



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2017-2018**

METHODE INTEGRATIVE AU SERVICE
DU PROCESSUS FRAGILITE DES
PERSONNES AGEES EN SARTHE
De 2013 à 2018

PATRICIA GAUTUN
21 septembre 2018

Remerciements

Si un historique des remerciements est de bon aloi, alors mes premiers vont à Guy M'boko, Médecin territorial au sein du Conseil général de La Sarthe en 2015, Séverine Pelossier-Mouette, Cheffe de service au sein de la direction Autonomie du même département et Agnès Maillard, pilote MAIA 3 « Nord Sarthe et Perche Sarthois », qui m'ont encouragée alors à m'engager dans cette reprise d'études supérieures, et même à choisir LE Master qui me convient.

Je remercie mon employeur – Direction Générale Adjointe de la Solidarité et Direction Autonomie du Département de La Sarthe, de m'avoir permis l'accès à ce Master de Santé publique.

Le cadre d'emploi de pilote MAIA m'invite à remercier l'ARS Pays de La Loire et la Direction départementale de l'ARS Sarthe, pour le soutien reçu dans ce projet de formation continue longue.

Mes remerciements sincères à l'enseignant-chercheur Arnaud Campéon, et à l'ensemble des intervenants qu'il a su sélectionné avec brio, pour leurs qualités d'enseignement certes, mais aussi par l'enthousiasme qu'ils m'ont transmis. Merci à Régine Mafféï pour sa seconde nature : la patience pédagogique !

Des remerciements particulièrement chaleureux à mes collègues de Master des deux promotions, de 2016 à 2018, pour des moments partagés tout autant studieux que joviaux.

Enfin, mes derniers remerciements s'adressent à mes collègues Sarthois, qui m'ont permis de profiter pleinement de ces deux années, en assumant mes absences et en me soutenant souvent, techniquement comme moralement.

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
1 Du concept de fragilité à la réponse intégrative parcours.....	- 5 -
1.1 Historique et définitions du concept de fragilité des personnes âgées	- 5 -
1.1.1 Propositions cliniques et modes d'évaluation de la fragilité des personnes âgées - 8 -	
1.2 Fragilité et le concept du « bien vieillir »	- 14 -
1.3 Approche parcours	- 17 -
1.4 La fragilité des personnes âgées traduite dans les politiques publiques : la prévention par l'approche parcours	- 19 -
1.4.1 A l'échelle nationale :.....	- 19 -
1.4.2 La déclinaison territoriale régionale : Le PRS 2 des Pays de La Loire ..	- 24 -
1.4.3 Les travaux du gérontopôle des Pays de La Loire	- 25 -
1.5 Les enjeux de la fragilité ; du sanitaire au social	- 26 -
1.5.1 Les impacts de la fragilité sur la vie quotidienne des personnes.....	- 28 -
1.5.2 Les impacts de la fragilité en termes de ruptures de parcours de santé. - 29 -	
1.6 La place du parcours dans la réponse intégrative à la fragilité.....	- 30 -
1.6.1 Un exemple régional d'outil parcours de santé des aînés : la Carte A'DOM - 33 -	
2 Histoire de la méthode intégrative MAIA-PAERPA au service du processus Fragilité en Sarthe de 2014 à 2017	- 35 -
2.1 Origine et Contexte des travaux fragilité en Sarthe.....	- 35 -
2.1.1 Histoire des dispositifs MAIA en Sarthe et premier diagnostic de territoire- 35 -	
2.1.2 Contexte local.....	- 39 -
2.2 Les attendus de la Charte MAIA-PAERPA « Pays du Mans » juillet 2013 et son évolution nécessaire.....	- 41 -
2.3 Travaux « Fragilité » MAIA-PAERPA « Pays du Mans ».....	- 43 -
2.3.1 Groupe de travail « Hospitalisations potentiellement évitables » (GT HPE) et ses objectifs – décembre 2014 à fin 2015.....	- 43 -

Patricia GAUTUN

2.4	Départementalisation des travaux : « Processus Fragilité en Sarthe » 2016 :-	46 -
2.4.1	La co construction d'outils de repérage et de logigramme parcours pour les modes « repérage » et « évaluation de niveau 1 » en 2016 et 2017.....	- 47 -
3	La méthode intégrative MAIA-PAERPA et son approche parcours de santé au service de l'expérimentation « Processus Fragilité en Sarthe » en 2018	- 51 -
3.1	Conditions et modalités de mise en œuvre de l'expérimentation fin 2017 - 2018.-	52 -
3.1.1	La place des acteurs publics (ARS et porteur Départemental MAIA-PAERPA)	- 52 -
3.1.2	La place des acteurs repérant et ou évaluateur : typologie d'acteurs impliqués.....	- 53 -
3.1.3	La co responsabilité des acteurs au sein d'une expérimentation « parcours de santé des aînés »	- 54 -
3.1.4	Les outils et leur usage	- 55 -
3.1.5	L'évaluation de l'objectivation des parcours	- 56 -
3.2	Point d'étape à mi calendrier de l'expérimentation	- 56 -
3.2.1	Situation actuelle : type d'acteurs impliqués, niveau d'implication des acteurs	- 56 -
3.3	Attendus et perspectives de l'expérimentation 2018.....	- 58 -
	Conclusion	- 60 -
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	9

Liste des sigles utilisés

AAC –	Appel A Candidature
AGGIR –	Autonomie Gériatrique Groupe Iso Ressources
AIVQ –	Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne
ANAP –	Agence Nationale d’Appui à la Performance
Anesm –	Agence Nationale de l’Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médicosociaux
APA –	Allocation Personnalisée à l’Autonomie
ARS –	Agence Régionale de Santé
AVQ –	Activités de la Vie Quotidienne
CASA –	Contribution Additionnelle de Solidarité pour l’Autonomie
CCP –	Coordination Clinique de Proximité
CDCA –	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l’Autonomie
CDF –	Conférence Départementale des Financeurs
CHIC –	Centre Hospitalier Inter Communal
CIAP –	Comité Intégréatif des Acteurs et des Projets
CIDPA –	Centre d’Information Départemental Pour l’Autonomie
CLIC –	Centre Local d’Information et de Coordination
CNAV –	Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse
CNSA –	Caisse Nationale de la Solidarité et de l’Autonomie
CODIP –	Coordination des Informations Préoccupantes
CTSP –	Communauté Professionnelle Territoriales de Santé
CSD –	Comité Stratégique Départemental
DGOS –	Direction Générale de l’Offre de Soins
DREES –	Direction de la Recherche, de l’Etude et de l’Evaluation des Statistiques
EAAR –	Equipes d’Appui en Adaptation et Réadaptation
EGS –	Evaluation Gériatrique Standardisée
EMG –	Equipe Mobile de Gériatrie
EMGP –	Equipe Mobile de Géronto Psychiatrie
ESP –	Equipe de Soins Primaires
FEHAP -	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d’Aide à la Personne
FRAIL –	Fatigue Résistance Ambulation Illnesses
FSE –	Fond Social Européen
GFST –	Geronto Frailty Screening Tool
HAS –	Haute Autorité de Santé

Patricia GAUTUN

HCAAM –	Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie
INSEE -	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM –	Institut National des Sciences et des Etudes de la Recherche Médicale
ASV –	loi d’Adaptation de la Société au Vieillissement
LFSS -	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LOLF –	Loi Organique aux Lois de Finances
MAIA -	Méthode d’Action pour l’Intégration des services d’aide et de soins dans le champ de l’Autonomie
MDA –	Maison départementale de l’Autonomie
	MEFF – Mesure d’Evaluation des Facteurs de Fragilité
MIF –	Mesure de l’Indépendance Fonctionnelle
MONALISA -	MObilisation NAtionale contre L’ISolement des Agés
MSP –	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ONDAS -	Observatoire National de l’Action Sociale
OMS –	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM –	Organisation Nationale des Dépenses de l’Assurance Maladie
PAERPA -	Personnes Âgées en Risque de Perte d’Autonomie
PAP –	Plan d’Aide Personnalisé
PARA –	Plateforme d’Accompagnement au Répit des Aidants
PH –	Personne en situation de Handicap
PMND –	Plan Maladies NeuroDégénératives
PRS –	Programme Régional de Santé
PTA –	Plateforme Territoriale d’Appui
RAI –	Resident Assessment Instrument
RAPT –	Réponse Accompagnée Pour Tous
SAAD –	Service d’Aide et d’Accompagnement à Domicile
SDU –	Schéma Départemental Unique d’organisation sociale et médicosociale
SEGA-Am -	Short Emergency Geriatric Assessment modifiée
SFGG –	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SNS –	Stratégie Nationale de Santé
SOF –	Study of Osteoporotic Fractures
SPASAD –	Service Polyvalent d’Aide et de Soins A Domicile
SSIAD –	Service de Soins Infirmiers A Domicile
VES –	Vulnerable Elders Survey

Introduction

Depuis la fin des années 90', pouvoirs publics internationaux et chercheurs manifestent pour la gérontologie un intérêt qui ne fait que croître. La baisse de la natalité et l'allongement de la durée de vie entraîne une forte augmentation de la population vieillissante susceptible de perte d'autonomie pour une dernière partie de sa vie. Outre qu'elle représente un coût fort élevée pour nos sociétés occidentales et menace partout la fluidité de nos infra structures de soins, la hausse annoncée du nombre de personnes en situation de dépendance avérée fait l'objet d'un enjeu de santé publique portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹ qui vise une baisse de quinze millions de personnes dépendantes d'ici à 2050 dans le monde.

Selon Bruno Vellas, Responsable du Gérontopole de Toulouse, ces projections démographiques des personnes âgées dépendantes, prévoient une augmentation mondiale qui se concrétiserait ainsi : « de 350 millions en 2020, à 488 en 2030 et 614 en 2050 »². Soit un doublement de nos âgés dépendants en seulement deux générations, situation que nos sociétés doivent envisager d'enrayer efficacement sous peine de ne pouvoir répondre aux enjeux de « bonne santé » physiologiques, psychologiques mais aussi –et peut-être d'abord- socioéconomiques de ses populations.

C'est donc aujourd'hui dans un cadre international que s'inscrivent les travaux de repérage des personnes âgées fragiles et d'évaluation de leur fragilité.

Pour les sociétés du nord, dont l'Europe, l'allongement de la durée de vie liée aux avancées médicales majeures, influe fortement sur l'augmentation, pour ne pas dire l'explosion démographique en cours et à venir des personnes âgées. Selon l'Observatoire des territoires³, la France en 2016 se classe en 14^{ème} position -sur 28 pays européens, des populations les plus âgées, 18,8 % des 65 ans en 2016. Pour autant, à l'échelle comparative européenne, sa progression entre 1990 et 2016 n'a pas été parmi les plus spectaculaires ; de 13,9 à 18,8. Le vieillissement d'une population a pour assise l'évolution démographique de chaque pays. Si c'est toujours l'équation moins de naissances et moins de décès qui détermine ce vieillissement, son évolution diffère entre chaque pays. Ce classement médian n'évitera pas à la France de devoir adapter les structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour accompagner ce phénomène

¹ Livre Blanc de la fragilité, 2015, p.9 www.fragilité.org/livreblanc

² Livre Blanc de la Fragilité, 2015, p.9 www.fragilité.org/livreblanc

³ <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/node>

de vieillissement de sa population. Si la qualité de vie des séniors s'en trouve améliorée, en permettant une survenue plus tardive de la dépendance, l'augmentation du nombre de ces personnes âgées dépendantes reste corroborée à l'allongement de la durée de vie. Les chiffres de l'INSEE sont connus : la France compte actuellement 15 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, en 2025 elle en comptera 18,9 millions et 24 millions en 2060. Quant aux personnes de plus de 85 ans, au nombre de 1,4 million aujourd'hui, verront leur nombre quadrupler en 2050, les portant à 4,8 millions. Ce sera alors une personne sur trois qui aura plus de 60 ans.

Dans le champ de la santé publique, le concept de fragilité des personnes âgées est popularisé dès le début des années 2000 par Fried *et al*, 2001. L'intérêt et la mobilisation de différentes communautés d'acteurs pour ce concept est inhérent à l'évolution démographique dans le monde. C'est de ce constat que naît l'indispensable préservation de l'autonomie, qui constitue la réponse préventive de l'apparition de la dépendance dans le parcours de vie, qu'elle s'attache au champ fonctionnel ou décisionnel du sujet. Ce large interstice, avant l'avènement d'un besoin et jusqu'aux réponses à choisir et mettre en œuvre, permet l'émergence de la notion du bien vieillir. En 2013 la Haute Autorité de Santé en France indique que « Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (niveau de preuve modéré), dans un délai de 1 à 3 ans⁴ » post événement.

Ce travail a pour ambition de déployer ici ce nouveau concept de santé publique du « bien vieillir » en repérant, évaluant la fragilité et ou le risque de fragilité en y répondant au mieux, afin de prévenir la perte d'autonomie, en usant pour cela de la méthode intégrative, promue par les nouveaux et nombreux dispositifs « parcours de santé » du paysage Français de santé publique.

Ce concept de fragilité présente un intérêt majeur par sa capacité à rallier et colliger intelligemment entre eux, d'autres concepts tout aussi récents et mobilisateurs que la notion de parcours de santé, de coordination d'acteurs de multiples domaines intervenant auprès des personnes âgées. Ainsi, des dispositifs de coordination, voire « d'intégration » des acteurs et des projets, doivent constituer des réponses efficaces à cette problématique de lutte contre l'augmentation des personnes âgées dépendantes. C'est l'attendu qu'énonce nos décideurs en santé publique. L'identification des difficultés humaines qu'engendre cette situation de fragilité, en ce qu'elles sont sanitaires -au sens large de la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)- mais aussi inexorablement socioéconomiques, ne seraient-elles pas pour l'homme d'occident, l'occasion d'embrasser une nouvelle vision de lui-même et de son parcours de soins,

⁴ Haute Autorité de Santé « *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires* », juin 2013

intégré dans son parcours de santé, parties intrinsèques par une conscience élargie de son « parcours de vie ».

Il est ainsi proposé dans une première partie, de tenter une déclinaison des définitions internationales apportées à ce concept de fragilité des personnes âgées et d'en partager brièvement son histoire. Ainsi nos décideurs Européens ont validé depuis 2011 une réponse innovante dans la création d'un Partenariat Européen d'Innovation pour un vieillissement actif et en Bonne santé (ou EIP on AHA), qui permet à la notion du « bien vieillir » d'advenir. La traduction de la prise en compte de la fragilité dans les politiques publiques en France, sera observée par un état des lieux législatif (probablement non exhaustif) et de dispositifs nouveaux. L'ensemble venant potentiellement servir les grandes orientations de politiques publiques qui s'organisent au regard de nouveaux paradigmes, tels : le décloisonnement des pratiques d'acteurs des champs sanitaires, médicosocial et social (MAIA⁵), l'approche incitée en mode parcours de santé - au sens de l'OMS- avec le développement des coordinations d'appui à la médecine de ville dans un contexte de virage ambulatoire du secteur sanitaire hospitalier (PAERPA⁶, CPTS⁷, ESP⁸), mais aussi le regroupement des aides et des soins au service de rapprochement des différentes grandes catégories de publics (PTA⁹,MDA¹⁰,RAPT¹¹), qu'ils soient bénéficiaires et/ou patients.

Les enjeux de la fragilité seront abordés du point de vue de ses impacts sur la vie quotidienne des personnes et donc sur leur parcours de santé, en termes que, les facteurs qui constituent la fragilité, s'ils sont ignorés ou négligés- peuvent provoquer de véritables ruptures de parcours, fort malheureuses humainement parlant, et fort onéreuses économiquement pour l'ensemble de nos sociétés.

Une deuxième partie s'autorisera à objectiver tant que faire se peut, le pari sur l'intelligence de la réponse coordonnée et intégrative parcours, qui a été retenue par nos décideurs publics en direction des personnes âgées parfois robustes, fragiles ou très

⁵ Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie, cahier pédagogique CNSA, octobre 2014

⁶ Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie – LFSS du 17 décembre 2012 - Extension PAERPA arrêté du 8 octobre 2014-CCN, mars 2016, cadre du Pacte Territoire Santé 2

⁷ Communautés Professionnelles Territoriales de Santé – Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – article 65

⁸ Equipe de Soins Primaires- Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – article 64

⁹ Plateforme Territoriales d'Appui- Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – article 74

¹⁰ Maison De l'Autonomie –Loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la société au Vieillessement (ASV) article 82

¹¹ Réponse Accompagnée Pour Tous- Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – article 89

fragiles. Tel que démontré par BERTILLOT.H et BLOCH.MA¹²) du fait du rapprochement naturel entre fragilité et vulnérabilité, l'approche sociale de la personne fait la part belle à la prise en compte du parcours de santé permettant par là même de porter une vision plus holistique que purement médicale à la fragilité des personnes âgées.

Pour une possible objectivation de la notion de parcours de santé et d'un processus fragilité des personnes âgées en Sarthe, la combinaison se voulant préventive de la fragilité avérée, il sera proposé une narration de travaux intégratifs MAIA-PAERPA « processus Fragilité » initiés dès 2014 sur le Pays du Mans. Leur origine, le contexte régional et local, les modalités, l'évolution des périmètres d'acteurs et de géographie de l'action, sera partagée.


Une troisième partie fera l'état des lieux du prolongement des travaux, dans leur départementalisation, et quels changements de périmètre d'acteurs mais aussi de déploiement de l'action s'expérimentant actuellement en 2018, et intitulée « Processus Fragilité en Sarthe ». Cette partie comprendra, outre un point d'étape, les modalités de l'expérimentation, les freins et leviers rencontrés.. Enfin les attendus et objectifs de l'expérimentation seront présentés et explicités, au regard d'un univers en profonde mutation, qui est celui portée par les décideurs de la santé publique : l'approche parcours de santé.

¹² Bertillot,H, Bloch M-A, « Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique », Revue française des affaires sociales 2016/4 (),

1 Du concept de fragilité à la réponse intégrative parcours

1.1 Historique et définitions du concept de fragilité des personnes âgées

Avant d'entrer dans les définitions du concept et des signes de la fragilité des personnes âgées, on peut considérer les différents seuils d'âges existants proposés par les travaux ReperÂge auxquels participe le gérontopôle des Pays de La Loire dès 2012. La tranche de 50 à 75 ans est celle



La définition du mot « fragile » selon le dictionnaire Larousse 2018 :

Qui se brise facilement : *Le verre est très fragile.*

Qu'on peut endommager facilement, qui n'est pas solide, pas résistant : *Mécanisme fragile.*

Qui est de faible constitution, qui a peu de résistance physique ou psychologique : *Un enfant fragile. Être fragile des bronches.*

Qui est peu stable, éphémère, précaire : *Obtenir une fragile victoire électorale. Un bonheur fragile.*

La définition d'une « personne fragile » selon le dictionnaire Robert 2012 :

Personne de constitution faible et de fonctionnement délicat, sujette à se détériorer ou à être facilement malade

dite des « séniors ». A 50 ans le travail est encore de la partie mais il s'accompagne majoritairement d'une situation de désengagement familial (les enfants quittent le foyer parental). Un premier seuil apparaît à 62 ans et correspond au désengagement professionnel avec la retraite. 65 ans signent la vieillesse dans une approche démographique. Ceux qui sont nommés nos « aînés » appartiennent à la tranche des 65-75 ans, et qui sont susceptibles de cumuler les pathologies. Enfin à partir de 85 ans, on parle de la catégorie du « grand âge » qui évoque dépendance et perte d'autonomie. Dans une approche médicale c'est le seuil du 74 au 75 qui différencie clairement le vieillissement gériatrique du vieillissement démographique et socioéconomique.

Il est possible de se questionner sur le fait que dix années soient comptées entre le seuil des 65 ans et celui des 75 ans sans appellation particulière. Doit-on attribuer cette absence au tabou soulevé par les nominations « vieux, vieille » ? Tel que le suggère Boulmier M.¹³, en relevant combien il est nécessaire de faire avancer les raccourcis de la sémantique utilisée pour traduire un certain ostracisme sur les plus de 60 ans, qui seraient des « nantis », des « oisifs » ou pire encore puisque non accédant à l'état amoureux !

La réponse tient peut-être plus aux inégalités multiples des individus face au processus de vieillissement. Ces inégalités ou variations individuelles, peuvent appartenir à - ou provenir de - plusieurs domaines, celui des caractéristiques génétiques certes, mais aussi

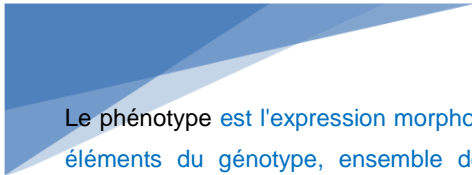
¹³ Boulmier M., « Arrêtez de nous prendre pour des vieux ! Ed° Balland, p.126 www.dailymotion.com/video/xf7b6a interview du site Agevillage-octobre 2013

des comportements, de l'environnement et des facteurs sociaux. « Il a d'ailleurs été montré que la quantification de la fragilité incluant diverses mesures de déficits – telles que limitations fonctionnelles, comorbidité, état psychologique, capacités cognitives – était un bien meilleur prédicteur que l'âge chronologique de résultats de santé tels que l'autonomie, l'institutionnalisation ou la mortalité »¹⁴. De ces faits, même si la composante génétique associée à l'évolution du vieillissement naturel des cellules est irréversible, il n'en reste pas moins que nous ne vieillissons pas tous au même rythme et ni de la même manière. De surcroît, le vieillissement n'échappe pas aux impacts des inégalités sociales de santé, et même en est-il majoré de par son exposition naturelle à la fragilité.

A cette classification aux seuils d'âge fluctuants, la même étude ReperÂge, associe des contours incertains de définitions de la fragilité, selon la discipline d'appartenance du médecin ou du chercheur la définissant. Néanmoins trois types d'approches peuvent être distingués. La première approche est médicale, elle s'exprime par un syndrome clinique de différents champs ; la locomotion avec chutes et syndromes d'immobilisation, la cognition avec la confusion et la dépression, la nutrition avec les troubles protéino-énergétique, les troubles psychosociaux et environnementaux. La seconde approche est fonctionnelle, elle identifie un état de cumul de limitations fonctionnelles invalidant les capacités de la personne âgée à accomplir les actes de la vie quotidienne. La troisième approche est physiologique, elle s'appuie sur la perte des réserves physiologiques associée à une plus grande susceptibilité à l'incapacité, comme la diminution de la production hormonale, de l'immunité, de la force musculaire, des neurotransmetteurs, etc. Un syndrome médical se définit dans sa composition par plusieurs signes et symptômes associés à un processus morbide (Inouye *et al*, 2007) (...) lui permettant d'être diagnostiqué en tant que tel. Certains syndromes s'identifient de manière pathognomonique, c'est-à-dire qu'un seul signe est égal à un syndrome, tel le signe de Koplik¹⁵ qui signe de manière certaine le diagnostic de la rougeole. Ce type de syndrome reste rare et la définition de la fragilité semble se situer à son extrémité inverse tant elle est multiple, polymorphe par origine, ce d'autant qu'elle est définie par tel ou tel typologie d'acteur qui la reconnaîtra à la source des propres paradigmes de son champ d'exercice. Tout d'abord observé et envisagé en tant que syndrome gériatrique, le concept de fragilité est défini par Fried *et al*, (2001) comme « Un syndrome biologique de réduction des réserves et des résistances aux facteurs de stress, résultant du déclin cumulé de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une évolution défavorable ».

¹⁴ Gérontopôle des Pays de La Loire, « *reperÂge* » identifier précocement le patient âgé à risque de parcours compliqué , *Approche et concepts, évaluation gériatrique standardisée (EGS)* », MSD Vivre mieux, 2016

¹⁵ Petites taches blanchâtres sur la muqueuse buccale, source : www.invs.santepubliquefrance.fr



Le phénotype est l'expression morphologique de certains éléments du génotype, ensemble des caractéristiques inscrites dans le patrimoine génétique. *Parmi les caractéristiques du phénotype, on peut citer la couleur des yeux, des cheveux ou de la peau.*

Il est, en fait, le résultat visible de l'interaction du génotype et du milieu, la part de l'un ou de l'autre pouvant être prépondérante. *Par exemple, en ce qui concerne les groupes sanguins chez l'homme, c'est la part du génotype qui est prépondérante. En revanche, en cas de diabète, la part du milieu devient très importante : la maladie est génétiquement déterminée (inscrite dans le génotype), mais elle peut s'exprimer ou non, suivant les conditions d'alimentation de l'individu*

Définition Larousse 2018

Il s'agit là d'un phénotype de la fragilité qui s'attache à la nature des personnes fragiles¹⁶. Ce phénotype s'organise en plusieurs symptômes présents chez un sujet donné, qui sont : la perte de poids non intentionnelle, un faible niveau d'activité et de dépenses d'énergie, le ressenti d'épuisement, la lenteur ou vitesse de marche, et la

faiblesse de force de préhension. Ce n'est pas l'ensemble mais au moins un à deux de ces signes qui vont identifier la fragilité¹⁷. Fried (2003) catégorisera le phénotype de fragilité « primaire » ou « secondaire », selon qu'il est associé, voire dépendant d'une maladie spécifique ou d'un déclin fonctionnel causant une incapacité.

Quasi concomitamment, pour définir la fragilité Rockwood et al, (2007) vont s'attacher, plus à la nature du risque, par accumulation des déficits présentés chez un sujet donné. Néanmoins, ce que ces deux approches, phénotypique ou par cumul de risques, ont fortement en commun, est que la fragilité reste un « état de vulnérabilité aux événements défavorables liés à l'âge et que cet état est le résultat d'une interaction complexe entre de nombreux domaines qui entraînent une détérioration multi systémique cumulative¹⁸ ».

A force de croiser les facteurs phénotypiques gériatriques attribués à la fragilité et ceux d'un registre toujours plus socio environnemental attribués à la vulnérabilité, la définition actuelle de la fragilité semble réunir les travaux de ces deux premiers et principaux chercheurs, en permettant à une nouvelle définition plus consensuelle d'advenir, telle que proposée par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) en 2011. C'est du reste la définition présentée en 2015 par cette même SFGG et l'International association of gerontology and geriatrics, qui est retenue comme définition de la

¹⁶ BELAND F., MICHEL H., *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Presse de l'école des hautes études de santé publique, 2013, p.34

¹⁷ *ibid.* p. 218

¹⁸ *ibid.* p. 34-35

fragilité dans le Livre Blanc ¹⁹ de l'OMS édité en 2015 : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserves qui altèrent les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi la fragilité s'inscrirait dans un processus réversible²⁰ ».

C'est bien la dimension réversible de la fragilité qui la catégorise dans un registre préventif. Et c'est bien ici que ce concept s'insère logiquement dans la mouvance du « bien vieillir » tel qu'il se porte et se colporte dans nos sociétés occidentales actuelles.

Bien que centrés principalement sur l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) du patient âgé, les équipes de chercheurs des gérontopôles de Toulouse comme de Marseille énoncent d'une même voix que promouvoir le bien vieillir est acte de pertinence et de réelle prévention du mal-vieillir, l'état de fragilité exposant davantage à la survenue de perte d'autonomie tant redoutée, à l'échelle individuelle, familiale comme collective, en fin de trajectoire de vie.

1.1.1 Propositions cliniques et modes d'évaluation de la fragilité des personnes âgées

Avant d'observer le lien naturel entre notion du « bien vieillir » et « fragilité des personnes âgées », il est important de mieux définir la fragilité dont il est question ici.

A) Fragilité : deux modèles socles

On aura compris que deux grandes approches se partagent les premières définitions de la fragilité : celle du phénotype et celle de l'état de risques. Si aucune des définitions de la fragilité ne fournissent un diagnostic décisif²¹ et exclusif, de nombreuses définitions opérationnelles s'accordent sur des atteintes portant sur ; la détérioration de la mobilité, de l'équilibre, de la force musculaire, des processus moteurs, de la fonction physique, de l'incapacité, de la cognition, de la nutrition, de l'endurance et de l'activité physique. Ce sont là les signes ou risques – selon l'approche – majoritairement reconnus et admis par tous.

¹⁹ Livre Blanc de la fragilité, 2015, www.fragilité.org/livreblanc,

²⁰ Ibid. p.6

²¹ Theou et Klobeck, 2007 ; Sternberg *et al.*, 2011, Pijpers *et al.*, 2012

L'approche phénotypique regroupe cinq critères qui sont : la perte de poids involontaire, la mobilité, la force musculaire, la fatigue et l'activité physique. Du comptage de ces critères s'ensuit un classement tel que : trois de ces critères existant vont identifier la personne comme « fragile », un ou deux comme « pré-fragile » et en cas d'absence de critère comme « robuste ».

