

An aerial photograph of a lush green field with a winding, light-colored gravel path. The path starts from the bottom right and curves towards the top left. On the path, there are four people: a woman in a light blue dress and a small child in a yellow shirt walking together; a man in a brown jacket riding a bicycle; and an elderly man in a dark jacket and cap walking with a cane. The top right corner of the image is partially obscured by a white circular graphic containing text.

LIVRE BLANC

RETOUR SUR LA
JOURNÉE D'ÉTUDE
PARTENARIALE
DU 12 SEPTEMBRE 2019
À NANTES

Le parcours

de la personne âgée
fragilisée

JUIN 2020



Sommaire

1 Pourquoi un « livre blanc » ?	5
2 Contexte	9
Population vieillissante : qu'en est-il dans notre région ?	10
Comment et pourquoi travailler ensemble ?	12
3 Objectif de la journée et mobilisation partenariale	15
4 Bilan quantitatif de la journée	21
Structures présentes	22
Evaluation de la satisfaction	24
Quelques verbatims	26
5 Paroles d'intervenants	29
6 Retour des ateliers	37
Organisation des ateliers	38
Méthodologie de travail en ateliers	39
Restitution des ateliers	39
« Repérage de la fragilité et complexité »	40
« Lisibilité des ressources »	42
« Partage d'informations »	46
Synthèse des ateliers	51
7 Conclusion et Perspectives	53



Pourquoi un
« *livre blanc* »?

Le 12 septembre 2019, un événement partenarial a réuni à Nantes près de **250 participants** issus des champs du sanitaire, du médico-social et du social autour de la problématique du

Parcours de la Personne Âgée Fragilisée.

Le comité de pilotage, co-animé par l'URIOPSS Pays de la Loire et l'UCOGpl, a souhaité partager la production et la dynamique de cet événement riche en échanges. Ces moments favorisant les regards croisés de professionnels de terrain sont rares dans nos organisations très sectorisées et pourtant si porteurs d'enseignements pour tous, qu'il nous semblait intéressant de s'y arrêter.

Vous trouverez ici des éléments politiques, des éclairages spécifiques, notamment sur la prise en charge de personnes âgées atteintes de cancer ou de maladies neuro-dégénératives, mais aussi des expériences réussies en territoires mettant en évidence des collaborations fortes. Cette journée étant également un moment d'étude, vous trouverez les contributions des participants aux ateliers des 3 thématiques :

- Repérage de la fragilité et complexité
- Lisibilité des ressources
- Partage d'informations

Au-delà de favoriser l'inter-connaissance, cette journée avait pour objectif d'identifier les ruptures de parcours, et de faire émerger des axes d'amélioration que vous retrouverez également ici.

Coordination



Véronique BOURCY
 Chef de projet et
 Coordinatrice non médicale



Anne-Cécile FOURRAGE
 Conseillère technique
 Politiques médico-sociales



2

Contexte

Population vieillissante : qu'en est-il dans notre région ?

Il n'a échappé à personne que la population française vieillit avec une part des 75 ans et plus passant de 6,6% en 1991 à 9,4% en 2019.

La région des Pays de la Loire comprend aujourd'hui **3,7 millions d'habitants dont 360 000 de 75 ans et plus**, et 728 000 de 65 ans et plus, ce qui représente respectivement 9,7% et 19,5% de la population ligérienne (cf. Figure 1).

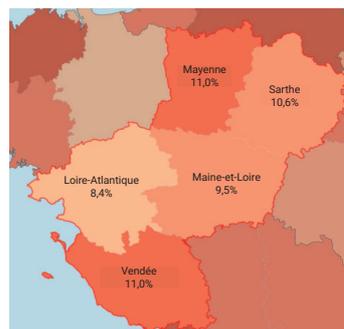


Figure 1 : France : 9,3%

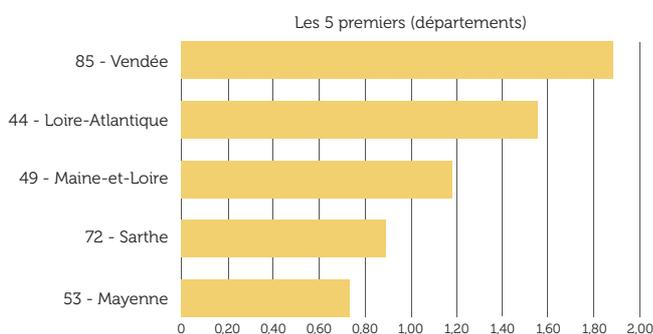


Figure 2

Au cours de ces dernières années notre population ligérienne est en constante augmentation quel que soit le département, mais le taux d'évolution de la part des 75 ans et plus varie du simple au double. Ainsi la part des 75 ans et plus en Vendée a presque doublé en 5 ans (cf. Figure 2).

Sur le sol ligérien, **l'espérance de vie à 60 ans pour les hommes est de 22,3 années de vie, et de 27,8 années de vie pour les femmes**, données comparables aux chiffres nationaux. Il existe des petites variations entre nos départements avec une espérance de vie supérieure en Mayenne et Maine et Loire (cf. Figure 3).

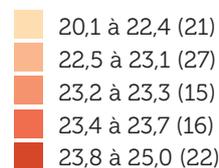
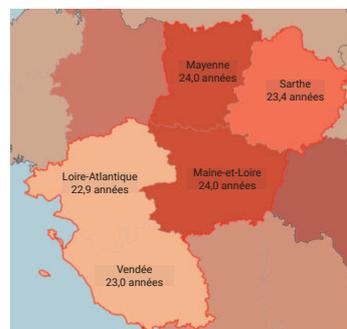


Figure 3 : France : 23,2 années

Où résident ces personnes âgées ?

12,5% des personnes de 75 ans et plus résident en établissement pour personnes âgées, contre 9,5% en France soit un tiers de plus. Ce taux supérieur peut s'expliquer en partie par une offre d'hébergements pour personnes âgées plus importante en Pays de la Loire.

Offre de soins ?

Au sein des Pays de la Loire, l'INSEE dénombre **144 médecins généralistes pour 100 000 habitants** contre 153 en France. Il existe une disparité de densité de médecins généralistes par habitant allant de 112 pour 100 000 habitants en Mayenne à 164 en Loire-Atlantique. Cette disparité existe également pour les médecins spécialistes, allant de 86 en Mayenne à 176 en Loire-Atlantique (cf. Figure 4).

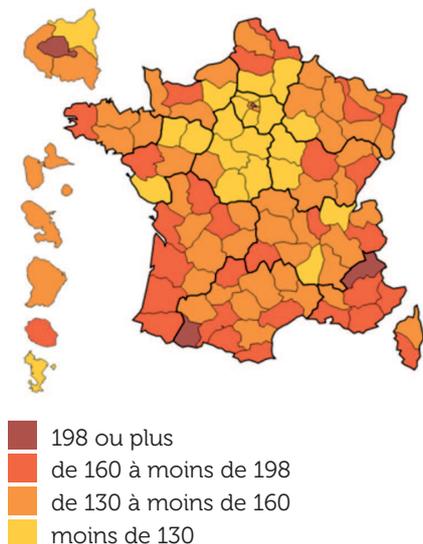


Figure 4 : Densité pour 100 000 habitants - dont méd. gén.

La situation est différente en ce qui concerne les **infirmiers diplômés d'État** où la densité est la plus faible en Vendée et la plus forte en Maine-et-Loire (cf. Figure 5).

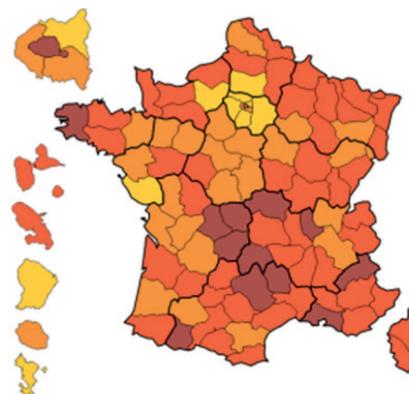
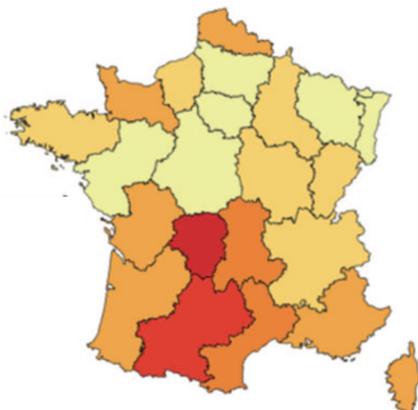


Figure 5 : Densité pour 100 000 habitants - Infirmiers diplômés d'État



Nombre de salariés relevant du travail social pour 1000 habitants

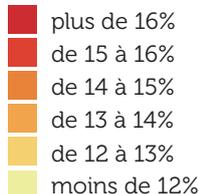


Figure 6 : Densité de travailleurs sociaux par région en 2011

En 2011, l'INSEE mettait en évidence également une disparité de densité des **travailleurs sociaux**. Notre région n'est à ce niveau pas très bien placée en étant au dessous de la barre des 12 travailleurs sociaux pour 1000 habitants, ce qui la positionne dans les plus faibles de France (cf. Figure 6).

Nous voyons ainsi, avec ces quelques données chiffrées, que la situation en Pays de la Loire est globalement similaire à celle de la France, avec une population vieillissante mais des ressources qui existent, même si elles peuvent être insuffisantes dans certains territoires et sur certaines activités.

Notre problématique du « Travaillons ensemble » dans le cadre du parcours complexe de la personne âgée fragile n'est donc peut-être pas uniquement dûe à un manque de ressources.

Comment et pourquoi travailler ensemble ?

Depuis de nombreuses années, lors des congrès et séminaires, dans la presse et au quotidien, la problématique du « travaillons ensemble » pour améliorer le parcours de la personne/patient est abordée. Pour autant, malgré de nombreuses initiatives, les difficultés demeurent. Pourquoi est-il toujours si difficile de communiquer quand certains outils sont parfois existants ?

Cette problématique du parcours et du partage d'informations est encore plus cruciale lors de situations complexes faisant intervenir plusieurs champs de compétences. Tel est souvent le cas des parcours de personnes âgées fragiles. Tous les citoyens sont conscients de la nécessité d'une meilleure coordination, des besoins d'informations. Pour autant, nous n'y parvenons pas. Manque d'outils, de moyens ? Sans doute ! Et si les blocages étaient également ailleurs ?

Avec qui avons-nous spontanément envie de communiquer, de partager ? Avec nos pairs, nos semblables ?

Quels sont nos semblables ?

