

Fiches points-clés sur le repérage et la prise en charge de la fragilité: quelle appropriation par les acteurs de terrain?

Réunion de la CPP du mardi 29 septembre 2015
DAQSS/SMACDAM/Nathalie DEROZIER



Une démarche de retours d'initiatives: Pourquoi?

Deux grands objectifs

- ❑ **Disposer de données sur l'appropriation par les acteurs de terrain de nos travaux, et sur cette base, rendre compte de leur utilisation et les faire évoluer.**
- ❑ **Valoriser les expériences réussies et permettre aux professionnels et aux institutions de les partager et de s'en inspirer.**

Procédure validée par le Collège le 21 janvier 2015.



Bilan du premier appel à retours d'initiatives

Quelques éléments et données (1)

- ❑ Deux fiches points-clés concernées: Repérage et prise en charge de la fragilité de la personne âgée en soins primaires
- ❑ Appel mis en ligne le 15 avril et clôturé le 30 juin 2015
- ❑ 39 retours d'initiatives reçus, dont 5 hors champ:
 - ✓ 2 retours d'initiatives intéressants s'inscrivant plutôt dans la FPS « Réduction des hospitalisations évitables » = à capitaliser ultérieurement
 - ✓ 2 créateurs d'entreprises recherchant un soutien financier
 - ✓ 1 projet de thèse en sciences humaines hors champ
- ❑ Des retours d'initiatives ne permettant pas d'être exploités malgré les relances.

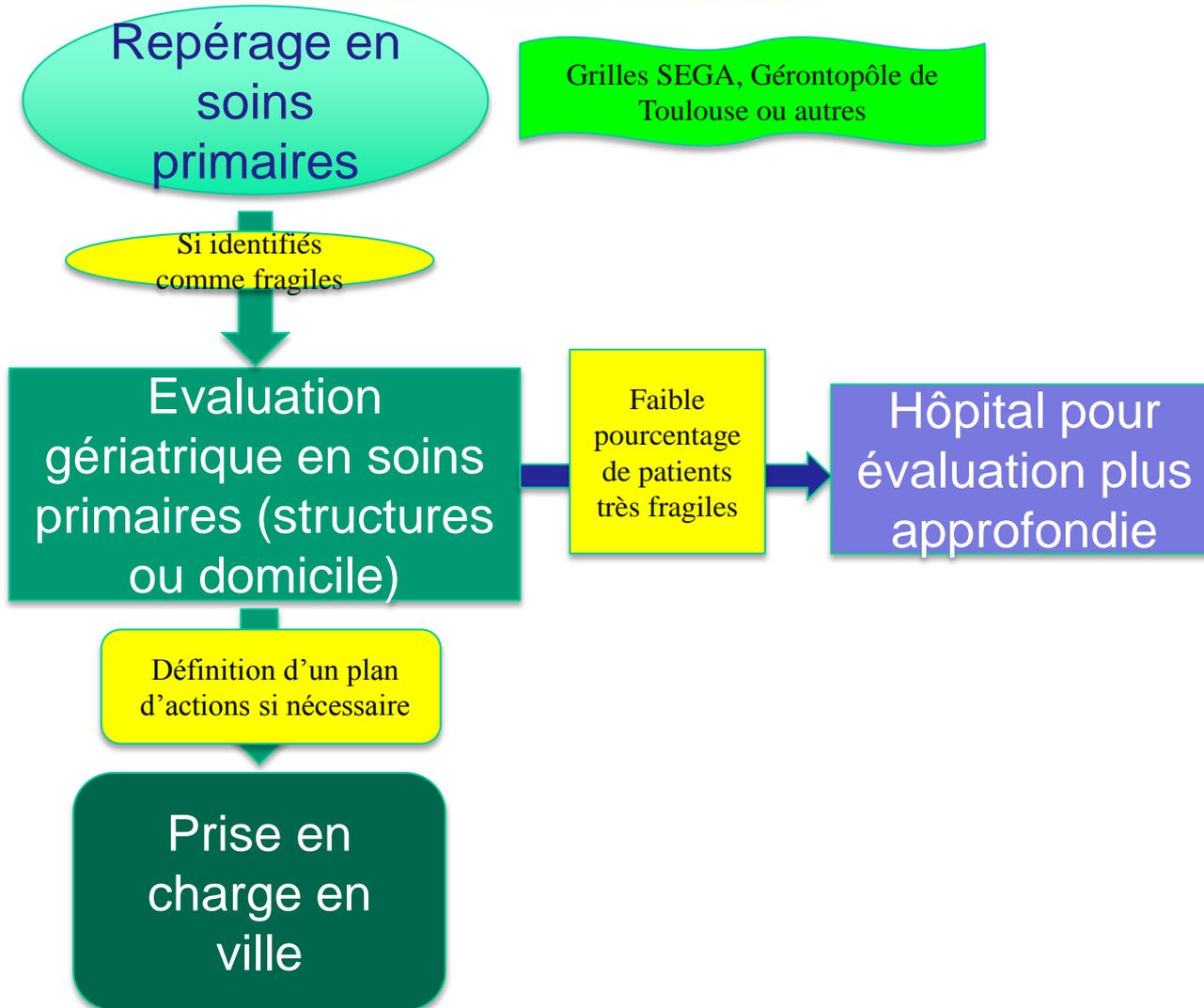
Quelques éléments et données (2)