L'approche par accumulation de déficit envisage « l'index de fragilité »²² qui englobe des symptômes, des signes, des maladies, des incapacités et des anomalies biologiques. Ces déficits associés à l'âge, à des événements défavorables, et combinés entre eux, doivent aussi affecter plusieurs systèmes organiques pour être rattachés à la fragilité des sujets âgés. Si vingt déficits coexistant doivent être comptabilisés à minima pour valider une situation de fragilité, Rockwood et Mitniski (2011) estiment que trente doivent être pris en compte pour une estimation stable. « Le score de fragilité est calculé sur la base du nombre de déficits d'un sujet par rapport au nombre total de mesures incluses dans l'index. Par exemple : si l'index de fragilité présentant 10 déficits sur 40 pris en compte, alors le scoring est de $10/40 = 0,25$. Le score est continu (0-1), plus il est élevé plus la personne est susceptible d'être vulnérable aux événements cliniques défavorables»²³. Ainsi ce serait moins ce qui ne va pas, que le nombre de choses qui ne vont pas, qui éclairerait sur le fonctionnement du système – que les éléments soient exogènes comme endogènes au sujet- et qui seraient prédictives d'issue plus ou moins défavorable.

Fried *et al*, 2001, Bergman *et al*, 2004 et Abellan van Kan *et al*, 2010 ont tous revendiqués que l'incapacité et les comorbidités ne pouvaient être des mesures de la fragilité, mais qu'elles en constituaient plutôt des conséquences.

Eckel *et al* ont proposé en 2011 d'inclure les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) dans l'approche phénotypique. Toutefois, il est à retenir grâce aux nombreuses études menées à l'échelle internationale, que quelle que soit l'approche, phénotypique ou par index, avec ou sans les éléments portant sur l'incapacité et les comorbidités, la fragilité reste hautement prédictive du risque ou de la perte d'autonomie, comme du risque de décès.

Stéphane Gérard²⁴ nous invite à considérer que Fried propose un modèle physique qui s'adresse à un public plus en amont de la perte autonomie que le modèle multi-domaines de Rockwood, qui s'adresse au même public plus les personnes déjà en situation de dépendance. Selon le même auteur, le modèle de Rocwood inclue le modèle de Fried²⁵.

²² Mitniski *et al.*, 2001

²³ BELAND F., MICHEL H., *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Presse de l'école des hautes études de santé publique, 2013, p.34

²⁴ Gérard S., Gériatologie clinique CHU de Purpan, in *Le Livre Blanc*, 2015, p.37

²⁵ ANNEXE 1

Bien qu'issue de travaux contemporains, la force prédictive de ces deux approches, phénotypique ou par index, n'est plus à démontrer concernant la dégradation de l'état de santé, la diminution de la mobilité ou encore la difficulté à pratiquer les activités de la vie quotidienne (AVQ). Qu'il s'agisse d'un phénotype à trois domaines ou cinq domaines, le choix du nombre d'éléments n'obère aucunement l'aspect prédictif des résultats.

Mesurer la fragilité passe souvent par la mesure de l'indépendance du sujet, son autonomie –du grec « autonomos ; qui se régit par ses propres lois »²⁶ - et qui est la capacité à se gérer soi-même sur le plan mental et physique. La dépendance est un état qui nécessite une aide partielle ou totale pour assurer les tâches élémentaires de la vie quotidienne. De nombreux outils existent et sont utilisés de par le monde. Les AVQ et AIVQ sont des mesures prépondérantes dans l'évaluation de la perte d'autonomie. Les AVQ ou Activities of Daily Living (ADL) sont celles identifiées par l'échelle de Katz ; dans les activités de la vie quotidienne l'évaluateur s'attache à mesurer le degré d'indépendance d'activités de base sur les registres de l'hygiène corporelle, de l'habillement, de se rendre aux toilettes et de les utiliser, de la continence, de la locomotion et de l'alimentation. Ces AVQ-ADL intègrent la mesure des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), dont la référence est l'échelle de Lawton. Les AIVQ ou Instrumental Activities of Daily Living (IADL), relèvent de l'accomplissement de tâches utilitaires quotidiennes comme gérer ses finances, utiliser son téléphone, conduire une automobile, faire des achats..., elles sont essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives : jugement, langage, orientation, calcul, mémoire, planification.

B) Outils de la fragilité

Autant le concept de fragilité des personnes âgées trouve maintenant un large consensus en termes de définitions, autant le nombre d'outils mesurant la fragilité répond à des critères d'attente différents, selon le champ mais aussi le niveau d'intervention de chaque catégorie d'évaluateurs. Ainsi, le gérontopôle de Toulouse a pu identifier au moins 27 outils différents, dont les principaux sont listés dans le Livre Blanc de la fragilité (2015). Classés par échelles, on retrouve :

- parmi ceux ayant pour échelle le phénotype de Fried : les Critères de Fried, le Study of Osteoporotic Fractures (SOF), le FRAIL ; Fatigue-Résistance-Ambulation-Illnesses (+de 5 comorbidités)-Loss (of Weight > 5%), le GFST (Gérontopol Frailty Screening Tool), l'échelle de Rothman.

²⁶ Lawton M.P. et Brody E.M. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9, 1969, p.179-186*

- Ceux ayant une échelle comprenant une évaluation de la dépendance : The Vulnérable Elders Survey (VES), la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF), le Frail Elderly Fonctionnal Assessment Questionnaire
- Ceux présentant une évaluation multidimensionnelle : Frailty Index, le Frailty Index-Comprehensive Gériatric Assessment, le Clinical Global Impression of Change in Physical Frailty

Notons que le gérontopôle de Toulouse a élaboré l'outil GFST (Gérontopol Frailty Screening Tool), qui complète les critères physiques de Fried en y ajoutant l'exploration de l'environnement social et la notion de troubles mnésiques. Réalisable par le médecin généraliste, l'outil prend en compte l'impression subjective du médecin que le sujet est fragile.

On retrouve l'usage de cet outil dans une expérience menée par le gérontopôle de Toulouse et qui a donné en 2013 les résultats suivants. Des questions posées dans un auto questionnaire par voie de presse étaient simples²⁷ :

- « - Est-ce que la personne vit seule ?
- A-t-elle perdu involontairement du poids pendant les derniers 3 mois ?
 - Se sent-elle plus fatiguée depuis moins de 3 mois ?
 - A-t-elle plus de peine à sortir de chez elle, que par le passé ?
 - Se plaint-elle de problèmes de mémoire ?
 - Est-ce que sa vitesse de marche est supérieure à 4 secondes pour parcourir 4 mètres ? (ici, la valeur de la vitesse de marche choisie est de 1m/s et non de 0,8 m/s pour simplifier la mesure) »

Si une ou plusieurs de ces réponses étaient positives, la personne était incitée à consulter son médecin traitant qui devait subjectivement estimer si la personne était fragile.

Si oui, il devait proposer au patient de consulter une évaluation globale et spécifique de son état clinique et fonctionnel. Parmi les 1.108 personnes (moyenne d'âge de 82,9 ans) qui ont consulté - jusqu'à la fin 2013, 6,4% (seulement) n'étaient pas fragiles, 39,1% étaient pré-fragiles et 54,5% étaient fragiles.

Au final dans cette expérience il s'est avéré que les motifs d'adressage par les médecins traitants pour une évaluation gériatrique standardisée, en étant plus précocement

²⁷ Académie nationale de médecine, « Rapport Fragilité de la commission XIII Handicap », 2014/mai/12 p.13

identifiés permettaient de constater que les campagnes de dépistage de la fragilité et de la pré fragilité pourraient avoir un impact efficient sur la perte d'autonomie, et qu'elles pourraient porter sur :

- Les mesures essentielles à prendre
- Des comportements de santé à préconiser : un apport protéino-nutritionnel à équilibrer au quotidien, une complémentation en vit.D si nécessaire, de l'exercice physique modéré mais régulier et sur le long terme, la réduction de prises médicamenteuses
- De l'éducation en santé et l'accès aux programmes d'éducation thérapeutiques (pour les maladies chroniques) afin de faciliter la compréhension et l'appropriation de bons comportements de santé
- Une potentielle supplémentation hormonale serait à proposer

Clairement cette expérience s'adressait à des personnes en situation d'autodétermination possible : choisir de répondre à l'auto-questionnaire, décider de consulter son médecin traitant, accepter la prescription d'évaluation faite par le généraliste, et être en mesure de la mettre en œuvre. Elle excluait donc les personnes âgées en réelle situation d'isolement. Pour autant elle a pu toucher une grande partie du public susceptible d'inverser des critères de pré-fragilité et de fragilité.

En matière de prévention de la fragilité, le gérontopôle de Toulouse a participé en 2015 à une campagne nationale en réalisant, celle-ci reprend les cinq critères de fragilité et présente le programme d'évaluation de la fragilité, pratiqué par une équipe pluridisciplinaire de soignant en hospitalisation de jour, en associant le médecin traitant et le ou les intervenants à domicile ainsi que les aidants ou proches.²⁸

Marie-Aline Bloch et Hugo Bertillot ²⁹, évoquent dans un article de 2016 seulement 4 outils : le GFST du gérontopôle de Toulouse, la grille SEGA-Am, le FRAGIRE (CNAV et autres), et l'outil proposé par l'Anesm en 2015 (déjà évoqué).

Il existe aussi : l'indice de Barthel, la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), le Resident Assessment Instrument (RAI) – dont la version interRAI-HC qui est devenu récemment l'outil d'évaluation multidimensionnel des gestionnaires de cas MAIA à l'échelle nationale. Ou encore le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (utilisé au Québec). La liste n'a pas vocation à être exhaustive ici, car il s'agit de s'attacher plus particulièrement aux intérêts communs de rapprochement naturels entre processus de fragilité et méthode intégrative parcours. Une attention doit cependant être accordée à la

²⁸ <http://www.pourbienvieillir.fr/detecter-et-comprendre-la-fragilite-les-cinq-points-de-vigilance>

²⁹ BERTILLOT H., BLOCH M-A., « Quand la fragilité des personnes âgées devient un motif d'action publique », Revue française des affaires sociales 2016/4(), p.121

grille AGGIR car elle constitue un élément basique et de référence, identifiée comme tel par nombres d'évaluateurs français.

C) La grille Autonomie Gériatrique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR) en France

Les activités corporelles et mentales (dites "discriminantes") du GIR	Les activités domestiques et sociales (dites "illustratives") du GIR :
<ul style="list-style-type: none">• Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société• Se repérer dans l'espace et le temps• Faire sa toilette• S'habiller, se déshabiller• Se servir et manger• Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale• Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre• Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie• Se déplacer en dehors du lieu de vie• Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin	<ul style="list-style-type: none">• Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis• Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires• Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants• Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel• Acheter volontairement des biens• Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement• Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

Elle sert de référence notamment pour le calcul du taux de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), qui déclenche un plan d'aide personnalisé (PAP) précisant la typologie et le volume des aides à apporter, qu'elles soient humaines et/ou techniques. Cette grille permet en autres, l'évaluation des activités dans la vie quotidienne (AVQ et AIVQ), et elle aborde deux grandes catégories évaluatives. L'identification des groupes de personnes présentant des tableaux similaires sert à établir le niveau de GIR auquel la personne appartient. Seules les premières activités sont discriminantes pour l'établissement du GIR. Les activités illustratives, viennent quant à elles compléter le tableau situationnel de la personne, aboutissant à un plan qui se veut justement personnalisé. Ce « girage » effectué ne constitue pas un outil ultime de mesure de fragilité. Il vient plutôt s'insérer dans une évaluation plus large inscrite dans une approche qui se veut de plus en plus globale et individualisée des besoins du sujet. Le GIR correspond à une graduation de l'identification des besoins de la personne et en cela, il met en exergue la nécessité d'aller plus loin, plus finement, pour accompagner au mieux la réponse aux besoins identifiés. Les GIR de 1 à 4 ouvrent droit à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), le plan

d'aides relevant des domaines d'aides humaines et techniques.³⁰ Les GIR 5 et 6 ouvrent des accès à certaines aides accordées par les caisses de retraite qui s'établissent en fonction des contrats existants³¹.

Cette brève présentation de la grille AGGIR trouve sa place ici du fait que les travaux sarthois déclinés dans les deuxième et troisième parties, considèrent plutôt les personnes âgées en GIR 5 et 6. Cette approche ne doit pas réduire le processus fragilité en Sarthe en une simple graduation linéaire du parcours de santé, car ce n'est pas cette philosophie parcours qui veut être promue dans ces travaux.

1.2 Fragilité et le concept du « bien vieillir »

La perception de « l'âge auquel on est vieux » est très plastique. Tout dépend, on est toujours « le vieux de quelqu'un qui a 10 ans de moins que soit »³². Quand bien même « l'âge de la vieillesse » a beaucoup bougé entre le rapport Laroque (1962) et aujourd'hui, comme le rappelle Ennuyer B.³³, il s'agit d'identifier deux autres paramètres importants dans l'appréciation de l'âge ressenti vieux ou non, qui persistent malgré les au moins six décennies qui nous séparent des années 60', et qui sont le classement par tranche d'âge et celui par classe d'appartenance socioéconomique. L'écart sera plus ou moins ressenti selon que l'on est « jeune vieux cultivé, en bonne santé et riche » ou « jeune vieux frustré, en moins bonne santé et pauvre ». Cet exposé qui peut sembler simpliste, a vocation à souligner que sur ce vaste champ du « vieillissement en bonne santé » - visé par l'OMS à l'horizon 2020 - nous ne sommes (toujours pas) tous égaux, ou même « toutes égales » puisque la question du genre est ici aussi discriminante - et qu'il faudra traiter en matière de décisions de santé publique, des inégalités d'accès aux soins certes, mais aussi en amont de celles à l'accès aux actions préventives de la perte d'autonomie. D'ailleurs un rapport de l'INSERM en 2000 relevait que « *Tout se passe comme si on devenait vieux plus tôt lorsqu'on est au bas de la hiérarchie sociale, lorsqu'on a eu un travail pénible et chichement payé* »³⁴.

Le domaine de l'économie de marché n'est pas des moindres dans ce dossier du « bien vieillir », il s'exerce déjà fortement sur au moins trois secteurs, celui des produits pharmaceutiques en tous genres (du confort parapharmaceutique aux traitements complémentaires nutritionnels et/ou médicamenteux), celui de la domotique (notamment dans

³⁰ Site de l'Administration française : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

³¹ ANNEXE 2 les 6 niveaux de GIR

³² *Source perdue* (Cours M2 PPAS 2016-2017...)

³³ Ennuyer B., « *A quel âge est-on vieux ?...* » *Gérontologie et sociétés*, septembre 2011/138

³⁴ Grand A., Clement S., Bocquet H. (2000) .Personnes âgées, Inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte, INSERM, 315-330

l'habitat) et des nouvelles technologies (celles du e-service), et celui de l'emploi (en termes de professionnels du sport adapté, et autres disciplines des loisirs).

L'âge de la fragilité est ainsi difficilement définissable, pas seulement par la tranche d'âge à laquelle appartient le sujet, mais elle intéresse de très nombreux protagonistes.

L'âge certes, mais aussi la fragilité elle-même, quand elle irradie vers la perte d'autonomie se montre protéiforme dans son identification. Tel que répond le Professeur Vellas³⁵, à un journaliste en juin 2017, « une perte des fonctions chez les personnes âgées est davantage corrélée à une morbidité qu'à une pathologie. Une personne atteinte d'un Alzheimer moyennement évolué, mais qui garde toutes ses autres fonctions, à moins de risques de perte d'autonomie qu'une autre atteinte d'un Alzheimer plus léger, mais qui ne marche plus ou se nourrit mal »³⁶.

La commission Européenne a déclaré l'année 2012 comme « année européenne du vieillissement actif » afin de promouvoir de rester actif en vieillissant. Attention à ne pas se méprendre sur l'intention fondamentale de la commission, qui porte plus sur une volonté « d'améliorer les possibilités d'emploi et les conditions de travail des personnes âgées »³⁷, que sur la seule volonté de la bonne santé des populations. Le rapport de cette campagne a d'ailleurs orienté une des priorités de programmation du Fond social Européen (FSE) 2014-2020. C'est dire l'importance accordée en matière de politique Européenne au vieillissement de ses populations, même si l'approche est de prime abord celle de l'activité au sens professionnel et économique. En France, sur ce terrain de l'emploi des seniors, le cumul emploi-retraite, permet au retraité d'augmenter ses revenus en reprenant une activité indépendante rémunérée dont les revenus n'obèrent aucunement le paiement de la retraite du régime général, sans constituer de nouveaux droits à la retraite pour autant³⁸. Si la formule est choisie par des retraités français avec en première intention celle de préserver voire d'augmenter leur pouvoir d'achat, leur seconde intention est de maintenir un véritable lien social. Yan Kerorgen³⁹, nous invite à ne pas oublier que les retraités actuels (les 60-75) « du papy-boomer sont ceux qui avaient 20 ans dans les années 60 ... appartiennent à la génération de la modernité ». Selon cet auteur, du fait des 30 glorieuses et de ses effets majeurs en termes d'innovations technologiques et de changements sociétaux, cette population est plus que prête à aborder la période post retraite comme une nouvelle et flamboyante période de

³⁵ Chef de service du Département de médecine interne et de gériatrie du CHU de Toulouse, membre de l'INSERM (U1027), gériatre responsable du gérontopôle de Toulouse

³⁶ Vellas B., article « Agir sur les déterminants de santé », *Revue la Santé en action*, juin 2017/440, p. 4-5

³⁷ Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion de la Commission européenne : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2129>

³⁸ Le site de l'Administration Française : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13243>

³⁹ Kerorguen Y. « Les seniors ont de l'avenir », *Enjeux et solutions du mieux vieillir*, Edition Yves Michel, 2015 p.112-113

leur vie. Ainsi, ils seraient en mesure d'engager des modifications – ou pour le moins des adaptations- de leurs comportements sanitaires, en restant en bonne santé le plus longtemps possible afin de se préserver, ou d'éloigner la survenue d'une perte d'autonomie. Quand bien même d'aucuns identifient notre société comme celle du jeunisme absolu, le même auteur nous fait remarquer qu'elle est aussi séduite par de « jeunes insolents que sont nos vieux acteurs ou intellectuels hédonistes ... qui n'ont pas le principe de précaution dans la tête, le risque ayant été leur viatique ... Stéphane Hessel ... Jean d'Ormesson ... Germaine Tillon ... », qui certes sont plus anciens que nos séniors actuels mais qui leur sont sources d'inspiration voire perçus en maîtres de sagesse.

Par leurs postures actuelles nos séniors actifs – qu'ils travaillent ou s'investissent dans le monde associatif ou les deux - visent essentiellement la lutte contre le sentiment d'inutilité et l'isolement social. Pour autant, touchés par les modifications structurelles de la famille, 21,7 % des françaises de plus de 85 ans vivent seules à domicile⁴⁰ et peuvent souffrir d'isolement social et affectif. Un des modèles de lutte contre ce type d'isolement est le programme MONALISA⁴¹.

De nos jours, et plus encore dans le futur, une part non négligeable des plus de 60 ans devient ou deviendra aidants de leurs parents. Que l'aide soit financière, technique ou encore psychologique, « la charge mentale » qu'elle occasionne, qui peut se traduire en « fardeau »⁴² rend cette catégorie de personnes âgées exposée eux même à l'épuisement. Ce « care management » à assumer coûte que coûte et malgré leur propres difficultés de vieillissement, les expose aux décompensations pathologiques diverses et peut les faire basculer eux même, dans la fragilité dont ils – ou plutôt elles⁴³ – protègent leurs proches aidés.

Ainsi, au-delà de ce bien vieillir positif qui nous est proposé alentour, se pose concrètement la question de comment se préserver en bonne santé de manière active et responsable, à titre individuel et collectif.

⁴⁰ Source : DREES, enquête annuelle sur l'aide sociale 2013

⁴¹ www.monalisa-asso.fr

⁴² Cadarec V., Cours UE 03

⁴³ Campéon A., Le Bihan B., Martin C., « *La prise en charge des aidants familiaux en Europe : le vécu des aidants familiaux* »

1.3 Approche parcours

Une des réponses à la question précédente, réside peut-être dans le choix d'une méthodologie d'actions des acteurs et des projets, en mode intégratif parcours de santé des aînés.

L'engouement et le cadre porteur de nos politiques publiques ne doivent pas nous égarer dans la compréhension partagée, donc dans l'acculturation à mettre en œuvre autour de cette notion de parcours de santé en mode intégré.

De multiples enquêtes, ainsi que le rapport PRISMA⁴⁴, l'ont fort bien démontré : nos systèmes de santé sont fragmentés. Depuis 2011 (rapport du HCAAM), nos décideurs nationaux ont fermement inscrit le parcours comme « plancher » des actions à mener pour défragmenter tant que faire se peut nos systèmes de santé. La notion de parcours n'est plus un effet de mode et les premiers - et maintenant anciens - outils de coordination entre acteurs ont fait leur preuves, souvent avec pour cible les catégories populationnelles vulnérables, par tranche d'âge, de genre, de pathologies chroniques, ou encore exposée à haut risques : les filières hospitalières, les réseaux sanitaires ville-hôpital, etc, ont posé les jalons de la coopération voire de la coordination entre professionnels, et parfois avec les bénévoles (les réseaux étant fréquemment de structure associative). Pour autant des cloisonnements forts persistent entre les différents secteurs d'acteurs, notamment des champs sanitaire, médicosocial et social. Des systèmes de santé dits « en silo »⁴⁵, obèrent de résultats globaux qui visent « le bon soin au bon moment par la bonne personne dans les bonnes conditions, et au juste coût économique », qui sont les objectifs de la fluidité d'un parcours de santé.

C'est pourquoi l'approche parcours de santé ou parcours de vie permet de répondre avec cohérence à la fragilité des personnes âgées.

Le modèle intégratif repose sur une évolution des façons de travailler de chacun des acteurs. Il ne s'agit pas de fusionner les services d'aides et de soins, mais d'harmoniser leurs outils d'analyse multidimensionnelle dès le premier accueil à partir des demandes des usagers. Repérer les situations à risque de rupture en échangeant régulièrement de l'information et des données utiles, structurent des processus de travail communs et permet d'identifier les aires de compétences de chacun, et d'analyser ensemble les espaces de chevauchement, mais aussi les manques d'offres et de pratiques à faire évoluer.

⁴⁴ Rapport PRISMA France, Dominique Somme, Olivier Saint Jean, décembre 2008

⁴⁵ Cours de Master 2 PPASP 2016-217- intervention de Pierre Blaise, responsable du PRS2 – ARS Pays De Loire

Par un processus d'intégration des acteurs et des projets, il est question de répondre à la nécessité d'agir de façon plus structurelle et en profondeur sur l'organisation de l'ensemble des acteurs intervenant en charge des personnes âgées en risque de, et en perte d'autonomie. Nul besoin ici de créer de nouveaux dispositifs de coordination, il n'est plus à démontrer que les CLIC – pour ne nommer qu'eux, assument brillamment cette mission – bien que s'épuisant souvent devant la montée en charge des demandes, mais tout comme d'autres acteurs d'un même territoire. Dans chaque secteur les professionnels assument, à un moment donné ou à un autre une fonction de coordination. C'est la reconnaissance mutuelle et la légitimation entre acteurs qui est la clé du décloisonnement des secteurs et qui permet la continuité des parcours. La condition pour que ces éléments adviennent tient à la structuration de la gouvernance conjointe ARS-Départements. Ainsi, décideurs et financeurs s'accordent pour mener à bien et en quelque sorte « institutionnaliser » sur chaque territoire une dynamique de coopération entre acteurs des différents secteurs.

« La continuité des parcours est le résultat d'une intelligence collective, systémique et proactive plutôt que le seul résultat des actes professionnels considérés séparément »⁴⁶. Dans notre paysage de fragmentation des systèmes, une telle responsabilité partagée n'est pas naturelle. Sa survenue est conditionnée par l'assise de directives politiques, et que les mécanismes de régulation et de financement l'encouragent par des mesures concrètes.

Professeur Claude Jeandel, du CHU de Montpellier, nous rappelle dans Le Livre Blanc que, dès 2013 le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)⁴⁷ « a énoncé le principe qu'une amélioration durable de la coordination entre les acteurs du systèmes de santé devait permettre la prise en charge des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) et s'accompagner d'une source d'économie pour l'assurance maladie ». Ce modèle PAERPA présente un point de convergence fort avec le modèle MAIA, inscrit d'ailleurs dans leur cahier des charges réciproques, et qui réside dans le fait de promouvoir ensemble « qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût »⁴⁸. Le PAERPA concerne, comme la MAIA l'ensemble des acteurs intervenant sur le champ médical comme le champ social, et leur public cible respectifs sont exactement ceux-là même qui méritent une approche parcours. La linéarité n'est pas la donnée principale ni du processus vieillissement, ni du processus de fragilité, et le parcours dont il est question

⁴⁶ Y. Couturier, L. Belzile, D. Gagnon (2011), « Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie », in *Revue management et avenir*, n°47, p.132.

⁴⁷ Rapport HCAAM-PAERPA 2011

⁴⁸ Le Livre Blanc de la fragilité, www.fragilité.org/livreblanc, 2015 p.48

ici ne se résume pas à un simple enchaînement chronologique d'évènements. Les travaux de Marie-Aline Bloch et Hugo Bertillot interpellent sur le fait que la fragilité d'un sujet reste unique, et qu'il existe autant de fragilité que d'individu. A partir de ce constat, si « des » fragilités adviennent, disparaissent ou bien sont réduites dans leurs effets ou encore retardées dans leur apparition, puis adviennent à nouveau à un autre moment de la vie de la personne, alors c'est bien l'approche parcours qui servira au mieux la prévention de la perte d'autonomie du sujet.

En matière de parcours d'une autre catégorie de public fragile, Denis Piveteau⁴⁹, auteur du rapport « Zéro sans solution » appelle au développement des pôles de compétences pour servir le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Il ajoute que « Cette démarche vise, à travers une approche systémique mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, à créer les conditions nécessaires permettant d'assurer la continuité des parcours des personnes handicapées, et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique du fait de l'absence d'une réponse adaptée ». Ce dispositif envisage la société inclusive concernant la catégorie de son public, et présente quasiment les mêmes attendus que ceux des dispositifs MAIA-PAERPA. On est bien ici dans l'approche globale parcours, qui veut de surcroît rendre au sujet toute sa place et l'accompagner en respectant son autonomie décisionnelle - y compris lorsque les fonctions neurocognitives sont atteintes, et quel que soit le stade de l'atteinte.

1.4 La fragilité des personnes âgées traduite dans les politiques publiques : la prévention par l'approche parcours

1.4.1 A l'échelle nationale :

Déjà dans son rapport d'activité 2012, la CNSA notait que, dans ce contexte de fragmentation des aides et des soins « ... la notion de parcours (parcours de soins, parcours de santé ou plus largement parcours de vie) tend à devenir un nouveau paradigme autour duquel s'articulent les propositions d'amélioration du système de santé et des politiques publiques en direction de publics fragiles ».

La loi du 30 juin 2004 Relative à la Solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées⁵⁰

⁴⁹ Conseiller d'Etat en 2018, et auteur du rapport éponyme remis en 2014 et révisé en 2016, portant sur le « zéro sans solution pour les personnes en situation de handicap »

⁵⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000622485>

Le 7 août 2003 est le premier jour de la canicule s'abattant sur la France. Son impact est tel en termes de nombre de personnes fragiles décédées, que le législateur décrète La loi du 30 juin 2004 Relative à la Solidarité pour l'autonomie des personnes âgées (PA) et des personnes en situation de handicap (PH). Les trois grands volets qui la composent, sont déclinés en actions concrètes. Le premier volet est en soi déjà novateur en termes de rapprochement entre les champs sanitaire et social puisqu'il impose dans chaque département la création et mise en œuvre d'un « dispositif de veille et d'alerte » qui doit déclencher « l'intervention coordonnée » des services des acteurs des deux champs, sur la base d'information recueillies par les communes en cas de « risque exceptionnel climatique ou autre ». Le second volet s'exprime dans le financement de nouvelles actions en faveur de l'autonomie. Ainsi est instaurée la « journée de solidarité » travaillée et reversée par les employeurs au pot commun national. C'est le lundi de « Pentecôte » imposé au secteur public, négociable dans le choix du jour pour le secteur privé. Enfin le troisième volet réside dans la création d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui a pour missions de « contribuer au financement d'actions favorisant l'autonomie des personnes handicapées, d'aider au développement de l'aide à domicile et à l'amélioration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de renforcer les concours versés aux départements pour la prise en charge de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA créée en 2002), pour partie financés par la journée solidarité nationale ».