Nous faisons tous partie d'un même genre humain tout en étant différents. Quand on cherche des « semblables », on recherche surtout un groupe partageant les mêmes valeurs, quelles qu'elles soient. On se retrouve par champs professionnels, par secteurs géographiques... Pour renforcer la notion d'appartenance, des valeurs, des convictions s'opposent parfois : liberté et indépendance opposées à la notion de groupe et d'institution, bénévolat s'oppose à la notion de lucrativité ...

Ainsi, spontanément, les rapprochements se font avec les personnes ou les groupes que l'on identifie, connaît et reconnaît. Comment aller plus loin ? Comment partager nos approches avec des collectifs très différents ? Il faut nécessairement partager une culture commune. Il est sûrement nécessaire de passer par des étapes intermédiaires : construction de groupes de mêmes professions, puis de différentes professions sur un même secteur, puis sur des champs d'activité différents. Cependant la multiplicité de ces structures peut entraîner une perte de lisibilité, une impression de « mille-feuilles » et d'« usine à gaz ».

Quels ponts à construire?

Dans le domaine qui nous préoccupe ici, il est nécessaire de travailler sur le rapprochement des groupes. Mais construire des ponts ne signifie pas avoir la volonté profonde et les possibilités de franchir les obstacles, d'utiliser ces ponts. Ces « ponts » doivent correspondre à un profond désir d'aller vers, et de recevoir celui qui l'emprunte.

Une approche transversale sur une thématique commune, une valeur partagée peut alors favoriser la construction et l'utilisation de ces ponts, le rapprochement des groupes et donc l'inter-connaissance.

D'une manière générale, il nous faut repenser les parcours des personnes vieillissantes, potentiellement à risque de perte d'autonomie, allant de la prévention à la surveillance ou à l'accompagnement en fin de vie. Au sein de notre région dynamique, de nombreuses organisations et fédérations existent et cohabitent, chacune avec leur singularité, leur champ d'investigation et leur mode d'intervention. Il n'est pas rare de s'y perdre, de mener des actions proches en parallèle. Rares sont les professionnels ayant une vision exhaustive des ressources et des actions en cours.

Fortes de ce constat du quotidien, l'URIOPSS Pays de la Loire et l'UCOGpl ont souhaité réunir leurs forces et leurs réseaux afin de pouvoir accompagner la réflexion sur la question du parcours de la personne âgée fragilisée et mobiliser les acteurs et partenaires au plus près des territoires de vie et d'intervention.

Pour que la réflexion embrasse le plus largement possible les différents secteurs d'activité, il a semblé important de faire appel à un grand nombre d'interlocuteurs différents qu'ils soient du champ sanitaire, social ou médico-social.

3

Objectif
de la journée et
Mobilisation
partenariale

Cette journée d'étude avait pour **objectif** d'être :

- Une journée d'échange mettant en évidence les problématiques de parcours des personnes âgées fragilisées et des expériences imaginées, expérimentées et déployées en territoires ;
- Une journée constructive par une méthodologie adaptée (plénière + ateliers de travail);
- Une journée qui pourrait (ré) impulser des mobilisations pluridisciplinaires et plurisectorielles en territoires.

A l'aune d'une profonde mutation du système de santé et d'une transformation de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire, des sujets de préoccupation et des besoins convergents ont pu être identifiés et partagés par l'UCOGpl et l'URIOPSS Pays de la Loire.

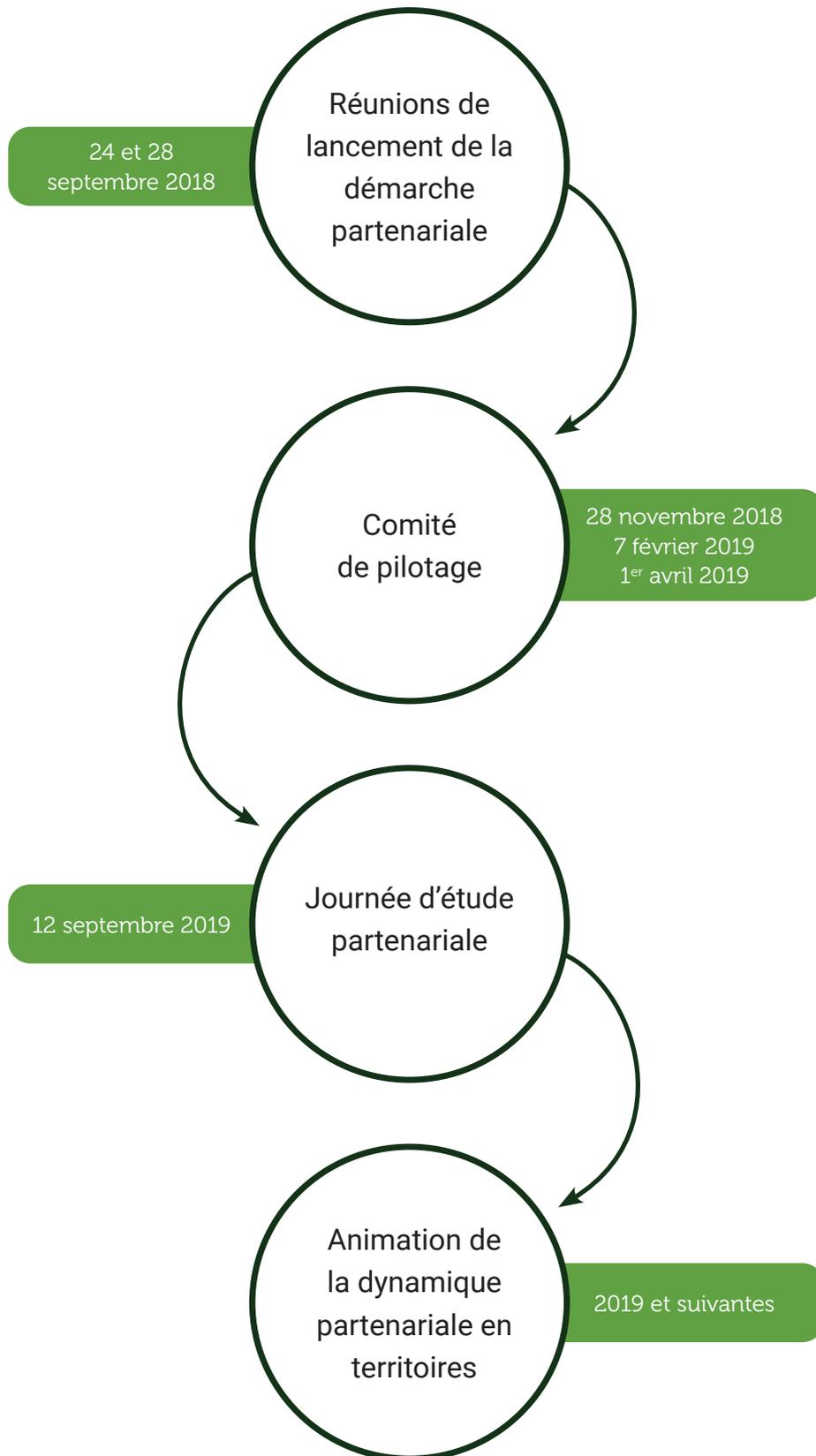
Le vieillissement de la population, la multitude et la complexité des pathologies et des prises en charge avec un virage ambulatoire notable et la diversité des structures spécialisées, complexifient le paysage sanitaire, social et médico-social et diminuent sa lisibilité.

Dès l'émergence de l'idée d'une journée d'étude, l'URIOPSS et l'UCOGpl ont mobilisé un grand nombre de partenaires.

Afin que la réflexion embrasse le plus largement possible les différents secteurs d'activité, il a semblé important de faire appel à un grand nombre d'interlocuteurs différents qu'ils soient du champ sanitaire, social ou médico-social. C'est pourquoi dans un premier temps et afin d'affiner la démarche et le besoin, des réunions de lancement ont rassemblé des professionnels de terrain, des fédérations, des représentants d'usagers. Cette première étape fédératrice a permis de confirmer la co-construction d'une journée d'étude régionale en 2019 et de constituer son comité de pilotage.

A la suite de la journée d'étude, le comité de pilotage est mobilisé pour valider les différents axes et éventuellement des petits groupes de travail thématiques et/ou territoriaux qui se constitueront.

Un calendrier et une méthodologie participatifs



La Composition du Comité de pilotage

Représentants des usagers de services de santé sociaux et médico-sociaux :



France Assos santé

Représentants des organismes professionnels œuvrant en faveur des personnes âgées :



FEHAP



Conseil départemental de l'Ordre des Médecins 44



FHF



Pass'Age 49



UNA



Espace Entour'Age



MAIA Mayenne
MAIA Pays de Retz
MAIA Nantes



Coordination autonomie



Clinique Jules Verne (Gériatre)



Soins santé 49



CHU (ID)



Les Forges Médiation



Institut de Cancérologie de l'Ouest (IDE)



Conseil départemental 85



Gérontopole pays de la Loire

Co-organisateurs :



UCOGpl-réseau de cancérologie ONCOPL



URIOPSS Pays de la Loire

Cette organisation et cette co-construction ont permis de fédérer de nombreux acteurs et de les rendre proactifs. Cette démarche est indispensable pour embrasser les différents champs et faciliter la campagne de communication de cet évènement. Chaque membre du COPI, par son réseau d'acteurs, a pu ainsi diffuser l'information et porter à la connaissance de chacun l'organisation de cette journée d'étude.

Partenaires institutionnels



Agence régionale
de santé des
Pays de la Loire



Conseil départemental
de Loire-Atlantique



Conseil départemental
de Maine et Loire



Conseil départemental
de la Mayenne



Conseil départemental
de la Sarthe



Conseil départemental
de Vendée



Nantes métropole



CARSAT des Pays
de la Loire



Espace de réflexion
éthique des Pays de
la Loire

4

Bilan

quantitatif et
qualitatif
de la journée

Structures présentes

270 personnes se sont inscrites à cet évènement gratuit.

Fonctions et métiers représentés

Administrateur
Aide-soignante
Animatrice Seniors
Aromatologue
AS-ASG
Assistant sociale / IDE
Assistante Commerciale
Bénévole
Biblio thérapeute
Cadre de santé
Cadre de secteur
Chargé de mission
Chargée de communication
Chef de projet
Conseillère prescripteurs
Conseillère technique
Coordinatrice
Danse thérapeute
Directeur de l'autonomie
Directeur de service
Directeur de structure sociale ou médico-sociale
Dirigeant
Écouteur référent
Éducateur sportif en APA
Ergothérapeute

Étudiante bioéthique
Évaluatrice
IDE
IDE coordinatrice
Intervenant Analyse de la pratique professionnelle
Journaliste
Manager - chargé de projet
Médecin
Médecin coordonnateur
Médiatrice en santé
Médiatrice sociale
Membre CVS
Pilote MAIA
Psychologue
Réfèrent Pays de la Loire
Représentant des usagers
Responsable accueil de jour
Responsable Développement
Responsable Parcours PA
Responsable Partenariat
Responsable Pôle Seniors
Responsable Service Évangélique des Malades
Secrétaire

Origine territoriale des participants

Près des deux tiers des participants provenaient de Loire-Atlantique contre seulement 3% de Sarthe (cf. Figure 7).

