la continuité des soins de réhabilitation effectués lors du séjour hospitalier de la personne âgée. Le manque d'anticipation et la sortie prématurée de l'hôpital, surtout le week-end, compliquent l'organisation de la prise en charge en allongeant le délai d'intervention à domicile. Le manque de coordination entre les acteurs ne permet pas d'orienter la personne âgée vers des services adéquats afin d'optimiser sa prise en charge.

La méconnaissance des services et structures existants ou des compétences et organisations propres à chaque professionnel sur le territoire, conduit bien souvent à une réponse inadaptée et à certains passages aux urgences évitables. Les acteurs interrogés jugent dans leur très grande majorité que les hospitalisations sont nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées en situation de fragilité.

Le territoire de Saint-Méen-le-Grand souffre d'une insuffisance de professionnels compétents en gériatrie et en géronto-psychiatrie. L'éloignement de certains services spécialisés comme les médecins spécialistes, les laboratoires d'analyse, les plateaux techniques, n'aide pas à apporter une bonne réponse aux besoins des personnes âgées. Sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, si les acteurs jugent que les hospitalisations sont justifiées, 75% des établissements estiment en revanche que certains passages aux urgences pourraient être évités.

Ainsi, pour remédier au déficit organisationnel en cause, la mise en place des actions visant à une meilleure amélioration des pistes identifiées par les professionnels du territoire paraît nécessaire.

## TROISIEME PARTIE

### **DES PROPOSITIONS ET DES PISTES D'AMELIORATION IDENTIFIEES QUI PASSENT PAR DES ACTIONS AMBITIEUSES VISANT A RENFORCER LE PARCOURS DE SOINS COORDONNE.**

Comme dans le reste du pays, la majorité des personnes âgées en Bretagne et plus particulièrement sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand vit à domicile. Afin de permettre le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, il convient de prévenir et de repérer au plus tôt les situations de perte d'autonomie. L'accroissement du nombre de personnes âgées génère des besoins spécifiques en soins et en accompagnement qui conduisent à adapter le système de soins et de prise en charge et à en renforcer l'accès notamment en zone rurale.

Par ailleurs, le manque de fluidité des parcours de soins et d'accompagnement est identifié. Les acteurs le jugent comme un problème majeur à l'origine de nombreuses ruptures de prise en charge de la personne âgée pouvant parfois être la cause d'une dégradation de son état. Il convient dès lors, d'améliorer ce parcours par une meilleure offre de coordination des acteurs afin de limiter les facteurs de ruptures (limiter le passage des personnes âgées par les urgences, fluidifier les entrées-sorties d'hôpital,...).

En raison du vieillissement de la population et de l'émergence des poly-pathologies et des maladies chroniques, la demande de soins des personnes âgées est croissante.

Les perspectives relatives à la bonne prise en charge sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand se sont construites autour d'une stratégie d'organisation ambitieuse et dynamique initiée par les acteurs.

Pour que les personnes âgées puissent trouver des solutions à leurs difficultés de parcours de soins, de nouveaux modes d'organisation des soins transversaux, articulés autour de la coordination des professionnels, paraissent nécessaires.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale dispose de compétences professionnelles reconnues au travers de l'animation territoriale pour la mise en place de ces actions susceptibles d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées fragiles.

## **1 La démarche d'animation territoriale dans l'amélioration du parcours de soins.**

L'animation territoriale a pour objectif de renforcer la coordination entre les institutions et les professionnels de différents champs. Les acteurs de l'animation territoriale tiennent compte des dispositifs existants, afin de répondre aux besoins sociaux, sanitaires et médico-sociaux de la population. Ce qui permet à chacun d'accéder à un service correspondant à ses besoins au moment opportun.

Elle est désormais rendue nécessaire par l'émergence et la diffusion de politiques contractuelles transversales, qui associe le médico-social jusqu'à l'hospitalisation en passant par l'ambulatoire et la santé publique, ainsi que par la multiplicité des acteurs et des compétences que celles-ci font intervenir (élus locaux, autorités de tutelle, institutions et professionnels de santé, établissements et services d'aide à domicile, structures de coordination, organismes de prévention, etc.).

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) a toute sa place dans le dispositif de pilotage de l'expérimentation du parcours de soins des personnes âgées. La structuration du parcours de santé des personnes âgées sur un territoire implique de recourir à la fonction d'animation territoriale de l'inspecteur pour conduire un tel projet. L'inspecteur garantit la dynamique continue de la démarche en accompagnant la mise en œuvre des actions du contrat et en maintenant la mobilisation des acteurs.

## **2 La place et le rôle de l'inspecteur dans l'animation territoriale de parcours coordonné de soins.**

L'Inspecteur dans sa mission d'animation territoriale, est indépendant des acteurs impliqués afin de garantir sa neutralité dans la prise de décision. Ses missions d'animation évoluent tout au long du processus d'expérimentation.

L'IASS décline au niveau des territoires le projet expérimental de parcours de soins des personnes âgées défini par l'article 70 de la LFSS 2012, inscrit dans le Plan Régional de Santé (PRS) de l'ARS et décliné aujourd'hui dans les schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale (SROSM). Il pourra s'appuyer sur une contractualisation par l'intermédiaire de contrat local de santé (CLS), impliquant les collectivités, les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour mettre en œuvre une organisation territoriale de parcours de soins coordonné des personnes âgées.

Dans la mise en œuvre de ce projet expérimental, l'IASS fera d'abord un état des lieux pour identifier les dysfonctionnements organisationnels inhérents aux parcours de soins des personnes âgées fragiles et les insuffisances des mesures existantes.

En collaboration avec le chargé de mission de la conférence du territoire, l'IASS pourra organiser des rencontres dans le cadre du programme territorial de santé (PTS) avec les acteurs de terrain, élus locaux, médecins de ville, associations d'aide à la personne, les représentants des établissements sanitaires, sociaux, et médicaux sociaux afin d'élaborer ou co-construire ensemble le projet.

L'IASS au travers de sa nouvelle mission d'animation, et en tant que représentant de l'ARS auprès des acteurs sur le territoire, peut contractualiser le projet de parcours de soins avec le contrat local de santé (CLS). Il peut proposer aux acteurs des MAIA, des CLIC, du PRIAC et de la MDPH d'articuler leurs efforts autour du projet expérimental de parcours de soins de la personne âgée. C'est l'IASS qui présente et défend auprès des instances hiérarchiques de l'ARS les différents stades d'avancement de l'expérimentation, l'évaluation du projet, l'élaboration des documents de synthèse d'étape et les recommandations finales. Ceci étant, il est le relais entre l'ARS et les acteurs de terrain. Le nouveau métier d'animation territoriale en ARS exige de l'IASS un rôle de négociateur et d'accompagnateur du changement. Le rôle de l'IASS dans ce travail d'expérimentation serait de préconiser des pistes d'amélioration, de porter un regard critique sur la faisabilité et d'identifier les forces et faiblesses du projet, le tout étant de savoir dans quelle mesure cette expérimentation peut-être généralisée.