Ce choix de protection d'un public « fragile » face à l'évènement climatique caniculaire, constitue une des premières réponses de l'autorité publique.

La Loi de financement de la sécurité Sociale ou Loi organique aux lois de finances (LOLF)- promulguée en 2001 et appliquée à toutes les institutions en 2006- constitue le cadre juridique des lois de finances (dont le précédent datait de 1959).

L'article 48 de la Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale de 2013, valide l'expérimentation des PAERPA qui doit s'organiser en deux périmètres d'acteurs intervenants sur le parcours de la personne âgée en risque de dépendance : la CCP et la CTA coordonnées entre elles doivent fluidifier les parcours de santé des personnes âgées fragiles. Leur généralisation en 2016 s'inscrit dans le cadre du Pacte territoire santé 2.

En son article 51⁵¹, en 2018, la même loi de financement introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits afin de promouvoir « l'émergence d'organisations innovantes dans les

⁵¹ Décret d'application n° 20186125 du 21 février 2018

secteurs sanitaire et médico-social ». Ces nouvelles organisations sont éligibles à ce dispositif, dès lors qu'elles contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Des expérimentations de tarification au parcours (notamment sur l'insuffisance rénale chronique terminale et la radiothérapie) et des outils (notamment la télémédecine) sont ainsi promues en 2018. L'évaluation annuelle de ces expérimentations est confiée à l'assurance maladie et à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Le volet qualitatif des évaluations visera notamment « le décloisonnement tangible entre les secteurs du préventif, du curatif et de l'accompagnement médicosocial »⁵², la même note stipule que ces expérimentations doivent conduire à la réduction des ruptures de parcours visibles, tels la diminution des passages aux urgences, des ré hospitalisations, ou encore qu'elles doivent concourir au maintien à domicile et à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Cette loi a certes pour public l'ensemble des citoyens, on peut clairement en dégager les bénéfices pour le public âgé en risque de perte d'autonomie.

Inscrite dans les politiques publiques MONALISA répond aux objectifs définis dans le plan national de prévention de la perte d'autonomie et la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Initiée en 2013, l'association voit le jour en 2014, elle rassemble les acteurs d'une volonté citoyenne de lutte contre l'isolement social, en vue d'articuler l'action des professionnels entre eux mais aussi l'action des professionnels et des bénévoles entre eux. En mobilisant la solidarité entre citoyens, l'action Moralisa contribue à la rénovation du lien social dans nos cités, par la proximité associative, de voisinage mais aussi d'acteurs publics ou privés. Monalisa se concrétise par une méthodologie de coopération entre acteurs d'un territoire, par l'animation d'un réseau d'équipes citoyennes et par la création d'un centre ressources en direction des acteurs mobilisés.

La Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite Loi « ASV » assoit le cadre législatif d'un renforcement de la coordination entre les ARS et les Départements concernant l'organisation du parcours gérontologique (article 76). Son article 77 élargit le public des dispositifs MAIA à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie.

Avec le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (Aquino, 2015), c'est le champ large de la prévention qui est abordé de front par les politiques publiques. Les

⁵² Extrait de la note sur le cadre des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018)

différentes mesures de la loi ASV sont financées par la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA). La CASA finance (depuis 2015), et financera au global (à hauteur de 726,5 millions d'euros), la revalorisation de l'APA à domicile, l'amélioration des conditions de travail des aides à domicile (375 millions d'euros), la création du « droit au répit » des proches aidants (78 millions d'euros), et des mesures de prévention de la perte d'autonomie (185 millions d'euros).

La promotion du « bien vieillir » trouve son essor dans la prévention de la perte d'autonomie. En créant la conférence des financeurs⁵³ (CDF) qui est un cadre de gouvernance et d'élaboration d'une stratégie, et non pas une instance de gestion des financements, la loi ASV promeut la prévention de la perte d'autonomie. Le Département préside la conférence des financeurs, qui a la charge d'élaborer un programme coordonné pluriannuel de financement des actions de prévention. Après avoir mené un diagnostic des besoins qui doit tenir compte de ceux déjà effectués par les dispositifs parcours de santé des aînés existants, et avoir recenser les initiatives locales, la CDF doit établir un plan d'actions annuel. Le pilote de la conduite d'action est le Département, mais il agit en concertation avec l'ensemble des acteurs intervenants sur le parcours de santé des aînés, on assiste ici à un mode de gouvernance nouveau en ce que la concertation de l'ensemble des acteurs est cadrée par le législateur. L'utilisateur est consulté en seconde intention sur le choix du plan, le législateur l'ayant doté d'une structure nouvelle : le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA). Il est notable d'observer que la CDCA regroupe deux formations spécialisées, l'une « personne âgée » et l'autre « personne en situation de handicap ». La loi ASV a fixé six axes de prévention aux actions financées par la CDF, l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles, les résidences autonomie, la coordination et l'appui aux actions de prévention des SAAD et SPASAD, le soutien dans l'accompagnement des aidants (hors formation des aidants), et d'autres actions collectives sur des « zones blanches » afin d'harmoniser le plan d'actions sur l'ensemble du département et de réduire les inégalités de santé en matière de prévention. Le passage au forfait autonomie pour les ex foyers logements et domiciles collectifs devenant résidences autonomie, signe leur reconnaissance dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

Enfin, la loi ASV, avec la revalorisation de l'APA, l'aide financière forfaitaire à l'hébergement temporaire, la volonté de développer les plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants, entérine le besoin de soutenir l'action essentielle des aidants. Ils sont le pilier, en quotidienne fonction de case-manager, qui non seulement maintiennent dans leur souhait les personnes dépendantes à domicile, mais participent

⁵³ Articles 3 à 5-décret du 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs et à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

activement à la charge économique que leurs aidés représentent pour la société. Ce d'autant plus qu'ils sont aussi une catégorie de public fort exposé au risque de fragilité⁵⁴.

Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 en son article 82 donne un cadre légal aux maisons départementales de l'autonomie (MDA) rapprochant ainsi, au-delà des publics accompagnés personnes âgées et personnes en situation de handicap, l'indispensable rapprochement entre les institutions et les pratiques professionnelles afférentes. D'autres moyens sont créés et mis au service de l'approche parcours. Ils sont déclinés dans plusieurs articles.

Les équipes de soins primaires (ESP, article 64) composée de professionnels de santé doivent, en se regroupant autour du médecin généraliste référent, contribuer à une meilleure coordination des acteurs. Leur périmètre d'intervention est défini par leurs patientèles, et elles sont incitées à devenir les socles de futures maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

Son article 65 instaure les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui vont s'adresser à un périmètre de population défini par le périmètre de territoire retenu.

L'article 74 crée les plateformes de coordination territoriales (PTA), qui viennent en soutien technique aux professionnels de santé des patients présentant des parcours complexes du fait de pathologies chroniques. Constituées de professionnels des champs sanitaire, médicosocial et social, chargées par leurs interventions multidisciplinaires, de prévenir les hospitalisations évitables et les ruptures de parcours de santé complexe, elles cherchent actuellement leur opérationnalité.

Enfin, l'article 89, créé la « réponse accompagnée pour tous – zéro sans solutions » (RAPT). « Le développement des pôles de compétences et de prestations externalisées s'inscrit dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », pilotée par Marie-Sophie Desaulle à la suite du rapport « Zéro sans solution » établi par Denis Piveteau. Cette démarche vise, à travers une approche systémique mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, à créer les conditions nécessaires permettant d'assurer la continuité des parcours des personnes handicapées, et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique du fait de l'absence d'une réponse adaptée »⁵⁵.

⁵⁴ LE BIHAN B., CAMPEON A., « Des travailleurs "sous pression" : logiques d'engagements et pratiques du care auprès de proches âgés en situation de dépendance » *Gérontologie et société*, 2013, p.103-117

⁵⁵ Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap

Ce nouveau dispositif en direction des personnes en situation de handicap, s'apparentant fortement à la méthode intégrative MAIA et à l'approche parcours du PAERPA. Ceci du fait qu'il met en place un correspondant de parcours dont les missions sont clairement inspirées de celle du gestionnaire de cas MAIA. Mais aussi dans la volonté de trouver un accompagnement le plus inclusif possible, comme pour ces deux catégories de population, personnes en situation de handicap et personnes âgées fragiles, qui parfois sont mixtes.

Stratégie nationale de santé 2018-2019 (SNS)

Depuis le 1er avril 2018, la Haute Autorité de Santé a repris les missions de l'Anesm.

Dans la feuille de route « grand âge et autonomie » 2018-2022, éditée par voie de presse le 30 mai 2018, Agnès Buzyn⁵⁶, annonce la volonté gouvernementale « d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et prévenir la perte d'autonomie ». Ce ne sont pas moins de 21 objectifs opérationnels, destinés à servir six axes majeurs. Les six grands chantiers à mener sont de : 1/ prioriser la prévention, à domicile comme en établissement, 2/ repenser et faciliter le parcours de santé des personnes âgées, 3/ favoriser le maintien à domicile par l'adaptation des lieux de vie et le soutien aux aidants, 4/ améliorer la qualité des soins et des accompagnements en établissement, 5/ renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille, et 6/ soutenir les professionnels et améliorer la qualité de vie au travail.

L'Organisation nationale des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), est invitée par la Cour des comptes en juillet 2018 à traiter deux points de sa feuille de route. Le premier réside dans le fait de tendre vers une fusion des dispositifs parcours en termes de gouvernance et de lisibilité pour les acteurs. Le second porte sur le financement public des coûts de la perte d'autonomie, qui devrait être mieux anticipé, ainsi que le montant des restes à charge pour les citoyens afin de mieux cibler les orientations de politiques publiques. L'enjeu est de lutter contre les inégalités financières d'accès aux soins liés à la dépendance.

1.4.2 La déclinaison territoriale régionale : Le PRS 2 des Pays de La Loire

Pierre Blaise inaugure une présentation du PRS 2 des Pays de La Loire, en soulignant que « les organisations efficaces des parcours sont très liées au terrain car le contexte local est prégnant (géographique, sociologique, humain) et variable entre les territoires. Il n'y a pas de modèle unique. Les niveaux national et régional doivent cadrer les travaux en termes d'objectifs politiques et de résultats attendus, fournir les méthodes (par

⁵⁶ Ministre des Solidarités et de la Santé sous gouvernement Macron E.

exemple de diagnostic territorial partagé, de mobilisation des acteurs) et les outils transversaux manquants, mettre en place la gouvernance et assurer l'animation territoriale de cette politique de santé »⁵⁷. Dans sa troisième orientation stratégique – qui en comptent six- le Programme Régional de santé (PRS) 2 des Pays de La Loire, invite à « promouvoir collectivement l'autonomie dans une société inclusive » et notamment « en anticipant et prévenant la perte d'autonomie chez les plus de 65 ans », comme dans sa cinquième orientation où il préconise de « repérer la fragilité et les facteurs de risque des personnes âgées » par la « coordination des acteurs du parcours de santé ».

Le PRS 2 des PDL vise la mise en place progressive d'un système de santé intégré.

La déclinaison régionale du Plan des Maladies NeuroDégénératives intègre fortement la prise en compte des aidants, public à forte composante de fragilité. L'ARS Pays de La Loire, en intégrant les pilotes MAIA au sien du COPIL PMND et des différentes commissions de déclinaison régionale du PMND, a marqué sa volonté d'un accompagnement des publics en mode parcours de santé des aînés.

1.4.3 Les travaux du gérontopôle des Pays de La Loire

Le gérontopôle Pays de La Loire partage quelques éléments sur le travail réalisé pour MSD. Il s'agit de l'Évaluation gériatrique des sujets âgés à risque de parcours santé compliqué (définis par exemple par la multiplication des consultations médicales ou des hospitalisations non programmées). La directrice du gérontopôle⁵⁸ explique que « L'objectif de cette étude est d'identifier précocement le patient âgé à risque de parcours de soins compliqué afin de valider et d'intégrer dans la pratique courante des médecins généralistes en cabinets de ville une échelle d'évaluation simple, rapide et adaptée à leur pratique. Les intentions de l'étude repérÂge⁵⁹(réalisée de 2013 à 2016) sont également d'ouvrir le questionnement du médecin généraliste à la dimension de fragilité et de l'associer à une démarche proactive d'évaluation gériatrique standardisée ».

De nombreux bénéfices sont attendus : une amélioration de la prise en charge des personnes âgées, un ciblage efficace des personnes âgées en voie de fragilité, un bénéfice économique lié à la diminution des coûts engendrés par les parcours de soins compliqués, l'instauration des démarches de prévention et d'accompagnement précoces.

⁵⁷ Cours de Master 2 PPASP 2016-217- intervention de Pierre Blaise, responsable du PRS2 – ARS Pays De Loire

⁵⁸ Entretien téléphonique du 23 juillet 2018 avec Valérie Bernat, directrice du gérontopôle PDLL

⁵⁹ repérÂge – Identifier précocement le patient âgé à risque de parcours de soins compliqué, Approche et concepts évaluation gériatrique standardisée EGS, gérontopôle PDLL et MSD Vivre mieux

Cette étude a été réalisée sur 839 sujets de plus de 80 ans répartis sur 10 régions en France métropolitaine. On parle alors de cohorte longitudinale, observationnelle, prospective en milieu communautaire. La participation de ces sujets est basée sur 3 visites : l'inclusion, un suivi téléphonique à 3 mois (+/- 15 jours) et une visite de suivi à 6 mois (+/- 2 mois) réalisée au cours d'une visite dite « courante » chez le médecin généraliste.

Préparée en 2013, l'étude a officiellement débuté en Février 2014, date d'inclusion du premier patient, différents centres de prévention AGIRC-ARCCO ont rejoint l'étude courant 2015. »

Au 31 décembre 2017, le nombre total d'hospitalisations non programmées atteint est de 70, alors que le nombre calculé pour avoir une puissance statistique suffisante était de 60. A donc pu être évalué la validité du critère principal de l'étude : déterminer si l'EGS 6 items réalisée en médecine de ville peut prédire une hospitalisation non programmée pour les personnes âgées de 80 ans et plus. Les analyses statistiques ont été réalisées durant l'été 2017. La première version de la publication scientifique a été rédigée en octobre 2017 et elle a été envoyée pour publication, le gérontopôle est en attente de réponse.

En conclusion, l'EGS 6 items permet au médecin généraliste de prédire des hospitalisations non programmées chez leurs patients âgés.

La position du gérontopôle PDLL est explicite : le médecin généraliste est le premier acteur repérant de la fragilité chez le sujet âgé, il en est aussi l'évaluateur. Si l'approche relève bien du parcours de soins, les chercheurs du gérontopôle PDLL affirme l'intérêt d'associer plan d'aide (APA) et plan de soins pour améliorer le bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie. L'approche est ici avant tout soignante et propose par la mise en place de l'EGS, de favoriser « la mutualisation des compétences et des savoir-faire entre professionnels de santé ». Pour autant, selon l'étude repérÂge, le parcours de soins compliqué trouve aussi ses causes dans un « défaut de coordination et d'intégration des soins médicosociaux qui repose sur une mauvaise communication de l'information médicosociale entre les professionnels des secteurs sanitaires et social....nécessité de développer un langage commun accessible à tous, permettant de transmettre des informations utiles ».

1.5 Les enjeux de la fragilité ; du sanitaire au social

Un assemblage inhabituel entre fragilité et vulnérabilité, selon qu'il est réfléchi par des chercheurs du domaine médical ou de celui de la sociologie, s'exprime de manières différentes. Fried *et al* (2001) et Bergman *et al*, (2004) associent la fragilité à la vulnérabilité du fait du risque présenté par un état physiologique affaibli. Tous s'accordent

sur le fait que les dimensions sociales de la vulnérabilité constituent une exposition à la fragilité. La notion de vulnérabilité, lorsqu'elle est relative à la fragilité des personnes âgées et pensée par les soignants du domaine gériatrique, relève principalement de vulnérabilité sociale, sans s'attarder plus avant. La notion de vulnérabilité, quand elle est portée par des sociologues, par exemple Schröder-Butterfill E. (2006), est observée dans, et attribuée à un domaine différent qui est celui de la gestion des risques et des catastrophes naturelles. Ceci du fait de son histoire puisqu'elle a d'abord été attachée aux désastres naturels, tels sécheresse, inondations ou secousses sismiques, des événements d'origine exogène aux individus, constituant d'abord une menace contre laquelle l'homme est impuissant donc spolié de ses capacités défensives et soumis aux caprices aléatoires de la nature qui l'entoure. Mais aussi, au regard de son milieu de vie environnemental l'homme est exposé à un risque, et donc une potentialité d'intensité de ce risque, selon que l'homme agit sur son milieu ou possède un volume de ressources individuel qu'il est en mesure de déployer ou non. Dans les années 93, Wisner démontre que « les risques ne se terminent pas tous par des désastres », et définir le désastre impose « d'examiner à la fois le risque extérieur et la population à risque »⁶⁰. Le lien crucial entre risque et désastre a pu émerger dans la notion de population vulnérable. Pour Chambers R. (1989) la vulnérabilité se définit par « l'exposition aux contingences et au stress, et les difficultés à y faire face ». Schröder-Butterfill E. (2006) ⁶¹indique que « Décomposer la vulnérabilité en ses risques constituants permet de définir que non seulement la vulnérabilité doit être observée en relation à des évolutions spécifiques, mais également que c'est finalement l'équilibre entre les risques et menaces d'une part, et le faire face (coping), les atouts ou la résilience, d'autre part, qui fabrique de manière ultime la vulnérabilité ». Ou autrement décliné par Chambers (1989) « ...la vulnérabilité a deux aspects : un aspect extérieur constitué par les risques, les chocs et le stress que reçoit un individu ou un foyer, et un aspect interne qui est l'absence de défenses, c'est-à-dire de moyens de faire face sans subir de perte dommageable »⁶²

Les différences entre les définitions de fragilité et de vulnérabilité, la première étant plus explorée par les sciences médicales et la seconde plus par les sciences sociales, ne peuvent abolir la nécessité de les réfléchir concomitamment puisque leurs similitudes permettraient « d'enrichir notre compréhension de la fragilité et d'alimenter la réflexion et les orientations des politiques publiques.» Béland F. et Michel H.⁶³page 271. Leur convergence apparaît flagrante si observée dans le domaine gérontologique.

⁶⁰ Prowse,2003, p.4 ; Hufschmidt,2011

⁶¹ BELAND F., MICHEL H., *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Presse de l'école des hautes études de santé publique, 2013, p.214

⁶² Ibid. p. 207

⁶³ Ibid. p. 271

Cette convergence accompagne la fragilité dans ce qu'elle présente de complexe de par sa composition, et introduit l'impact que peut impulser l'individu ou le groupe d'individus et son milieu, sur l'issue favorable ou invalidante d'une situation de mise en fragilité, d'exposition au risque et de menace avérée. C'est bien cette double approche qui pourrait assoir les fondamentaux du « bien vieillir » qui opérationnalise la prévention de la perte d'autonomie en ciblant le sujet « fragile ».

1.5.1 Les impacts de la fragilité sur la vie quotidienne des personnes

Les éléments abordés plus haut nous ont indiqué combien la fragilité d'un individu ne peut se cantonner à l'évolution chronologique de son âge. Nominés dans nos sociétés « Seniors » entre 55 et 75 ans, qualifiés de personnes appartenant à la catégorie du « grand âge » pour les plus de 80 ans, nos aînés ont fort à faire lorsque le phénomène de fragilité s'invite dans leur parcours de soins, de santé et de vie au quotidien.

Les cinq critères de Fried, (perte de poids involontaire, sensation d'épuisement, baisse d'activité physique, réduction de la vitesse de marche et diminution de la force de préhension) impactent fatalement les actes - instrumentaux ou non - nécessaires à la vie quotidienne. Ces critères invalident la qualité de vie quotidienne de la personne en réduisant l'amplitude de ses déplacements (donc son périmètre de déambulation), sa capacité à se mouvoir dans l'espace et à opérer des gestes du quotidien comme se laver, se vêtir, se nourrir, se coucher. Ce sont d'ailleurs les IDAL qui sont touchées avant les ADL dans la perte d'autonomie.

Une répercussion plus multi domaines considère que d'autres impacts se manifestent en invalidant des gestes dits « instrumentaux » comme confectionner les repas, faire les courses, utiliser les objets de manutention simple (téléphoner, se servir d'une clé, gérer les médicaments, gérer des papiers, utiliser les transports, faire les courses ...)

Le déclin des capacités sensorielles a aussi des impacts sur le quotidien des personnes fragiles. Une diminution ou un dysfonctionnement de la vue, de l'ouïe, du toucher sont invalidantes à tous âges mais plus encore chez les personnes âgées qui cumulent les pertes sur plusieurs domaines.

Toujours sur le champ de la santé physique, l'état buccodentaire impacte de manière forte la capacité à se nourrir, rendant les soins dentaires primordiaux. Le déclin des fonctions et des réserves physiologiques du vieillissement porte à ne pas négliger voire à renforcer l'apport protéino-nutritionnel, notamment afin de prévenir la survenue de la sarcopénie et

de l'ostéoporose. Les troubles inhérents à ces deux signes impactent le quotidien en ce qu'ils fragilisent la force musculaire et la résistance osseuse du cheptel individuel.

Les effets de la fragilité peuvent aussi impacter largement le lien social dont tout sujet a besoin. L'isolement est un facteur de fragilité, mais il en est parfois la résultante. Un environnement social et familial s'amenuisant du fait de la réduction des déplacements ou de ruptures familiales ou d'évènements brutaux (deuils, déménagements, maladies, etc, ...) vont mettre à l'épreuve chez le sujet, exactement ce qui lui fait défaut avec l'âge ; sa capacité à résister au stress et à en réguler les effets. Si la dépression dans nos sociétés est admise comme fréquente dans le processus de vieillissement – du fait de la diminution des neurotransmetteurs entre les neurones - elle en augmente considérablement les effets en fragilisant le sujet âgé.

L'approche biomédicale invite à prendre en compte trois grandes causes de pré fragilité qui sont : l'inflammation chronique (liée au vieillissement naturel des cellules), les dérèglements neuro endocriniens et les altérations métaboliques. Dès lors peuvent survenir divers signes et symptômes augurant l'état de fragilité (anorexie, anémie, dénutrition, sarcopénie, ostéoporose, troubles de l'équilibre, inactivité) qui vont avoir des conséquences concrètes dans la vie du sujet âgé⁶⁴.

1.5.2 Les impacts de la fragilité en termes de ruptures de parcours de santé

ROLLAND Y., chercheur du gérontopôle de Toulouse, rappelle combien la distinction est difficile entre vieillissement et fragilité car les domaines attribuables à la fragilité sont communs au vieillissement, et les processus physiopathologiques du vieillissement sont indissociables de ceux de la fragilité. Il précise que 100% des centenaires sont fragiles. Enfin il affirme que l'introduction du concept de fragilité permet d'intégrer l'hétérogénéité de la population âgée, et la notion d'âge physiologique.

Même en se limitant à l'approche phénotypique, on constate déjà que l'ensemble des symptômes, signes et risques déclinés exposent considérablement le sujet fragile aux ruptures dans son parcours de santé. Qu'il s'agisse de chutes à répétition, de fractures, de blessures multiples et variées, de pathologies aiguës, d'hospitalisations à répétition, d'incapacités fonctionnelles, chacun de ces facteurs ou conséquences de la fragilité, souvent associés entre eux, mènent à la dépendance, à l'institutionnalisation et même au décès.

⁶⁴ Ibid. p. 69

Dans une approche multi domaine, on constate que la sphère psychologique et environnementale peut aussi être touchée par des évènements de vie qui justement, du fait de l'incapacité adaptative à gérer les stress, produit des effets délétères sur le quotidien des personnes. Ainsi de nouvelles et diverses situations : déménagement, apparition de pathologies aiguës ou associées, éloignement affectif et familial, deuils et autres intempéries de la vie, peuvent provoquer des ruptures de parcours, telles que décrites plus haut. La dépression est alors une des pathologies grandement facteur de ruptures de parcours, notamment quand elle prend la forme du passage à l'acte suicidaire.

Les éléments de comorbidité associés sont fréquents et viennent souvent augurer ou augmenter le volume de fragilité. Lorsqu'il s'agit de troubles neurologiques, déceler les troubles au plus tôt est capital et améliore le parcours de santé du sujet. Un dépistage précoce sera favorisé par un mode de fonctionnement intégré entre les différents acteurs. Chacun d'entre eux étant en mesure d'opérer la bonne action par la bonne connaissance des missions de l'ensemble des intervenants et le partage des pratiques. Ici les notions de guichet unique et guichet intégré se déclinent efficacement. Le guichet unique (numéro d'appel, lieu d'accueil, site) permet d'orienter directement vers le bon opérateur, ou vers un autre guichet. L'ensemble de ces guichets partageant des outils et fonctionnant en co responsabilité constitue le guichet intégré d'un territoire. La méthode intégrative doit augmenter la qualité de la coordination et la montée en compétence des professionnels afin de fluidifier les parcours de santé.

La place des inégalités sociales apparaît clairement dans ce processus fragilité. Les ruptures de parcours sont majorées lorsque les difficultés financières existent et empêchent d'accéder à l'équilibre nutritionnel, à l'adaptation de l'habitat, à l'activité physique adaptée, aux équipements facilitateurs du quotidien, aux loisirs (facteur de lien social). Le milieu socioculturel est un facteur majorant ou minorant les effets des différents déclinés évoqués. En influant positivement ou négativement sur la compréhension des démarches préventives ou curatives proposées, il en détermine le volet d'acceptation et de mise en place. Sur ce point, l'enquête FRÉLE a pu établir que « les revenus des personnes pré-fragiles et fragiles sont inférieurs à ceux des non fragiles et que les personnes fragiles sont deux fois plus nombreuses à n'avoir fréquenté que l'école primaire »⁶⁵.

1.6 La place du parcours dans la réponse intégrative à la fragilité

⁶⁵ Ibid. p. 193

La notion de processus fragilité dans la vie d'un sujet invite au rapprochement logique avec la notion de parcours. Si, repérer, évaluer la fragilité pour y répondre au mieux et de manière graduée est le challenge proposé, alors, chaque évènement du parcours évoluant en obstacle peut constituer une rupture. Soit l'obstacle rencontré est contourné positivement, avec rémission du problème et sans conséquences sur la santé. Soit cet obstacle ne se contourne ni ne se résout, et produit une perte d'autonomie partielle, voire une cause d'entrée dans la dépendance. Ainsi les notions de processus et de parcours sont fortement intriquées dans le traitement préventif ou curatif de la fragilité. C'est ici que peut s'inscrire parfaitement la méthode intégrative MAIA, en ce qu'elle a pour objet de fluidifier le parcours de santé en limitant les doublons et en anticipant les ruptures de parcours. La dynamique d'intégration des acteurs vise le décloisonnement des champs sanitaire, médicosocial et social sur les territoires, en articulation avec les actions et démarches en cours. Mettre en action la préservation de l'autonomie en agissant par exemple sur la prévention des chutes, comprend l'enseignement de stratégies d'adaptation et de compensation, l'utilisation d'aides techniques ou la modification environnementale. Si des éléments de tels programmes relèvent en premier lieu de la décision individuelle (reprise d'une activité physique, acceptation adaptatives du domicile), et d'autres relèvent plus d'une volonté collective (formation d'équipe d'intervention à domicile, dispositifs innovants d'accès aux aides techniques), sans approche parcours de santé de la personne, tout intervenant quel que soit son champ, rencontre des difficultés opérationnelles à rendre son intervention globalement qualitative. La concertation est au cœur de la méthode MAIA, elle s'opère notamment dans son modèle de gouvernance ; Les dispositifs MAIA-PAERPA en Sarthe se structurent en deux niveaux articulés. Un niveau stratégique, Comité Stratégique Départemental (CSD) départemental, réunissant les principaux financeurs l'Agence Régionale de Santé, le Département (élus et directeurs), chef de file de l'action sociale et médico-sociale, l'Assurance maladie, les caisses de retraite, les URPS, les représentants des usagers. Un niveau tactique, Comité d'Intégration des Acteurs et des Projets (CIAP) infra-départemental, réunissant les professionnels de santé du premier recours, les directeurs d'établissements et responsables des structures des 3 champs (sanitaire, médico-social et social) participant au parcours de santé des aînés. L'articulation entre ces deux niveaux est l'une des missions du pilote MAIA, selon le principe de double approche Top down et Bottom up (De Sampa M., 2013). La concertation entre acteurs s'opère tout autant au sein des tables tactiques et stratégiques, et entre elles. Les porteurs des dispositifs en sont les garants et missionnent les pilotes MAIA sur ce point.