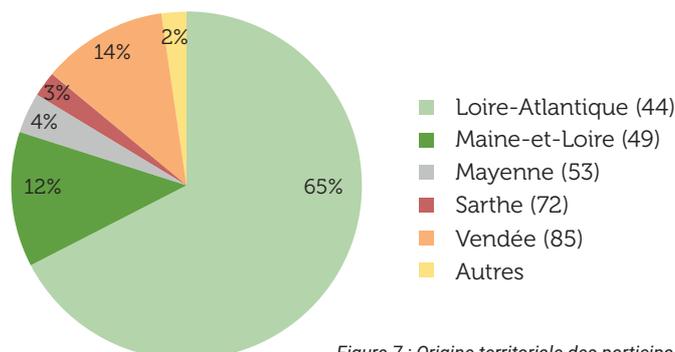


Figure 7 : Origine territoriale des participants

Diversité des typologies : liste exhaustive de structures et organismes représentés

Association Florence Nightingale	CLIC Eclair'Âge	Espace Entour'age	MAIA Anjou Bleu	Résidence Les Tamaris et Unité Jeanne et Léon
Adapei	CLIC Nord Est Anjou	Etablissement de Santé Baugeois Vallée	MAIA Nantes	RESPA de la Loire à La Vie
ADT	CLIC Orvault-La Chapelle s/ Erdre	Fédération ADMR 44	Mairie d'Angers	Santé Info Droits
ANAP	CLIC Pornic Agglo Pays de Retz	FHF PDL	Maison d'accueil Le Bois Herce	Saveurs et vie
APMSL	CLIC Seniors Indre-Saint-Herblain	Fédération Transhépate	Maison d'accueil Montfortaine	Senior coordination
ARS PDL	Clinique Jules Verne	FEHAP	MSA Présence Verte	Service solidarités -santé de Mauges Communauté
ADAR	Comité régional ADMR	Fondation Georges Coulon	MSP de l'Hermenault	SMD Cholet
Association Anjou Soins Santé Angers	COMPAS	Fondation Partage et Vie Résidence Galathea	MSP Pôle de Santé du Marais	Soins santé
Association Appui au Parcours de santé	CONFORT SERVICES	Foyer Notre Dame de Terre Neuve	Mutualité Française des PDL	Soins santé Baguenet
Association des ESP CLAP PDL	Conseil départemental 44	France Alzheimer 44	Mutualité Retraite	SRAE Nutrition
Association IRIS	Conseil départemental 53	France Assos Santé PDL	Mutuelle Saint Christophe	SSIAD Orvault
Association Loki Ora	Conseil Départemental 72	Génération mouvement	Nantes Métropole	SSR La Chimotaie
CCAS d'Angers	Conseil Départemental 85	ICO	Nantes Soins à Domicile	SSR Roz Arvor
CCAS de Carquefou	Conseil départemental 49	INNO3MED	OMEDIT	UCOGpl
CCAS de Nantes	Coordination autonomie	Inter URPS	ONCOPL	UDAF
CCAS de Nantes-Maison des Aidants	Crédit coopératif	Le temps pour toiT	Ouvre-boîtes 44	UFC QUE CHOISIR
CCAS de Pornichet	Dôme	Lectures de soi	PALEX	UNA PDL
CDCA ET CRSA	EHPAD Le Parc de Diane	Les Audioprothésistes Mobiles	Pass'ages	UNIOPSS
CDMCA 44	EHPAD Beaulieu	Les Forges Médiation	Pastorale de la Santé - Diocèse de Nantes	URIOPSS PDL
Centre de Prévention Bien Vieillir AGIRC	EHPAD Joliot CURIE	MAIA - Conseil départemental de la Vendée	Heurus	URPS Infirmiers
ARRCO PDL	EHPAD La Chimotaie		Pôle médico-social Bais-Hambers	URPS kinésithérapeutes
Centre Henri Wallon	EHPAD La Résidence		Résidence Autonomie Pirmil	Vendée Sérénité
CH Saumur	EHPAD La Verrie			Votre Second Souffle
CH Nord Mayenne	EHPAD Les Térébinthes			
CH CHOLET	EHPAD Louis Crosnier			
CH Savenay	EHPAD Mer et Pins			
CHLVO	EHPAD Mon Repos			
CHORUM	EHPAD Ste Famille de Grillaud			
Gérontopôle PDL	Eior			
CHU Nantes	Espace de Réflexion Ethique PDL			
CLIC Couëron Sautron				
CLIC Anjou Bleu				
CLIC IGEAC - MAIA				
CLIC Pays d'Ancenis				
CLIC Pays de Châteaubriant				



Répartition des typologies de structures et organismes présents

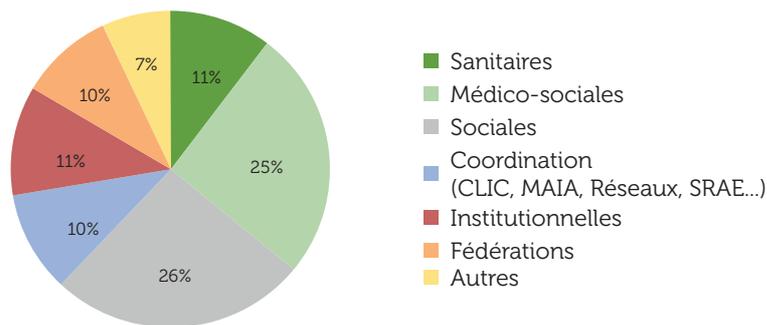


Figure 8 : Répartition des typologies de structures présentes

134 structures ont participé à la journée.

Évaluation de la satisfaction

Un questionnaire de satisfaction a été remis à l'ensemble des participants le jour J.



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

jeudi 12 septembre 2019 – Adélie Nantes

Vous êtes : Médecin Directeur de structure sociale ou médico-sociale Directeur d'établissement de santé
 Infirmier Auxiliaire de vie Assistant social Chef de projet/chargée de mission
 Autre :

Merci de bien vouloir nous faire part de votre satisfaction et de vos remarques.

Titre des interventions	Satisfaction				
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	
Des politiques régionales et territoriales déjà mobilisées sur les enjeux du parcours des personnes âgées					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Ces interventions vont m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					
Deux éclairages sur des situations complexes					
➤ Plan cancer décliné aux patients âgés					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Cette intervention va m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					
➤ Plan maladies neurodégénératives					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Cette intervention va m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					
La personne âgée fragilisée : de la prévention au repérage, des besoins aux réponses : difficultés ? ressources ?					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Ces interventions vont m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					
Présentations d'expériences en territoire					
➤ PTA de Vannes					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Cette intervention va m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					
➤ Coordination Autonomie - Saumur					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Cette intervention va m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					
➤ ANAP					
J'ai trouvé la thématique intéressante					
Cette intervention va m'aider dans ma pratique					
Globalement je suis satisfait					

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
ATELIER : A quelle thématique avez-vous participé ?				
<input type="checkbox"/> Lisibilité des ressources				
<input type="checkbox"/> Echange et partage d'informations				
<input type="checkbox"/> Repérage de la fragilité				
J'ai trouvé la thématique intéressante				
J'ai apprécié la dynamique des échanges				
Les apports vont m'aider dans ma pratique				
Globalement je suis satisfait				
Satisfaction vis-à-vis des aspects pratiques				
La salle me convenait				
Le lieu me convenait				
La durée me convenait				
Satisfaction globale				
Je suis globalement satisfait de cette journée				

Je souhaite contribuer à la poursuite de la dynamique engagée.

Mon adresse mail :

Sous quelle(s) modalité(s) ?

- Groupe de travail
- Renouvellement d'une Journée d'étude régionale
- Contribution à l'écriture du livre blanc

Autre :

J'ai particulièrement apprécié :

.....

Je n'ai pas apprécié

.....

Avez-vous des remarques générales ou particulières :

.....

Merci

122 questionnaires ont été analysés, soit 55% des participants. Parmi ces répondants 21,6% étaient des professionnels de CLIC

Origine et statut des répondants

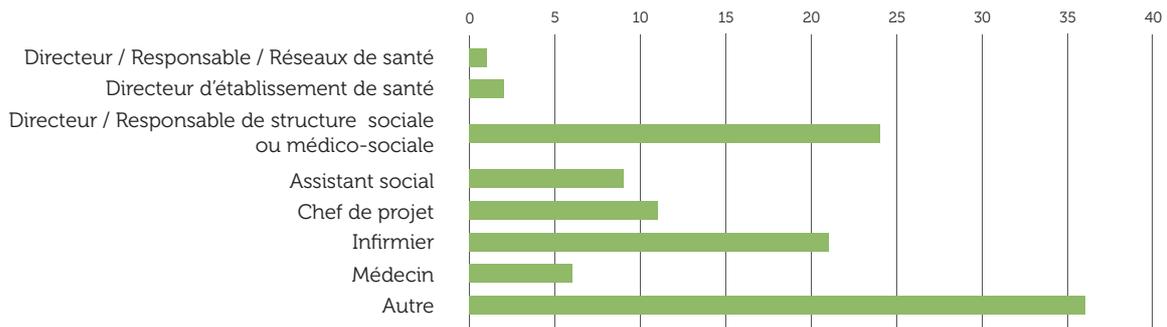
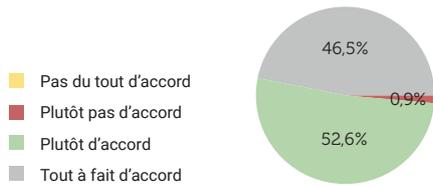


Figure 9 : Fonction des répondants

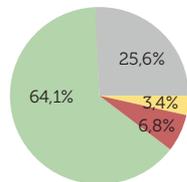
Satisfaction globale de la journée



Les personnes ayant répondu au questionnaire se disent satisfaites de cette journée.

Satisfaction détaillée vis-à-vis des présentations en plénière

Très peu de personnes se disent peu satisfaites ou pas du tout satisfaites vis-à-vis des différentes interventions du matin.