A partir des constats partagés du diagnostic et de l'analyse des risques qu'encourent les personnes âgées en risque de perte d'autonomie et les opportunités qui s'offrent à elles sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, il apparaît nécessaire à l'IASS d'élaborer des pistes d'actions d'amélioration, en identifiant les mesures à mettre en place, qui garantissent la visibilité, l'efficience et la réussite du projet en collaboration avec tous les acteurs.

Les actions proposées devront mieux outiller les acteurs du premier recours, médecins traitants, médecin coordonnateur, acteurs sociaux et médico-sociaux afin de mieux répondre aux difficultés des personnes âgées en risque de perte d'autonomie dans leur parcours de soins.

Les objectifs recherchés sont la mise en place d'aide à la décision par le médecin traitant à partir d'une évaluation gériatrique, l'organisation collective d'une concertation pluridisciplinaire et la capacité de répondre sans délai à la sollicitation d'un professionnel libéral confronté à un risque d'hospitalisation chez un sujet âgé fragile.

### **3 Propositions d'actions visant à améliorer le parcours de soins des personnes âgées en amont de l'hospitalisation.**

Le plan d'action détaillé ci-dessous et élaboré en fonction du diagnostic, doit permettre aux professionnels de santé du territoire de Saint-Méen-le-Grand, de mettre en place un parcours de soins fluide en faveur des personnes âgées fragiles. Les priorités et les actions qui en découlent, constituent les pistes d'amélioration identifiées.

#### **3.1 Développer des actions de prévention des risques de perte d'autonomie et l'éducation thérapeutique.**

L'éducation thérapeutique responsabilise le patient, elle le rend autonome et indépendant des acteurs dans la gestion quotidienne de sa maladie chronique. La charte d'Ottawa formule que «L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Elle vise à aider les patients et leur famille (ou entourage) à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie».

Cette disposition, validée par la loi HPST du 21 juillet 2009, participe à l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage. Des référents internes formés devront mettre en œuvre cette action.

Les personnes âgées et leurs aidants, y compris familiaux, doivent s'inscrire dans le dispositif de prévention et d'éducation thérapeutique. L'équipe pluridisciplinaire identifie et évalue les fragilités éventuelles afin d'élaborer un programme d'actions de prévention et d'accompagnement à l'éducation thérapeutique en cohérence avec les besoins de la personne âgée. Ainsi, elle pourra bénéficier d'un plan de prévention et de traitement personnalisé. Les professionnels de santé formés à la prévention des risques de perte d'autonomie, doivent proposer aux personnes âgées fragiles, une offre graduée de prévention et d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire de Saint-Méen-le-Grand.

La réussite de la prévention dépend en grande partie de la participation active de la personne âgée et son entourage aux soins. Pour ce faire, il est souhaitable de les sensibiliser aux facteurs de risque et à leur repérage précoce (éducation à la santé) et les encourager à l'autogestion.

### **3.2 Anticiper en développant des actions de repérage des fragilités et d'orientation des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.**

En s'appuyant sur l'outil commun élaboré par le territoire qui permet aux acteurs d'identifier des risques de fragilité des personnes âgées, les professionnels de santé de Saint-Méen-le-Grand, exerçant à domicile, dans des cabinets (pour les libéraux) ou à l'hôpital (aux urgences) peuvent facilement repérer les risques probables chez un sujet âgé.

En fonction des difficultés repérées, le professionnel alerte la plateforme de coordination qui enregistre et actualise les informations. L'équipe de coordination procède à une analyse de la gravité du risque afin d'orienter la personne âgée vers une structure de prise en charge adaptée soit pour une évaluation gériatrique, soit pour apporter une réponse adaptée à des problèmes spécifiques que sont ; les risques de chute, les difficultés sanitaires, sociales et environnementales ou psychologiques.

La coordination entre les professionnels de santé du territoire et les centres hospitaliers, permettrait de faciliter le transfert des personnes âgées vers l'hôpital local ou vers les centres hospitaliers dans de meilleures conditions. En effet, elle permettrait à l'équipe mobile de gériatrie (EMG) de procéder à des évaluations gériatriques sur site et d'apporter des compétences en gériatrie sur le territoire tout en permettant aux personnels du centre hospitalier local de se former. Il importe dès lors, d'apporter un complément de formation aux interlocuteurs de première ligne, intervenant auprès des personnes âgées, afin qu'ils puissent relayer le plus rapidement possible les informations auprès du coordonnateur.

### **3.3 Mettre en place des d'actions visant à développer le partage d'informations entre les professionnels au moment sensible de l'hospitalisation.**

Sur le territoire, l'entrée et la sortie de l'hôpital de la personne âgée constitue un point critique dans son parcours de soins. Pour mieux assurer la cohérence de la prise en charge, la continuité des parcours de soins et faciliter une bonne orientation de la personne âgée au bon moment et au bon endroit, il est nécessaire de formaliser les informations à partager entre les professionnels de ville, les établissements sociaux et médico-sociaux et l'hôpital, par le biais d'un support dématérialisé. En amont de l'hospitalisation, ces informations permettront aux établissements d'accueil de disposer des données médicales (les antécédents, les traitements en cours, le médecin traitant, le motif de consultation...), les données sociales (mode de domicile seul(e) ou avec des aidants, les aides existantes ou non à domicile ou en institution...) et environnementales

(les professionnels intervenants, l'entourage, le logement adapté ou pas...). Le partage de ces informations permettrait de mieux organiser la sortie de la personne âgée en l'adaptant si nécessaire au degré de sa vulnérabilité afin d'éviter les ré-hospitalisations.

En aval de l'hospitalisation, les professionnels de proximité disposeront d'informations lisibles facilitant leur intervention à domicile ou en établissement médico-social.

Afin de faciliter l'exercice pluridisciplinaire coordonné, il est nécessaire de définir les modalités de partage et d'échange d'informations entre les différents intervenants dans le parcours de santé de la personne âgée. L'idée étant de recourir aux outils existants (messagerie sécurisée, dossier médical personnalisé (DMP), système d'information sécurisé des professionnels) pour soutenir les actions formalisées par les acteurs du territoire.

### **3.4 Favoriser la mise en place des actions de communication et de partage d'informations.**

La méconnaissance des organisations et des compétences des acteurs de santé sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, incite à mettre en place des actions de partage et de communication des informations relatives au parcours des personnes âgées entre les professionnels. Centraliser et partager les informations utiles à la connaissance de l'offre de soins et médico-sociale sur le territoire, constitue une piste déterminante pour envisager de nouveaux modes d'organisation des soins.

Cependant, au-delà du simple partage d'informations, ces actions de communication ont pour vocation de susciter et créer une plateforme unique de communication, d'une part entre les acteurs de proximité d'un même territoire au travers de réunions ou d'annuaires dématérialisés référençant les offres de santé, d'autre part entre les professionnels de santé de proximité et les centres hospitaliers, par une communication sécurisée, permettant de rendre lisible les organisations, le mode de fonctionnement, et l'identification des «référents services hospitaliers» afin de faciliter les contacts et les admissions directes.

Toutefois, il est souhaitable également de formaliser les mêmes types de relations entre les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.

Par ailleurs, la communication doit aussi s'ouvrir vers les usagers et les collectivités par la mise en ligne d'annuaires référençant les offres d'accompagnement et de soins existantes sur le territoire.