Aujourd'hui d'autres professionnels que les gériatres se mobilisent pour la catégorie de population dites des personnes âgées fragiles. Ces nouveaux promoteurs envisagent de « l'implémenter dans la pratique » (Vellas, Cestac et Morley, 2012) de multiples intervenants appartenant chacun à des systèmes encore très fragmentés en France. La notion de fragmentation des systèmes de santé tout comme celle du nombre et de la qualité des aides et des soins en direction des personnes âgées, influencent considérablement la prise en compte du processus de fragilité. Les auteurs Marie-Aline Bloch et Hugo Bertillot (article page 117) écrivent que « Dans ce contexte, agir sur la fragilité implique de clarifier les tâches, de préciser les responsabilités, de garantir certaines compétences professionnelles ». Ils ajoutent que « La fragilité est aussi porteuse d'une forte ambition de transformation, qui explique certaines des difficultés qu'elle rencontre ».

La notion de parcours est intrinsèque à la compréhension de la fragilité des personnes âgées puisque celle-ci s'organise en processus, ses facteurs survenant de manière chronologique ou cumulée mais toujours dans une succession d'évènements défavorables ou à issue positive. Le plus souvent interdépendants les uns des autres, ils relèvent de plusieurs champs, biologique, physiologique et psychosociaux-environnemental.

La méthode intégrative impulsée en France par la mise en place de dispositifs dits « parcours » en direction des plus de 60 ans, est principalement incarnée par les dispositifs MAIA, et, dans sa version plus appuyée en direction des personnes âgées fragiles - identifiées comme les plus de 74 ans, par les dispositifs PAERPA.

Il est aisé de remarquer ici combien les concepts s'interrogent entre eux, combien ils doivent être rendus plus explicites à tous, au bénéfice d'une réponse qui irait bien au-delà de la coordination des acteurs, vers des pratiques professionnelles modifiées par l'application de la méthode intégrative.

Au sein des travaux sarthois, et ce malgré leur antériorité (2013), il est constaté ce même état de fait de besoin d'explicitation, de définition partagée et d'acculturation aux concepts de fragilité, de vulnérabilité, de préservation de l'autonomie, de connaissance des facteurs de fragilité, des outils de repérage et d'évaluation de ces fragilités, mais surtout du – ou plutôt- des typologies diverses de champs de réponses à apporter. L'expérimentation Sarthoise menée par les acteurs en 2018 veut interroger ce besoin, mieux le circonscrire pour mieux le traiter en objectivant la réalité des parcours par les réponses mises en œuvre par les acteurs repérant et/ou évaluateurs, et leurs impacts sur le parcours de vie des personnes repérées-évaluées fragiles. En seconde intention, cette expérimentation a pour objet de susciter chez les acteurs, tout à la fois l'observation des effets de sa propre pratique, mais aussi comment cette pratique professionnelle rencontre celle d'autrui :

sont-elles cohérentes entre elles - en connaissant parfaitement leurs limites d'intervention réciproques - et comment y remédier ensemble si ce n'est le cas.

« Si certains acteurs perçoivent la fragilité comme une approche en train d'émerger à l'échelle internationale et nationale, s'ils ont connaissance de la publication d'un livre blanc sur le sujet, d'autres ignorent ces développements institutionnels et présentent des définitions plus locales, indexées sur leurs pratiques. Sur le continuum entre autonomie et perte d'autonomie, tous ne placent pas le curseur de l'état fragile au même endroit »⁶⁶. C'est exactement en cet espace-temps que démarrent les tous premiers travaux MAIA-PAERPA Pays du Mans fin 2014. Ces travaux sont ici l'objet –protéiforme et évolutif s'il en est- de la seconde partie qui suit.

1.6.1 Un exemple régional d'outil parcours de santé des aînés : la Carte A'DOM

Avant d'aborder les travaux fragilité en Sarthe, une brève présentation de ce que peut être concrètement un « outil parcours de santé » à travers l'outil parcours « Carte A'DOM »⁶⁷ sur la région des Pays de La Loire. C'est un outil initialement co construit par les acteurs MAIA du Maine et Loire (49) et qui développe actuellement sa modélisation sur les autres départements. Sa forme papier et son usage sont simples et accessibles à tous, par les personnes âgées « en risque de parcours compliqué » (pressenties de, ou en fragilité avérée), comme par les professionnels et bénévoles intervenant auprès d'elles. Il s'agit d'une carte à trois volets, comprenant les coordonnées des intervenants des trois champs auprès de la personne âgée susceptible de présenter ou présentant déjà un parcours de santé compliqué. De petit format et systématiquement rangée avec la carte vitale, la carte A'DOM peut être remise lors d'une intervention à domicile, d'une consultation ou d'hospitalisation (à l'admission comme à la sortie). Appartenant à la personne, elle est proposée et initiée avec elle, et son aidant, par un des acteurs des trois champs intervenant, acteur qui s'engage de manière co responsable à modifier autant de fois que nécessaire les informations figurant sur la carte A'DOM, avec l'accord de la personne. Elle comprend de surcroit la personne de confiance et l'existence de directives anticipées, elle s'est vu assortie d'un kit de communication destiné aux professionnels, afin de les aider dans la juste remise de la carte A'DOM et dans le fait d'aborder avec le plus de fluidité possible les notions de personnes de confiance et directives anticipées. Cette action est simple dans sa création mais complexe dans son déploiement et son appropriation par les professionnels, en ce qu'elle nécessite un engagement opérationnel autant dans l'usage -penser à la proposer mais tout autant à la demander- que dans la

⁶⁶ BERTILLOT H, BLOCH M-A, « Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique », Revue française des affaires sociales 2016/4 (), p. 117

⁶⁷ ANNEXE 3 : La carte A'DOM en Sarthe

mise à jour à effectuer pour que la carte soit efficace tout au long du parcours de santé de la personne âgée. Ce type d'outil mobilise de manière empirique les compétences des acteurs à travailler en mode intégratif, et qui peut se traduire par : la personne âgée reçoit « par le bon acteur, le bon outil, au bon moment de son parcours et au moindre coût » pour prévenir, compenser ou accompagner une perte d'autonomie présentant une potentielle réversibilité.

2 Histoire de la méthode intégrative MAIA-PAERPA au service du processus Fragilité en Sarthe de 2014 à 2017

2.1 Origine et Contexte des travaux fragilité en Sarthe

2.1.1 Histoire des dispositifs MAIA en Sarthe et premier diagnostic de territoire

Les dispositifs MAIA 2 « Le Mans » et MAIA 4 « Couronne Mancelle » sont issus de la scission de l'ancien dispositif MAIA « Pays du Mans » de l'appel à candidature ARS Pays de Loire 2016, dernière année de généralisation des dispositifs MAIA en France. MAIA 2 Le Mans et MAIA 4 Couronne Mancelle présentent une particularité dans le paysage de validation des dispositifs MAIA en Pays de Loire, qui est celle du binôme de pilotage. Ce point spécifique et novateur, a pour socle l'antériorité des travaux débuté par le pilote de la MAIA Pays du Mans, comprenant entre autres les travaux concernant la fragilité - qui portaient plus sur l'évaluation dite de niveau 1 que sur le repérage, comme il sera développé plus bas. Au-delà de cette thématique fragilité, ce binôme de pilotage a pour mission de favoriser la poursuite cohérente de l'ensemble des travaux menés par les acteurs de ce premier infra territoire, et de répondre le plus finement possible aux besoins de ces mêmes acteurs, concernés par la réédition d'un diagnostic territorial partagé dans le cadre même de la scission de ce territoire.

Antérieurement, un premier diagnostic MAIA en 2013 sur le territoire Pays du Mans (Le Mans et 45 communes) avait été mené par une instance composée de la Direction Territoriale (DT) ARS de La Sarthe, la Direction Autonomie du Conseil général, la Direction Adjointe de la filière gériatrique du Centre Hospitalier du Mans et le pilote MAIA (unique pilote alors sur le département sarthois). En quelques mois, et avec l'aide technique du cabinet « Acsantis » mandaté par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), le groupe rend un diagnostic territorial Pays du Mans, dont les axes stratégiques sont proposés aux membres de l'instance tactique MAIA, Comité d'Intégration des Acteurs et des Projets (CIAP) puis validés en instance décisionnelle MAIA Comité Stratégique Départemental (CSD) au printemps 2014.

Jusqu'en ce début d'année 2013, à l'échelle départementale, seul le Conseil général s'était véritablement penché sur les missions attendues par les dispositifs MAIA en France, du fait que depuis décembre 2009⁶⁸ il était expérimentateur MAIA, parmi 16

⁶⁸ 2008 Création des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAIA) Mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012 MAIA

autres dispositifs MAIA expérimentaux répartis sur le territoire national⁶⁹. Une « Equipe Locale Projet » pilota les 17 MAIA expérimentales jusqu'au déploiement national des MAIA qui s'effectua entre 2012 et 2016, au gré des Appels A Candidatures (AAC) lancés chaque année par les ARS de France. Cette « équipe locale projet » était composée pour l'expérimentateur Sarthois, de la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie (CNSA), de la Direction Autonomie du Conseil général, de son médecin territorial et du pilote recruté en juin 2009. Depuis janvier 2012 les DT ARS étaient invitées par la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) à s'engager dans la co-gouvernance des dispositifs MAIA. Ainsi, en ce mois de janvier 2013, dans le cadre de la généralisation des dispositifs MAIA, la DT-ARS Sarthoise (72) de concert avec le Conseil général consolidait l'instance - en la faisant évoluer en « Equipe Locale Parcours » et en invitant la Direction de la filière gériatrique du Centre hospitalier du Mans à la rejoindre. Ce premier diagnostic MAIA avait identifié trois grands axes stratégiques : axe 1 : la diminution des hospitalisations dites « évitables », axe 2 : l'optimisation des entrées et sorties d'hospitalisations et axe 3 : l'amélioration de la connaissance et de la communication entre acteurs des trois champs ; sanitaires, médicosocial et social. Issu du premier axe, un groupe de travail composé d'acteurs des trois champs alors intitulé « Repérage de la fragilité » s'est constitué.

Pour compléter la présentation historique des dispositifs MAIA en Sarthe, durant la phase expérimentale de 2009 à 2012, le Conseil général de La Sarthe, se dote d'une équipe départementale MAIA en recrutant un pilote en juin 2009, puis cinq gestionnaires de cas MAIA qui vont territorialiser leurs interventions sur celle des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)⁷⁰. La Sarthe compte alors 13 CLIC qui sont tous structurés de manière indépendante au Département, c'est-à-dire soit portés par des associations, soit comme service de mairie ou d'inter communes offrant des services au public personnes âgées. Les CLIC sont tous déjà dits « de niveau 3 », ce qui signifie qu'ils sont en mesure d'accueillir, d'informer, d'orienter mais aussi d'évaluer les situations individuelles des personnes âgées, y compris à domicile, et donc in fine de coordonner les différentes interventions auprès de la personne vivant à domicile ou même recherchant un hébergement qu'il soit alternatif, temporaire voire définitif. Entre janvier 2011 et décembre 2012, l'ensemble des 13 CLIC Sarthois sont intégrés au Conseil général de La Sarthe, au sein du service « Accompagnement médico-social des personnes » de la Direction Autonomie. Ce service, d'environ 60 agents, comprend aussi le dispositif MAIA (et ceux qui suivront jusqu'à aujourd'hui), l'équipe médicosociale, les référents accueil familial qui assurent le contrôle des accueillants familiaux et le suivi des personnes accueillies. Il est

⁶⁹20 décembre 2010 Reconnaissance des MAIA – article 78 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2011 modifiant l'article L113-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles(CASF)

⁷⁰ Naissance des CLIC – Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000

à noter que l'équipe d'évaluateurs de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie enfin la partie accompagnement de la mission « Accueillants familiaux personnes âgées » clôture ce service d'environ 60 ETP. Depuis janvier 2015 les CLIC proposent un accueil dit de niveau 1 (accueil, information, aide au remplissage de dossier) aux personnes en situation de handicap. Il est à noter que l'équipe d'évaluateurs de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) est composée de 16 assistantes sociales spécialisées « personnes âgées », qui sont réparties au sein des circonscriptions d'action sociale du Conseil général, donc sous la hiérarchie d'une autre Direction de La Solidarité Départementale. Cet élément a eu, et a toujours, son importance en termes d'organisation des services ayant un impact parfois négatif, de fragmentation du service rendu au public âgé du département.

L'AAC 2012 a validé la MAIA 2 « Pays du Mans », pour laquelle j'ai été recrutée comme pilote en juillet de la même année, suite à un semestre de vacance de pilotage puisque le pilote MAIA de 2009 avait quitté le poste en décembre 2011. L'AAC 2013 a vu la mise en œuvre de la MAIA 1 « Vallée du Loire- Vallée de la Sarthe », avec le recrutement d'un pilote en décembre 2013, pendant que la MAIA 2 « Pays du Mans » se concrétisait. L'AAC 2014 a mis en place la MAIA 3 « Nord de La Sarthe – Perche Sarthois » avec un recrutement du pilote en janvier 2015 et la dotation d'un ETP supplémentaire de gestionnaire de cas. Pour chaque territoire MAIA créé, le gestionnaire de cas qui avait été déployé lors de la phase expérimentale a conservé le poste occupé, et ont été recrutés et territorialisés un gestionnaire de cas MAIA supplémentaire pour la MAIA 1 (sud) et un pour la MAIA 3 (nord). En termes de stabilité des postes, on note que les cinq postes de gestionnaires de cas MAIA avaient été créés au sein du Département, et ceux à suivre l'ont été au fur et à mesure des recrutements⁷¹.

Enfin, comme indiqué plus haut, l'AAC 2015 a validé la scission de la MAIA 2 Pays du Mans. Ce fut l'occasion d'augmenter d'un ETP la gestion de cas sur la MAIA 2 Le Mans, la MAIA 4 Couronne Mancelle a conservé le poste de gestionnaire de cas Couronne Mancelle Nord-Ouest et celui de la Couronne Est. Pour parfaire et finaliser l'effectif départemental en matière d'ETP gestion de cas, la MAIA 3 (Vallée de La Sarthe – Vallée du Loir) s'est vu attribuer un ETP supplémentaire, ce qui a porté au total la dotation départementale à 11 ETP de gestionnaires de cas MAIA.

Cette présentation détaillée de l'ensemble de l'équipe des 4 dispositifs MAIA Sarthois, veut signifier l'importance de la gestion de cas MAIA comme vecteur d'intégration proposée aux acteurs par la méthode sur l'ensemble des territoires. Ceci d'autant plus qu'un seul porteur départemental, ici le chef de fil de l'aide médicosociale et donc du

⁷¹ ANNEXE 4 : Carte des dispositifs MAIA en Sarthe en fin de généralisation, 2016

parcours de vie personnes âgées, doit pouvoir optimiser l'appropriation de cette profonde transformation des pratiques, mais aussi des organisations, attendue par l'usage de la méthode intégrative des acteurs et des projets.

Sur le champ de la prévention, le Département de la Sarthe a été préfigurateur de la Conférence des financeurs. Durant une année d'exercice expérimental, il a démontré par sa participation active à la mise en œuvre de cette instance capitale, combien la prévention de la perte d'autonomie traduite en actions collectives auprès des personnes de plus de 60 ans, pouvait œuvrer aux nécessaires adaptations des pratiques professionnelles. Ceci s'est opérationnalisé dans le décloisonnement des champs d'intervenants, on a vu des acteurs comme les centres sociaux – pour ne nommer que ceux là - pouvoir prendre une place dans un collectif d'acteurs, qu'ils avaient pu parfois avoir du mal à trouver, dans ce processus de prévention. Des rapprochements avec les associations de patients, d'usagers, ont permis de mieux prendre en compte, voire de valoriser la parole et les choix de postures des personnes, citoyens, aidants, et patients. Ces éléments participent de la volonté des politiques publiques qui signent une accentuation de la mise au cœur de la démarche du sujet en ce qui concerne son parcours de vie. S'il est encore difficile d'en évaluer les effets économiques, les actions afférentes à la conférence des financeurs prouvent déjà leur force préventive par la prise de voix des sujets, comme par le choix de nouvelles voies des différents acteurs⁷².

Le Département de La Sarthe a été un des premiers à penser et rédiger un schéma départemental unique (SDU) d'organisation sociale et médicosociale (2015-2019), s'adressant à chaque citoyen de la naissance à la mort, se déclinant de manière transversale entre les différents domaines relevant de la Solidarité Départementale : petite enfance, famille, personnes âgées, personnes en situation de handicap, de précarité, mineurs et majeurs vulnérables. Ce schéma travaille actuellement à la mise en œuvre innovante de la fonction de correspondant de parcours, en direction de publics vulnérables. Le cadre d'action est celui d'une des fiches du SDU (A.1.2) qui s'intitule « Conforter la démarche de coordination du parcours de vie ». Elle décline la fonction du correspondant de parcours (CDP) comme pouvant « se rapprocher des missions actuelles des gestionnaires de cas MAIA, des coordonnateurs de parcours RAPT, ainsi que des expériences en cours sur le référent de parcours (dans 4 départements) »⁷³. Les acteurs impliqués dans ces travaux sont ceux composant l'instance de COordination des Informations Préoccupantes (CODIP) et la Commission Protection de l'Enfance (CPE).

⁷² ANNEXE 5 : exemple d'actions de prévention CDF de La Sarthe- Extrait de La Lettre du CIDPA, août 2018

⁷³ Extrait d'un projet de lettre de cadrage relative à l'expérimentation d'une fonction de correspondant de parcours- juin 2018

Concrètement, tout professionnel intervenant pourrait devenir, s'il accepte et est mandaté par sa hiérarchie, le correspondant de parcours de telle personne en « situations complexes/bloquées/critiques dans lesquelles les risques avérés de rupture dans le parcours de vie sont les plus élevées, et après consensus de l'ensemble des participants ». Les personnes concernées seraient celles « ayant éprouvées l'ensemble des ressources et dispositifs de droit commun » et l'accompagnement du CDP s'exprimerait en recourant « uniquement au réseau des professionnels existants dans les institutions et associations partenaires, sans passer par la création d'un nouveau métier ». Ainsi déployée, il apparaît clairement que le principe méthodologique de l'action s'inscrit bien dans l'intégration des acteurs et des projets au service de la fluidité des parcours. De son appartenance génétique au champ médicosocial et social, et pour parfaire son ambition intégrative, le point de vigilance le plus fort de l'action devrait sans doute porter sur l'articulation avec le champ sanitaire, manquant à ce stade de son développement.

2.1.2 Contexte local

En novembre 2014, regroupés par la Direction de l'Efficiencia et de l'Offre de soins, les pilotes MAIA Ligériens ont partagé un état des lieux des différents travaux fragilité existant par territoires. L'ARS a alors validé que les « initiatives des différents territoires n'auront pas les mêmes caractéristiques même si elles ont la même finalité »⁷⁴. Ainsi, il était rappelé « qu'il est tout à fait naturel que les acteurs des CIAP définissent des modalités de repérage et d'évaluation différentes ». L'ARS Pays de Loire (PDL) affichait déjà qu'il s'agissait de « se centrer sur le repérage et l'évaluation réalisée par des professionnels, notamment d'aide et soins et les acteurs médicaux de premier recours. Ces travaux s'ouvriraient donc à tous les professionnels s'inscrivant dans cette volonté d'expérimenter ce processus Fragilité ».

Ainsi et en amont de son PRS 2, portant intrinsèquement l'axe repérage des personnes âgées fragiles, l'ARS Pays de Loire a tenu une Conférence Fragilité des personnes âgées le 8 octobre 2015, qui a officiellement lancé les travaux fragilité des personnes âgées sur la région.

Dans les différents CIAP, avait été noté un réel intérêt des acteurs pour ce travail sur la Fragilité, notamment en ce qu'il permettait d'éviter à terme une partie des situations d'urgence (hospitalisation des personnes pré-dépendantes avec aggravation ultérieure). Lors de plusieurs CIAP, avait été noté également que plusieurs acteurs souhaitaient

⁷⁴ Extrait d'un CR de regroupement régional de dispositifs MAIA Ligériens du 7 novembre 2014

réfléchir à un processus global de la Fragilité : repérage=>évaluation=>orientation=>actions correctives ou prise en charge adaptée=>prévention.

L'ARS PDL a alors pris option que l'objectif de ce travail était précisément celui-ci, et qu'il était vain que l'ARS définisse à priori un processus global, mais que c'était bien aux acteurs des CIAP de définir à terme, grâce aux expérimentations, des processus qui leur semblaient les plus adaptés. Il s'agissait pour autant de garder de la cohérence et de la visibilité régionale. Les CIAP pouvaient faire remonter leurs questions à l'échelon stratégique. L'ARS annonçait déjà que « les comités départementaux sur la prévention prévus par la loi auraient vocation à coordonner à terme un sujet de ce type », ajoutant qu'une « lettre de mission des CIAP à ce propos pourrait être envisagée ».

Ce n'est pas dans une lettre de mission spécifique au CIAP que se sont trouvés cadrés ces travaux fragilité, mais dans la lettre de validation de la MAIA Pays du Mans 2014 instituant « la poursuite des travaux conformément à la priorité régionale définie »⁷⁵.

Depuis 2016, les instances tactiques et stratégiques ont élargie le périmètre territorial des travaux à l'échelle du département, tel que décliné plus bas.

Du point de vue des outils de repérage et d'évaluation, la grille « FRAGIRE »⁷⁶ a été retenue par les CARSAT et utilisée à grande échelle. L'ANAS⁷⁷ en avril 2018, dans un article intitulé « SIREVA : Souriez vous êtes fichés » marquait son mécontentement quant à la grille retenue, qui se veut un outil prédictif de la perte d'autonomie pré-AGGIR. FRAGIRE a été créée par un gérontopôle. Plusieurs reproches à son encontre sont évoqués, mais principalement celui d'avoir été élaboré sans qu'il soit jugé opportun d'y associer des travailleurs sociaux. Le second reproche tient au fait que les questions sont considérées comme intrusives, et impactent négativement les pratiques professionnelles des évaluateurs. Pour la région Pays de la Loire, cette utilisation a démarré en janvier 2015. Elle présente une augmentation du relevé de l'évaluation de l'indépendance des personnes, en ce qu'elle élargit à de nouveaux critères multi domaines l'observation de la situation d'autonomie de la personne. Cette grille sollicite de manière plus importante les évaluateurs - 70% des évaluations Carsat sont faites en Sarthe par les coordinatrices de CLIC. Elles indiquent que même si elles perçoivent plus difficilement la plus-value de la nouvelle grille en termes de volume d'aides autorisé, l'évaluation leur semble plus fine quant aux risques de fragilité notamment socio environnementales, voire psychologiques de la situation des personnes – même si ce n'est pas leur domaine d'action et que ces

⁷⁵ Courrier de validation MAIA Pays du Mans 2014 du 17 novembre 2015

⁷⁶ <https://www.anas.fr/attachment/997914/> support d'évaluation des personnes âgées à domicile : le logiciel SIREVA (Support Inter-Régimes d'EVALuation). Il inclut une grille « prédictive » FRAGIRE (voir document joint) qui comprend 16 pages, près de 220 items dont 3 tests (2 tests cognitifs et 1 test de marche) et une grille d'évaluation de l'autonomie (AGGIR).

⁷⁷ Association Nationale des Assistants de Service social, article du 17 avril 2018 : https://www.anas.fr/Avec-SIREVA-souriez-vous-etes-fiches_a1179.html

items peuvent être de fait compliqués à aborder.

2.2 Les attendus de la Charte MAIA-PAERPA « Pays du Mans » juillet 2013 et son évolution nécessaire

Les dispositifs MAIA Sarthois, sont l'objet d'une « charte MAIA-PAERPA Parcours de santé des aînés ». Outre que celle-ci fixe cadre, missions et moyens, elle leur permet une cible populationnelle élargie dans sa qualification ; celle du public âgé (+ de 60 ans) et celle du public dit « fragile » (74 ans et plus) selon le modèle PAERPA - toujours dans sa phase expérimentale en 2013. Pour les Pays de Loire, c'est La Mayenne et son achalandage en médecine de ville dite regroupée, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) qui est retenue comme territoire PAERPA avec tous ses attributs, en plus de ses deux dispositifs MAIA. Pauvre de MSP, La Sarthe, par le biais de cette Charte MAIA-PAERPA signée le 13 juillet 2013 entre l'ARS Pays De Loire et Le Président du Conseil général de La Sarthe, voit « l'animation PAERPA » dévolue à ses pilotes MAIA, sans en posséder les outils ; ni le Plan Personnalisé de Santé (PPS), ni les leviers financiers mobilisateurs de l'implication des professionnels de santé libéraux du territoire, ni l'outil de coordination territoriale d'appui⁷⁸. La Charte sollicite ainsi les pilotes MAIA sur le registre mixte de la mise en œuvre et conduite du guichet intégré MAIA, et de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) qui vient en appui à la Coordination Clinique de Proximité (CCP) du PAERPA. Les acteurs de la CCP du PAERPA sont : le médecin généraliste, l'infirmier libéral (ou le service de soins infirmiers à domicile - SSIAD), et le pharmacien. S'y adjoint selon les cas, un masseur-kinésithérapeute. Les acteurs de la CTA sont l'ensemble de tous les autres acteurs intervenant dans le maintien à domicile de la personne âgée de plus de 60 ans. En plus de l'ensemble des institutions concernées, comprenant notamment les départements – chefs de file de l'action médicosociale en direction du public âgé - il s'agit bien là des acteurs des champs sanitaire, médicosocial et social, toutes aides et services confondus ; des établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux aux services d'aides à domicile en passant par les services de soins à domicile, qu'ils relèvent du secteur public comme du secteur privé, ainsi que l'ensemble des professionnels de santé libéraux, qui composent le guichet intégré normalement initié par les dispositifs MAIA. La logique intégrative veut que le dispositif MAIA soit le contenant de dispositifs parcours tel celui du PAERPA. Le public cible de ces deux dispositifs est commun : les plus de 74 ans fragiles sont aussi ceux du dispositif MAIA. Le

⁷⁸ Pas de guichet intégré MAIA en place, pas de CTA non plus

« mariage » des deux dispositifs était inéluctable puisque l'on peut penser que le dispositif PAERPA semble devoir sa mise en œuvre, aux difficultés majeures rencontrées par les premiers dispositifs MAIA en termes de travail de liaison avec les professionnels de santé libéraux.

Un avenant à la Charte de gouvernance MAIA-PAERPA, en cours d'élaboration, reprend les engagements et attendus initiaux et les adapte à ceux de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV), « en mettant en avant le rôle de la prévention comme moteur de la politique de l'âge pour anticiper, prévenir et retarder la perte d'autonomie et/ou son aggravation ... et met en place à cet effet une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ». L'avenant rappelle que « la stratégie nationale de santé et la Loi de modernisation de notre système de santé portent trois grandes priorités : anticiper les deux grands défis auxquels est confronté notre système de santé le vieillissement de la population et la prise en charge de patients atteints de maladie chronique, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et préserver le financement solidaire de la protection sociale ». L'avenant renchérit sur le besoin « d'adapter notre système de santé au vieillissement avec comme objectif la mise en œuvre d'une médecine de parcours ».

Comme entrevu plus haut, le dispositif Personnes Agées en Risque et ou en Perte d'Autonomie (PAERPA) a pour objectif primordial l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées de plus de 74 ans, par le repérage et la remédiation des facteurs de fragilité identifiés. Pour parfaire la présentation du paysage régional actuel des dispositifs Parcours des Pays de La Loire, La Mayenne étant le Département porteur du PAERPA, les autres départements composant le territoire Ligérien sont quant à eux porteurs au total de 20 dispositifs MAIA, qui ne sauraient –au regard des textes en vigueur - être considérés PAERPA. Pour autant, dès 2013, donc en amont de la mise en œuvre de départements expérimentateurs PAERPA, l'Agence Régionale des Pays de La Loire et le « Conseil Général de La Sarthe », aujourd'hui nommé « Département de La Sarthe », ainsi que l'ensemble des membres composant la « table tactique MAIA » cosignent la « Charte de gouvernance MAIA-PAERPA » pré citée. Au sein de laquelle se trouve inscrite la volonté de « se rapprocher , travailler ensemble sur le mode intégratif en direction des acteurs de la médecine de ville », valeur sous tendant la possibilité et notamment l'attendu fort de l'ARS PDL de permettre aux acteurs des dispositifs MAIA Sarthois, de travailler à ce repérage de la fragilité des personnes âgées dans une vision résolument élargi du parcours de santé des aînés, en recherchant l'implication des acteurs des soins du premier recours que sont les professionnels de santé libéraux.