Politiques régionales et territoriales

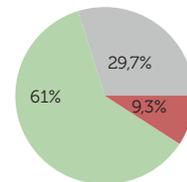
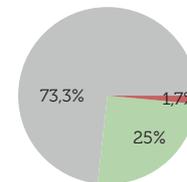
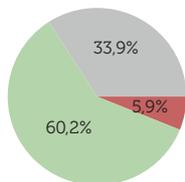


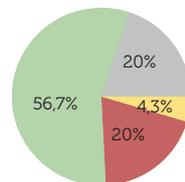
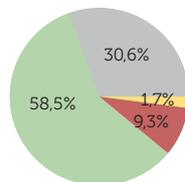
Table ronde sur les parcours des personnes âgées fragilisées



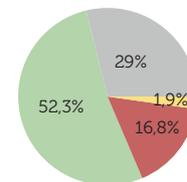
Présentation de l'ANAP



Deux éclairages : cancer de la personne âgée et maladies neurodégénératives

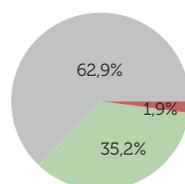
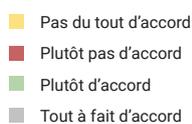


Expériences en territoire : réseau autonomie à Saumur et PTA de Lorient

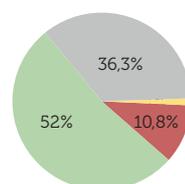


Satisfaction vis-à-vis des ateliers

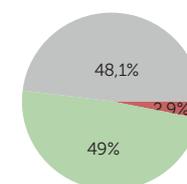
Là aussi les participants ont apprécié la démarche.



Appréciation de la dynamique des échanges



Aide dans la pratique



Satisfaction globale de l'atelier



Quelques verbatims...

J'ai particulièrement apprécié...

La présence d'intervenants divers, le lieu permettant de poursuivre les rencontres ou les échanges

Les échanges riches et expériences différentes sur les différents territoires

Les expériences concrètes

La qualité des interventions. La qualité des échanges en groupe

Les présentations d'expériences en territoire : trop court

La dynamique de la personne qui animait la journée, idem pour les trois personnes qui animaient les ateliers

La diversité des intervenants (monde médical, association...)

Le partage avec les autres participants

La pluridisciplinarité, la diversité

Cas concrets

Ateliers qui ont permis des échanges

Je n'ai pas apprécié...

La durée : beaucoup trop court, pas assez approfondi, pas de possibilité d'échanges avec l'assistance

Le rythme trop soutenu des interventions du matin. Pas de temps d'échange

Bémol sur le programme très dense de la journée, même si l'ensemble des interventions de la journée étaient très intéressantes

Le manque de temps

Présentation parfois trop rapide lors des conférences. Beaucoup d'informations en peu de temps

Un propos pas assez carré sur certaines interventions et surtout pas assez opérationnel ou trop généraliste

La table ronde du matin, un peu «fourre-tout»

Ordre du jour trop dense ne permettant pas de temps de réflexion et d'échanges le matin

80% de la matinée avec des intervenants qui me semblaient loin de mon quotidien

Les acronymes tout azimut dans les interventions

Le timing : journée intéressante, ambitieuse et du coup nous avons été beaucoup bousculés par le timing à respecter (ce qui a parfois entraîné des conclusions hâtives des intervenants)

J'ai particulièrement apprécié...

Je n'ai pas apprécié...

La présentation, la participation des acteurs, les sujets abordés

Pas pu m'inscrire aux ateliers car plus de place fin aout. Merci de nous avoir fait une place

Échanges interprofessionnels + ateliers d'échanges et de méthodologie participative

Matinée très politique

La rencontre avec des acteurs intervenants dans différents champs du parcours de santé de la personne âgée

Les fauteuils de la salle et le manque d'information sur le lieu de déjeuner

Le travail en groupe qui permet à chacun d'oser prendre la parole et partager son expérience

La table ronde de la matinée, les ateliers

La proposition d'initiatives et de solution après une présentation du cadre des politiques de santé

La dynamique régionale pour aller au-delà de l'habitude départementale

Les politiques départementales, l'intervention de l'ANAP. La participation aux ateliers

L'intervention de l'ANAP, la qualité de la modératrice de la matinée

L'organisation

Le partage en petits groupes pour les ateliers qui permet de découvrir d'autres visions, dimensions

La richesse des interventions, la diversité des professionnels présents et la possibilité d'échanger ensemble lors des temps de pause

L'urgence manifestée par tous les intervenants de l'atelier fragilité

journée d'étude parcours de la personne âgée fragilisée Nantes

Publié le 12 septembre 2019



Marine Guist'hau
Gérante de senior coordination

4 articles [+ Suivre](#)

Les coordinatrices de Senior Coordination fières d'avoir participé à cette de travail sur le parcours de la personne âgée fragilisée. Faire avancer la lisibilité des ressources, le partage d'informations et le repérage de la fragilité. Merci aux organisateurs de cette journée.

ARS,UCOGpl,URIOPSS



5

Paroles

d'intervenants



Laurence Brownaeys

Directrice de la Direction de l'Appui
à la Transformation

66

L'Agence a souhaité soutenir cette initiative pour plusieurs raisons :

Elle touche le sujet du maintien de l'autonomie, sujet posé comme une des priorités majeures de notre PRS.

Elle le traite sous l'angle du parcours, et donc en inter disciplinarité : ce sont les solutions co-construites avec les acteurs du parcours et les intéressés eux mêmes qui sont pertinentes.

Enfin, elle met l'accent sur les territoires, leurs spécificités, respectant ainsi les atouts et les difficultés de chaque territoire, nécessitant chaque fois des réponses différenciées.

Cette journée témoigne du dynamisme des acteurs en Pays de la Loire.

Elle doit favoriser l'enrichissement de tous par les échanges d'expériences, par leurs évaluations probantes mais également interpeller les institutions dans leur mobilisation pour accompagner les projets.

99

5



Karine Clerc

Chargée de projets

Direction de l'Offre de Santé et
en faveur de l'Autonomie

66

De nombreux dispositifs ont été déployés dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 et renforcés avec le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 dans un objectif d'amélioration du parcours de santé des personnes malades. Les financements octroyés dans le cadre de ces deux plans n'ont toutefois pas permis un maillage complet du territoire pour l'ensemble des dispositifs proposés.

Les actions doivent aujourd'hui porter sur l'amélioration des conditions d'entrée dans le parcours, en structurant le repérage et l'évaluation des fragilités sur les territoires et en favorisant l'accès au diagnostic. Le parcours d'accompagnement des personnes malades doit encore être amélioré et fluidifié, notamment celui des malades jeunes, et ce dès l'annonce du diagnostic. Il se heurte encore à la problématique de la lisibilité et de la visibilité de l'offre qui pourra notamment être améliorée dans le cadre du déploiement du répertoire opérationnel des ressources (ROR) et des dispositifs de coordination qui seront déployés à l'échelle des territoires (communautés professionnelle territoriale de santé – CPTS, Dispositifs d'appui à la coordination – DAC).

L'accompagnement des EHPAD dans la prise en charge des troubles du comportement reste un enjeu fort qui passera notamment par la formation des professionnels. Enfin, le déploiement d'offres nouvelles pourra permettre de compléter la palette de dispositifs proposés dans le cadre du parcours notamment pour favoriser le répit des aidants (relayage, habitat inclusif...).

99



Marie-Eve Mosset

Directrice Autonomie

66

Le parcours de la personne âgée fragilisée, comme toute personne, et plus encore pour ce public, n'est pas forcément linéaire, il comprend parfois des chemins imprévus, des détours, des allers-retours, parfois des accélérations. Ainsi, notre objectif doit être de permettre à la personne d'avoir un parcours personnalisé, graduable, coordonné et évitant les ruptures, et d'être actrice dans chacune des étapes de son parcours.

A cette fin, le Département agit sur plusieurs leviers. Le premier concerne la prévention de la perte d'autonomie, autour notamment des aides techniques, de la télé-assistance, du soutien aux actions en faveur du lien social et lutte contre l'isolement, des activités physiques adaptées, des mobilités solidaires... Ensuite, un accès facilité et aux droits et à une information pour les personnes âgées et leurs aidants est primordial dans le bon déroulement du parcours. Par ailleurs, l'offre sociale et médico-sociale proposée aux personnes doit être adaptée, c'est-à-dire accessible géographiquement et financièrement, diversifiée et graduée (panel de réponses entre le logement individuel, l'habitat senior, mobilisation de services, accueil séquentiel ou permanent en établissement, ...). Enfin, la continuité du parcours nécessite évidemment une coordination à l'échelle individuelle, autour de la personne, et partenariale, à l'échelle du territoire.

Cette dynamique est à l'œuvre et les acteurs du champ personnes âgées sont volontaires pour mener à bien ces évolutions, avec une vigilance collective à avoir sur la lisibilité et simplicité de ce qui est proposé.

99



Bernard Bonnel

Directeur de l'Autonomie

Direction Autonomie

66

Le Département a une approche globale, décloisonnée du parcours de la personne âgée fragilisée.

La notion de parcours de vie de l'utilisateur est en effet centrale dans le schéma départemental unique social et médico-social 2015-2019 qui contribue à répondre avec les partenaires aux besoins des personnes fragiles dans le double objectif d'autonomie, de responsabilisation et de cohésion sociale sur le territoire départemental, en veillant à rendre les personnes actrices de leur parcours et à conforter l'approche globale et décloisonnée des situations.

Le Département assure un accompagnement au quotidien de la personne âgée fragilisée sur les territoires. Porteur des C.L.I.C et des MAIA, il est garant de la régulation du parcours de vie des personnes âgées fragilisées au domicile : réunions territoriales de coordination autour de situations individuelles associant les acteurs, sociaux, médico-sociaux et sanitaires, animation de la concertation territoriale des acteurs des 3 secteurs dans une logique de co-construction pour prévenir les ruptures, assurer la continuité de la prise en charge.

Il a développé une intervention auprès des personnes âgées avant la survenue de la dépendance en assurant par délégation de service de la CAR-SAT les évaluations au domicile des personnes en GIR5/6, en proposant l'accès à ce panier de service. Il en est de même pour l'accès aux aides de l'ANAH pour l'adaptation de l'habitat.

[...]

99

5

66

[...]

Le comité stratégique départemental MAIA, après une phase d'expérimentation de 18 mois, a acté en juin 2019 le déploiement à l'ensemble du territoire départemental du repérage et de l'évaluation de la fragilité des personnes âgées au domicile.

Le Département développe l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées fragilisées par la technicothèque sur le même plan que l'adaptation du logement souhaitant sa systématisation en préalable à la mobilisation de l'aide humaine.

La conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie des 60 ans et plus met l'accent sur la lutte contre l'isolement et la solitude, l'activité physique adaptée, l'adaptation de l'habitat et du cadre de vie et la prévention en matière de santé. Dans la continuité d'un diagnostic départemental réalisé en 2019, le Département a défini un plan d'actions pour l'aide et le soutien aux aidants.

En novembre 2020, il va mettre en place une maison départementale de l'autonomie, Sarthe Autonomie, pour conforter cet accompagnement décroisé en proximité de la personne âgée fragilisée.