### **3.5 Des actions visant à améliorer la coordination pluri professionnelle en aval de l'hospitalisation.**

Afin de mieux répondre aux problématiques sur l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation et la prévention des ré-hospitalisations des personnes âgées fragiles, il paraît nécessaire de construire des dossiers individualisés sous forme de «fiches synthétiques» à l'entrée et à la sortie, et des «grilles d'identification» des risques de ré-hospitalisation».

La fiche est élaborée dès l'entrée de la personne âgée au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand et devra la suivre partout dans son parcours de soins. Elle est destinée à faciliter le travail des professionnels de l'hôpital afin de mieux répondre aux besoins de la personne âgée fragile et d'organiser dans de meilleures conditions sa sortie. Cette fiche est à diffuser auprès des pharmaciens et devra être complétée et actualisée par le patient et ses proches avec l'aide des acteurs des intervenants à domicile.

S'agissant de la «grille d'identification» des personnes âgées en risque de ré-hospitalisation ,elle sera conçue par l'hôpital d'accueil et de réhabilitation afin de permettre aux professionnels de l'établissement de repérer facilement les patients à risque de ré- hospitalisation qui, dès lors, feront l'objet d'un suivi rapproché lors de la sortie.

La fiche de sortie devra faciliter la mise en œuvre d'une intervention coordonnée auprès des personnes âgées à leur sortie d'hospitalisation. Cette fiche sera jointe à l'enveloppe de sortie qui comprend les ordonnances, les radiographies, les résultats biologiques, la lettre médicale de sortie et des informations relatives au patient (existence d'un plan d'aide, d'un traitement et les personnes prévenues de la sortie). Elle sera complétée d'un plan personnalisé de Santé (PPS).

### **3.6 Définir un plan personnalisé de santé (PPS) pour chaque personne âgée vulnérable.**

Dans la continuité de la procédure de repérage et de suivi de la personne âgée vulnérable présentant un risque d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation, un plan personnalisé de santé<sup>46</sup> devra être élaboré afin de permettre un accompagnement efficient du parcours de soins.

La définition ou l'actualisation du PPS devra faire l'objet de réunions régulières de coordination entre les professionnels de santé de premier recours, le coordonnateur, ainsi que l'assistante sociale au cas où la personne âgée est hospitalisée.

Selon les problématiques identifiées des personnes âgées, les réunions pourront également impliquer un gériatre et d'autres professionnels de premier recours (kinésithérapeute, pharmacien, etc....) et les acteurs de l'aide à domicile. Pour le suivi des patients, les grilles d'élaboration du PPS seront utilisées et complétées régulièrement par tous les acteurs.

### **3.7 Développer des actions d'amélioration d'accès aux soins de qualité et aux services médico-sociaux du territoire.**

Afin d'améliorer la coordination des professionnels de santé à domicile des personnes âgées, il convient de s'appuyer sur le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand pour développer l'évaluation dans le cadre de la filière gériatrique.

Le maintien à domicile, le retour à domicile ou en institution après un séjour en établissement de santé, la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques sont autant de situations qui nécessitent une bonne organisation pluridisciplinaire sur le territoire. La coordination de ces interventions doit permettre d'éviter, autant que possible, une hospitalisation ou de prévenir un ré-hospitalisation.

Cette amélioration de la coordination pluri-professionnelle doit se faire d'une part entre les acteurs de santé de proximité au niveau territorial et, d'autre part, entre les professionnels de santé du territoire et les centres hospitaliers.

Au niveau des acteurs de proximité du territoire, l'amélioration de la coordination peut se faire par :

- La mise en place des réunions de coordination pluri-professionnelle pour la gestion des cas complexes à domicile et la gestion des sorties d'hospitalisation.

---

<sup>46</sup>Voir annexe : schéma de procédure de repérage et de suivi des personnes âgées en risque de ré-hospitalisation

- La définition des procédures et protocoles de prise en charge (mise en place des projets personnalisés de soins (PPS) ou la définition de schéma de coordination de prise en charge), la réduction de délai de prévenance et de la réactivité du médecin dès l'admission afin de, formaliser la procédure d'alerte d'éviter les hospitalisations, d'anticiper en organisant le mode de la sortie.
- Le partage des outils de suivi permet d'évaluer la situation de la personne âgée et d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution de ses besoins en utilisant la grille de repérage des risques de fragilité partagée.
- L'anticipation de la dégradation de l'état de santé de la personne âgée, en incitant la famille à entamer les démarches d'inscription en établissement médico-social, en facilitant la mise en place d'aide à domicile ou en proposant l'hébergement temporaire comme zone tampon pour les personnes âgées et ainsi prévenir l'épuisement de l'aidant.

Au niveau des professionnels du territoire et des centres hospitaliers, l'amélioration de la coordination nécessite de formaliser les modalités de coopérations qui permettraient de :

- Développer le lien entre les professionnels de proximité du territoire et l'hôpital par la création d'un pôle ville-hôpital.
- Faciliter le transfert des personnes âgées vers le centre hospitalier pour une réhabilitation avant un retour à domicile.
- Faire des évaluations gériatriques sur site par le biais de consultations avancées par une équipe mobile de gériatrie ou par télémétrie.
- Assurer un suivi de la personne âgée suite à son retour à domicile, soit par les acteurs de proximité, soit par une consultation dans les jours suivant la sortie en fonction de la situation de sa fragilité.

### **3.8 Développer un nouveau mode de financement attractif et pérenne.**

Le financement de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie reste parcellaire et instable. Les modalités de tarification applicables aux structures de prise en charge et aux professionnels de santé constituent des freins à la bonne mise en œuvre d'actions transverses en faveur de parcours coordonné de soins.

Les sources de financement de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sont aujourd'hui multiples et variables. Elles vont des enveloppes fongibles du fonds d'intervention régional (FIR) à disposition des ARS, au forfait conventionnel de rémunération (prime à l'intéressement), payé à la performance (P4P) aux médecins généralistes.

Si ces sources constituent de puissants leviers pour accompagner les changements, il n'en demeure pas moins que l'élaboration de nouveaux modes d'allocations et/ou de redistributions des financements des acteurs du parcours de soins restent perfectibles.

En effet, afin d'asseoir une source de financement pérenne et définitive du parcours coordonné de soins, il serait souhaitable de redéfinir un nouveau mode de financement unique. Pour ce faire, il conviendrait de diluer les sources existantes et les articuler autour d'un dispositif unique de financement.

L'opportunité est offerte aujourd'hui avec la montée en puissance des dispositifs personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et le projet d'extension des expérimentations de nouveaux Modes de rémunération (ENMR) en 2014.

## Conclusion

La prise en charge du vieillissement de la population et, avec elle, l'émergence des poly-pathologies et des maladies chroniques, constituent un problème majeur de santé publique.

Les actions en faveur des personnes âgées souffrent en effet d'une ligne de fracture organisationnelle qui nuit tout autant à l'efficacité, à l'efficience qu'à la cohérence globale, entre les prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales.

En effet, les réponses à y apporter, au-delà de l'incohérence des modes d'intervention, notamment entre les ARS, les collectivités territoriales, les professionnels de santé de proximité, la médecine de ville et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux seraient de repenser notre système de santé.