2.3 Travaux « Fragilité » MAIA-PAERPA « Pays du Mans »

2.3.1 Groupe de travail « Hospitalisations potentiellement évitables » (GT HPE) et ses objectifs – décembre 2014 à fin 2015

La première réunion de ce groupe de travail a lieu le 2 octobre 2014. Un co pilotage de ce groupe de travail réunit le Docteur Bidault-Diallo - gériatre en poste au sein d'une clinique privée du Mans – et moi-même en tant que pilote MAIA Pays du Mans. Comme il est si né qu'a non pour un groupe de travail MAIA, il est composé d'acteurs des trois champs ; sanitaire, médicosocial et social. Il est composé des membres soignants d'établissements de santé privés et publics, de responsables de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) privés et public, de responsables de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD),

- un gériatre et deux infirmières gériatriques d'une clinique chirurgicale du secteur privé
- une infirmière coordinatrice (IDEC) de SSIAD et l'ergothérapeute de son équipe d'appui en adaptation et réadaptation⁷⁹ d'un établissement de santé du secteur privé
- une infirmière en éducation thérapeutique du patient en rééducation fonctionnelle d'un centre médical secteur associatif privé
- un gériatre et un cadre de santé ainsi que les infirmiers de l'équipe mobile de gériatrie (EMG), et un médecin des urgences du Centre Hospitalier du Mans
- le directeur du pôle personnes âgées et l'IDEC de SSIAD, ainsi que l'ergothérapeute de l'EAAR d'une association privée porteuse de plusieurs offres médicosociales
- une infirmière responsable de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP expérimentale créée en juillet 2012) du Centre Hospitalier Spécialisé – aujourd'hui Etablissement public de Santé Mentale (EPSM)
- une directrice et des responsables de services de 4 SAAD sarthois

Viennent compléter le groupe : un représentant de l'association des usagers du CH du Mans, la représentante départementale de l'URPS des pharmaciens, celle de l'URPS des infirmiers libéraux (IDEL), la directrice d'une résidence senior disposant d'un service d'aide à domicile, une infirmière de liaison d'un EHPAD privé lucratif, une coordinatrice de CLIC et une gestionnaire de cas MAIA.

On le sait les groupes de travail MAIA par définition sont « ouverts », c'est-à-dire que les entrées et sorties du groupe sont possibles en continu. D'où l'intérêt majeur de capter rapidement et de manière cohérente, les motivations de chacun des partenaires afin de

⁷⁹ Les EAAR sont des dispositifs expérimentaux en Pays de Loire, financés par l'ARS (2 équipes en Sarthe), composées de manière pluridisciplinaire (psychologue, assistante sociale, ergothérapeute, diététicien) qui interviennent en amont ou aval d'hospitalisation dans le cadre de l'adaptation du logement aux besoins de la personne

favoriser leur implication. Ce point doit principalement à la méthodologie d'animation retenue. En l'occurrence, il s'est agi dans un premier temps de vérifier auprès des membres participants leur validation des objectifs généraux et opérationnels déclinés sur la fiche-action validée par l'instance décisionnelle MAIA. Puis, le pilote MAIA, et son co pilote de l'action, ont accompagné de manière co construite le déroulement des travaux, exclusivement sur validation collective du groupe⁸⁰. On parle alors de co responsabilité des acteurs tout au long du processus de l'action et même au-delà de son déroulement ultime.

Ce groupe d'acteurs s'est réuni régulièrement entre 2014 et fin 2015. Afin de conserver l'engagement des acteurs il a été important d'être vigilant sur le nombre et le rythme des réunions de travail, ainsi un groupe de travail nommé « restreint » s'est constitué et réunit 4 fois en 2015 - pour collecter et étudier ensemble les outils de repérage existants, sans distinction entre ceux validés scientifiquement et les autres. Une inspiration locale était recherchée dans cette collecte qui avait pour objectif de répondre précisément aux besoins, aux attentes des acteurs du groupe. Six outils ont été finement examinés par les acteurs de ce groupe de travail restreint. Trois ont été écartés car évalués « trop courts en nombre de domaines interrogés » au regard des besoins des participants, il s'agissait de la grille du PAERPA, celle de l'EGS I (Informatisée) en usage sur le CHU d'Angers et celle du gérontopôle de Toulouse utilisée dans le cadre de la « programmation hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ». Deux ont été réservés, la « fiche de modifications de situations à domicile – en dehors de l'urgence » de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), utilisé au CHU Paris Nord Val de Seine, la fiche outil « Base de données d'évaluation de la fragilité » créée et utilisée par le responsable de l'un des 4 SAAD participants. Ces deux outils conservés sont venus compléter l'outil principal retenu par le groupe, deux réunions plénières ayant permis d'arrêter un choix commun à tous. S'agissant de l'outil SEGA AB modifié, les acteurs l'ont ensemble ajusté au plus près de leurs attentes et ont produit une grille à 18 items, permettant par scoring d'identifier une personne peu fragile (score ≤ à 11), fragile (11 < score ≤ 15), très fragile (score > 15).

Il est important d'indiquer que le mode évaluation de niveau 1 proposé ici n'avait pas au moment de sa co construction - et pas plus aujourd'hui dans l'expérimentation 2018 qui sera développée plus bas - vocation à s'interposer en lieu et place d'une véritable Evaluation gériatrique standardisée qui obéit à une nomenclature reconnue et médicalement spécialisée. Ce n'est pas le cas dans ce qui fût créé par les acteurs de ce groupe de travail. L'enjeu majeur de cette action résidait bien dans le fait d'évaluer la situation médicale, médico-sociale et sociale de la personne pour améliorer son état de

⁸⁰ ANNEXE 6 : Fiche-action GT MAIA de 2015

santé général et pour prévenir ou compenser sa perte d'autonomie potentielle en agissant sur les déterminants réversibles.

Ce groupe de travail étant composé d'acteurs des trois champs, il faut noter l'implication d'acteurs non soignants, et le fait est que la grille SEGA A-B retenue parlait aux différentes pratiques de l'ensemble des acteurs des trois champs. Ainsi les soignants ont pu profiter de l'expertise des acteurs sociaux et inversement, les médecins saluant notamment dans cette grille la composante de critères psycho-socio-environnementaux à partager entre acteurs, entre intervenants.

Peut-on dire que l'approche dite parcours dans ces travaux, s'est plus exprimée comme une méthode de travail dite en mode « parcours de santé intégré » ? La terminologie retenue par l'OMS de Soins Intégrés pour les Personnes Âgées (SIPA)⁸¹ ne pouvant s'appliquer ici puisqu'elle adopte une approche centrée sur les capacités intrinsèques de la personne. Ces capacités intrinsèques comme étant l'ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu, les capacités fonctionnelles étant l'association et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne. Or, la grille SEGA A-B ajustée par les acteurs du groupe de travail relevait plus d'un outil multi domaines.

La grille SEGA A-B modifiée, s'est vue quelque peu adaptée et elle a pu être testée auprès de 72 personnes sur une durée de deux mois (du 1^{er} avril au 9 juin 2015)⁸² par 5 établissements et services participants. Les résultats du test de la grille ont été probants pour partie, car ils ont mis en lumière le fait que cette grille d'évaluation de niveau 1, pouvait à priori convenir aux acteurs des champs sanitaires comme à ceux des champs médicosocial et social. En observant plus finement les modalités de passation de la grille, il s'est avéré que les testeurs (ayant acté la passation) appartenaient tous au champ sanitaire, y compris lorsqu'ils intervenaient à partir d'un service relevant du médicosocial ou du social. De plus, au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles l'Anesm⁸³ de 2015, évoquaient dans le cadre du dispositif PAERPA la nécessité du partage d'informations entre professionnels des secteurs sanitaires, médicosocial et social, via l'utilisation de supports « efficaces et sécurisés » (messagerie

⁸¹ Plaquette SIPA les directives de l'OMS :

http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/who_-_icope_brochure_-_fr_080218_final_lowres.pdf

⁸² ANNEXE 7, Extrait Document Dr Bidault-Diallo A., Université Paris V – René Descartes-Faculté de médecine 2016 - Mémoire pour la capacité de gériatrie - Analyse descriptive de la grille SEGA : avantages et inconvénients dans l'évaluation de la fragilité d'une population gériatrique en milieu hospitalier et à domicile, 30 juin 2016

⁸³ Anesm, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Fiche « *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées* », p. 24

sécurisée, dossier médical personnel, etc.). Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier de modernisation de notre système de santé, toute information à caractère secret concernant l'utilisateur ne peut se faire que dans le respect des règles prévues à l'article L.110 du code de la santé publique.

La grille a permis aux acteurs testeurs de mettre en place 61 actions correctives aux facteurs de fragilité auprès de 42 personnes évaluées, tandis que pour 30 personnes aucune action n'a été proposée.

La durée de passation a été estimée un peu trop longue par certains acteurs alors même qu'ils avaient concouru à la sélection d'un outil à 18 items. La volonté d'une pratique professionnelle la plus aboutie possible s'est heurtée alors à l'empirisme du test. Deux besoins principaux ont émergés de ce bilan. Tout d'abord l'absence d'un plan d'actions adaptées et personnalisées – ce qui évoque fortement le plan personnalisé de santé (PPS) du PAERPA dont La Sarthe ne dispose pas – et qui permettrait la coordination avec les professionnels de santé en ville, certes mais pas seulement, la coordination était surtout attendue entre professionnels du champ sanitaire (établissement en ville) et professionnels des champs médicosocial et social. La deuxième attente post test était l'élaboration d'un logigramme d'actions sur les trois champs, qui opérationnaliserait la mise en œuvre de la coordination des acteurs intervenant en mode parcours de santé intégré.

Au total, pour les acteurs de ce groupe de travail MAIA-PAERPA, la grille SEGA A-Bm permettait bien une évaluation multi domaines des facteurs de fragilité, et donnait l'assurance qu'un travail partagé entre acteurs des trois champs, au bénéfice du parcours de santé de la personne âgée, était possible sur cet infra territoire. Un bénéfice plus secondaire était de développer l'acculturation d'acteurs de secteur, certes différents mais dont les actions sont particulièrement interdépendantes, dans la réussite de l'intervention préventive de la perte d'autonomie ou de son aggravation, comme des comorbidités associées.

2.4 Départementalisation des travaux : « Processus Fragilité en Sarthe » 2016 :

Le 28 janvier 2016, un inter CIAP « Fragilité » (un CIAP départemental regroupant les acteurs des 4 dispositifs MAIA Sarthois) a eu lieu.

Une identification des trois modes du processus⁸⁴ : de la détection au repérage et à l'évaluation des fragilités a été proposée aux acteurs par les pilotes MAIA, suite aux travaux Fragilité Pays du Mans et Vallée du Loir.

⁸⁴ ANNEXE 8 « Processus Fragilité en Sarthe » et ses trois modes

Les modalités de poursuite des travaux fragilité à l'échelle départementale ont été validées et les acteurs invités à participer aux 5 groupes de travail suite à cet inter CIAP « Fragilité ». Deux groupes pour le mode repérage et trois pour le groupe évaluation. Chaque groupe avait la mission de co construire et valider ensemble l'outil de fragilité retenu et le logigramme d'actions pour chaque mode, et enfin de conduire le projet en coresponsabilité d'une expérimentation « processus fragilité en Sarthe » sur l'année 2018. Les trois pilotes présents ont animés ces cinq groupes de travail et ont pu proposer en CSD le démarrage de l'expérimentation sur 12 mois à partir de février 2018, expérimentation présentée en partie 3.

2.4.1 La co construction d'outils de repérage et de logigramme parcours pour les modes « repérage » et « évaluation de niveau 1 » en 2016 et 2017

A) Le mode détection

La « carte postale CLIC » est l'outil dédié au mode « détection » identifié comme premier mode du processus fragilité. Ce mode détection présente plusieurs particularités dans ce processus, notamment il ne fait pas partie de l'expérimentation de 2018, car son outil « carte postale CLIC » est déjà un outil intégré aux services du Département de La Sarthe depuis 2014. Pour rappel, lors du second semestre 2012, le Conseil général portait un seul dispositif MAIA expérimental et ne possédait donc qu'un seul pilote MAIA. La concertation tactique et stratégique de cette époque, a validé un périmètre infra territorial d'intervention de l'unique pilote MAIA, afin d'y animer une action selon la méthode intégrative, auprès des acteurs des champs sanitaire, médicosocial et social des 29 communes du sud Sarthe composant une communauté de commune « loir-Lucé-Bercé » – territoire marqué d'un fort indice de vieillissement.

A l'écoute des acteurs, le pilote a animé un groupe de travail ayant pour mission un meilleur repérage et une orientation plus précoce, des personnes âgées et ou handicapées isolées, vivant à domicile et voyant apparaître et ou se cumuler des problématiques portant sur quatre grands domaines : la santé, l'isolement, l'administratif et l'habitat. Ayant constaté par enquête auprès de l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir auprès de personnes âgées et ou en situation de handicap, que seulement un sur deux connaissait et orientait vers les deux CLIC, le groupe de travail a rapidement identifié le besoin de répondre à ce manquement par la co construction et la

communication partagé d'une action visant à faire connaître, mais aussi à permettre une juste indication d'orientation vers les CLIC.

Tout en co construisant la carte postale CLIC, les acteurs et lui ont adjoint un document-support –s' apparentant à un guide d'usage, à destination notamment des secrétaires de mairies, ou de tout autre intervenant non professionnels de l'aide et du soin (ex. mairies, centres sociaux...), en situation d'accueil physique, bénévoles d'associations, et en capacité d'identifier ces personnes fragiles et isolées, en difficultés sur les domaines énoncés plus haut grâce à quelques constats simples. Ces critères indiqués sur le document-support, permettent de remettre la carte aux personnes directement ou à quelqu'un de leur entourage, ou bien si elles sont trop isolées ou en difficultés pour le faire, de les aider dans la démarche de prise de contact avec le CLIC, voire de contacter le CLIC avec l'accord de la personne. La première page et les deux pages intérieures de ce document-support sont identiques pour chaque CLIC, mais il comporte une quatrième de page qui reprend les coordonnées des CLIC et l'ensemble des communes qu'il couvre pour chaque carte postale éditée. Une carte postale peut contenir l'information de un, deux ou trois CLIC, selon les découpages territoriaux calés en Sarthe sur les circonscriptions d'action sociale. Au total, 7 cartes postales présentent les coordonnées des 13 CLIC. A l'échelle du territoire choisi et de son nombre d'habitants de + de 60 ans et de personnes en situation de handicap vivant à domicile, un nombre de cartes postales CLIC a été édité – sur le budget MAIA - et diffusé par les acteurs participants au groupe de travail. L'appréciation de cette action a mené le Conseil général de l'époque à déployer, dès le semestre suivant, cet outil à l'échelle du département et de ses 13 CLIC – alors en cours d'intégration au sein du Conseil général. Il est normal de reconnaître que ce travail initial a posé les jalons d'une méthode intégrative car ce groupe de travail était bien issu de la concertation tactique et stratégique, et a agi en co construction autant qu'il a mené l'action en co responsabilité. Toutefois, ces travaux ont rencontrés les limites de la méthode intégrative impulsée puisque, s'il s'en est suivi d'autres travaux partagés selon la méthodologie intégrative, il n'a pas été possible de développer le Formulaire d'Accueil Multidimensionnel et d'Orientation (FAMO), premier outil du guichet intégré tel que défini par la méthode intégrative MAIA.

Une autre différence de cet outil de détection réside dans le fait que la MDPH a participé à ces travaux alors qu'elle n'a pas été représentée dans les travaux des deux autres modes repérage et évaluation.

B) Le mode repérage

L'enjeu de ce mode était un repérage le plus rapide possible afin d'éviter voire d'anticiper les ruptures potentielles à venir.

En 2015, la suite des travaux autour de la carte postale CLIC, s'était poursuivie avec le pilotage du dispositif MAIA 1 Vallée de la Sarthe – Vallée du Loir. Les acteurs avaient alors développé une fiche de repérage de la fragilité s'apparentant fort à celle du Professeur Beauchet O., très proche de celle proposée par la fiche technique de la HAS de juin 2013⁸⁵.

Un logigramme d'action du mode repérage a été co élaboré⁸⁶. Pour telle ou telle fragilité repérée, chaque réponse et son ou ses opérateurs existant réellement sur le département ont été identifiés par domaines de fragilité, et reportés sur le logigramme d'action.

En 2016, les acteurs du groupe de travail départemental repérage ont validé une fiche de repérage « courte »⁸⁷, d'une passation d'environ 7 à 10 mn. Elle est inspirée du premier outil et de la grille prototype PAERPA utilisée en Mayenne par un service des urgences hospitalières et des intervenants de SAAD.

Les acteurs repérant identifiés sont : les professionnels des SAAD, SSIAD, SPASAD, professionnels de santé libéraux et des établissements de santé. Les acteurs opérateurs des réponses sont l'ensemble des acteurs intervenants sur tous les champs requis des critères sanitaires (code couleur rouge) et socio-environnementaux (code couleur vert).

C) Le mode évaluation de niveau 1

L'enjeu de ce mode était de réaliser une analyse médico-sociale des différents facteurs de fragilités, il ne pouvait s'agir que d'un modèle d'évaluation multi domaines.

Les acteurs ont validé l'outil (adaptation de la grille SEGA volets A et B modifiée) co construit et testé en co responsabilité par le groupe de travail Fragilité Pays du Mans et l'ont nommé la MEFF, Mesure d'Evaluation des Facteurs de la Fragilité.

Pour rappel, en 2013, les travaux fragilité débutaient à peine, ils s'appuyaient sur l'un des 3 axes issu du diagnostic territorial du dispositif MAIA Pays du Mans qui avait pour objet de diminuer les hospitalisations potentiellement évitables (HPE). Une HEP est selon la DGOS « une hospitalisation qui, tout en étant à priori adéquates au moment où elle se produit, aurait pu être évitée avec une prise en charge optimale en soins de premiers recours⁸⁸ ». Outre qu'elle valide le fait que les hospitalisations des personnes âgées fragiles constituent un facteur majeur de ré hospitalisation, la fiche technique de la HAS « Comment réduire le risque de ré hospitalisation des personnes âgées » de juin 2013,

⁸⁵ HAS Fiche technique « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires », juin 2013

⁸⁶ ANNEXE 9 Logigramme repérage « processus fragilité en Sarthe »

⁸⁷ ANNEXE 10 Fiche de repérage « processus fragilité en Sarthe »

⁸⁸ DGOS Direction Générale de l'Organisation des Soins –Groupe de travail national 2013

une des données qui avaient fondé les travaux du groupe d'acteurs, est qu'elle insiste sur le fait que « les interventions entreprises à l'hôpital et poursuivies au domicile ont plus de chance d'être efficaces ». La fiche poursuit sur le fait que l'intervention se doit de relever tout autant du champ médical que social. C'est avec cette conviction que des acteurs tels des médecins hospitaliers, des infirmières libérales, des intervenants à domicile ont pu co construire un outil commun (et le tester en coresponsabilité en 2015) dans une approche globale parcours. Au vu du test de la MEFF en 2015, il a été acté sur ces travaux départementaux 2017 que les évaluateurs de la MEFF seraient des professionnels de santé, des SSIAD, exerçant en libéral ou en établissement de santé.

Comme pour le mode repérage, et avec les mêmes outils de méthodologie⁸⁹, le logigramme d'action du mode évaluation de niveau 1, a été co élaboré⁹⁰. Pour tel ou tel item de fragilité mesurée, chaque réponse et son ou ses opérateurs existant réellement sur le département ont été identifiés par grands domaines de fragilité, et reportés sur le logigramme d'action, avec un code couleur identique à celui de la fiche repérage : rouge pour les facteurs relevant du sanitaire et vert pour ceux relevant du socio-environnemental.

Elément si né qua non de ce test, l'accord de la personne est systématiquement requise et est exprimée en tant que telle sur la MEFF⁹¹ sur la fiche repérage, et tout autant sur la fiche de repérage.

L'ensemble de ces travaux validés en CSD, des modalités d'inscription ont été proposées à l'ensemble des acteurs sarthois. Il s'est agi alors de mettre en place l'expérimentation de cette objectivation des parcours, à l'échelle départementale. Ce qui s'opère depuis février 2018 et fait l'objet d'une présentation en partie 3.


⁸⁹ ANNEXE 11 Document de recueil des réponses et opérateurs du logigramme d'action utilisé dans les GT Repérage et Evaluation


⁹⁰ ANNEXE 12 Logigramme d'évaluation de niveau 1

⁹¹ ANNEXE 13 La grille MEFF, d'évaluation de niveau 1

3 La méthode intégrative MAIA-PAERPA et son approche parcours de santé au service de l'expérimentation « Processus Fragilité en Sarthe » en 2018

Extrait de la Feuille de route départementale 2018 « Processus Fragilité en Sarthe »

 Thématique parcours départemental - Processus Fragilité en Sarthe - axe de travail n°2 : Mode Repérage	
<p>Objectif et date de décision : Proposer un processus de repérage de la fragilité des personnes âgées reposant sur trois modes (détection, repérage et évaluation) - Inter CIAP 29/01/16 Pour le mode Repérage, élaborer un logigramme et une fiche support destinés au lancement d'une expérimentation - CSD MAIA 31-03-17</p> <p>Porteur de l'action : les acteurs expérimentateurs</p> <p>Réalisé (actions et dates) : Projet de logigramme et de fiche de repérage élaborés lors des deux réunions du groupe de travail Repérage le 2/06/16 et le 13/10/16</p> <p>Résultats (cf. indicateurs) : Nombre de personnes âgées repérées en situation de fragilité dans le cadre de l'expérimentation. Nombre et type d'actions et de réponses mis en œuvre à la suite du repérage.</p>	<p>Action à réaliser : Elaboration et lancement d'un appel à contribution départemental pour l'expérimentation des modes Repérage et Evaluation niveau 1 de la fragilité lors du prochain inter CIAP</p> <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Articulation avec les autres modes (détection et évaluation de la fragilité) et avec le nouveau dossier d'évaluation des caisses de retraite -Mobilisation des professionnels du 1^{er} recours, notamment les médecins traitants, dans un contexte de démographie médicale en grande tension

 Thématique parcours départemental - Processus Fragilité en Sarthe axe de travail n°3 : Mode évaluation de niveau 1	
<p>Objectif et date de décision : <u>inter CIAP Fragilité du 28 janvier 2016 - CSD 3 mars 2016</u> -Repérer les risques de fragilité des personnes âgées, en anticipant sur les situations de perte d'autonomie afin de limiter les hospitalisations évitables -Retarder la perte d'autonomie en prévenant les complications</p> <p>Porteur de l'action : les acteurs expérimentateurs</p> <p>Réalisé (actions et dates):) <u>2 réunions les 14 juin et 4 octobre 2016</u> <u>1 réunion le 7 mars 2017</u></p> <p>-Logigramme du processus -La MEFF, (mesure d'évaluation des facteurs de fragilité); adaptation grille SEGA-m</p> <p>Résultats (cf. indicateurs) -Acteurs des 3 champs participants : 30 acteurs par groupes de travail -Implication des acteurs participants</p>	<p>Actions à réaliser</p> <p>Expérimentation (1 an) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du processus: Appel à contributions -de la grille MEFF: avec recherche de validation scientifique de l'outil ; appui thèse interne en médecine générale <p>Points de vigilance</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mobilisation acteurs adéquats professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, et ceux du champ médico-social -Articulation avec les autres modes du processus fragilité, et le nouveau dossier d'évaluation des caisses de retraite

3.1 Conditions et modalités de mise en œuvre de l'expérimentation fin 2017 - 2018

Pour rappel, ce sont ici les modes repérage et évaluation de niveau 1 qui sont expérimentés de février 2018 à janvier 2019.

L'action portant sur le mode détection est finalisée, même si les actions de mise à jour, de ré édition et de diffusion de la carte postale CLIC perdurent.

3.1.1 La place des acteurs publics (ARS et porteur Départemental MAIA-PAERPA)

Qu'il s'agisse de repérage ou d'évaluation de niveau 1, l'implication des professionnels de santé en exercice regroupé, est valorisée financièrement à hauteur de 60 € par personne repérée ou évaluée ayant fait l'objet d'une action de coordination de leur part. Ce point a été traité par conventions signées entre l'ARS, le Département de La Sarthe (validée en commission permanente le 23 février 2018) et les professionnels de santé en exercice regroupé, souhaitant s'inscrire dans l'expérimentation et l'ayant fait savoir aux pilotes après les modalités déclinés en post CSD. Le taux a été calculé à hauteur de 10% du nombre de plus de 60 ans par territoire d'expérimentation. Par exemple pour Le Mans, la base retenue est de 250 personnes sur les douze mois d'expérimentation.

De plus et tel que décliné plus haut, au-delà de l'élargissement au public dit « fragile » des dispositifs PAERPA, c'est bien le cadre de la Charte MAIA-PAERPA signée en Sarthe, qui sous-tend ce montage financier d'incitation des professionnels de santé libéraux aux actions intégratives MAIA-PAERPA de ce type.

L'action de santé publique en direction des Ligériens âgés fragiles portée par l'ARS Pays De Loire est opérationnalisée dans cette expérimentation départementale.

Le rôle de l'équipe locale parcours (ELP), qui réunit chaque mois, la direction territoriale de l'ARS Sarthe, la direction Autonomie du Département, dont les pilotes MAIA, la direction du Centre Hospitalier du Mans, a été prépondérant dans la mise en œuvre de ces travaux – existant certes depuis 2013 – mais particulièrement concernant l'application de la convention financière avec les professionnels de santé en exercice regroupé expérimentateurs. Les chargés de mission, référents MAIA des directions départementale et régionale de l'ARS se sont réellement investis dans la recherche et le montage financier de cette convention, qui n'avait pas d'équivalent antérieur ou de modèle économique pré existant.

Les pilotes, sous l'égide de la direction autonomie et de la chefferie de service, ont pu mener cette action avec légitimité. En effet le mandat accordé par les membres de la co

gouvernance en place - l'inter CIAP « fragilité » et le CSD, leur a permis de rechercher l'implication la plus large possible des différents acteurs du département.

3.1.2 La place des acteurs repérant et ou évaluateur : typologie d'acteurs impliqués

Pour entrer dans le protocole conventionnel de valorisation financière de l'action de coordination menée dans le cadre de l'expérimentation, les autorités de tutelles ont circonscrit l'implication des professionnels de santé libéraux à ceux exerçant exclusivement en mode regroupé ; réseau ou MSP. Ce choix a pour objectif de porter et d'affirmer politiquement la volonté de déploiement de l'exercice des acteurs du premier recours de ville en mode regroupé. La logique est ici celle du parcours de soins intégrés du modèle PAERPA, qui vient croiser la logique du parcours de santé intégré MAIA.

A) Mode repérage

Quatre infra territoires sont en cours d'expérimentation repérage depuis février 2018⁹², il s'agit d'un territoire urbain et de trois territoires ruraux.

	Centres hospitaliers	Acteurs premier recours - ville	Acteurs sociaux
Le Mans MAIA 2	CH – 3 unités de SSR	Réseau de santé Le Mans Ouest (RSMO)*	1 SSIAD 1 SPASAD 4 SAAD
Nord Sarthe MAIA 3	CHIC Mamers	2 MSP Marolles les Braults et Sillé Santé	1 SAPSAD 2 SSIAD et 1 EAAR 1 SAAD
Perche Sarthois MAIA 3	CH de La Ferté Bernard CH de Saint Calais	Pôle de santé Saint Calais-Bessé sur braye	1 SSIAD hospitalier 2 SAAD
Vallée du Loir MAIA 1	CH de Montval sur Loir	MSP Loir et Bercé	1 SSIAD hospitalier

⁹² ANNEXE 14 relevés des sites expérimentateurs Repérage et des sites expérimentateurs évaluation de niveau 1

			1 SAAD
Autres acteurs pouvant intervenir comme appui technique : 1 EAAR et EMSP (réseau ARIANE)			
*RSMO est une association de 30 professionnels de santé libéraux en cours de construction MSP			

B) Mode évaluation de niveau 1

Deux infra territoires sont en cours d'expérimentation évaluation de niveau 1 depuis février 2018, l'un urbain et l'autre rural.