99

66

Chaque patient atteint de cancer intègre un parcours de soins complexe comportant différents moments et de multiples acteurs. Les différents plans cancer nationaux qui se sont succédés depuis 2002 sont une vraie réponse de santé publique visant à améliorer en particulier l'organisation du parcours de soins de ces patients.

Le Plan cancer a en effet édicté un trépied fondamental nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins comportant :

- Une définition d'un parcours de soins idéal pour les patients, véritable référentiel pour les professionnels de santé
- Une réglementation de l'activité des traitements du cancer
- La mise en place de structure de coordination nationale (INCa) et régionales (réseaux régionaux de cancérologie)

Pour les patients âgés, des structures de coordination spécifiques ont aussi été mises en place : les UCOG. Elles sont des ressources indispensables pour les professionnels de santé afin d'améliorer à l'échelle d'une région :

- Le dépistage de la fragilité chez la personne âgée atteinte de cancer
- Le développement des évaluations onco-gériatriques quand elles sont nécessaires, et leur utilisation dans le processus de choix thérapeutique
- Mais aussi la diffusion auprès des professionnels de santé d'informations

99

5



Fabienne Empereur
Médecin coordonnateur

66

spécifiques autour des traitements du cancer et de leurs effets secondaires

- Et la communication avec les personnes âgées atteintes de cancer et leurs proches

En région Pays de la Loire, l'UCOG-pl intégrée au réseau régional de cancérologie ONCOPL met en œuvre depuis 2012 ces actions et de nombreuses autres autour de la coordination des acteurs dans le but d'améliorer la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer.

99



Jean-Yves Cestron

Président

Joëlle Cassin

Directrice

66

La Coordination Autonomie est un dispositif d'appui dont la mission est d'accompagner les parcours de vie des personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap.

C'est une plateforme avec un numéro unique pour les personnes fragiles, les aidants et les professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux.

Elle réunit une équipe de 16 salariés avec des compétences pluridisciplinaires garantissant la transversalité (infirmières coordinatrices, ergothérapeute, coordinatrices CLIC, gestionnaires de cas, pilote, agents d'accueils) et la coordination des parcours.

Elle apporte :

- Une information téléphonique adaptée aux bénéficiaires, aux aidants et aux professionnels : des conseils et des informations sur l'offre du territoire, modalités d'accès
- Un accueil personnalisé en permanence de proximité : analyse de la demande orientation vers le bon service, soutien et échange des personnes, des familles et des professionnels.
- Une expertise d'évaluation globale et multidimensionnelle : évaluation santé par les infirmières coordinatrices, logement par l'ergothérapeute et social-financière par les coordinatrices CLIC
- Un accompagnement pour la mise en place et le suivi des aides humaines, techniques et financières
- Des actions de prévention : aide aux aidants, sensibilisation, santé publique.
- Un espace de concertation de l'ensemble des acteurs du territoire

En conclusion, le dispositif d'appui Coordination Autonomie est repéré sur son territoire comme le point de rencontre de référence pour coordonner les parcours des personnes fragiles aux confins des professionnels de santé, des services d'aides et de soins, des structures sanitaires et médico-sociales et des élus et tutelles.

99

5



Jules Daniel

Vice président

66

La fragilité de la personne âgée se caractérise essentiellement par la perte d'autonomie. Lors qu'elle ne peut plus se rendre à ses rendez-vous par ses propres moyens, aller faire ses courses seule, effectuer ses démarches administratives...etc, c'est l'isolement complet si la famille n'est pas présente ou si elle est éloignée. Les services de transport existants ne répondent que partiellement voire même pas du tout aux besoins de la personne fragilisée.

En fait, les besoins de ces personnes vont au-delà du service de transport, elles ont besoin d'un accompagnement, d'être guidées, orientées. Imaginons une personne de 90 ans qui doit se présenter à l'accueil d'un centre hospitalier, d'une cité administrative. Elle doit être mise en confiance, rassurée par une personne sur laquelle elle peut compter pour la compréhension des renseignements.

Les associations de transport solidaire, appelées aussi mobilité accompagnée, répondent pleinement à cette attente. Basées sur le bénévolat pour assurer un coût très modeste accessible à tous, ces associations n'ont pas vocation à se substituer aux autres moyens de transport existants. Elles mettent en évidence des valeurs de générosité, de solidarité, de lien social.

Pourtant actuellement, l'administration, par le biais de la réglementation sur les transports de personnes, lance une offensive contre le développement de ce service qui risque de compromettre cette activité.

99



Isabelle Rouand

Equipe Mobile de médicalisation

66

Nous avons présenté les appartements « Ker'age », qui est un dispositif d'habitat inclusif à destination de personnes en situation de handicap vieillissantes.

Soutenue par le Département, l'ADAPEI de Loire atlantique propose 10 studios semi-collectifs à Nantes, depuis septembre 2017.

Un partenariat avec l'EHPAD Saint Joseph a permis la mise à disposition d'un plateau de 500 m² non aménagé, au 4ème étage d'un nouveau bâtiment.

Ce lieu a été conçu pour accueillir des anciens travailleurs d'ESAT, âgés de plus de 45 ans, ayant cessé leur activité professionnelle, éligible à la PCH et sous mandat de protection juridique.

Au 4ème étage du bâtiment Gambetta, les 10 studios sont occupés par 8 locataires de droit commun et 2 voisins solidaires, de l'association Nantes Renoue.

Un autre partenariat signé avec l'ADT 44 (Aide à Domicile pour Tous) permet la présence, l'intervention d'un-e « maître-sse de maison » 8 heures par jour pour la préparation des repas avec les locataires, l'entretien des espaces collectifs et les sorties loisirs comme visiter des expositions, musées ou au bord de la mer avec pique-nique...

Les locataires sont libres d'aller et venir autant qu'ils le souhaitent, chacun vit chez soi dans un espace partagé.

Ce dispositif répond aux attentes des locataires ; rompre l'isolement, besoin de sécurité, recherche de convivialité, d'être accompagnés à la vie quotidienne, tout en valorisant le maintien de leur autonomie.

L'habitat inclusif est une alternative à l'hébergement en institution.

99

5

Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs - Démarches et outils

De nombreux professionnels souhaitent aujourd'hui rendre le parcours de leurs patients le plus fluide possible. L'Anap présente de nombreux outils pratiques, conçus et utilisés par des professionnels

Enjeux

Être porteur d'une maladie chronique est aujourd'hui le quotidien de 20 millions de Français. Ces patients sont amenés à rencontrer régulièrement de nombreux professionnels (examens, avis de spécialistes, implications de paramédicaux ou d'aides sociales, ...) dans des lieux différents (cabinets médicaux ou paramédicaux, domicile, officine, hôpital, ...). La bonne interaction de ces professionnels est donc essentielle pour éviter des problèmes d'accès à certains soins, des discontinuités dans la prise en charge du patient, des recours inadéquats aux urgences ou à l'hospitalisation et des difficultés dans le maintien à domicile.



L'Anap met à disposition une vingtaine d'initiatives prises par les acteurs sur leurs territoires pour surmonter les difficultés rencontrées et améliorer le service rendu aux usagers. S'appuyant sur 11 monographies de territoires pionniers, elle regroupe :

- ① La présentation de la démarche et des objectifs de chaque outil déployé dans les territoires ;
- ② 20 fiches pratiques qui permettent de fluidifier le parcours patient afin d'améliorer la lisibilité de l'offre, développer des solutions soutenant le partage d'information, qualifier le processus d'orientation et permettre de soutenir l'exercice partagé et l'accès à l'expertise
- ③ Des outils téléchargeables pour aider au déploiement des outils ;
- ④ Les enseignements de la méthodologie « filières de soins » déployée dans la majorité des territoires étudiés : **Comment instaurer une dynamique territoriale, quelle gouvernance associée, quel rôle de l'usager...**

Cible utilisateur :

Cette publication vise à aider tous les professionnels et les porteurs de projets territoriaux à déployer des outils pour fluidifier le parcours patient tout en tenant compte des enjeux locaux et territoriaux.

Télécharger les documents et outils : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/fluidifier-les-parcours-patients-et-les-synergies-entre-acteurs-demarches-et-outils/>

Autres ressources : L'ANAP propose également des retours d'expérience concernant :

- ① Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) - Appui de 15 régions dans la mise en œuvre de la démarche de diagnostic territorial, la rédaction de leur feuille de route opérationnelle et le suivi de leurs actions.
- ② Santé Mentale (adultes ayant une affection psychiatrique chronique lourde avec ou sans situation de handicap reconnue) - Travaux engagés avec 6 ARS et les acteurs de terrain dans la mise en œuvre et le suivi des actions de leur feuille de route.



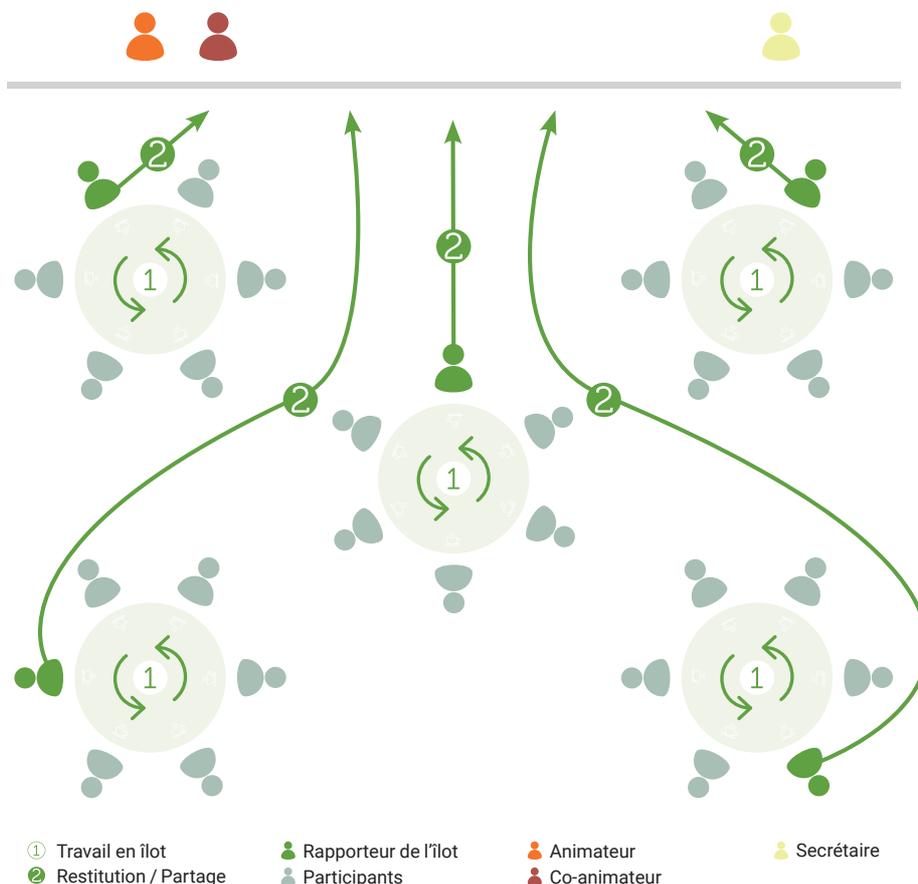
6

Retour sur
les *Groupes de
travail*

Organisation des ateliers

Afin que chacun puisse s'exprimer au mieux, trois thématiques ont été abordées en plus petit comité, sous forme d'ateliers participatifs constitués de 20 à 30 personnes. Les trois thèmes définis sont :

- Repérage de la fragilité et de la complexité (3 salles)
- Lisibilité des ressources (2 salles)
- Échanges et partage d'informations (2 salles)



L'objectif global de ces travaux était d'initier un état des lieux de l'existant et des besoins afin de faire naître ensemble des perspectives et des axes de progrès en lien avec des actions de terrain.