Les problématiques de manque de coordination entre les différents acteurs et les points de ruptures dans la prise en charge des personnes âgées fragiles, exigent d'impulser de nouveaux modes d'organisation globale, dans une approche transversale et continue du parcours de soins coordonné en amont et en aval de l'hospitalisation.

Dans un paysage atomisé, la bonne prise en charge des personnes âgées repose sur la réalisation d'un diagnostic territorial qui constitue une étape préalable, décisive à l'élaboration d'une stratégie pertinente pour définir de nouveaux modes d'organisation de soins et à toute prise de décisions.

Loin d'être un simple état des lieux, le diagnostic territorial de Saint-Méen-le-Grand aura permis d'apporter un jugement sur la cohérence d'une organisation existante et de mobiliser les acteurs de terrain autour de la problématique du parcours coordonné de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

L'enjeu de cette expérimentation étant d'objectiver et de modéliser le parcours de santé d'une personne âgée, les résultats attendus des évaluations devront servir d'appui aux pouvoirs publics pour une éventuelle généralisation. A cet égard, l'évaluation du dispositif grâce à des indicateurs pertinents sur la santé des personnes âgées fragiles, les pratiques professionnelles (libéraux, hospitaliers, champ du médico-social et du social), l'optimisation économique, l'organisation des soins, sont autant de leviers nécessaires pour mesurer le retour sur investissement du projet-pilote expérimental.

Concomitamment, et en cohérence avec la stratégie nationale de santé et la politique de l'âge, un projet de loi d'orientation et de programmation en faveur d'un véritable parcours d'autonomie pour les personnes âgées est en préparation.

L'enjeu des trois A (Anticipation, Accompagnement, Adaptation) consiste avant tout à simplifier la vie des personnes âgées en leur offrant des lieux d'accueil et d'accompagnement plus intégrés et plus participatifs dans la proximité.

## Bibliographie

### TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 *relative au remboursement de la dette sociale*  
JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6311

Ministère de la santé *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* JORF du 5 mars 2002 page 4118.

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, Circulaire DHOS/0 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.  
Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2002/14 p. 81-100

Ministère de la santé et de la protection sociale, *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie* JORF n°190 du 17 août 2004 page 14598

Ministère de la santé et du sport *loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011, *de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 70, l'expérimentation de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, JORF n°0296 du 22 décembre 2011 page 21682

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 *de financement de la sécurité sociale pour 2013* JORF n°0294 du 18 décembre 2012 page 19821

Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000, relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005

Circulaire DGAS/AVIE/2Cn°2001-22 du 4 mai 2001, *relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)*.

Circulaire DHOS/0 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 *relative à la filière de soins gériatriques*. NOR : SANH0730182

## **OUVRAGES :**

BELAND .F, HERVE.M (dir), 2013, *La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action*, Edition Presse de l'EHESP, p288

CLAVERANE.J.P, PASCAL.C, 2004, *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Paris : éditions Médica, 188p

HERVY.B.A, 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Edition Presse de l'EHESP, 168p

ANKRI .J, HENRARD.J.P, 2003 *Viellissement, grand âge et santé publique - 2<sup>e</sup>édition* Presse de l'EHESP, 280p

DRUNAT.A, HOLSTEIN.V, LUTZLER, janvier 1997, *intérêt du concept de filière de soins pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie*, *Gestions hospitalières*, n°362,45p

BONNET.M, 2001, *entre autonomie et dépendance*, édition Harmattan, format PDF

PAQUET, Mario, 2003, *vivre une expérience de soins à domicile*, Québec, les presses de l'université de Laval, p55

MARTIN.C et al, 2003, *la dépendance des personnes âgées : quelles politiques en Europe*, Rennes, presse universitaires, p96

LAFORESTRIE.R, 1998-2003, *vieillesse et société : à l'écoute de nos aînés*, édition Harmattan, format PDF

ENNUYER, Bernard. 2002, *les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*. Paris, éditions Dunod, p100

PINEAULT.R DAVELUY.C, 1995, *La planification de la santé, Concepts, Méthodes, Stratégies*, Editions Nouvelles, Montréal, Canada.

Simone de Beauvoir, 1970, *la vieillesse*, essai, édition Gallimard\*

## **RAPPORTS :**

LIBAULT.D, MOUNIER.C, WAQUET.C, janvier 2013, *la mise en œuvre des projets -pilote, comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomies*, 85p

CORDIER. A, Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Haas, HIRSCH. E, Françoise PARISOT .F, LAVILLONNIERE. D, mars 2013, *un projet global pour la stratégie nationale de santé*, p108

BROUSSY.L, janvier 2013, *Rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement*, p202

PINVILLE .M mars 2013, *Relever le défi de l'avancée en âge – Perspectives internationales*, p81

AQUINO.J.P, GOHET.P, MOUNIER.C, février 2013, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, p132

RAPPORT DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE(CNSA), 2012, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, p28

Rapport de suivi, cours des comptes, février 2012, *La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins* Rapport annuel public, partie II, p30

Rapport de la Haute Autorité de la Santé (HAS) *sur l'analyse des projets article 70*, décembre 2012, p56

FOUCQUET.A, SITRUCK.P, TREGOAT.J.J, 2011, *l'impact des modes d'organisations sur la prise en charge du grand âge*, inspection générale des affaires sociales, 121p

Rapport du groupe « *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie* », 21 juin 2011

Rapport HCAAM, 23 juin 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie*

Rapport HCAAM, 22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*

Commission des affaires sociales, 2010, *Rapport d'information en commission des travaux de la mission de prise en charge des personnes âgées*, Assemblée nationale, p125

Rosso DEBORD .V, 23 juin 2010, *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Assemblée nationale, p127

BOUCHAYER.F, Rapport de recherche, Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique, 2008, *les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral*, approche sociologique de la fonction soignante de proximité, 125p

MOUQUET, OBERLIN, Rapport DREES, juin 2008, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à horizon 2010, 2020 et 2030*, Dossier n°4 2008

Rapport de suivi, cours des comptes, 2008, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, 49p

VASSELLE. A, 8 juillet 2008, *Rapport d'information sur la prise en charge de la Dépendance et la création du cinquième risque*, Sénat, p255

ARFEUX-VAUCHER.G, BESSON.I, GAUSSENS.J, et al. , décembre 2006, *Recours à l'hôpital des personnes âgées en charge à domicile*, p24

DUEE .M, REBILLARD.C, Rapport INSEE, 2006, *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*

LAROQUE .P Rapport du haut comité de la population ,1962 *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*, Documentation française, 1962 - p438

## **THESES ET MEMOIRES :**

BRUNET.J, 2012, *La filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir sur les centres de proximité*, Mémoire élève D3S, EHESP, p71

FAVRELIERE.M, 2011, *le pôle de santé pluridisciplinaire peut-il améliorer le parcours de soins coordonné des personnes âgées, Etude sur une aire de santé dans la Lot-et-Garonne*, Mémoire étudiant Mater 2 Pilotage des politiques et Actions en Santé Publique, EHESP, p63

ALEXANDER.R, BASCOUL.M.L, BELKHIR.M, et al 2011, *La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse*, Module interprofessionnel, EHESP, p44