	Centres hospitaliers	Acteurs premier recours - ville	Acteurs sociaux
Le Mans MAIA 2	CH – 1 unité de médecine polyvalente + 3 unités de SSR	Réseau de santé Le Mans Ouest (RSMO)*	1 SSIAD et 1 EAAR
Nord Sarthe MAIA 3	CHIC Mamers	MSP Sillé Santé	1 SPASAD 2 SSIAD et 1 EAAR 1 ESA
*RSMO est une association de 30 professionnels de santé libéraux en cours de construction MSP			

3.1.3 La co responsabilité des acteurs au sein d'une expérimentation « parcours de santé des aînés »

Lors du CSD du 14 décembre 2017, les pilotes MAIA ont pu soumettre les inscriptions des acteurs souhaitant participer à l'expérimentation départementale.

Ces inscriptions ne pouvaient s'effectuer que par infra territoire, ceci du fait de la nécessité pour les professionnels de santé libéraux d'exercer en mode regroupé ; réseau ou MSP, et non pas cabinet libéral.

La co responsabilité des acteurs expérimentateurs réside dans le fait de s'investir dans la chaîne entière de l'action en respectant et déployant les modalités retenues. Notamment en exerçant un relevé de leurs actions de coordination, comme de l'effectivité ou non des actions préventives et ou correctives préconisées par le repérage et ou l'évaluation de niveau 1.

3.1.4 Les outils et leur usage

Les outils de cette expérimentation sont exactement ceux issus des groupes de travail MAIA antérieurs quelle que soit leur année de co construction : repérage et évaluation de niveau 1. L'ensemble des acteurs expérimentateurs utilisent exactement les mêmes outils quel que soit leur site d'expérimentation.

A) Pour le mode Repérage :

Le logigramme élaboré par les acteurs en 2017, la fiche de repérage élaborée par les acteurs, avec une adaptation du verso de la fiche aux sites et acteurs expérimentateurs, qui vont répondre

- aux besoins médicaux repérés : le médecin ou le professionnel de santé pratiquant en exercice regroupé (MSP et réseau de santé) dont les coordonnées figurent sur la fiche de repérage
- aux besoins socio-environnementaux repérés : le CLIC du territoire dont les coordonnées figurent sur la fiche de repérage

B) Pour le mode évaluation de niveau 1 :

Le logigramme élaboré par les acteurs en 2017, la grille SEGA A-Bm testée par les acteurs en 2015, modifiée par leurs soins et nommée MEFF. Une adaptation numérisée permet une formule intégrée du scoring. En fonction du score obtenu, et surtout des besoins identifiés, l'acteur évaluateur oriente vers le ou les bons opérateurs. Le verso de la MEFF liste les domaines où l'action de coordination a du s'effectuer et par quelles typologies d'acteurs : les professionnels sanitaires (établissement de santé / professionnels de santé libéraux) / les autres professionnels de santé / les professionnels du social / le domaine de l'appareillage / les bénévoles des associations / les professionnels du médico-social (hébergements, accueil de jour, plateforme d'aides et de répit, logement, adaptation de l'habitat, etc.).

Toujours au verso de la grille, le tableau du suivi de l'évaluation stipule « qui » est intervenu, « quand » s'est déroulée l'action de coordination, et « quelle action » a été mise en œuvre. Chaque opérateur d'action, doit faire remonter la MEFF remplie par son action à l'acteur évaluateur. Une fois toutes les actions de coordination effectuées, l'acteur évaluateur, transmet la MEFF au pilote MAIA du territoire concerné. En l'occurrence, MAIA Le Mans et MAIA Nord Sarthe.

3.1.5 L'évaluation de l'objectivation des parcours

L'évaluation de l'objectivation des parcours sera relevée par les pilotes MAIA et proposée pour études aux acteurs. Les indicateurs quantitatifs seront ceux : du nombre de personnes repérées et évaluées, du nombre d'acteurs participants, du nombre de fiches de repérage et de grilles MEFF utilisées et remontées aux pilotes MAIA, comme celles envoyées aux acteurs opérateurs mais non revenues vers l'acteur repérant ou évaluateur, du nombre d'actions préventives, correctives ou curatives, les nombres et taux de personnes non fragiles, fragiles et très fragiles. Les indicateurs qualitatifs porteront sur la mise en lien des acteurs au cours de l'expérimentation, l'effectivité des actions réponses et leur mise en place, la durée des réponses mises en œuvre, l'absence ou les difficultés rencontrées dans la non mise en place d'actions réponses, la typologie des acteurs coordonnateurs de l'ensemble des actions dans ce parcours, les éléments facilitateurs ou contraignant qu'ils ont pu rencontrer et comment ils ont pu les contourner, ou encore ce qui n'a pu aboutir et devenir parfois issue défavorable. D'autres éléments qualitatifs imprévus apparaîtront probablement, et les pilotes sont engagés dans le relevé de ces éléments. Identifier et observer les ruptures de parcours sera à l'ordre du jour de cette évaluation d'action, afin de pouvoir mettre en perspective le type de travaux nécessaires pour mener à bien l'une des missions fondamentales des dispositifs MAIA : l'identification et la remédiation aux ruptures de parcours de santé des aînés.

3.2 Point d'étape à mi calendrier de l'expérimentation

3.2.1 Situation actuelle : type d'acteurs impliqués, niveau d'implication des acteurs

Bien que les directions aient validées leur inscription dans l'expérimentation, certains acteurs ont hésités encore quelques mois entre repérage et évaluation de niveau 1. Les pilotes ont dû parfois -sur le premier semestre 2018- retourner vers les équipes, réunies en plus petit comité que lors de l'inter CIAP ou les groupes de travail de 2017 afin que les décisions ne deviennent opérationnelles. Certains ont dû être sollicités activement. D'autres acteurs se sont impliqués immédiatement, et parfois en « détournant » quelque peu les modalités : exemple d'un acteur de dimension départementale (le CH du Mans) et un acteur infra territorial (le RSMO), le premier n'ayant pas les moyens organisationnels de sélectionner exclusivement les patients appartenant à la patientèle du second, pour choisir de les évaluer lors de l'hospitalisation. Ce qui a pour effet d'introduire probablement dans la chaîne, des acteurs non impliqués certes, mais non informés de l'action.

A) Freins et leviers de l'expérimentation :

Une déperdition d'acteurs impliqués sur l'action du Pays du Mans depuis 2014 est constatée. Elle a plusieurs origines, sans doute pas toutes identifiées aujourd'hui. Néanmoins on peut de manière certaine indiquer que les acteurs « leaders » de ces travaux initiaux, ont quitté leur poste entre les premiers travaux et aujourd'hui. Soit ils ont été remplacés mais leur remplaçant a retiré son implication (en ne venant pas ou en ne mandatant pas la participation du service ou de l'établissement), soit ils n'ont pas été remplacés et leur direction n'a pas renouvelé le mandat à un autre membre du personnel. Ainsi, si l'action est personne dépendante, il est à craindre que le mode intégratif des travaux soit mis à mal sur ce point. Pour rappel, au-delà de modifier les pratiques professionnelles, en favorisant l'émergence de bonnes pratiques partagées, les dispositifs parcours –PAERPA comme MAIA – doivent impulser une modification des organisations institutionnelles par la co responsabilités des actions menées, certes mais aussi par la co gouvernance qui les conduit et le jeu de Top down et Bottom up qui régit le lien entre concertation tactique et stratégique.

Les difficultés de recrutements médicaux comme les transformations internes sur le centre hospitalier urbain, ont été un véritable frein à la poursuite de sa participation. Mais l'intérêt porté – voire défendu en équipe – par des chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé, souhaitant intégrer le service social du CHM dans l'action, ont pu activer positivement de nouvelles implications, malgré un hôpital considérablement sous contraintes.

La temporalité d'exécution de l'expérimentation de 2018 a sans doute invalidé pour partie la participation de certains acteurs, notamment sur le mode évaluation de niveau 1, puisque certains ayant co construit la grille MEFF en 2015 ne se sont pas inscrits en 2018. Pour le mode repérage, les contraintes et inquiétudes du secteur de l'aide à domicile ces dernières années ont pesé sur la capacité de participation des acteurs de SAAD, la disparition (ou fortes transformations)⁹³, comme l'apparition rapide de nouveaux SAAD en nombre important sur le département n'a pas permis de compenser ces mouvements.

La Sarthe est le département le moins pourvu des départements des Pays de La Loire en MSP. Or le choix de valoriser uniquement cette typologie d'acteurs du premier recours en ville, a parfois été fort mal reçu par les professionnels de santé-ville en exercice isolé. Les URPS ont d'ailleurs manifesté leur réprobation sur ce point.

⁹³ Mise en œuvre des CPOM dans le cadre de l'application de la loi ASV

Du fait d'un travail de périmètre départemental, une déperdition des travaux partagés, notamment les 5 réunions groupes de travail des deux modes en 2017, ont pu faire émerger le ressenti pour certains acteurs clés du social, qu'ils « n'avaient pas participé à ces travaux ». Ainsi ils avaient du mal à les intégrer dans leur pratique quotidienne, même s'ils en comprenaient l'enjeu final qui est l'objectivation des parcours, au travers de leurs propres missions constitutives de coordination qu'ils savent exercer au quotidien. Pour autant leur participation naturelle est en route aujourd'hui.

Comme souvent, les leviers ressemblent - ou sont parfois le pendant - aux freins. Ainsi les mouvements de personnels, les créations de nouveaux services ou offres de soins, peuvent constituer des leviers de participation. Les autres travaux MAIA -antérieurs ou en cours, notamment sur le Nord et le Sud Sarthe – ont été identifiés comme moteurs des participations d'acteurs, en attente forte de développement de coordination sur ces territoires ruraux où l'offre est souvent moindre que sur un territoire urbain ou péri-urbain. Un porteur unique des 4 dispositifs MAIA Sarthois est un atout en termes de cohérence et de partage des actions passées, et en cours.

Initier le chantier Sarthois de l'approche parcours de santé intégré, stratégiquement porté par nos décideurs publics nationaux et régionaux, doit pouvoir porter ses fruits à termes, dans la quête de santé publique de la prévention de la perte d'autonomie, dont les contours sont encore flous – ou tout au moins non encore consensuels – donc ouvrant aux débats.

3.3 Attendus et perspectives de l'expérimentation 2018

Le mode détection et son outil carte postale CLIC, seront fatalement ré interrogés ou adaptés aux travaux de mise en œuvre du formulaire d'accueil multidimensionnel et d'orientation (FAMO), inscrit au cahier national des charges des dispositifs MAIA et premier outil du guichet intégré MAIA. Ce FAMO manque actuellement au maillage des acteurs des dispositifs MAIA Sarthois. Il pourrait constituer une véritable base au repérage de la fragilité des personnes âgées, puisque par définition il s'envisage en primo accueil de toute demande. Les perspectives de la maison départementale de l'autonomie en Sarthe sont porteuses d'espoir de développer ce type de travaux.

La perspective de l'action vise le partage d'une expérience de travail coordonné et co responsable entre acteurs des trois champs – en mode « parcours de santé intégré » des personnes âgées fragiles par infra territoire, menée à l'échelle départementale.

Il s'agit là d'une véritable expérimentation en mode intégratif et c'est aussi cet aspect empirique des travaux qui est visé dans cette action.

Parmi les attendus, cette objectivation des parcours vise le décloisonnement des secteurs par l'usage d'outils communs, et peut-être les bonnes pratiques partagées. Une meilleure connaissance des zones d'intervention des uns par les autres, et des limites de ces interventions, apportera peut-être une reconnaissance et une légitimation des actions de coordination, revendiquées à juste titre par tous. On l'a développé en amont : c'est le décloisonnement des secteurs qui sera l'un des garants principaux de l'amélioration des parcours.

Travailler à repérer, évaluer la fragilité des aînés sarthois, revient à partager avec et entre acteurs, toutes les nuances et subtilités de la notion fort employée de « parcours de santé ».

Comme nous y invite Denis Piveteau : il ne s'agit pas « d'organiser des parcours – ils existent de fait, et n'ont pas besoin d'être nommés – mais plutôt d'adopter une « logique de parcours ». Il ajoute que « penser parcours n'est donc pas autre chose que de pouvoir soigner en s'appuyant sur une vision en « surplomb »⁹⁴.

L'évaluation de cette action sera un « outil de mesure » de la place des acteurs sarthois dans le processus intégratif mené en matière de politique de santé en Sarthe. Au-delà de permettre l'ajustement politique de la poursuite de l'action intégrative, les pilotes MAIA et l'ensemble des acteurs expérimentateurs espèrent que l'action aura servi la prévention de la perte d'autonomie au bénéfice direct des personnes âgées sarthoises concernées.

⁹⁴ Piveteau Denis, Revue adsp, 2014/septembre 2014, p.16

Conclusion

Il est à saisir ici combien l'identification de cette catégorie de public des « personnes âgées fragiles » est non seulement large, mais parfois encore très floue. De surcroît le sujet est vaste dans sa définition puisque corrélé à tant de domaines différents.

Les chercheurs, notamment des gérontopôles (17 en France actuellement) et plusieurs gériatres (dont l'académie Française des gériatres), s'accordent sur le fait que le sujet âgé fragile est par définition absolument hétéroclite. Les déterminants qui composent la fragilité, même s'ils peuvent être « classés » sont si nombreux et si interdépendants les uns des autres, que parfois on peut peiner à l'identification parfaite, entre ses causes et ses conséquences sur la santé de la personne.

Pour autant, le Livre Blanc de 2015 parvient à établir un recueil des critères de fragilité plutôt consensuel, même si l'approche reste majoritairement soin-centré.

Ce qui à ce jour n'est pas résolu en matière de repérage – et donc d'évaluation – des personnes âgées fragiles, tient au fait de détecter les personnes les plus isolées qui par définition ne rencontrent et ne sont rencontrées par personne.

Un autre point est la pertinence d'identifier quels sont les acteurs les mieux « équipés » et légitimes pour repérer les personnes âgées fragiles. Les pouvoirs publics affichent une volonté d'élargir aux travailleurs sociaux ces compétences de repérage et d'évaluation. Jusqu'où cette typologie d'acteurs osera-t-elle prendre place dans un univers où, même si ce sont ceux-là qui accompagnent dans les gestes du quotidien, leur légitimité reste encore fragile – parfois déniée – par les acteurs sanitaires, qu'ils appartiennent au secteur hospitalier ou à la médecine de ville. Dans un contexte où les professionnels de santé du premier recours peinent encore à exercer leur art en mode regroupé, où le lien médecine de ville - hôpital est en perpétuel chantier, où le « parcours patient » est d'abord penser comme parcours interne hospitalier, on peut craindre à juste titre que les notions d'outils co-construits, d'action en responsabilité partagée entre secteur sanitaire et social prennent encore un peu de temps. Le temps pourtant c'est bien ce qui manque du fait de l'évolution démographique en marche.

Bien que de nombreuses bonnes volontés d'acteurs des différents secteurs, à la recherche sincère de l'efficacité de leurs interventions auprès des personnes, sont prêts, et sont les leaders positifs d'aujourd'hui et de demain.

Sans réponses préventives, correctives ou curatives, repérer et évaluer les personnes âgées fragiles est abscond. Là aussi les pouvoirs publics veulent entraîner l'ensemble des

intervenants à être proactifs, en soutenant notamment l'aspect novateur de leurs actions, dès qu'elles présentent une potentialité d'efficacité en matière sanitaire et socioéconomique. Ainsi une des composantes pour travailler aux « bonnes réponses » à la fragilité, est de pouvoir trouver du relai dans plusieurs domaines : activités physiques, nutrition, troubles de l'équilibre, troubles psychiques, prévention des chutes, ateliers de prévention, adaptation de l'habitat, gestion financière, transports, hébergement de jour ou de répit, vie sociale et de loisirs, etc.

Cependant les offres de services concernant ce public n'existent parfois pas encore, puisqu'elles sont tournées plus aujourd'hui vers les réponses aux personnes déjà en perte d'autonomie. Ce qui fait dire à Bruno Vellas en juin 2017 que « nous sommes dans un système où le soutien financier est centré sur les personnes dépendantes et qu'il nous faut inverser cette tendance, en portant nos efforts sur un stade plus précoce qui est celui de la fragilité »⁹⁵. L'appropriation des réponses par les personnes elles-mêmes doit souvent être mobilisée par les acteurs repérant et évaluateur. Dans le colloque individuel, pourtant nécessaire au travail d'adhésion de la personne, ces acteurs ont souvent besoin de ne pas rester seul face à la non demande, voire au refus des actions proposées.

Nos décideurs publics aspirent à une modification profonde du système de santé Français, comme le décline la loi éponyme. Ils croient, et investissent dans une approche parcours en appareillant l'hexagone de divers dispositifs sensés agir sur la défragmentation des systèmes au bénéfice du parcours des citoyens de tous âges. Tel que nous le suggèrent Marie-Aline Bloch et Hugo Bertillot récemment « la fragilité des personnes âgées devient un motif d'action de santé publique ... dans un contexte budgétaire serré, la fragilité est en phase avec une tendance générale au ciblage des politiques sur les publics les plus vulnérables »⁹⁶. Ils nous alertent sur le fait que la fragmentation des interventions dans le domaine de l'autonomie, peuvent initier ou accroître les fragilités de certaines situations.

La fragilité, tant elle est polymorphe et dysplasique dans ses contours, suscite au demeurant une palette d'acteurs particulièrement élargie et permet la proposition intégrative parcours de santé des aînés.

⁹⁵ Bruno Vellas, Revue La santé en action, Agir sur les déterminants de la fragilité, 440/juin 2017, p.4

⁹⁶ BERTILLOT,H, BLOCH M-A, « Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique », Revue française des affaires sociales 2016/4 (), p.124

Cette méthode est suffisamment bouleversante pour que chaque acteur souhaitant y adhérer, doive accepter qu'elle n'avance qu'à tout petits pas. Les méthodes intégratives portées par nombre de dispositifs opérant en mode parcours, ont égrené rapidement sur le territoire français. Ceci au grand dam de certains détracteurs - trop craintifs ou pressentant des modifications trop engageantes qu'apporterait le fonctionnement intégré. Ou plus simplement mal percevant leurs propres zones d'intervention ou identités professionnelles, pour les partager sans craintes d'être démunis dans ce nouveau type d'organisation des systèmes. Pourtant, le fonctionnement en mode intégré s'appuie sur la reconnaissance et donc la légitimation des missions et des zones d'intervention de chacun, garantissant ainsi la fluidité des parcours de santé.

Il faudra sans doute que nos décideurs publics prennent particulièrement la mesure de la faible maturité des multiples et tous nouveaux dispositifs proposant l'intégration des acteurs et des projets. Il s'agira que les acteurs politiques ne soient pas tentés de « jeter le bébé avec l'eau du bain » trop précocement, en forçant par exemple à des mutualisations trop ambitieuses de gouvernances, ou encore à considérer d'un œil insuffisamment bienveillant des évaluations encore précoces peut-être, mais qui ont le mérite d'être menées⁹⁷.

Probablement, s'il est attendu de ces dispositifs qu'ils soient trop rapidement productifs, sans que leur soit laissé le temps d'une croissance naturelle, il ne sera pas permis à de nombreux acteurs des différents secteurs de l'expérimenter. Ces nouveaux modes de fonctionnement ne parviendraient alors pas à maturité suffisante pour servir, au moins dans un futur proche, nos aînés fragiles.

Il y a nécessité d'accompagner les acteurs dans ce changement de paradigmes des pratiques professionnelles en mode intégré.

Cette expérimentation sarthoise démontrera peut-être que les intérêts de ce mode de travail sont exponentiels en termes de résultats. Il s'agit en Sarthe d'inviter les acteurs à coordonner les parcours autour des personnes, plutôt que les parcours autour des équipes. Des dispositifs de type filières ou encore les PRADO⁹⁸, qui répondent parfaitement à l'approche par pathologie ou par épisode soignant situationnel, ne peuvent à eux seuls gérer les soins dans une perspective de parcours. Ils doivent pour cela s'inscrire dans un ensemble plus conséquent qui est proposé par les modes de parcours de santé intégré.

⁹⁷ Parcours de santé des aînés, PAERPA, bilan intermédiaire 2017, mars 2018

⁹⁸ Service de Retour A Domicile mis en place par les CPAM en 2010, piloté par leur département Prévention

A l'avenir deux orientations de la définition de la fragilité des personnes âgées sont possibles. L'une perpétuant l'approche biomédicale historique qui exigerait une classification stricte menant à la validation d'outils validés. L'autre – à l'instar de celle des personnes handicapées (CIH de l'OMS en 1980) devenue personnes en situation de handicap (CIH de l'OMS en 2011), pourrait continuer d'ouvrir la fragilité dans ses dimensions psycho socio environnementales. Si ce choix d'orientation prévalait, M-A Bloch et H. Bertillot alertent sur le fait qu'une telle évolution « risque de se faire au prix de nouvelles ambiguïtés, malentendus et difficultés dans la mise en œuvre opérationnelle », à moins qu'elle soit accompagnée « d'une réflexion approfondie et réaliste sur la place que peut prendre chaque type d'acteurs dans les actions de prévention de la perte d'autonomie »⁹⁹

Pour clôturer sur les attentes des citoyens, Luc Broussy¹⁰⁰ dans l'ouvrage de 2013 « Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement » (p.209), indiquait déjà que : « Suivre, rassurer, accompagner : voilà aussi ce que les familles attendent de l'Etat. Si on peut aisément comprendre que l'Etat n'aura pas, dans les prochaines années, une extrême latitude pour mobiliser des financements supplémentaires, on ne saurait comprendre en revanche qu'il ne mette pas toute son énergie et son savoir-faire à diminuer le caractère anxiogène des situations générées par la perte d'autonomie et le vieillissement ».

⁹⁹ BERTILLOT,H, BLOCH M-A, « Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique », Revue française des affaires sociales 2016/4 (),p .124-125

¹⁰⁰ Directeur de publication du *Mensuel des maisons de retraite*, enseignant à Sciences Po Paris

Bibliographie

➤ *OUVRAGES*

BELAND F., MICHEL H., *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Presse de l'école des hautes études de santé publique, 2013

BERRUT G., *Les papys qui font boom. La longévité une chance pour tous*. Editions SOLAR, 2018

BILLE M., MARTZ D., *La tyrannie du bien vieillir*, Editions Le bord de l'eau, 2010

BLOCH M-A, HENAUT L., SARDAS JC., GAND S., *la coordination dans le champ sanitaire et médicosocial : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, fondation Paul Bennetot, février 2011

BLOCH M-A, HENAUT L., *La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, fondation Paul Bennetot, Dunod, 2014

BOULMIER M., *Arrêtez de nous prendre pour des vieux !* Edition Balland, 2013 + www.dailymotion.com/video/xf7b6a interview du site Agevillage-octobre 2013

BROUSSY L., *Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement*, Dunod, 2013

GRAND A., CLEMENT S., Bocquet H., *Personnes âgées, Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, INSERM, 2000, 315-330

MARTIN C., *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Presse universitaires de Rennes et éditions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2003

Patricia GAUTUN

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

LIVRE BLANC, *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*, International Association of Gerontology and Geriatrics, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 2015

➤ **ARTICLES**

CAMPEON Arnaud., « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », *Gérontologie et société* 2016/1

(vol. 38 / n° 149), p. 11-23.

DOI 10.3917/g1.149.0011

BIDAULT-DIALLO Audrey., – « *Analyse descriptive de la grille SEGA : avantages et inconvénients dans l'évaluation de la fragilité d'une population gériatrique en milieu hospitalier et à domicile* » Université Paris V – René Descartes-Faculté de médecine 2016 - Mémoire pour la capacité de gériatrie, 2016/juin

BERTILLOT,H, BLOCH M-A, « Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique », *Revue française des affaires sociales* 2016/4 (), p. 107-128.

BOCQUET H., ANDRIEU S., « Le "burden" : un indicateur spécifique pour les aidants familiaux », *Gérontologie et Société*, 1999/89 p. 155-166.

BRODIEZ-DOLINO A., VON BUELTZINGSLOEWEN I., EYRAUD B., et al.
« Vulnérabilités sanitaires et sociales : De l'histoire à la sociologie », *Presses Universitaires de Rennes*, 2014, p. 276

ENNUYER B., « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et Société*, 2004/109 p.141-154

ENNUYER B., « À quel âge est-on vieux ? » La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus,

Gérontologie et société, 2011/3 n° 138, p. 127-142. DOI : 10.3917/g1.138.0127

LAWTON M.P. et BRODY E.M. "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist.*, 1969/9, p.179-186

LE BIHAN B. (2010), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? », « Comment fabriquer une politique sociale », *Informations sociales*, 2010/157, p. 124-133.