A l'issue de ces ateliers, une restitution des perspectives définies par le groupe a été présentée par les animateurs de chaque groupe, au cours de la restitution de 16h à 17h.

Méthodologie de travail en atelier

Au sein de chaque salle, le travail s'est fait en îlots. Ces 2h de travail en atelier ont débuté par 10 minutes de présentation puis le temps restant a été découpé en quatre parties :



L'état des lieux (30 minutes)



Un monde idéal (30 minutes)



Les perspectives (30 minutes)



Validation du groupe de ce qui sera présenté en plénière par l'animateur (20 minutes)

La demi-heure de travail sur les 3 premières parties (« L'état des Lieux », « Le monde idéal », et « Les perspectives ») a également été découpée en deux temps :



Réflexion en îlot (15 minutes)



Restitution au cours de laquelle le rapporteur de chaque îlot a eu quelques minutes pour énoncer ce que l'îlot avait identifié (15 minutes)

Restitutions des ateliers

Les animateurs et rapporteurs des ateliers d'une même thématique ont produit eux-mêmes la restitution des échanges sur la base des documents rédigés en séance. Ainsi les 3 retours présentés ici sont la restitution fidèle des ateliers.

① "Repérage de la fragilité et complexité"

Les professionnels et représentants d'usagers présents à la journée et représentatifs des acteurs du « parcours de la personne âgée » s'accordent autour de la nécessité de devoir s'entendre sur une définition commune de la fragilité, s'appuyant sur des **composantes multidimensionnelles**. Elles sont notamment d'ordre sanitaire, social, environnemental, culturel et financier. Le **repérage précoce** de la fragilité est essentiel car, suivi d'une prise en charge adaptée, il peut contribuer à limiter le risque d'entrée dans la complexité voire d'hospitalisation ou de prise en charge inadéquate.

Un état des lieux

Tous constatent une **connaissance partielle des dispositifs** de leurs missions et du maillage sur les territoires. L'existence de réponses parcellaires face à certains parcours spécifiques et la persistance du cloisonnement sanitaire et social est encore aujourd'hui très prégnante.

Ces situations nécessitent **l'élaboration et la validation d'outils communs** d'évaluation mais aussi de coordination, au regard de la diversité de ceux utilisés sur le territoire. L'usage de ces outils nécessitera de s'accorder sur leur intérêt, leur diffusion, leur partage.

Chacun s'accorde à vouloir intervenir au plus vite dès l'émergence de la fragilité, interrogeant et soulignant l'importance de la démarche **préventive et éducative du collectif des acteurs** sur le territoire.

Un monde idéal

Dans l'idéal, pour les acteurs présents, le dispositif qui facilitera le repérage de la fragilité devra être simple, lisible, accessible par tous au travers d'un guichet unique, d'une grille d'évaluation commune. Il sera en lien avec l'outil permettant la transmission d'informations partagées.

Une évaluation personnalisée de la fragilité et/ou de la complexité au domicile (au sens large) doit se faire **régulièrement** afin de pouvoir organiser une prise en charge précoce.

En s'appuyant sur les **dispositifs et structures existants**, une gouvernance sera appréciée afin d'aider au décroisement sanitaire et social, professionnels et usagers, ville et hôpital. Ce dispositif devra pouvoir préserver une proximité vis-à-vis de ses bénéficiaires et une connaissance exhaustive des différentes ressources existantes, en s'appuyant sur un répertoire unique.

Une cohérence des territoires d'intervention du dispositif de coordination exigera d'**harmoniser les périmètres** actuellement définis.

Les perspectives et les actions d'amélioration

ORGANISATION DES STRUCTURES

- Harmoniser les circuits de financements
- Définir des périmètres d'intervention identiques (CLIC, MAIA, Réseau ...).
- Partager un langage commun

CONSTRUCTION D'OUTILS

- Harmoniser et simplifier les outils de repérage, qui devront être en lien avec les outils de partage d'information.
- Construire un accès unique au dispositif (guichet unique mobile ?, numéro unique national renvoyant vers un Dispositif d'Appui à la Coordination territorial ?)

PRÉVENTION

S'engager dans une démarche de prévention (bilan systématique de repérage de la fragilité, campagne de prévention). Elle nécessitera une formation des professionnels et non professionnels autour d'un outil afin que chacun puisse participer à ce travail de repérage. Un travail territorial sur l'évolution des représentations, tant au travers d'un plan de communication que d'actions de sensibilisation de la population sera nécessaire.

La notion de « situation de dépendance » est apparue plus pertinente que la notion d'âge ou de « dépendance seule » pour l'accès au parcours de soins coordonné, laissant la possibilité d'un dépistage plus précoce dès les premiers signes de vulnérabilité dans le parcours avant cette entrée dans la dépendance.

Un accompagnement plus précoce est proposé dans le parcours du patient et de l'usager avec une graduation des interventions en fonction de la perte d'autonomie, en optimisant l'identification des éléments de fragilité qui risquent de déstabiliser ce parcours, plus efficace, et ainsi de prévenir les situations d'urgence et les prises en charge inadéquates. Le suivi régulier de la personne est nécessaire.

MOYENS HUMAINS

Le sujet des moyens ne peut faire l'économie d'être également partie prenante de la réflexion. Pour la revalorisation d'une part des métiers (tel que celui des aides à domicile ou autres acteurs du secteur médico-social) intégrant la reconnaissance de leur place dans le repérage et la prise en charge de la fragilité, et d'autre part pour la reconnaissance de la place des aidants. Ces deux aspects sont essentiels pour assurer l'efficacité des dispositifs.

Les ressources humaines au sein des équipes pluridisciplinaires d'appui devront par ailleurs être calibrées en fonction des besoins et des contraintes du territoire.

2 "Lisibilité des ressources"

An état des lieux

Actuellement, il existe beaucoup de ressources dans le parcours de la personne âgée fragilisée. Bon nombre d'entre elles ont été énumérées et un classement a été proposé :

Structure accueillant des personnes âgées

Établissements :

- Centre Hospitalier (CH)
- Accueil de jour
- Résidences autonomie
- Résidences seniors
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Plateforme de répit*
- Equipe mobile de gériatrie

Intervention à domicile :

- Centre local d'information et de coordination (CLIC)*
- SSIAD
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)
- Plateforme de répit*
- Professionnels libéraux

Autres :

- Associations

Structure d'appui

- Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)
- Equipe d'Appui, d'Adaptation et de Réadaptation
- Gérontopôle / Maison de l'Autonomie (MDA)
- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)
- Centre local d'information et de coordination (CLIC)*
- CPTS

Outils

Outils de coordination :

- Via Trajectoire (outils de coordination)
- Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Outils d'information :

- Site internet du Conseil Départemental (outils d'information)
- Site internet des Maisons de l'Autonomie
- Site internet gouvernemental « Personnages âgées » (outils d'information)

* Cités dans plusieurs catégories

Lors de l'état des lieux, les participants ont indiqué un manque :

- De connaissance de l'exhaustivité des ressources existantes
- De coordination des ressources
- De mise à jour des outils numériques
- D'accès et d'utilisation des outils numériques, certains nécessitant une aide humaine
- D'homogénéité de ressources sur les territoires (urbain/rural)

Un monde idéal

L'utilisateur reste au cœur de sa prise en charge et doit connaître ses droits tout au long de son parcours.

FACILITER L'INTER-CONNAISSANCE

↳ **Après des usagers**

L'utilisateur devrait pouvoir identifier facilement les différents types d'offres de soins et d'aide à partir de son lieu de vie, de ses besoins et de ses choix à un moment donné.

Si besoin, il devrait pouvoir faire appel à une structure pilote, centrale permettant de l'aiguiller facilement dans l'identification, au regard de ses besoins, des structures à solliciter (sanitaire, médico-sociale et sociale).

L'offre de soins devrait être homogène entre les territoires et la pénurie médicale devrait être réduite considérablement en favorisant la mobilité réciproque.

↳ **Après des professionnels du territoire**

Dans un monde idéal, les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, impliqués dans le soutien et la prise en charge des personnes âgées fragiles, se connaîtraient, parleraient le même langage et travailleraient ensemble. Le champ d'action de chacun serait clair, précis, transparent et connu. Une mise à jour de l'interconnaissance des professionnels est indispensable (formation continue) afin de favoriser l'émergence de projets communs et coconstruits dans un esprit de décloisonnement.

HARMONISER LES SYSTÈMES D'INFORMATION

Dans un monde idéal, un outil commun serait utilisé rassemblant les différentes informations concernant les structures et les dispositifs. Cet outil serait en lien avec la plateforme métier de chaque professionnel.

Dans un monde idéal, chaque usager aurait à identifier les interlocuteurs privilégiés sur un même support papier ou numérique : Médecin traitant, IDE du domicile, pharmacien d'officine, kinésithérapeute, service d'aide à domicile...

Perspectives

FACILITER L'INTER-CONNAISSANCE

Élaboration d'un diagnostic partagé des besoins des usagers par bassin de vie

↳ A l'attention des usagers

- Identifier le bassin de vie de la population avec l'offre complète sur chaque bassin de vie. Cohérence de territoire/proximité
- Créer une porte d'entrée unique : répertoire, numéro de téléphone, site internet
- Créer une équipe autonome avec référent prédéterminé
- Identifier dans les mairies un interlocuteur des Personnes Agées
- Améliorer l'offre de soins en incitant les médecins à s'installer en milieu rural pendant au moins 2 ans après leurs études (études financées)
- Clarifier les sigles, abréviations et appellations des ressources afin de pouvoir parler le même langage et mieux identifier le rôle de chacun.

↳ Après des professionnels du territoire

Proposer des temps d'échanges et de rencontres pluri-professionnels pour une connaissance des acteurs, des missions, des limites d'intervention, pour faciliter les relais.