CAILLAVET-BACHELET.V, 2010, *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières du Territoire*, Mémoire élève DS, EHESP, p50

BUISSON.E, 2009, *La transversalité sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge des personnes âgées : l'exemple de l'équipe mobile de gériatrie du centre hospitalier de Saumur*, Mémoire élève D3S, EHESP, p61

LABRO-GOUBY.F 2003 *La mise en place d'une filière gériatrique aux hôpitaux civils de Colmar, illustration de la complémentarité des politiques sanitaires et médico-sociales sur un territoire de santé*, Mémoire élève DH, EHESP, p97

## **ARTICLES/CONFERENCES/COLLOQUES/SEMINAIRES :**

Colloque EHESP/EN3S, décembre 2012, *les parcours de soins : gisement d'efficacité du système de santé*, Paris

Mensuel des Maisons de Retraite, n°137, janvier 2011, *Étude PLEIAD, Nos aînés fragilisés en maisons de retraite médicalisées*, p.9

SCHALER.P, HUARD.P, 2011, *L'intégration de soins, un nouveau modèle d'organisation ambulatoire*, *Care Management* 2011 ; 4, n°3

VERMORL.M et RUMEAU.E, 2010, *Les inters-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion du territoire*, *Gérontologie et société* n°132,213

IRDES, février 2013, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé*, *Questions d'économie de la santé*, Revue n°184

## **GUIDES ET SCHEMAS :**

ANAP : Guide des parcours de santé des personnes âgées sur un territoire CNSA.

ANAP, 2012, construire un parcours de santé pour les personnes âgées, p48

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

PRIAC 2011-2015

Recommandations de codage Pathos – Guide de code pratique Formation 2012

Plan santé mentale 2005 - 2008

Schéma départemental en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées  
2010-2014

## **Titre des annexes**

**Annexe I :** Grille d'entretien

**Annexe II :** Guide d'entretien

**Annexe III :** Liste des entretiens avec les acteurs du territoire

**Annexe IV :** Liste des entretiens avec les centres hospitaliers environnants

**Annexe V :** Les offres médico-sociales spécialisées

**Annexe VI :** Schéma représentant de parcours intra-hospitalier des personnes âgées :  
exemple de CHU de Rennes

**Annexe VII :** Schéma représentant la place du centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand dans le parcours de soins hospitaliers des personnes âgées

**Annexe VIII :** Graphique représentant les difficultés identifiées par les acteurs du territoire de Saint-Méen-le-Grand

**Annexe IX :** Schéma de procédure de repérage et de suivi des personnes âgées en risque de ré-hospitalisation

## **Annexe I : Grille d'entretien.**

### **I. *Structure ou Fonction* :**

1. Pouvez-vous nous présenter la structure et votre fonction ?
2. Quelles sont les spécificités de vos actions auprès de personnes âgées ?
3. Jusqu'où s'étend votre zone d'intervention ?
4. Quelles sont les compétences qui légitiment vos interventions auprès des personnes âgées ?

### **II. *Le patient et son parcours de soins* :**

1. Quel est le profil et nombre de personnes âgées que vous recevez et quel est le motif de leur venue ?
2. Pouvez-vous nous décrire le parcours de santé de la personne âgée dans la structure ?
3. Quelles sont les raisons qui justifient leur demande d'intervention auprès de la structure ?
4. Pensez-vous que votre intervention participe à l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée ?
5. Quels sont les principaux obstacles à la bonne prise en charge des personnes âgées dans leur parcours de soins ?
6. Quelles améliorations pourraient être apportées au parcours de soins des personnes âgées ?

### **III. *Partenariat et coordination des acteurs***

#### En amont de l'hospitalisation :

1. Quels sont les partenaires impliqués dans le parcours de soins des personnes âgées ?
2. Comment coordonnez-vous vos actions pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées ?
3. Quelles améliorations pourraient être apportées pour une meilleure coordination ?

#### En aval de l'hospitalisation :

1. Quels sont les professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée à la sortie de l'hôpital ?
2. Quelles principales difficultés rencontrez-vous à la sortie des personnes âgées de l'hôpital ?
3. Quelles améliorations pourraient être apportées pour remédier aux problèmes de sortie d'hôpital ?

### **IV. *Lisibilité de l'offre de soins***

1. La mise en place de PPS a-t-elle permis de redéfinir le rôle de chaque professionnel ?
2. Etes-vous ou votre structure connu(e) par le grand public ?
3. Etes-vous ou votre structure connu(e) par les autres partenaires impliqués dans le parcours de santé des personnes âgées ?

### **V. *Système d'information***

1. Avez-vous un outil de traçabilité des données nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées ?
2. Disposez-vous d'un outil commun de communication interprofessionnel ?
3. Seriez-vous d'accord pour la création d'un outil commun de communication accessible à tous les professionnels participant à la prise en charge des personnes âgées ?

## **Annexe II : Guide d'entretien.**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

#### **Expérimentation de parcours de soins des personnes âgées à Saint-Méen-le-Grand**

##### **I. Présentation de la structure ou du professionnel**

1. *Mission spécifique auprès des personnes âgées*
2. *Périmètre d'intervention – Bassin de recrutement*
3. *Ressources et organisation*

##### **II. Le patient et son parcours de soins**

1. *Profil de la patientèle et motifs de venue*
2. *Les étapes dans le parcours de santé au sein de la structure*
3. *Points forts*
4. *Axes d'amélioration*

##### **III. Partenaires et coordination**

1. *Recensement des partenaires en amont et en aval*
2. *Identification des problèmes*
3. *Identification des bonnes pratiques à renforcer*

##### **IV. Lisibilité de l'offre**

1. *Auprès des professionnels*
2. *Auprès du grand public*
3. *Auprès des partenaires*

##### **V. Système d'information**

1. *Données enregistrées*
2. *Données partagées*

### **Annexe III : liste des entretiens avec les acteurs du territoire.**

Entretien avec le chargé de mission de l'ARS Bretagne

Entretien avec le médecin coordonnateur du projet à l'ARS Bretagne

Entretien avec la directrice de l'union régionale des professionnels de la santé (URPS)

Entretien avec la directrice de l'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine

Entretien avec la direction de l'hôpital de St Méen-le-Grand

Entretien avec la psychologue de l'hôpital de St Méen-le-Grand

Entretien avec le cadre référent projet de l'EHPAD de l'hôpital de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec les personnels de l'EHPAD de l'hôpital de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec l'infirmier référent de l'hospitalisation à domicile de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec la cadre de santé Médecine/SSR de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec l'ergothérapeute de l'hôpital de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec l'assistante sociale de l'hôpital de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec l'infirmière coordinatrice du SSIAD de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec les médecins de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec le représentant des usagers de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec l'infirmière en gériatrie du CDAS de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec la psychologue libérale de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec la coordinatrice du CLIC de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec le Directeur du foyer logement de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec les infirmières libérales de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec les pharmaciens de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec les kinésithérapeutes de Saint-Méen-le-Grand

