

InterURPS de Bretagne
13 septembre 2021

Synthèse du rapport d'évaluation et perspectives

Projet Personnes âgées Fragiles en Soins Primaires (PAF)

Rédacteur : Romain GAILLARD

Responsable de projets

Contributeurs :

Marine ROSSIGNOL, Olivia BRIANTAIS

Avec le soutien institutionnel



SOMMAIRE

Table des matières

1. Introduction	2
2. Cadre de l'expérimentation du projet phase 2	3
3. Portrait des territoires.....	5
4. Analyse des pratiques et des modalités organisationnelles impactant le parcours	6
5. Impact du parcours fragilité et enjeux budgétaires	16
6. Faire émerger les dynamiques territoriales en soutenant la coordination	20
7. ANNEXES.....	26
a. Les portraits de territoire	26
b. Affiche PAF SP ANAP	41
c. KIT Outils	42
d. Le parcours de Santé de la MSP Kervignac : exemple	44
e. Questionnaire consultation fragilité – MSP Kervignac	47
f. Protocole PSP Mauron.....	51
g. Outil d'évaluation fragilités – référent PAF – ESP Posanbaie	53

1. Introduction

Le rapport de synthèse présenté s'appuie sur les travaux menés dans le cadre de l'expérimentation Personnes Âgées et Fragilités en Soins Primaires engagés depuis 2019. Ce projet porté depuis 2015 par l'Inter URPS de Bretagne avec le soutien de l'ARS Bretagne, concerne la seconde phase de l'expérimentation.

Pour mener cette synthèse évaluative nous nous sommes appuyés sur les rencontres et entretiens menés tout au long du projet avec les équipes expérimentatrices, sur l'évaluation de la formation (CHEM¹), sur l'enquête évaluative confiée et réalisée par un groupe d'étudiant de l'EHESP.

Les documents remis par les équipes tout au long du projet ont contribué à enrichir les travaux.

Les rencontres et travaux menés en région Bretagne à la fois par les URPS et par les Dispositifs d'appui à la Coordination (DAC), ou les actions menées en Occitanie par le gérontopôle de Toulouse, ont permis également d'accompagner les perspectives du projet. Celles-ci doivent nous permettre de favoriser la transférabilité du projet auprès d'équipes de soins primaires et des professionnels de santé.

¹ Collège des Hautes Études en Médecine

2. Cadre de l'expérimentation du projet phase 2

L'expérimentation relative au repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées s'inscrit dans le cadre du PRS sur le thème « Pathologies du Vieillissement », piloté par l'Agence Régionale de santé Bretagne (ARS).

L'expérimentation vise à mobiliser les professionnels d'un territoire donné dans une démarche de **prévention et d'amélioration du parcours de santé de la personne âgée**, en agissant le plus précocement possible et dès le domicile de façon à **agir avant la survenue d'évènements pouvant conduire à une perte d'autonomie**.

Cette expérimentation a été déployée entre 2016 et 2017 sur 3 territoires bretons recouvrant des organisations et dynamiques différentes, et a fait l'objet d'une évaluation en 2018.

Au terme de cette phase, les partenaires ont relevé un ensemble de leviers de réussite de ce type de repérage en ambulatoire :

- Favoriser l'interprofessionnalité : mieux se connaître
- S'appuyer sur les dynamiques d'exercice pluriprofessionnel existantes
- Adapter les outils aux besoins du territoire et à leurs expériences
- Poursuivre l'information et la sensibilisation sur la notion de fragilité des équipes de soins
- Faire le lien avec les acteurs du territoire : Filière gériatrique, PTA, Maia, CPTS

Une **seconde phase** du projet implique, depuis 2019, **4 équipes de soins** sur la Bretagne volontaires à la suite d'un appel à candidatures.

Les équipes de soins (ESP, MSP) ayant répondu devaient faire état, dans une candidature, de leur souhait de s'impliquer dans l'amélioration de la prise en soins des personnes âgées de plus de 70 ans. Ainsi, une réelle dynamique d'exercice pluriprofessionnel, coordonnée, déjà existante devait être identifiée. Les candidats étaient invités à présenter les projets et réflexions engagés ou menés autour de la personne âgée. La sélection s'est effectuée en fonction de leurs dynamiques pluriprofessionnelles, leur volonté à travailler sur la thématique Personnes Âgées et l'identification d'un référent thématique au sein de l'équipe.