HARMONISER LES SYSTÈMES D'INFORMATION

↳ Des outils à destination des professionnels et des usagers

- Mettre en place une cartographie proposant un répertoire actualisé des ressources par territoire via un site internet : Cet annuaire des ressources serait porté par une institution déjà existante (ne pas recréer un autre acteur) pour assurer le suivi afin de garantir la qualité des ressources répertoriées. Les acteurs devraient pouvoir mettre à jour les informations de l'annuaire; pour ce faire il faut harmoniser les critères d'entrée et de sortie. En parallèle, clarifier les sigles et appellations des ressources.
- Mettre en place un numéro unique par département pour usagers ET professionnels pour informer et orienter. Ce numéro unique pourrait être national et décliné par codes postaux. Il permettrait d'évaluer la situation et orienterait l'interlocuteur dans le parcours complexe de la personne âgée fragilisée.
- Développer l'utilisation d'un support type Carte A'DOM pour le patient qui regroupe l'ensemble des informations sur la personne (carte A DOM, logiciel partagé, application numérique)

↳ Des outils à destination uniquement des professionnels

Mettre en lien le répertoire / annuaire cité ci-dessus avec un logiciel métier interopérable pour l'ensemble des professionnels pour le partage de l'information sécurisée

VALORISER LES PROFESSIONNELS ET LES FILIÈRES DE FORMATION

- Augmenter la rémunération au regard des compétences, des qualifications, un juste équilibre entre contribution/prestation et rétribution
- Valoriser l'image des filières (services à domicile...)

HARMONISER, SIMPLIFIER LES DISPOSITIFS, DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES FINANCEMENTS

- Développer une politique du vieillissement à l'échelle locale
- Adapter les moyens financiers pour mettre en place les outils et formations
- Déployer les moyens humains et de formations pour les professionnels

RENFORCER LE TRAVAIL COLLABORATIF SUR LES TERRITOIRES ET ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

↳ Informer et former les professionnels

Accompagner les équipes aux changements des habitudes de travail (arrivée de nouveaux outils).

↳ Mutualiser

- Renforcer la visibilité des différents outils sur le territoire (par secteurs géographiques) (aidants44.fr, parole de famille sur 49...)
- Mutualiser les compétences des acteurs (ergo, orthophoniste, ...)

↳ Renforcer l'offre pour favoriser le décloisonnement : EHPAD hors les murs à déployer, plateforme gérontologique, logements intermédiaires, ...

③ "Partage d'informations"

Un état des lieux

BESOINS IDENTIFIÉS POUR LES PROFESSIONNELS

Les échanges ont mis en évidence la multiplicité des acteurs de champs de compétence et d'intervention différents : médico-social, sanitaire et social. Ces professionnels sont à l'origine d'informations complémentaires sur le patient et l'utilisateur pris en charge. Il apparaît cependant des **disparités dans le langage** utilisé avec la nécessité de traduction et d'un langage commun entre les différents champs pour améliorer le partage d'informations entre eux et l'utilisation des données.

Les **outils supports au partage d'informations** utilisés sont aussi très divers (numérique, papier, téléphone...) et non interopérables rendant difficile le partage de celles-ci et de ce fait accentuent le morcellement de la prise en charge. La coordination est alors rendue moins efficace et disparate selon les territoires et domaines d'expertises.

Un des enjeux mis en évidence est non seulement l'accès à l'information concernant le patient et l'utilisateur mais aussi son utilisation par les professionnels pour une bonne coordination. Cette utilisation ne pourra se faire que si la juste information a été transmise au bon professionnel. En effet le risque est d'être noyé sous une masse d'informations pouvant masquer l'information pertinente pour la prise en charge par un professionnel en particulier.

Le sujet du partage d'information a également soulevé la problématique de l'accès aux données personnelles par les différents professionnels. La connaissance de ce **cadre juridique** semble être disparate. Cette problématique de l'accès aux données et du secret professionnel est accentuée lors d'une prise en charge au domicile favorisant les échanges informels entre patient, divers professionnels et aidants. Le partage d'informations serait également plus complexe chez les patients les plus fragiles du fait de la communication qui peut être altérée (notamment lorsqu'ils sont atteints de troubles neuro-cognitifs).

Le secret professionnel pourtant doit être respecté par les intervenants, il faudrait donc pouvoir définir les informations pertinentes qui peuvent être partagées par les différents corps de métiers. Il est apparu que certaines informations confidentielles étaient parfois disponibles alors que des informations non confidentielles ne l'étaient pas, ceci mettant en lumière la nécessité de rationaliser ce partage d'informations.

La problématique singulière du secret médical est soulevée, concernant notamment la transmission d'informations sur l'état de santé du patient quand il y a un retentissement potentiel sur son autonomie. En effet, ces informations peuvent être utiles aux professionnels du champ social ou médico-social intervenant auprès du patient. Dans ces cas, le patient doit pouvoir donner son accord aux informations partagées entre professionnels.



Ce partage d'information nécessite un temps dédié. Un des principaux freins à ces échanges est le manque de temps dû à la prise en charge d'un nombre important de patients. Les outils de partage d'informations actuels ne paraissent pas permettre d'optimiser ce temps de façon efficace.

Les outils identifiés sont :

- Les réunions de coordination entre professionnels (ex : entre CLIC et SSIAD), ou entre les professionnels et le patient et/ou l'entourage
- Les carnets de liaison au domicile des patients
- Les annuaires portés par différents supports (internet, papier...)
- Le partage d'informations par mails, malgré l'absence d'utilisation d'une messagerie sécurisée dans certaines structures ne permettant pas de respecter le secret professionnel
- L'utilisation de logiciels partagés plus ou moins sécurisés
- Le téléphone
- Carte A'DOM (carte appartenant au patient et listant les différents professionnels de santé de ville intervenant dans sa prise en charge. Elle a été créée par les URPS)

Les informations pertinentes échangées concernant les patients sont :

- Les informations administratives communes à tous les services
- La connaissance de l'environnement (entourage et professionnel), les caractéristiques du lieu de vie
- Les soins prodigués et les aides déjà en place
- Les prestations dont bénéficie le patient, les aspects financiers de la prise en charge,
- Le GIR
- Le souhait de la personne concernant son projet de soins et de vie,

La visibilité de l'offre de services disponible sur le territoire pourrait être améliorée.

AUTOUR DU PATIENT

Les informations communiquées à l'aidant font également l'objet d'une réflexion. La place de l'aidant en fait un interlocuteur privilégié mais il ne faut pas oublier que la communication des informations concernant le patient est soumise à accord de la part de celui-ci et donc au respect du principe de confidentialité.

Le professionnel qui communique les informations à l'aidant est également à identifier dans ce contexte.

Dans le cas de patients placés sous mesures de protection juridique, tutelle ou curatelle, le recueil des souhaits et volontés du patient n'a pas toujours été réalisé par anticipation, ce qui peut rendre la prise en charge plus complexe.

Le recueil et la transmission d'informations « sensibles » concernant ses pathologies, ses croyances ou les orientations sexuelles ne font pas l'objet d'une transmission systématique, ceci étant encadré par la législation et au regard d'une démarche éthique.

Un monde idéal

Dans un monde idéal, les professionnels des champs du sanitaire, du médico-social et du social, se connaîtraient, parleraient un langage commun et partageraient des informations adaptées et pertinentes. Pour cela les professionnels auraient du temps et des outils adaptés.

De leur côtés, les usagers et leurs aidants donneraient leur **accord à ce partage d'information** (de tout ou partie d'information), auraient connaissance de ces informations et de leur partage, et se sentiraient très impliqués par leur santé (éducation, pair-aidance, modification des habitudes de vie, et d'hygiène de vie).

Dans un monde idéal, les prestations sanitaires et sociales seraient **homogènes sur l'ensemble du territoire**, garantissant une prise en charge optimale.

Perspectives et actions d'amélioration

REPLACER LE PATIENT AU CENTRE DE SA PRISE EN CHARGE

- **Bénéficiaire d'un temps** de recueil des informations, d'échange et de synthèse suffisant pour replacer le patient au centre de sa prise en charge en tant qu'acteur.
- Transmettre à l'usager des **informations claires et adaptées** afin de lui permettre un meilleur empowerment et une implication dans la gouvernance.
- Favoriser une **approche pédagogique et participative** avec le patient et son entourage (formation, transmission des informations entre professionnels) afin de donner des moyens aux acteurs de terrain, et favoriser les concertations avec les intervenants.

METTRE EN PLACE DES RÉFÉRENTS DE PARCOURS PERSONNALISÉS / COORDONNATEURS

- Identifier un **professionnel (coordonnateur)** pour recueillir des informations fiables, les attentes de l'utilisateur et réaliser une évaluation systématique du lieu de vie.
 - ↳ Le rôle de coordinateur pourrait ici prendre tout son sens dans ce parcours complexe :
 - ↳ Accompagner et informer l'utilisateur et son entourage
 - ↳ Impulser et renforcer la mise en réseau des intervenants tout au long du parcours (CLIC, délai d'intervention..) et rendre le parcours plus lisible
 - ↳ Aborder une vision macroscopique du parcours nécessaire à une vision plus globale
 - ↳ Donner un sens à l'accompagnement sans dilution des informations et des actions
- Identifier systématiquement un **référént** issu de l'entourage du patient
 La sensibilisation de l'utilisateur concernant l'intérêt de l'identification d'un référent professionnel auprès ou parmi les professionnels serait facilitant d'une relation de confiance. Une des difficultés reste dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs et des problématiques familiales associées

HOMOGÉNÉISATION

- Définir une **gouvernance commune**, permettant une convergence des dispositifs de partage d'informations, de décloisonner ceux-ci ainsi que les enveloppes financières.
- Simplifier le langage entre professionnels en détaillant et clarifiant les sigles si nécessaire.
- Utiliser un **outil commun** et une différenciation des autorisations d'accès à l'information en fonction du domaine d'intervention.