Entretien avec la présidente et le cadre de l'ADMR de Saint-Méen-le-Grand

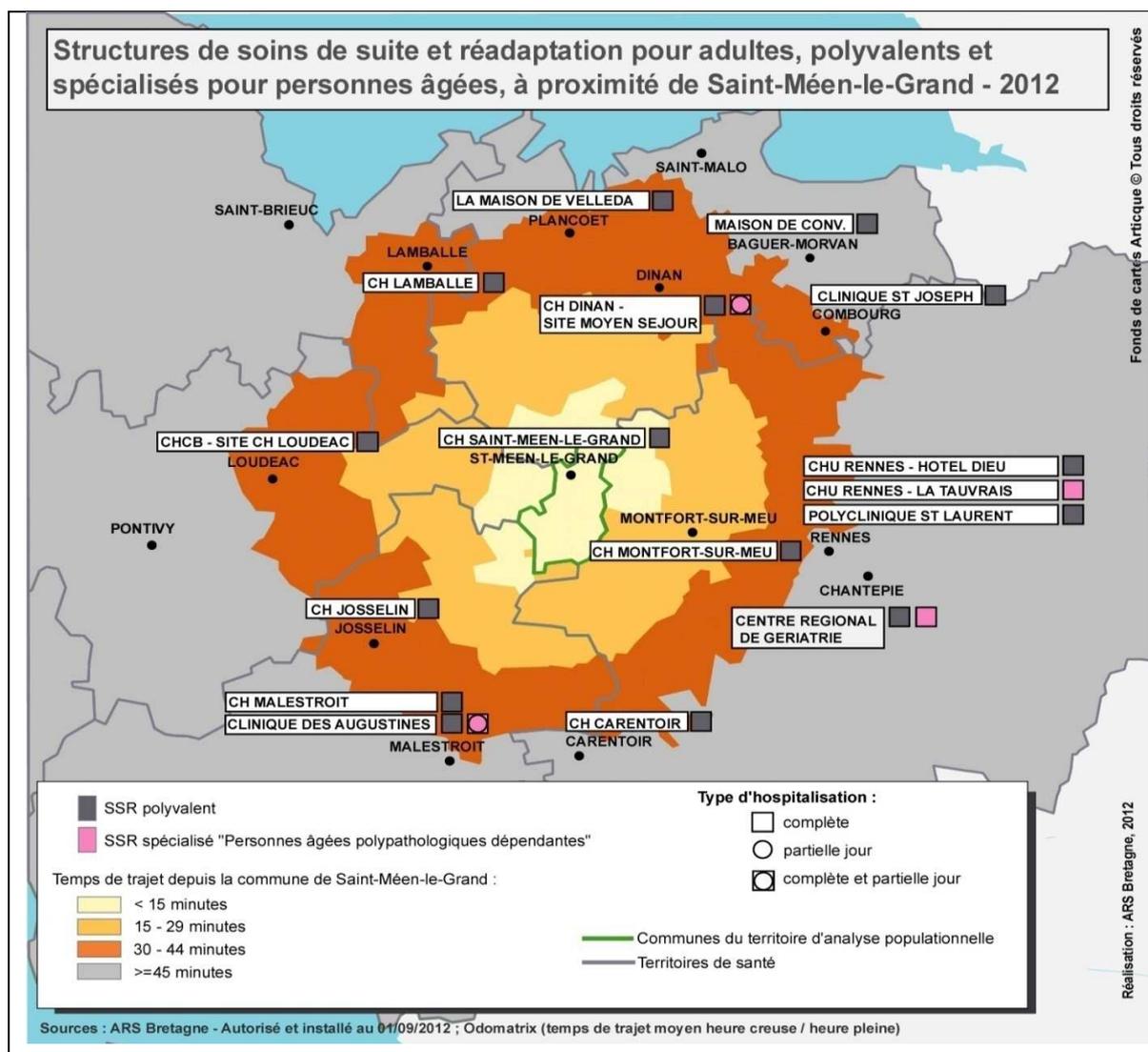
**Annexe IV : liste des entretiens avec les centres hospitaliers environnants.**

Entretien avec le docteur du CHP de St Grégoire

Entretien avec le docteur du CH de Dinan

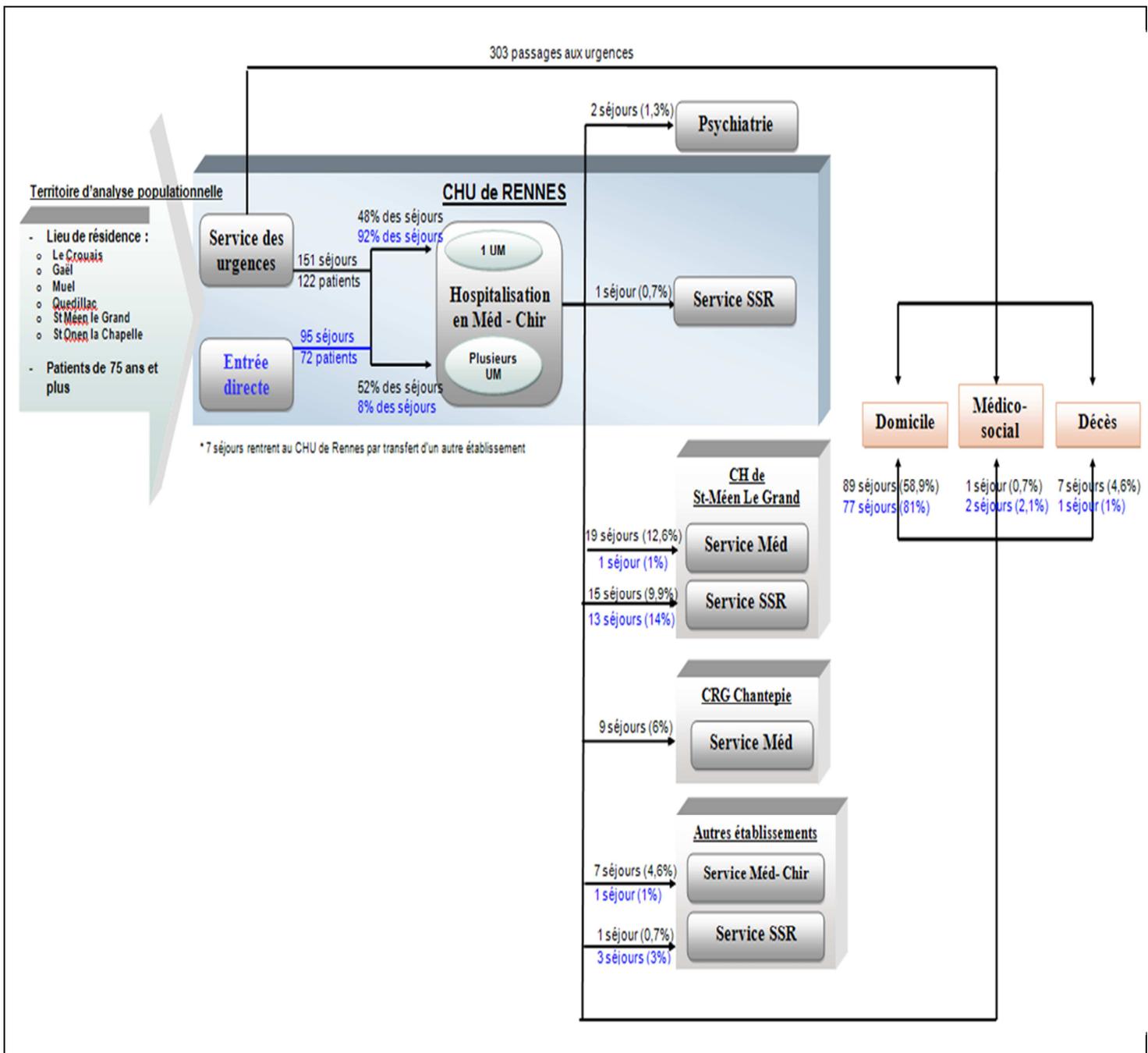
Entretien avec le chef de service, le cadre de santé et l'assistante sociale de la Tauvrais  
(CHU Rennes) : Service Court Séjour Gériatrique – SSR