LE BIHAN B., CAMPEON A., « Des travailleurs "sous pression" : logiques d'engagements et pratiques du care auprès de proches âgés en situation de dépendance »

Gérontologie et société, 2013, p.103-117

LE BOULER S., ENNUYER B., FERRAND O., et al, « La dépendance des personnes âgées : quelles réformes ? » *Revue Regard sur l'actualité*, 2010/8 p.73

PETIT V., DEFEBVRE M-M., CARON B., et al. « La dénutrition dans une population de personnes âgées fragiles : intérêt d'un parcours de soins adapté » *La Revue de gériatrie*, 2017/ p.465-479

PIVETEAU Denis, Les parcours, une nécessité. Les parcours portent la transformation du système de santé, *revue adsp* septembre 2014/88

SIRVEN N, HERR M, *et al*, « Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : poly médicaments et prescriptions inappropriées », *Question d'économie de la Santé*, 2018/230 p.1-5

VELLAS Bruno, « Agir sur tous les déterminants des personnes âgées », *La santé en action*, juin 201/440 p.4-5

VELLAS P. M., 1 « Fragilité à haut risque de réadmission ou de décès après hospitalisation », 2 « Les acides gras de globules rouge et biomarqueurs d'inflammation : une étude transversale dans une cohorte communautaire », 3 « Fragilité et état buccodentaire », *La lettre mensuelle de l'année gérontologique*, 2016/265

LOCALTIS : Médicosocial - Bilan médiocre pour les Paerpa et l'expérimentation des parcours santé des personnes âgées - Publié le 18/07/2018 Jean-Noël Escudé / P2C

➤ **PLANS-RAPPORTS-ETUDES-ENQUETES-GUIDES-TEXTES**

Académie nationale de médecine, « Rapport Fragilité de la commission XIII Handicap », 2014/mai/12

Patricia GAUTUN

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

Anesm, « *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées* », Lettre de cadrage, 2013

Anesm, « *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, volet domicile* », Recommandations des bonnes pratiques professionnelles et Fiche-repères, 2016/juin

Aquino, J.-P., Comité Avancée en âge, mission d'appui à la DGOS, « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* ». Paris, Premier ministre, Ministère des affaires sociales et de la santé 2013, p.132

ARS Pays de Loire, « *Les livrets de l'évaluation – Evaluation des dispositifs de santé. Contribution des acteurs et des dispositifs aux fonctions territoriales d'appui à la coordination (Orientation et suivi)* », juin 2018/7

ASIPSANTE, Agence Française de la santé numérique, « *Le processus d'échange et de partage des données de santé* », Fiche pratique à destination des professionnels, 2018/mise à jour du 23 mai

Buzyn Agnès, *Feuille de route « grand âge et autonomie »*, Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse du 30 mai 2018

CNSA, « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé* », extrait rapport d'activité 2012

CNSA, « *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie* », cahier pédagogique 2017/avril

CNSA, « *Accompagnement des proches et des aidants* », Guide d'appui méthodologique à la mobilisation des crédits de la section IV du budget de la CNSA, 2017/décembre

CNSA, « *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018* », Neuvième édition

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, « *Enjeux éthiques du vieillissement* » février 2018/Avis n°128

Commission européenne, « *2012 = année du vieillissement actif* », Rapport d'évaluation 2012, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2129>

Cour des Comptes, « *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie* », Conclusion générale, juillet 2016, www.ccomptes.fr

FEHAP, Livre blanc Vers le SPASAD 3.0, Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile. Etat de l'art d'un système d'information urbanisé, 2018

Gérontopôle des Pays de La Loire, « *reperÂge* » identifier précocement le patient âgé à risque de parcours compliqué, Approche et concepts, évaluation gériatrique standardisée (EGS) », MSD Vivre mieux, 2016

HAS, « *Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoires ?* » Note méthodologique et de synthèse documentaire, Points clés et solutions...organisation des parcours, 2013/décembre

HAS, « *Guide méthodologique pour l'élaboration des Fiches Points Clés Organisation des parcours* » actualisation 2015/avril

HAS, « *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée* », Les parcours de soins, 2018/mai

INPES, Actions collectives « *Bien vieillir* » repères théoriques, méthodologiques et pratiques, Dossier/Santé en action

Ministère des affaires sociales et de la santé, « *Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques* », secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées et de l'autonomie, 2016/juillet

Ministère des affaires sociales et de la santé, « *Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie PAERPA* », Bilan intermédiaire 2017, 2018/mars
Patricia GAUTUN

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018

Plan Maladies neurodégénératives, 2014-2019,

https://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf

Plan régional Sport, Santé, Bien Être des Pays de La Loire :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/plan-regional-sport-sante-bien-etre-0>

Projet régional de Santé 2, 2018-2022,

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2eme-generation-arrete-ce-18-mai-2018-en-pays-de-la-loire>

Le rapport MONALISA remis le 12 juillet 2013 à la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'autonomie rend compte d'une volonté interpartenariale et interassociative de faire cause commune de manière durable autour de la lutte contre la solitude des personnes âgées. Il formalise des préconisations élaborées et portées par tous qui fondent la MOBilisation NAtionale contre L'ISolement des Agés (MONALISA) :

www.monalisa-asso.fr

UNA Prévention, « *MEMO de repérage des situations à risque de perte d'autonomie* », 2017

SHARE Etude (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) Rapport Fragilité commission XIII Handicap du 12 mai 2014

=>débutée en 2004 à 18.227 participants de plus de 50 ans, vivant à domicile, dans 19 pays européens différents a permis d'estimer qu'en France la prévalence de la fragilité était de 15% et celle de la pré-fragilité de 43,6%

➤ **SITOGRAFIE**

Le site de l'Administration Française :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

cumul emploi-retraite, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13243>

La prévention de la perte d'autonomie La fragilité en questions. Apports, limites et perspectives *Actes du séminaire organisé par le Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes à Paris les 6-7 mars 2014* :

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>

comprend le CGET : Commissariat Général à l'Égalité des Territoires :

<http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/node>

Les caisses de retraite et Santé publique France vous aident à bien vivre votre âge :

<http://www.pourbienvieillir.fr/la-fragilite>

Vidéo de campagne de prévention de l'EGS en hôpital de jour par l'équipe du gérontopôle de Toulouse : « Ensemble prévenons la dépendance », 2015, durée 6,08 mn

<http://www.pourbienvieillir.fr/detecter-et-comprendre-la-fragilite-les-cinq-points-de-vigilance>

Grille SIREVA-FRAGIRE : <https://www.anas.fr/attachment/997914/>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Caractéristiques des deux modèles de la fragilité

ANNEXE 2 : Les 6 niveaux du GIR de la grille AGGIR

ANNEXE 3 : L'outil parcours Carte A'DOM en Sarthe, recto/verso

ANNEXE 4 : Carte des dispositifs MAIA en Sarthe en fin de généralisation 2016 et trombinoscope départemental

ANNEXE 5 : Article Les actions de la Conférence des financeurs en Sarthe, Lettre du CIDPA, août 2018

ANNEXE 6 : La fiche-action du GT MAIA Pays du Mans, 2015

ANNEXE 7 : Extrait de : BIDAULT-DIALLO Audrey.,– « *Analyse descriptive de la grille SEGA : avantages et inconvénients dans l'évaluation de la fragilité d'une population gériatrique en milieu hospitalier et à domicile* » Université Paris V – René Descartes-Faculté de médecine 2016 - Mémoire pour la capacité de gériatrie, 2016/juin

ANNEXE 8 : Processus Fragilité en Sarthe et ses trois modes

ANNEXE 9 : Logigramme de repérage

ANNEXE 10 : Fiche de repérage

ANNEXE 11 : Document-trame de recueil des GT Repérage et Evaluation de niveau 1

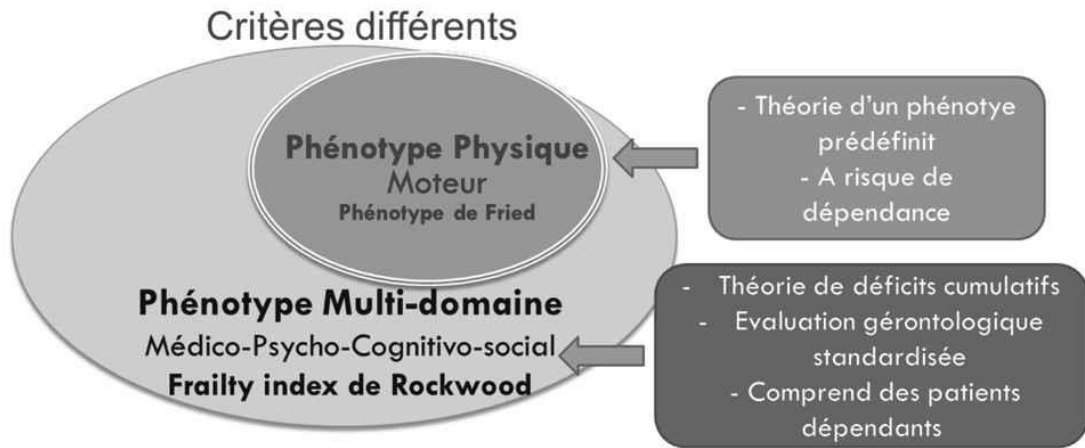
ANNEXE 12 : Logigramme d'évaluation de niveau 1

ANNEXE 13 : Grille d'évaluation « Mesure d'évaluation des facteurs de fragilité » MEFF

ANNEXE 14 : Sites expérimentateurs repérage et sites expérimentateurs évaluation de niveau 1

ANNEXE 1

Caractéristiques des deux modèles de la fragilité



Source : Gerard Stéphane, Livre Blanc de la fragilité, 2015, p.38

ANNEXE 2

Les 6 niveaux du GIR de la grille AGGIR

Degrés de dépendance	
Gir 1	<ul style="list-style-type: none">- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants- Ou personne en fin de vie
Gir 2	<ul style="list-style-type: none">- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,- Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none">- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement,- Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante


Source : le site officiel de l'Administration française

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

ANNEXE 3

L'outil parcours Carte A'DOM en Sarthe

Face RECTO

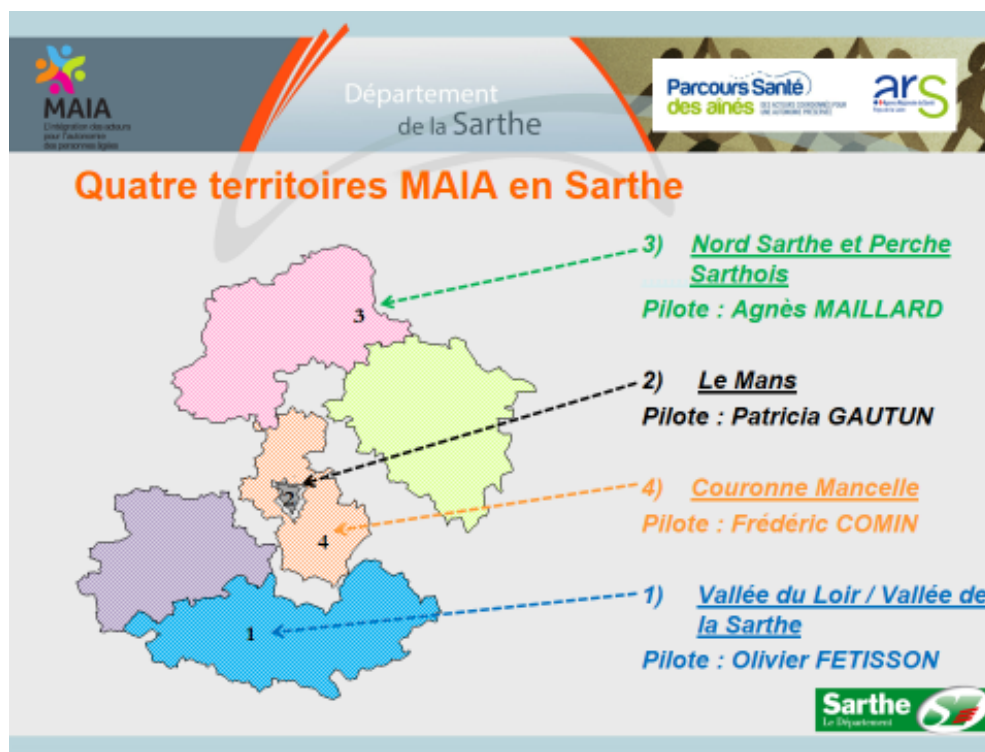
Informations utiles : <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>	N° : 15 (SAMU) 18 (POMPIERS) ET 112 (PORTABLE)	 <p>Carte A'DOM JOINDRE À LA CARTE VITALE</p> <p>Démarches administratives Adaptation du logement Santé Isolément</p> <p>VIELLISSEMENT PERTE D'AUTONOMIE HANDICAP</p> <p>À présenter en cas d'hospitalisation (avec ordonnance), de consultation ou autre intervention</p> <table border="1"><tr><td>Date de réalisation</td><td></td></tr><tr><td>Date d'actualisation</td><td></td></tr></table> <p>Merci d'actualiser les données, pour un parcours coordonné</p>	Date de réalisation		Date d'actualisation	
	Date de réalisation					
Date d'actualisation						
	J'accepte que les informations de cette carte soient communiquées aux personnes qui me viennent en aide.					
	Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>					
						

Face VERSO

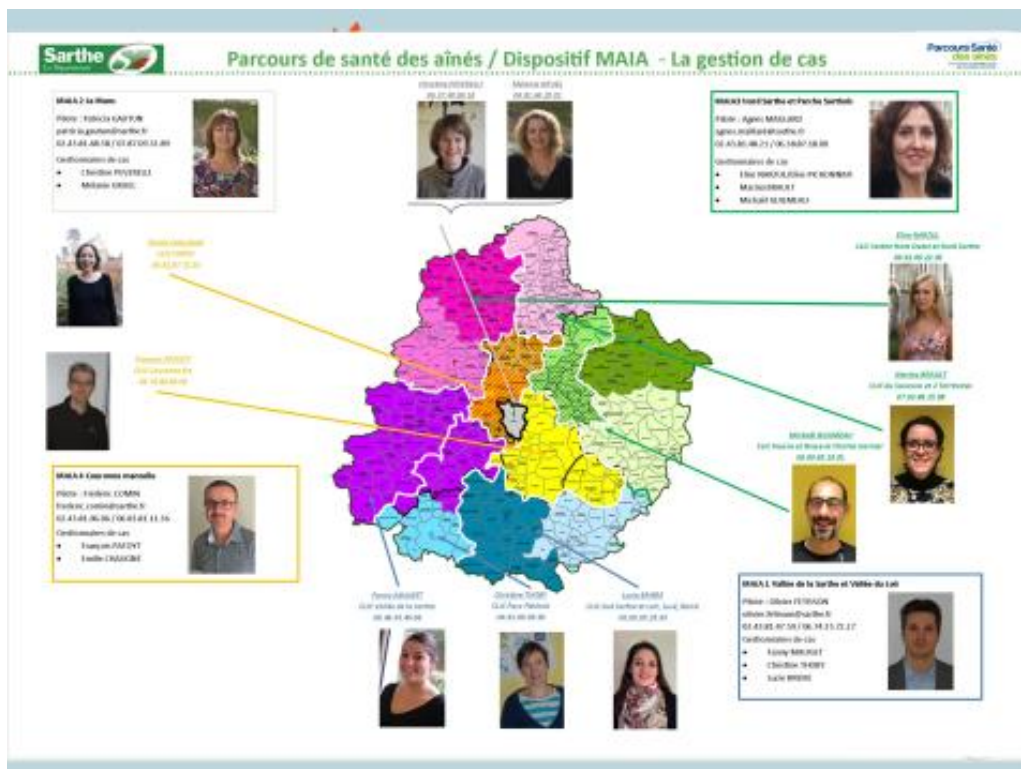
NOM, Prénom :	Né(e) le :	
Personne(s) à prévenir (lien) : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; background-color: #e0f2f1;"></div>	Médecin traitant / Référent : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Equipe mobile : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
Personne de confiance : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Infirmier : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	SAAD (Service d'Aides à domicile) : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
Directives anticipées : OUI NON	Pharmacie : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	SSIAD (Service de Soins infirmiers à domicile) : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
CLIC / Gestionnaire de cas : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Autre : <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	Autre : <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
Mesure de protection - Référent : <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>		

ANNEXE 4

Carte des dispositifs MAIA et leurs pilotes en Sarthe en fin de généralisation :



Trombinoscope départemental :



ANNEXE 5

Les actions financées par la Conférence des financeurs en Sarthe

Article de La Lettre du CIDPA - août 2018

ACTUALITÉ

LA LETTRE DU CIDPA #119

LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES DE LA SARTHE

La Conférence des financeurs de la Sarthe vous propose de bénéficier gratuitement d'actions de prévention qui vous aideront à bien vieillir. Ces activités sont également des opportunités de rencontres et d'échanges. Selon vos centres d'intérêt, vous pouvez vous inscrire directement auprès de nos partenaires.

ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

■ Action Corps Santé

Cours collectifs d'activité physique adaptée

Territoire : Val de Sarthe, Loir-Lucé-Bercé, Loué-Brûlon-Noyen, Maine Saosnois et Sillé-le-Guillaume
06 99 42 90 50

www.action-corps-sante.fr

■ Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Sarthe

Cours collectifs d'activité physique adaptée

Territoire : le département

36 46 / sarthe.masanteactive.com

■ Centre d'Accueil Les Térébinthes

Cours collectifs d'activité physique adaptée

Territoire : Parigné-L'Évêque et ses environs

02 43 40 40 33 / direction@calt.asso.fr

■ Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) de la Sarthe

Parcours prévention santé - Découverte d'activités sportives

Territoire : Le Mans et sa périphérie
02 52 19 21 10

sarthe.franceolympique.com

■ Domisiel

Activité physique de prévention individualisée au domicile des personnes âgées les plus fragiles

Territoire : le département

06 99 55 59 94 / www.domisiel.org

■ Siel Bleu

Cours collectifs d'activité physique adaptée

Territoire : le département

06 99 55 59 94 / www.sielbleu.org

CONSEILS SUR LES AIDES TECHNIQUES ET L'ADAPTATION DE L'HABITAT

■ Centre d'Information et de Conseil pour les Aides techniques (CICAT) des Pays de la Loire

Réunions collectives et points d'information de sensibilisation sur les aides techniques et l'adaptation du logement

Territoire : le département

02 44 02 40 00 / <https://cicat-pdl.fr>

■ Domus Prévention

Ateliers Habitat et Gérontechnologie

Territoire : Le Mans

0805 160 123 (N° vert)

www.domus-prevention.fr

MOBILITÉ

■ REseau Social d'Aide à la Personne (RESO'AP)

Accompagnements véhiculés hors du domicile

Territoire : le département

02 43 39 44 49 / contact@resoap.fr

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

■ Générations Mouvement

Journées de sensibilisation - Révision du Code de la route, tests de réactivité

Territoire : le département

02 43 39 44 23

www.generations-mouvement-72.org

■ Siel Bleu

Ateliers d'exercices de maintien de la souplesse et de la coordination pour la conduite

Territoire : territoires du Sud Est - Sud

(Le Grand-Lucé, Ecommoy, La Flèche)

06 99 55 59 94 / www.sielbleu.org

MAINTIEN DU LIEN SOCIAL

■ Centre d'Accueil Les Térébinthes

Journées de partage de moments conviviaux - Equithérapie

Territoire : Parigné-L'Évêque et ses environs

02 43 40 40 33 / les-terebinthes.com

■ Fédération ADMR

Ateliers collectifs intergénérationnels et temps d'échanges autour de lectures

Territoire : le département

02 43 72 05 00

accueil@fede72.admr.org

■ CCAS de la Ville du Mans

Téléphon'âge : appels de convivialité ; chorales...

Territoire : Le Mans

02 43 74 51 51

■ REseau Social d'Aide à la Personne (RESO'AP)

Accompagnements véhiculés hors du domicile

Territoire : le département

02 43 39 44 49 / contact@resoap.fr

ATELIERS SANTÉ : PRÉVENTION DES CHUTES, SOMMEIL, GESTION DES MÉDICAMENTS, AUDITION ET VUE

■ ASEPT Pays de la Loire

Théâtres-forums sur le

« bien vieillir »

Territoire : le département

02 33 31 41 34 / aseptpd.fr

■ Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Sarthe

Conférences et ateliers sur la prévention des chutes et le sommeil

Territoire : le département

36 46 / sarthe.masanteactive.com

■ CCAS de Sablé-sur-Sarthe

Ateliers sur la prévention des chutes et la nutrition

Territoire : Sablé-sur-Sarthe

02 43 62 50 12 / sablesursarthe.fr

■ IREPS des Pays de la Loire - Pôle Sarthe

Ateliers collectifs santé et nutrition

Territoire : quartier des Sablons - Le Mans

02 43 78 25 06 / fcassar@irepspd.org

ACCÈS AUX DROITS

■ JALMALV Sarthe

Théâtre-Forum « Être acteur de sa fin de vie » (Septembre 2018)

Territoire : Nord Sarthe

02 43 54 27 12 / jalmalv-sarthe.fr

jalmalv72@hotmail.fr

ANNEXE 6

La Fiche-action du GT MAIA Pays du Mans, 2015



FICHE-ACTION ① « Hospitalisation potentiellement évitables » MAIA Pays du Mans	
Intitulé de l'action : Repérage de la fragilité des personnes âgées	
Références : DR BIDAULT-DIALLO Audrey, gériatre clinique Du Pré GALBRUN Patricia, pilote MAIA Pays du Mans	
Objectifs du projet	-Repérer les risques de fragilités des personnes âgées à partir de 70 ans, en anticipant sur les situations de perte d'autonomie afin de limiter les hospitalisations évitables -Retarder la perte d'autonomie en prévenant les complications -Améliorer la qualité de vie en optimisant l'orientation du lieu de vie et la continuité des soins
Description du projet	<p><u>Elaboration d'un processus de repérage de la fragilité : de la détection à l'alerte, et de l'alerte à la réponse apportée.</u></p> <p>1/ -<u>détection</u> par les patients eux-mêmes, les aidants, l'entourage, les CLIC =><u>outil envisageable</u> : document support de l'outil « carte postale CLIC » ou grille</p> <p>2/ -<u>évaluation de niveau 1</u> par les SSIAD, EzAR, les équipes mobiles, les SAAD, élargi aux CLIC, aux assistantes sociales personnes âgées (évaluation APA) =><u>outil envisageable</u> : une grille composée de deux volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sociales • Informations médicosociales mais sans informations sensibles <p>3/ -<u>évaluation gériatrique de niveau 2</u> par les Equipes Mobiles Gériatriques et plus généralement les filières gériatriques hospitalières, élargi à l'équipe médicosociale du département aux évaluateurs APA =><u>outil envisageable</u> : une grille composée de trois volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sociales • Informations médicosociales • Informations médicales
Population cible	Personnes âgées de plus de 70 ans, en risque de perte d'autonomie, selon les critères de l'HAS : maladies

	<i>chroniques et poly invalidantes</i>
Périmètre de réalisation	<i>Pays du Mans Avec poursuite des travaux à l'échelle départementale</i>
Identification des acteurs à mobiliser	<i>-les SSLAD, E2AR, les équipes mobiles, les SAAD, élargi aux CLIC, aux assistantes sociales personnes âgées -les Equipes Mobiles Gériatriques et plus généralement les filères gériatriques hospitalières, élargi à l'équipe médicosociale du département</i>
Moyens nécessaires	<i><u>Poursuite des groupes de travail</u> -Mise en commun, harmonisation des outils de repérage utilisés -Temps d'études par les acteurs, des différentes grilles existantes utilisées, ou en projet -Elaboration d'un logigramme décisionnel</i>
Calendrier prévisionnel	<i>Expérimentation d'une grille type : juin 2015 – périmètre de territoire et d'acteurs à prévoir Déploiement départemental de l'outil « carte postale CLIC » 3^{ème} trimestre 2015</i>
Indicateurs d'évaluation	<i>Indicateurs portant sur : -Réunion des groupes de travail -Expérimentation et Evaluation -Déploiement</i>
Points d'attention / de vigilance Articulation avec d'autres démarches en cours ou en projet	<i>- Travaux des autres dispositifs MALA - Ateliers du schéma unique 2015-2019 - CPOM des SAAD - Axes stratégiques des projets d'établissements de santé - ...</i>

ANNEXE 7

Extrait du document Dr Bidault-Diallo portant sur le test de la grille SEGAm

« ... Il s'agit d'une étude descriptive menée dans le département français de la Sarthe du 1^{er} avril au 9 juin 2015 auprès de 72 personnes (55 femmes ; 17 hommes) choisies au hasard, au domicile, en clinique privée ou à l'hôpital. ... Utilisée par Oubaya et al. (2), cette grille est une version modifiée de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) développée par Schoevaerdts et al. (3), adaptée à la culture française sans modifier le contenu initial de la grille SEGA. Elle s'approchait le plus des outils existants et utilisés par les équipes médico-sociales et sociales du territoire pour repérer les personnes fragiles au domicile. ... La grille SEGAm comprend un volet A qui évalue la fragilité sur treize items, chacun étant coté de zéro à deux (état du plus au moins favorable). L'addition des scores de chaque item permet d'identifier la personne interrogée dans l'un des trois groupes : peu fragile (score < 8), fragile (score entre 8 et 11), ou très fragile (score > 11). Le volet A a été cité par l'Haute Autorité de Santé et par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Le volet B abordait des éléments complémentaires intéressants tels que les troubles sensoriels, l'épuisement de l'aidant et la sphère sociale. La grille pouvait être remplie avec le patient ou à l'aide d'un aidant. ... L'objectif principal de l'étude était de décrire les avantages et inconvénients de la grille SEGA dans l'évaluation de la fragilité d'une population gériatrique en milieu hospitalier et à domicile. L'objectif secondaire était de tester la faisabilité de passation par les acteurs du domicile souhaitant s'impliquer dans l'évaluation de la fragilité. Cette expérimentation devrait à terme alimenter la réflexion sur le processus fragilité à l'échelle départementale. ...

RESULTATS

Passation de la grille :

La grille SEGA a été utilisée : 1) au domicile auprès 39 personnes (23 par un ergothérapeute de l'Equipe Spécialisée Alzheimer de Spay, et 16 par des responsables d'équipe de soins à domicile du Centre Communal Action Sociale et de l'ADMR – Aides à Domicile en Milieu Rural - au Mans) ; 2) auprès de 33 personnes hospitalisées (19 par les infirmiers de l'Equipe Mobile Gériatrique du Centre Hospitalier du Mans, et 14 par des infirmières gériatriques à la clinique privée chirurgicale du Pré).

La grille a été complétée avec le patient seul dans 50% cas (n=36), avec le patient en présence d'un aidant (parent/ gestionnaire de cas MAIA) dans 38% cas (n=27), l'aidant seul dans 7% cas (n=5), entre soignants dans 1% des cas (n=1), et les données n'étaient pas

disponibles dans 4% des cas (n=3). La durée de passation de la grille était en moyenne de 19.5 minutes [5-30 minutes]. ...

Population :

La moyenne d'âge des patients étaient de 83.6 ans [61-97 ans].

Le volet A a permis de noter un certain équilibre des personnes du domicile et hospitalisées dans chaque critère. Sur le score du volet A, la proportion de personnes interrogées à domicile fragiles et très fragiles étaient plus importantes que celles hospitalisées (cf tableau 2). Se posait la question de la pertinence du score du volet B puisque toutes les personnes avaient un faible score, c'est-à-dire inférieur à 15 (cf tableau 3), même les personnes les plus dépendantes. ...

Sur le plan qualitatif :

Les équipes, majoritairement du domicile, rencontraient des difficultés dans le remplissage de la grille lorsque la personne interrogée présentait des troubles cognitifs, ou lorsque l'aidant était dans le déni ou présentait aussi des troubles cognitifs. Les équipes évoquaient alors la fiabilité des réponses sur les items concernant l'humeur, les troubles cognitifs, le nombre de médicaments pris, la perception de la santé, la vision, l'audition et les perspectives d'avenir. Les équipes préconisaient la présence d'un tiers aidant pour remplir la grille (famille, gestionnaire de cas MAIA...).

Lorsque la personne interrogée vivait en EHPAD, le volet B devenait caduc pour répondre aux items concernant les aides à domicile et la perception de la charge par les proches.

Concernant la perception de la charge par les proches et les perspectives d'avenir exprimées par ceux-ci, les équipes s'interrogeaient sur la pertinence de joindre à chaque fois un aidant, élément chronophage mais important à prendre en considération.

Pour les personnes présentant des troubles cognitifs, les équipes notaient : l'absence de formulation « stimulation à l'acte » dans les critères « continence et le repas » ; l'absence de formulation « non adapté » dans le critère « aides à domicile » lorsque la personne n'avait pas d'aide à domicile mais qu'elle en nécessitait.

La question concernant la liste des AIVQ semblait trop longue et peu claire.

Les critères « perspectives souhaitées » et « perception de la santé » paraissaient trop subjectifs, parfois difficiles à répondre.

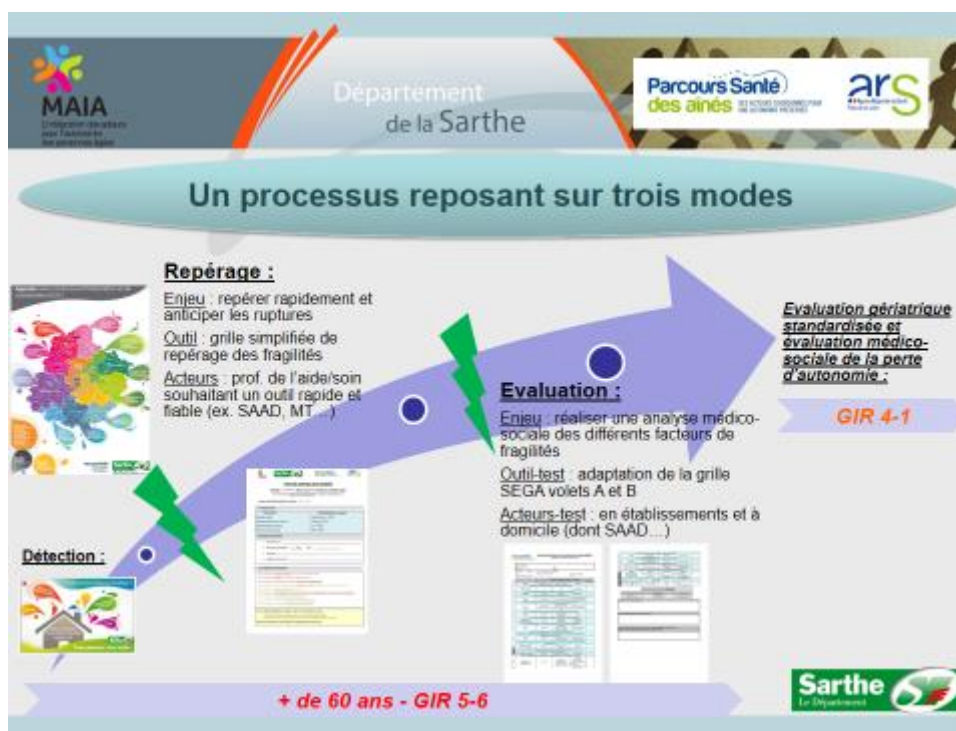
Les équipes évoquaient une certaine difficulté à aborder l'aspect financier.

Concernant les hospitalisations au cours des 6 derniers mois, les équipes sanitaires se posaient la question de comptabiliser l'hospitalisation en cours.

Tous convenaient de revoir la formulation du guide associé à la grille et de la nécessité d'une formation préalable à la passation de la grille ».

ANNEXE 8

« Processus fragilité en Sarthe » et ses trois modes



Détection : ce mode est concrétisé par le déploiement de l'action MAIA « Carte postale CLIC », expérimenté et déployé en amont de l'expérimentation 2018

Repérage : identifier rapidement et avec fiabilité les principaux éléments de fragilité, au domicile (SAAD, Portage de repas...), en établissement médico-social (résidence autonomie ex-foyer logement...) ou en consultation (professionnels de santé et paramédicaux, établissements de santé...)