MOYENS FINANCIERS

- Ajuster des **moyens financiers** à l'élaboration de ce parcours d'accompagnement coordonné. Cela semble dès lors indispensable afin de donner la possibilité aux professionnels d'avoir le temps et l'organisation nécessaire à la réalisation de cette démarche. Le maintien à domicile pourrait ainsi relever plutôt du « Soutien » à domicile.
- **Valoriser les parcours professionnels** tant sur le plan financier, de la formation ou de l'attractivité. Des formations communes, transversales et interdisciplinaires sont à développer afin de favoriser l'interconnaissance, l'acculturation, l'utilisation d'un langage commun et la prise de conscience de n'être qu'un maillon de la chaîne de prise en charge mais nécessairement en lien avec les autres

OUTILS

- **Construire un outil informatique** comme ressource, avec un logiciel lisible et la possibilité de partager en tenant compte de la nécessaire protection des données personnelles. Le dossier informatisé pourrait permettre un accès aux données sanitaires, sociales et médico-sociales de la naissance à la fin de vie. Le développement des accès à une messagerie sécurisée accessible de n'importe quel poste est plébiscité.
- **Utiliser un outil permettant de prendre connaissance de l'offre et de la disponibilité** de l'accès aux structures d'hébergement d'urgence afin de sécuriser le parcours du malade et ainsi de limiter le passage aux urgences.
- Mettre en place un **numéro unique accessible 7j/7 et 24h/24 national** permettrait après une identification des besoins, une orientation vers le service adéquat, d'activer les services de proximité pour les personnes âgées fragiles, commun aux usagers et professionnels.
- **Construire un annuaire des ressources**, mis à jour en temps réel permettant également une meilleure lisibilité des ressources compréhensibles partout sur le territoire, une facilitation des démarches, d'accès aux informations.

DISPOSITIFS EXISTANTS INSPIRANTS

La mise en lumière sur des dispositifs efficaces déjà présents favoriserait la dynamique de coopération entre les différents professionnels qui travaillent déjà ensemble en infraterritoire et faciliterait des rencontres interprofessionnelles.

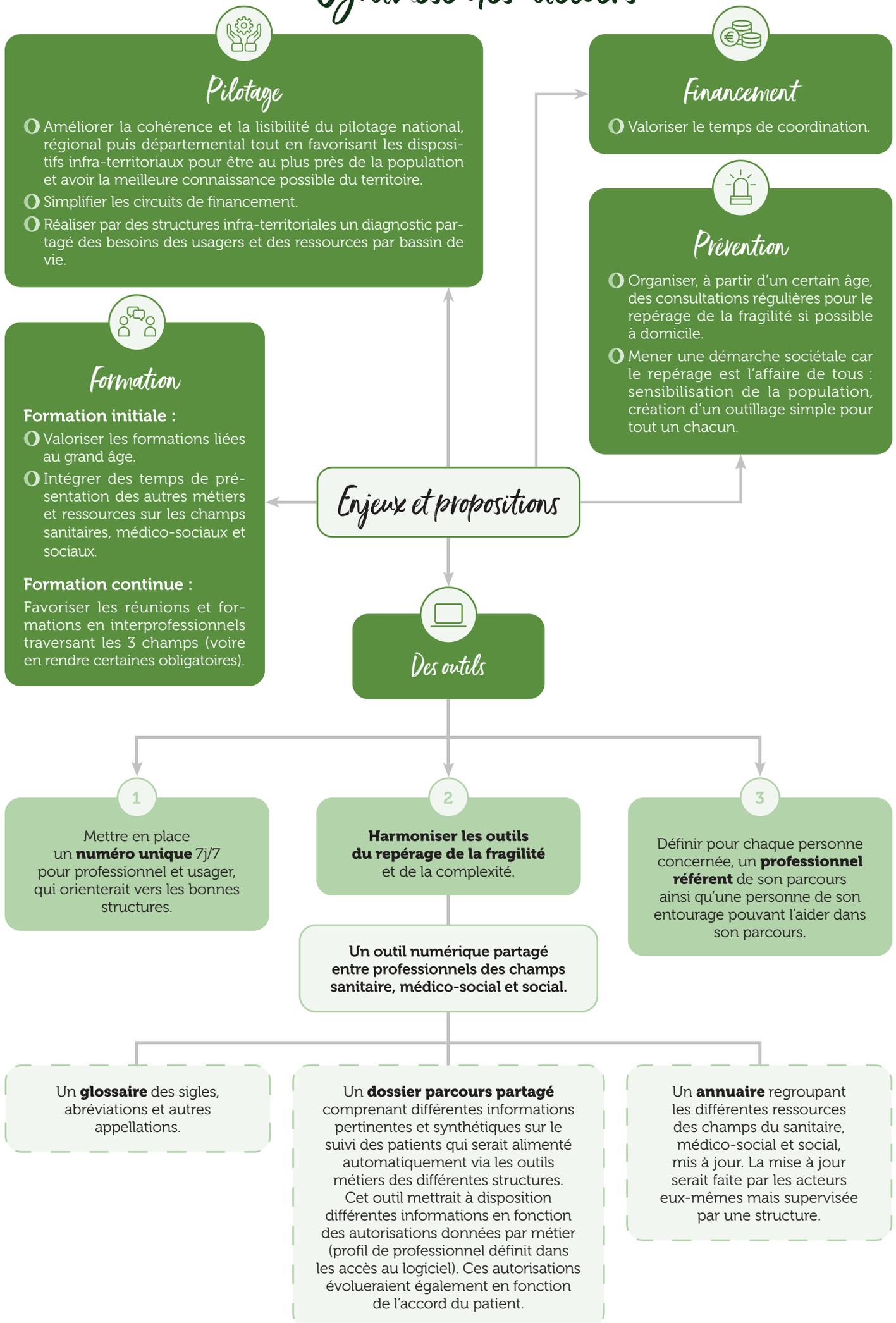
Le développement des **maisons de santé et des centres de santé polyvalents** semble répondre à quelques-unes de ces problématiques : la coordination interne, la prévention, l'utilisation de logiciels partagés, le projet commun autour du patient. Pour l'instant le projet individualisé semble spécifique aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux et devrait être développé en ville pour permettre un meilleur partage et une meilleure utilisation pour le suivi du patient et de l'utilisateur. La coordination entre les acteurs d'établissements et de ville est à améliorer pour une meilleure fluidité du parcours.

L'outil Carte A'dom a été cité comme exemple pour la coordination de tous les intervenants, à déployer et uniformiser.

L'utilisation de la **télé médecine** pourrait répondre aux problématiques liées aux zones sous dotées en acteurs des champs sociaux, médico-sociaux et médicaux.



"Synthèse des ateliers"



7

*Conclusion
et Perspectives*

Continuité du Comité de Pilotage régional :

- Taux de satisfaction important et degré d'intérêt exprimé par l'ensemble des contributeurs à l'organisation de la manifestation
- Soutien méthodologique à la rédaction du livre blanc par les acteurs, et à sa diffusion
- Maintien de la dynamique transversale et régionale
- Possibilité de convier des « personnes qualifiées » et/ou partenaires institutionnels de manière ponctuelle ou récurrente au regard de l'ordre du jour du comité de pilotage

Souhait des participants

Souhait des participants à la Journée de contribuer à la poursuite de la dynamique engagée :

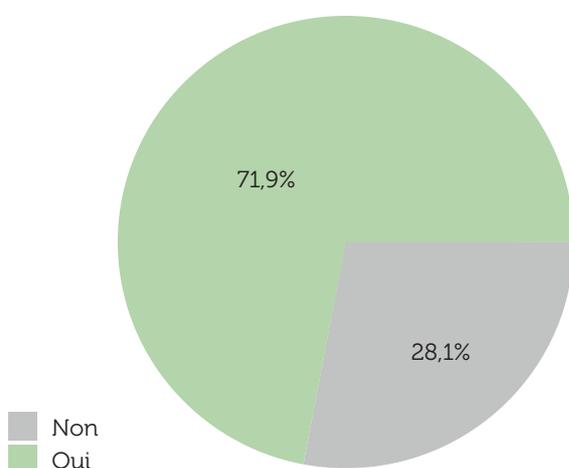
	Effectifs	% Rep.
Non	25	28,1%
Oui	64	71,9%
TOTAL	89	100%

Réponses effectives : 89

Non réponse(s) : 33

Taux de réponse : 73%

Modalité la plus citée : Oui



Sous quelle forme ?

Renouvellement d'une journée d'étude régionale	53	81,5%
Groupes de travail	37	56,9%
Contribution à l'écriture du livre blanc	14	21,5%
Autre	0	0%

CONCLUSION

Le fort degré de mobilisation des acteurs et partenaires au sein de nos réseaux respectifs s'est exprimé tout au long de la démarche initiée par l'UCOGpl et l'URIOPSS Pays de la Loire avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Il témoigne du besoin toujours aussi prégnant d'une identification et d'une mobilisation transversales des ressources humaines, politiques, économiques, institutionnelles et associatives. L'objectif visé est bien d'améliorer et de faciliter le repérage des besoins et les réponses qui sont apportées aux personnes âgées en risque et en situation de fragilité.

Un certain consensus s'est exprimé le 12 septembre 2019, à l'occasion de notre événement partenarial, tant sur les éléments d'état des lieux que sur les actions prioritaires à engager.

Ce mouvement de mobilisation embarque avec lui les professionnels des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires mais également les aidants, proches et personnes âgées elles-mêmes qui partagent des attentes et des propositions convergentes.

Cette expression riche et plurielle d'attentes en termes de meilleure information, communication, couverture territoriale de l'offre de soins et de santé est la manifestation d'expressions du terrain maintes fois reprises dans les schémas programmatifs d'action sociale, médico-sociale et sanitaire.

La mobilisation et coproduction de préconisations signifie que nous franchissons aujourd'hui une étape dans la maturation et la conviction partagée de l'intérêt des dynamiques transversales.

Mais quid de la mise en œuvre opérationnelle des mesures identifiées comme nécessaires sans arbitrage politique, priorisation, et adaptation des moyens dans une logique d'équité en associant l'ensemble des parties prenantes aux décisions et aux actions à engager.

Les pouvoirs publics et nos réseaux pourront s'appuyer sur ces expériences, propositions d'actions et la dynamique partenariale transversale pour agir concrètement sur les territoires et avec les personnes concernées riches de leurs singularités.

REMERCIEMENTS

La démarche partenariale et la rédaction de ce livre blanc a été possible grâce au concours de nombreuses personnes que nous souhaitons remercier ici.

Nous pensons tout d'abord aux membres du comité de pilotage qui se sont impliqués dès le début du projet, mais aussi aux salariés de l'URIOPSS, de l'UCOGpl et plus largement d'ONCOPL. Nous n'oublions pas non plus toutes les personnes venues en renfort le jour même de l'événement et celles qui ont participé à la relecture et à la valorisation de cet ouvrage, et notamment les collègues de nos deux structures.

Nous voudrions également faire part de notre reconnaissance auprès des institutions qui ont cru en ce projet et qui nous ont aidés à le réaliser.

Un grand merci à chacun pour ces engagements et collaborations qui ne font que commencer !

Contact



Véronique Bourcy

Chef de projet et Coordinatrice non médicale
UCOG pl

📞 02 40 84 75 99

✉️ veronique.bourcy@chu-nantes.fr



Anne-Cécile Fourrage

Conseillère technique Politiques médico-sociales
Uriopss Pays de la Loire

📞 02 51 84 50 10

✉️ ac.fourrage@uriopss-pdl.fr

Conception graphique :

Eva Garnier - Chargée de communication
eva.garnier17@gmail.com