## Annexe V : Les offres médico-sociales spécialisées.



**Annexe VI : Schéma représentant de parcours intra-hospitalier des personnes âgées : exemple de CHU de Rennes.**

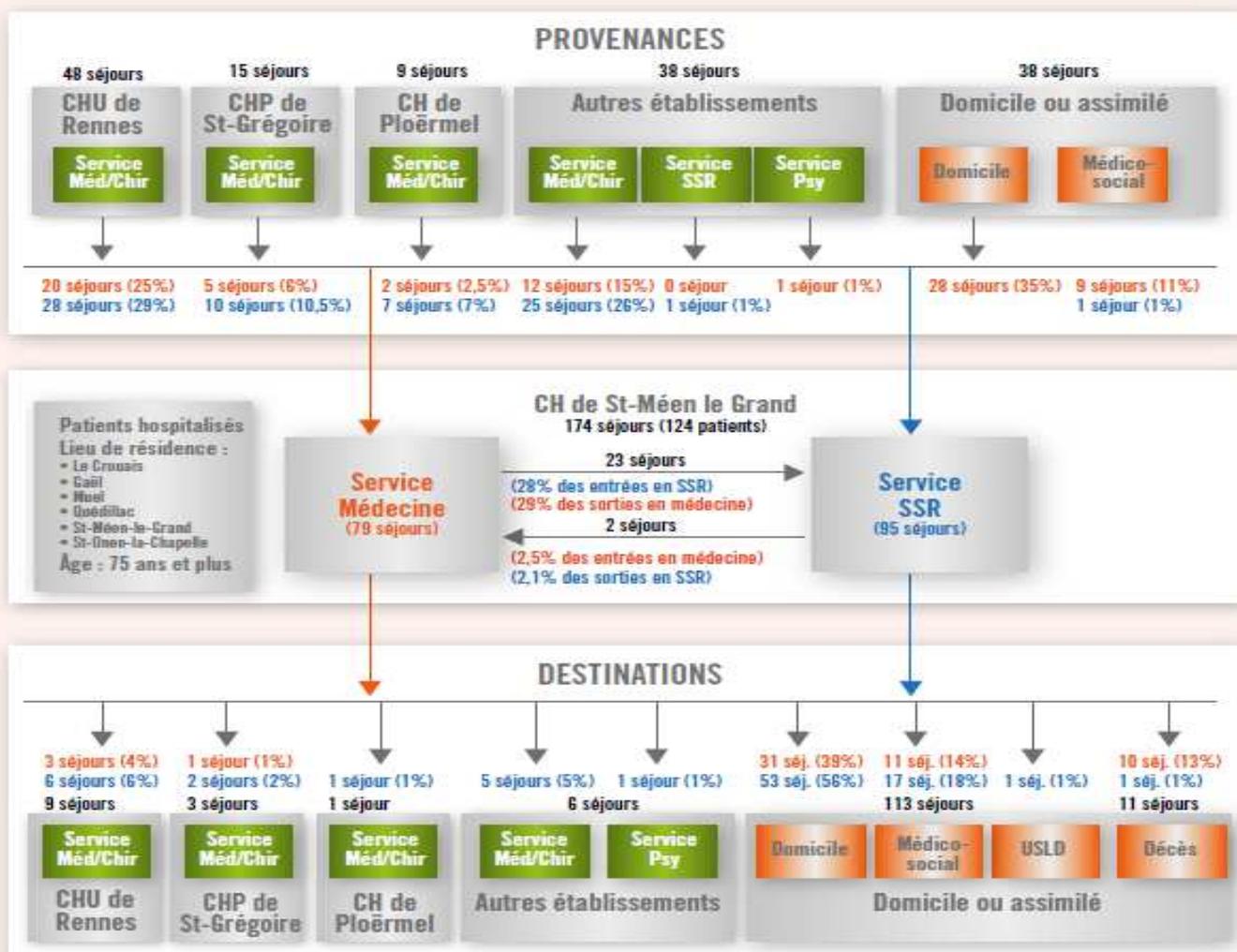
**Parcours avant une hospitalisation au CH de St-Méen-le-Grand**



**Annexe VII : Schéma représentant la place du centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand dans le parcours de soins hospitaliers des personnes âgées.**

**Parcours après une hospitalisation au CH de St-Méen-le-Grand**

■ Schéma 2 / La place d'un centre hospitalier local dans les parcours de soins hospitaliers - l'exemple du CH de Saint-Méen-le-Grand