- ❑ Diffusion de l'appel: ARS/organisations professionnelles/sociétés savantes/fédérations de réseaux gérontologiques
- ❑ Majorité des retours d'initiatives déposés via formulaire d'enquête Modalisa
- ❑ 8 ARS ayant transmis des retours d'initiatives ou des travaux de réflexion en cours (cahier des charges, comptes rendus de réunions, rapports d'activité, etc.)
- ❑ 7 rencontres avec des promoteurs/ 21 entretiens téléphoniques

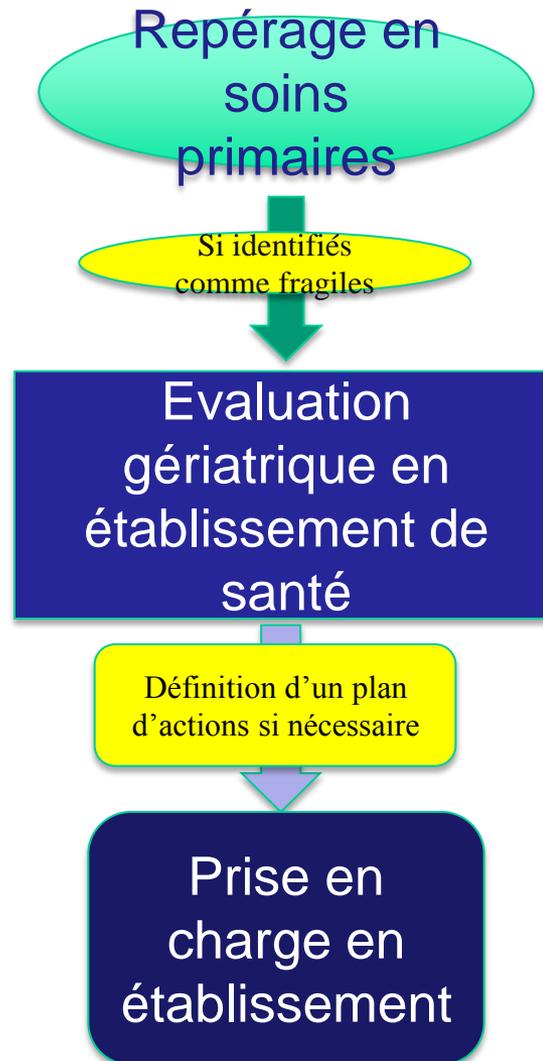
Les promoteurs des 32 retours d'initiatives exploitables