Evaluation : ce mode s'adresse principalement aux professionnels de santé et se situe idéalement entre le repérage et l'EGS



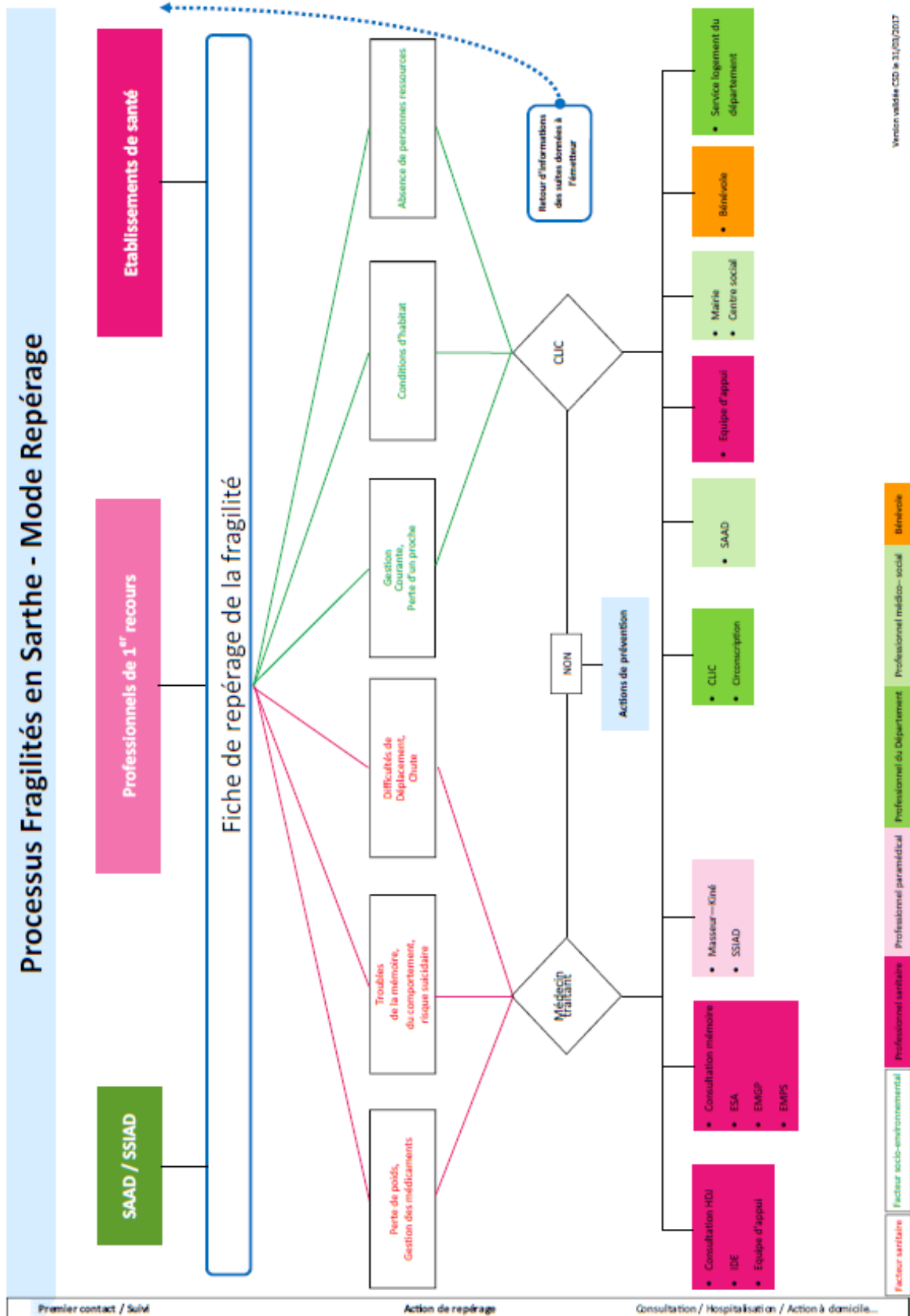
Feuille de route départementale - Processus Fragilité en Sarthe - Expérimentation 2018

Thématique	Constat	Axes de travail	Instance de décision et date	Identifié en
<u>Mode Repérage :</u>	Besoin d'outil de repérage et de process adéquat	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de repérage de la fragilité - Logigramme du mode repérage - Lancement expérimentation 	CSD 3 mars 2016 Inter CIAP Fragilité du 28 janvier 2016	2015
<u>Mode Evaluation de niveau 1 :</u>	Besoin d'outil d'évaluation de niveau 1 (avant l'EGS) et de process adéquat	<ul style="list-style-type: none"> - Grille / la MEFF; Mesure des Facteurs de Fragilité - Le logigramme du processus évaluation niveau 1 - Lancement expérimentation 	CSD 3 mars 2016 Inter CIAP Fragilité du 28 janvier 2016	2015

NB : le mode détection n'apparaît pas dans ce tableau car il n'est plus en phase d'expérimentation, la carte postale CLIC ayant été expérimentée en 2014 et déployée dès 2015 sur l'ensemble du département

ANNEXE 9

Logigramme d'action Repérage



ANNEXE 10

Fiche de Repérage



Fiche de repérage de la fragilité

Préalable : La personne a **60 ans et plus** et **ne réside pas en EHPAD / USLD**

Et la personne a **donné son consentement** à l'usage de cette fiche

▪ DATE DE LA REDACTION DE LA FICHE : 18/01/2018

REPERAGE PAR :

STRUCTURE :	COORDONNEES du repérant
<input type="checkbox"/> SAAD / SSIAD	NOM Prénom : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Professionnels de 1 ^{er} recours	Fonction : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé	Tel : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre, précisez <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>

PERSONNE CONCERNEE

NOM Prénom		
DATE DE NAISSANCE	/ / 19	AGE : ans
ADRESSE		
TELEPHONE		
MEDECIN TRAITANT		

PERSONNE A CONTACTER (si différente de la personne concernée)

NOM Prénom	
TELEPHONE	

LES CRITERES DE FRAGILITE :

- La personne a **perdu du poids** au cours des 3 derniers mois
- La personne a **chuté** au cours des 6 derniers mois
- La personne a des difficultés dans la **gestion des médicaments**
- La personne a des problèmes dans la **gestion courante** (papiers, démarches, téléphone...)
- La personne a **perdu un proche** récemment
- La personne a **des troubles de la mémoire et/ou du comportement et/ou un risque suicidaire**
- La personne a **des difficultés de déplacement**
- La personne vit dans des **conditions d'habitat dégradé**
- La personne ne dispose **pas de personnes ressources**

Si un critère de fragilité est repéré, merci de transmettre la fiche :

- ✓ Au médecin traitant concerné pour une cause médicale (en rouge)
- ✓ Au CLIC du secteur concerné pour une cause socio-environnementale (en vert)

modes de transmission : format papier, messagerie électronique, fax...

Partie réservée au Médecin traitant (Nom) : _____

au CLIC (Nom) : _____

Date de réception de la fiche : date de réception

Actions mises en place :

Partie réservée au repérant

Retour d'information des suites données le : date retour d'information

Comment contacter les MSP

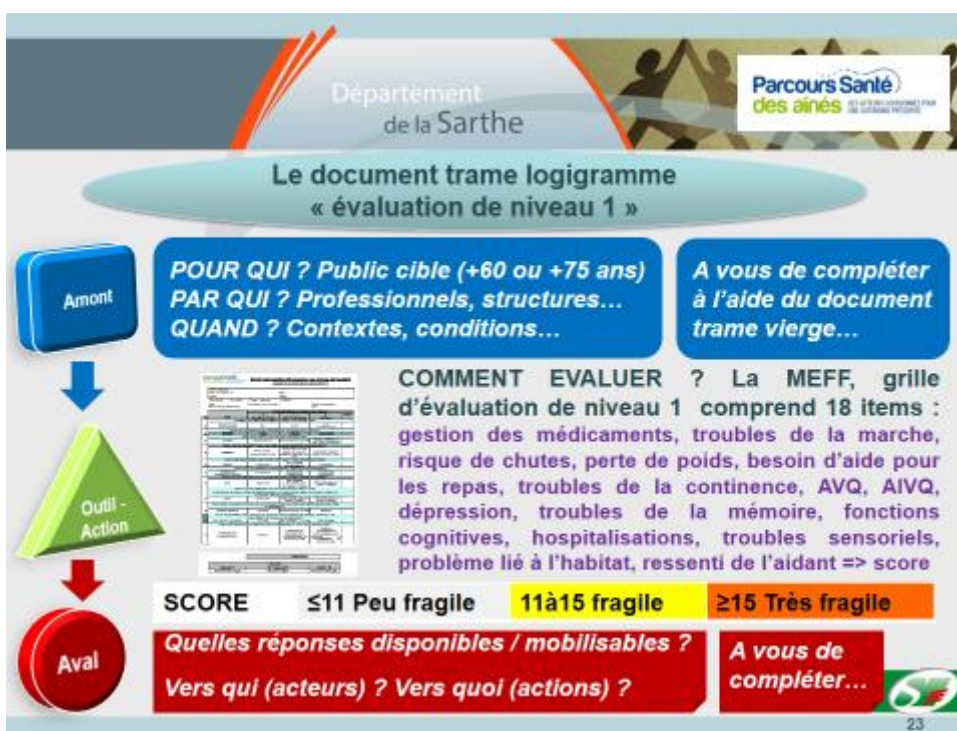
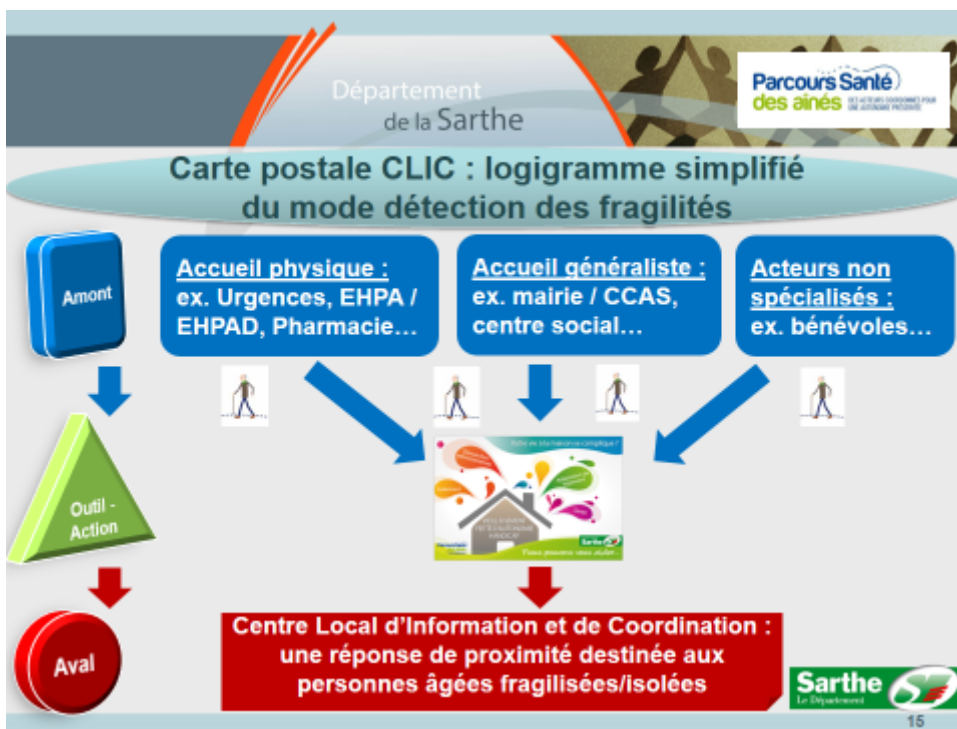
	ADRESSE MAIL	ADRESSE POSTALE	FAX	TELEPHONE
MSP Sillé Santé	sillesante@gmail.com	7 place de la Gare, 72140 Sillé-le-Guillaume	02.43.52.04.50	02.43.52.04.52
MSP Marolles les Braults	Dr Olive : philippeolive@orange.fr Dr Malassigné : martine.malassigne@orange.fr	3 rue des Pommes d'Amour 72260 Marolles-les-Braults		02 43 97 48 94 02 43 33 66 07
Pôle de santé St Calais/Bessé sur braye	pds.besse-stcalais@orange.fr	27 rue Jean Jaurès 72310 Bessé sur braye / 5 Avenue De Gaulle 72120 Saint Calais		02 43 63 13 93 Dr Bouchart-Dugenet : 02 43 35 31 19
MSP Loir et Bercé	paulbs@hotmail.com	1 rue Henri Dunant, 72500 Montval sur Loir		
RSMO	rsmo.sarthe@gmail.com	Cabinet médical Desaix 5 boulevard Paul Chantrel, 72000 Le Mans		02 43 52 91 48

Comment contacter les CLIC

	ADRESSE MAIL	ADRESSE POSTALE	FAX	TELEPHONE
CLIC Sarthe Nord-Ouest	clic.sarthenordouest@sarthe.fr	25 place des halles, 72240 Contlé		02.53.04.42.14
CLIC Nord Sarthe	clic.nordsarthe@sarthe.fr	2 rue Abbé Lelièvre, 72130 Fresnay sur Sarthe		02.43.33.53.39
CLIC du Saosnois	clic.saosnois@sarthe.fr	1 place de la République, 72600 Marmers		02.43.31.13.20
CLIC des 2 territoires	clic.2territoires.bonnetable@sarthe.fr	8 rue Mazagan, 72110 Bonnétable	02.43.24.13.05	02.43.29.00.01
CLIC Charles Garnier	clic.charlesgarnier@sarthe.fr	9 rue des Halles, 72120 St Calais		02.43.35.91.16
CLIC Loir Lucé, Bercé	clic.loiruceberce@sarthe.fr	4 place Clémenceau, 72500 Montval sur Loir		02.43.79.44.77
CLIC Le Mans	clic.lemans@sarthe.fr	38 avenue Bollée, 72000 Le Mans	02.43.76.17.54	02.43.81.40.40

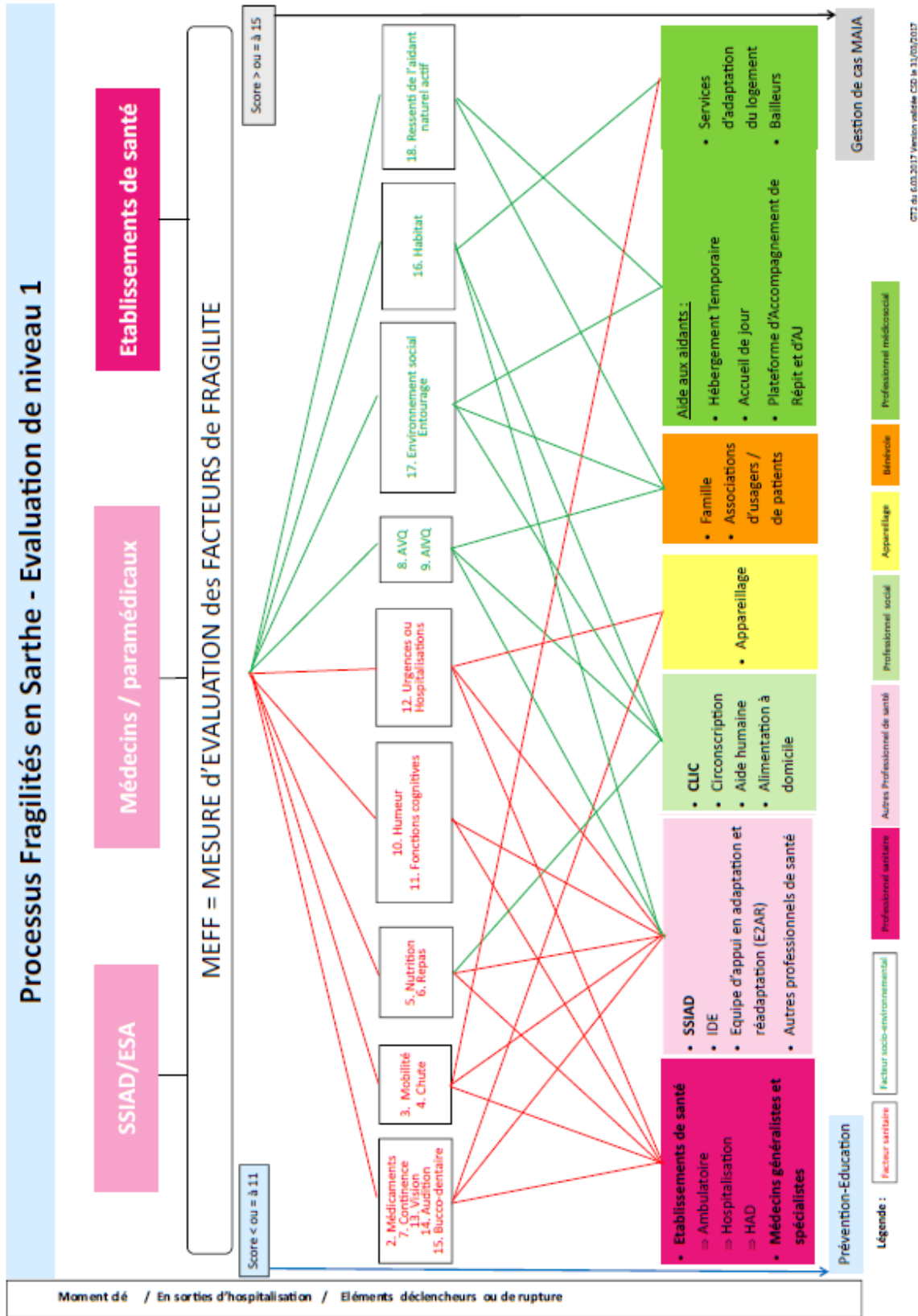
ANNEXE 11

Document trame de recueil des GT Repérage et Evaluation de niveau 1 :



ANNEXE 12

Logigramme d'action d'évaluation de niveau 1



ANNEXE 13

Grille d'évaluation « Mesure d'évaluation des facteurs de fragilité » (MEFF)



Grille (MEFF)

Mesure d'Evaluation des Facteurs de Fragilité

PERSONNE EVALUEE			LIEU DE VIE	
NOM :	Date de naissance :		Domicile	<input type="checkbox"/>
Prénom :	Age :	18	EHPA/Résidence autonomie	<input type="checkbox"/>
Poids :	Consentement de la personne <input type="checkbox"/>			
Taille :				

EVALUATION				
Evaluteur	Personnes présentes	Lieu	DATE de l'évaluation	Durée de passation
Nom				
Fonction				

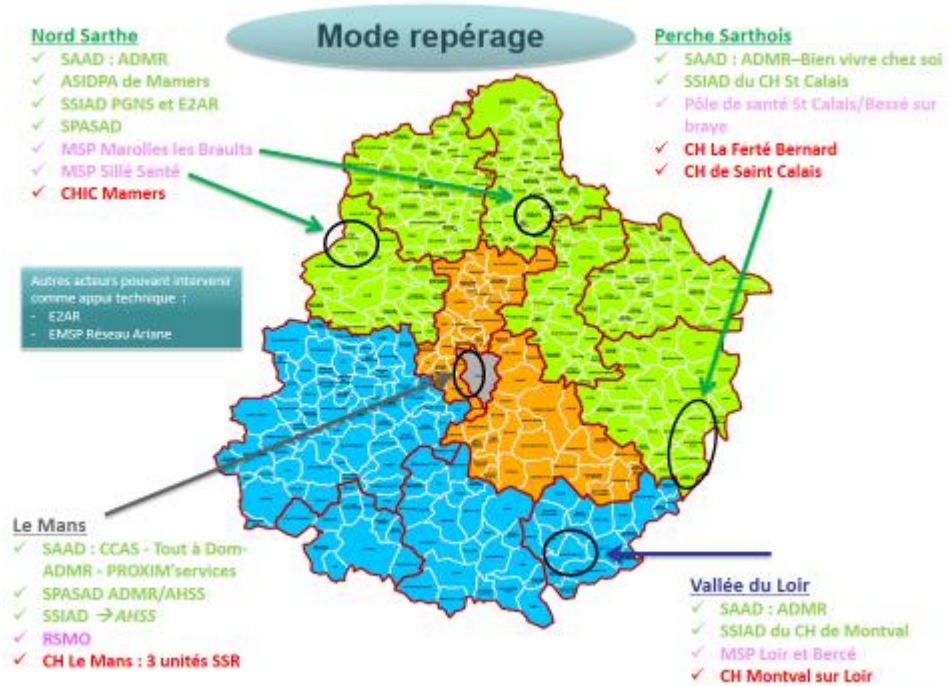
Profil gériatrique et facteurs de risques					
		0	1	2	Score
1	Age	entre 60 et 74 ans	entre 75 et 84 ans	≥ 85 ans	
2	"Combien de médicaments différents prenez vous chaque jour?"				
	Médicaments	≤ 3	4 ≤ 5	≥ 6 Ou Ne sait pas	
3	"Avez-vous actuellement des difficultés pour vous lever et/ou marcher?"				
	Mobilité	Totale	Partielle	Dépendante	
4	"Avez-vous chuté au cours de ces 6 derniers mois?"				
	Chutes	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chutes multiples ou une chute compliquée	
5	"Avez-vous de l'appétit?" "Avez-vous perdu du poids durant ces 3 derniers mois?"				
	Nutrition	Poids stable, apparence normale	perte nette d'appétit depuis 15 jours ou perte de poids (3Kg en 3 mois)	Dénutrition franche (perte + de 3Kg en 3 mois)	
6	"Avez-vous besoin d'aide pour prendre votre repas?" (hors confection du repas)				
	Repas	Autonome	Aide partielle ou stimulation	Incapacité	
7	"Avez-vous des problèmes d'incontinence? Portez-vous des protections?"				
	Contenance (urinaire et/ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
8	"Avez-vous des difficultés pour accomplir des actes comme la toilette et l'habillage?"				
	AVQ	Autonome	Aide partielle ou stimulation pour au moins 1 activité	Aide totale pour au moins 1 activité	
9	"Avez-vous des difficultés pour accomplir certains actes comme : confectionner les repas, utiliser le téléphone, gérer vos médicaments, gérer vos papiers, utiliser les transports, faire les courses?"				
	AMQ	Autonome	Aide partielle pour au moins 1 activité	Aide totale pour au moins 1 activité	
10	"Vous sentez vous bien? Au cours de ces 3 derniers mois, vous êtes vous senti(e) anxieux(se), triste ou déprimé(e)?"				
	Humeur (3mois)	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
11	"Au vu de l'entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, de langage ou du jugement?"				
	Fonctions cognitives	Normale	Peu altérées ou doute	Très altérées	

		0	1	2	Score
12	<i>"Avez-vous été admis aux urgences ou en hospitalisation au cours des 6 derniers mois?"</i>				
	Urgences ou hospitalisation	Aucune	1 passage aux urgences et/ ou 1 hospitalisation de moins de 3 mois	plusieurs hospitalisations et/ou passages aux urgences ou 1 hospitalisation de plus de 3 mois	
13	<i>"Au vu de l'entretien, diriez-vous que la personne voit bien ?"</i>				
	Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
14	<i>"Au vu de l'entretien, diriez-vous que la personne entend bien ?"</i>				
	Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
15	<i>"Au vu de l'entretien, que diriez-vous de l'état bucco-dentaire ?"</i>				
	Etat bucco-dentaire	Bon état dentaire	Appareil dentaire inadapté	Etat dentaire précaire voire mauvais	
16	<i>"D'un point de vue professionnel, diriez-vous que l'habitat est adapté?"</i>				
	Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
17	Environnement social/entourage	Vit en couple ou avec de la famille	Vit seul mais entourage aidant ou aide prof	Vit seul et isolé ou aides insuffisantes ou refus d'aide	
18	<i>Question à poser à l'aidant naturel actif (s'il est présent): "vous arrive-t-il de vous sentir fatigué(e) voire épuisé(e)?"</i>				
	Ressenti de l'aidant naturel actif	Pas de difficulté	Fatigué	Epuisé ou non évaluable	
Total score					0
		Score ≤ 11	11 < Score ≤ 15	Score > 15	
		Personne peu fragile	Personne fragile	Personne très fragile	

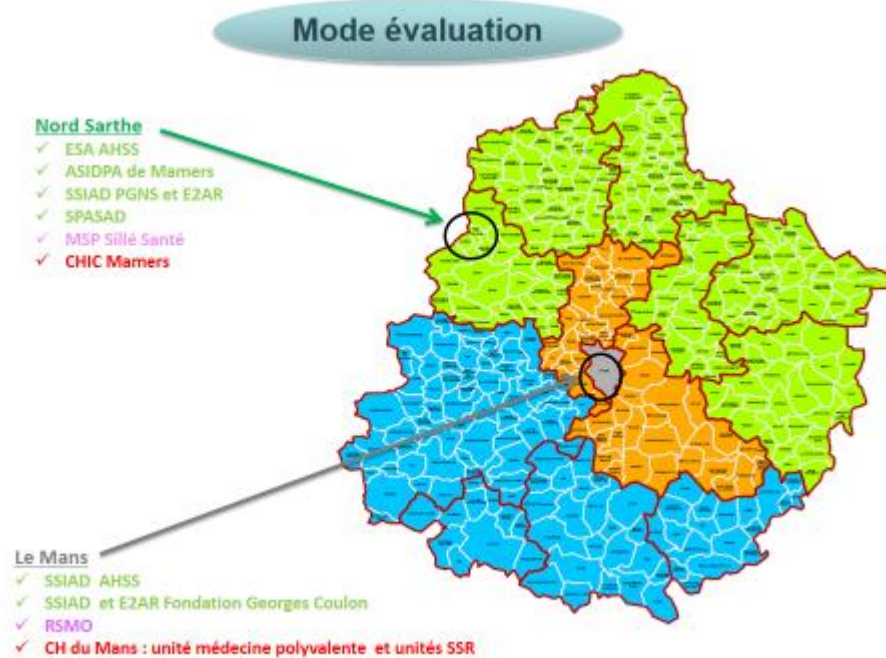
Partie réservée au suivi de l'évaluation :			
Types de professionnels / Domaine d'intervention	QUI (Nom)	DATE	ACTIONS MISES EN ŒUVRE
Professionnels sanitaires (Etablissement de santé / Médecins)			
Autres professionnels de santé (IDEL, SSIAD, EZAR, ...)			
Professionnels du social			
Domaine de l'appareillage			
Associations / Bénévoles			
Professionnels médico-sociaux (Hébergement, Accueil de jour, Plateforme de répit, Logement, Adaptation de l'habitat, ...)			

ANNEXE 14

Sites expérimentateurs repérage et sites expérimentateurs évaluation de niveau 1



1



3

GAUTUN	PATRICIA	21/09/2018
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
METHODE INTEGRATIVE AU SERVICE DU PROCESSUS FRAGILITE DES PERSONNES AGEES EN SARTHE De 2013 à 2018		
Promotion 2017-2018		
<p>Résumé :</p> <p>Les pouvoirs publics et les chercheurs internationaux manifestent pour la gérontologie un intérêt qui ne fait que croître. L’allongement de la durée de vie et la diminution des naissances, entraînent une forte augmentation de la population vieillissante, susceptible de perte d’autonomie pour une dernière partie de sa vie. La hausse annoncée du nombre de personnes en situation de dépendance avérée, outre qu’elle représente un coût fort élevée pour nos sociétés occidentales et menace partout la fluidité de nos infra structures de soins, fait l’objet d’un enjeu de santé publique portée par l’Organisation Mondiale de la Santé qui vise une baisse de quinze millions de personnes dépendantes d’ici à 2025¹⁰¹.</p> <p>En 2013 la Haute Autorité de Santé en France indique que « Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d’autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d’institutionnalisation, de décès et d’hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (niveau de preuve modéré), dans un délai de 1 à 3 ans ». L’édition du Livre blanc de la fragilité en 2015 par les chercheurs des gérontopôles, fait un état des lieux des connaissances et proposent des actions préventives ou correctives.</p> <p>La thématique « Fragilité du sujet âgé en Sarthe » a été retenue dès 2013 par les acteurs MAIA du Pays du Mans. Après concertation entre décideurs et acteurs, l’expérimentation se déploie en multi sites à l’échelle départementale sur l’année 2018.</p> <p>L’approche « parcours de santé des aînés » est incarnée par les dispositifs d’intégration chargés de lutter contre la fragmentation de nos systèmes de santé. Ce mode de fonctionnement intégratif peut-il répondre de façon optimale au challenge de la prévention de la perte d’autonomie de nos séniors et aînés ?</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Fragilité – personnes âgées – parcours - intégration</p>		

¹⁰¹ Rapport OMS 2015 et son « Livre blanc de la fragilité »

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.