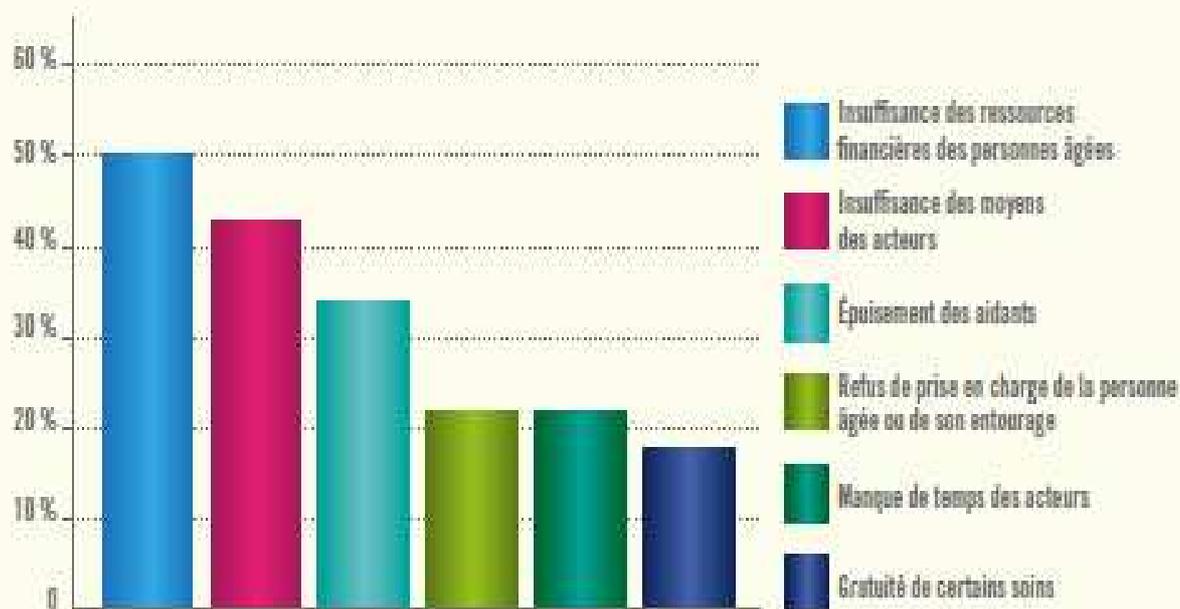


Source : PMSI 2011 - Exploitation ARS Bretagne

**Annexe VIII : Vision graphique des difficultés identifiées par les acteurs du territoire de Saint-Méen-le-Grand.**

## La vision des acteurs sur leur organisation

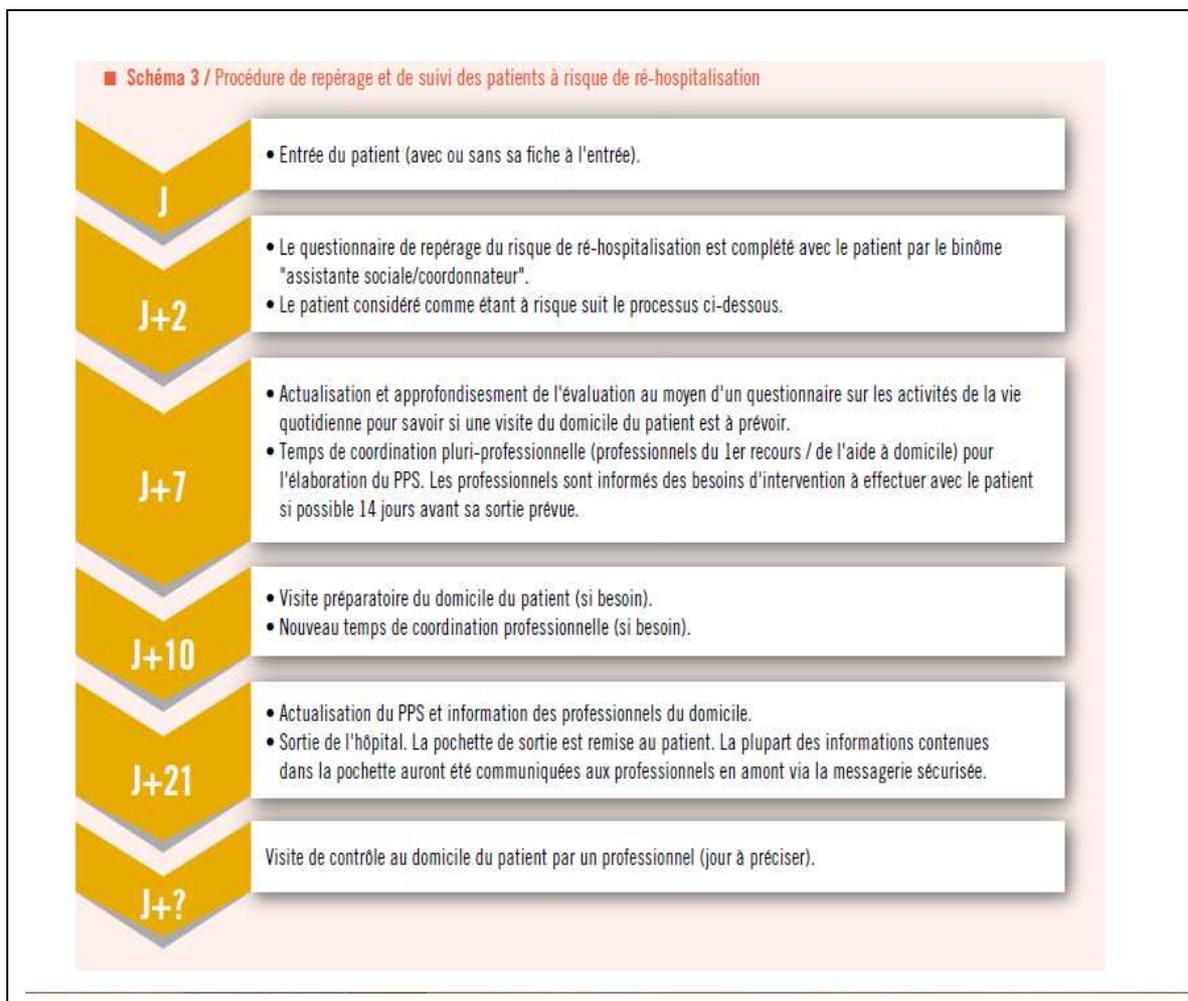
■ **Graphique 4 / Les difficultés identifiées par les acteurs dans leur fonctionnement au quotidien**



Source : Entretiens réalisés auprès des professionnels de santé du territoire de St-Méen-le-Grand et des centres hospitaliers dotés d'un service d'urgences au sein desquels transitent les personnes âgées du territoire de St-Méen-le-Grand - Exploitation Pays de Brocéliande et ARS Bretagne.

Source : Entretiens réalisés auprès des professionnels de santé du territoire de St-Méen-le-Grand et des centres hospitaliers dotés d'un service d'urgences au sein desquels transitent les personnes âgées du territoire de St-Méen-le-Grand - Exploitation Pays de Brocéliande et ARS Bretagne.

## **Annexe IX : Schéma de procédure de repérage et de suivi des personnes âgées en risque de ré-hospitalisation.**



NENGBI

Dieudonné

Mars 2014

## **Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale**

### **Promotion 2012-2014**

L'expérimentation du parcours de soins coordonné des personnes âgées menée sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand en Bretagne

#### ***Résumé :***

Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie qui accompagnent les transitions démographiques et épidémiologiques expliquent la croissance du nombre de personnes âgées, et avec elle, l'émergence des poly-pathologies et des maladies chroniques.

Selon l'INSEE, la France comptera près de 10 millions d'habitants en plus en 2050, dont une personne sur six (1/6) aura 75ans et plus contre une sur dix (1/10) aujourd'hui.

Ce phénomène constitue un enjeu pour l'organisation de notre système de santé. Pour répondre à ce défi, l'offre sanitaire et médico-sociale doit être mieux structurée sur un territoire et adaptée au caractère évolutif des besoins des personnes âgées vulnérables atteintes d'affections chroniques et de poly-pathologies, sources d'incapacités fonctionnelles pouvant aller jusqu'à la dépendance.

Cette évolution doit être pensée dans une logique pluri-professionnelle car la prise en charge des personnes âgées fragiles, nécessite des soins continus et coordonnés à travers une étroite collaboration entre les professionnels de soins de ville, les structures médico-sociales, sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques.

Dans un système sanitaire atomisé, les expérimentations en cours, loin de constituer un simple diagnostic, permettront d'apporter un jugement sur la cohérence d'une organisation existante et de mobiliser les acteurs de terrain autour de la problématique de parcours de soins coordonné des personnes âgées fragiles.

L'enjeu est d'apporter une réponse cohérente et efficiente au problème du vieillissement en proposant des pistes d'actions destinées à améliorer le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

#### ***Mots clés :***

**Autonomie, Coordination, Diagnostic, Expérimentation, Filière, Fluidité, Fragilité, Globalité, Parcours, Personnes âgées, Pilotage, Réseaux, Risque, Territoire, Transversalité**

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*