- ❑ Caisse des mines/Centres de santé Filiéris: 15 sites répartis dans 7 régions
- ❑ Caisse de retraite: CARSAT Nord-Est
- ❑ Etablissements de santé: 5 CHU (dont validation de 2 grilles de repérage), 3 CH, 1 clinique, 1 ESPIC
- ❑ MSP/Pôles de santé: PC art. 51, PAERPA, art.70.
- ❑ Réseaux de santé: 4, dont un groupement régional de 9 réseaux gérontologiques
- ❑ Associations autres: 2
- ❑ Société savante: SOFRESC

Modèle 1 Le modèle exclusivement « Soins primaires »



Modèle 2 « L'hybride »



Grilles SEGA, Gérontopôle de Toulouse ou autres

Modèle 3 « L'intra-hospitalier »

Repérage opportuniste en établissements de santé:
Urgences/SSR/Orthopédie
/Oncogériatrie

Grilles SEGA, Gérontopôle
de Toulouse ou autres

Si identifiés
comme fragiles

Evaluation
gériatrique en
établissement

Définition d'un plan
d'actions si nécessaire

Prise en
charge en
établissement

Constats (1)

- ✓ Des projets à des degrés divers de maturité, mais cependant souvent au stade du lancement.
- ✓ Les travaux sur la fragilité ont touché des publics qui ne faisaient pas partie de la cible initiale (établissements hospitaliers).
- ✓ 3 professions de santé interviennent principalement dans le repérage de la fragilité en soins primaires: médecins généralistes, infirmières et pharmaciens d'officine.
- ✓ Ce repérage est réalisé également par des professionnels du social et du médico-social.

Constats (2)

- ✓ **En soins primaires, les initiatives se développent actuellement là où des équipes sont déjà formalisées: centres de santé, MSP/pôles de santé et réseaux de santé.**
- ✓ **Le rôle d'expert des services de gériatrie hospitaliers dans le parcours de la personne âgée fragile en soins primaires (formation/sensibilisation des intervenants, prise en charge des patients les plus fragiles, etc.)**

Constats (3)

- ✓ Frein « culturel » autour du concept de fragilité (patients: 25% minimum de perdus de vue entre repérage et évaluation gériatrique et professionnels des soins primaires)
- ✓ Frein « financier » dû à une méconnaissance de la nomenclature et du codage des actes d'évaluation gériatrique par les professionnels de soins primaires.
- ✓ Plus le repérage a lieu tôt, mieux c'est (réversibilité du syndrome de fragilité).
- ✓ Plus le nombre de préconisations est élevé, ~~Moins~~ le bénéficiaire les met en œuvre.

Enseignements? (1)

- ✓ **L'appel à retours d'initiatives est trop précoce. Pour les projets nécessitant une nouvelle organisation entre les professionnels, des formations, la mise en place de filières, un soutien fort des ARS (élaboration d'une politique régionale), un délai de 3 ans minimum entre la publication des travaux et le lancement de l'appel semble plus réaliste.**
- ✓ **Pas d'initiatives au niveau des soins primaires sans une volonté institutionnelle forte (ARS, URPS, caisses d'assurance maladie).**

Enseignements (2)

- ✓ **Rôle facilitateur des organisations/associations professionnelles.**
- ✓ **Nécessité d'adopter pour les promoteurs, dès la phase de conception du projet, une démarche de co-construction.**
- ✓ **Nécessité d'avoir un binôme de leaders gériatre hospitalier/MG.**
- ✓ **De sensibiliser et former les professionnels à ces nouvelles pratiques.**

L'espoir...

- **Des internes en médecine générale intéressés par le sujet.**
- **Une campagne de sensibilisation « Attention, fragile ! » lancée le 3 septembre par le Gérontopôle de Toulouse sur les réseaux sociaux.**



Merci de votre attention.