Un travail commandé auprès d'un groupe d'étudiants du Master PPASP de l'EHESP autour de la réalisation d'une partie de l'évaluation du projet a été commandé en octobre 2020.

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de Bretagne portent ce projet, avec l'accompagnement et le soutien financier de l'ARS Bretagne et la collaboration de la Société Bretonne de Gériatrie (SBG).

Les objectifs du projet :

- **Optimiser la prise en charge des patients fragiles en ambulatoire**, pour prévenir et retarder leur perte d'autonomie, le **plus précocement possible et dès le domicile** pour que le regard préventif s'inscrive comme une habitude de travail collectif ;
- De façon opérationnelle, **permettre l'appropriation, par des professionnels libéraux exerçant en équipe, d'une démarche visant à organiser le repérage précoce** de la fragilité des personnes âgées de 70 ans et plus (autonomes et vivant à domicile) et à **mettre en œuvre auprès d'elles des actions ciblées** ;
- Nourrir, à partir de l'expérimentation, des **perspectives ultérieures de généralisation** à d'autres équipes (mise en évidence de bonnes pratiques, identification de prérequis ou conditions nécessaires à l'implantation d'un tel projet dans une équipe, etc.).



3. Portrait des territoires

En synthèse, 4 équipes de soins, Cf. portrait de chaque territoire en annexe.

4. Analyse des pratiques et des modalités organisationnelles impactant le parcours

Le travail mené par le groupe d'étudiants de l'EHESP a permis de croiser et ressortir des éléments sur l'analyse du processus, l'appropriation par les équipes, les effets directs. Nous pouvons mettre en exergue les vigilances et forces du projet, malgré certaines limites liées à la crise de la COVID19.

a. La formation, facteur de consolidation des connaissances et de l'interprofessionnalité

Le projet intégrait deux blocs de formations : l'un dédié aux référents "personnes âgées" et l'autre pour chaque équipe de soins primaires.

L'URPS MLB a contractualisé avec le Collège des Hautes Études en Médecine, organisme de formation DPC, pour assurer l'organisation et la mise en place de ces formations.

L'action de formation professionnelle intitulée « **Coordination et mise en œuvre du projet – repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées au sein d'une structure d'exercice coordonné** » a eu lieu sur deux journées non successives, comprenant en tout quatorze heures de face à face pédagogique, entre septembre et octobre 2019. Les docteurs CATTENOZ et THIRION, gériatres au CHU de Rennes, ont assuré cette formation, ainsi que Mme EILDE pour le volet gestion de projet et animation d'équipe. La 2ème journée de formation a eu lieu après les soirées de formation des équipes, afin de permettre un premier retour d'expérience et d'échange avec les formateurs gériatres.

La formation des 4 référents a permis d'apporter des outils pratiques et une vision consolidée du repérage précoce et de l'intérêt d'un parcours en gériatrie.

Le deuxième module de formation concernait l'action de formation professionnelle intitulée « **Repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées au sein d'une structure d'exercice coordonnée** ». Destiné aux équipes de soins, il s'est déroulé sur une soirée, comprenant trois heures de face à face pédagogique et une heure en formation non présentielle. Ces quatre sessions ont été programmées sur l'année 2019 entre octobre et novembre, pour quatre groupes de minimum quinze participants, disposant d'un quota d'heures de DPC disponibles.

Les actions de formations ont réuni 89 professionnels de santé sur les 4 sessions, avec une diversité de professionnels selon les équipes. Une vingtaine de professionnels environ a été formée lors de chacune des soirées.

MAURON	POSANBAIE	PLOUGONVEN	KERVIGNAC
1 Masseur- Kinésithérapeute	3 Masseurs- Kinésithérapeutes	5 Masseurs- Kinésithérapeutes	1 Masseur- Kinésithérapeute
2 Médecins	5 Médecins	5 Médecins	5 Médecins
3 Pharmaciens	5 Pharmaciens	2 Pharmaciens	2 Pharmaciens
12 Infirmiers	5 Infirmiers	12 Infirmiers	8 Infirmiers
2 Pédiatres- podologues	2 Pédiatres- Podologues	2 Psychologues	2 Chirurgiens-Dentistes
1 Diététicienne	1 Chirurgien-Dentiste	Appui Santé	2 Orthophonistes
			1 Pédiatres-Podologue
21 professionnels formés	21 professionnels formés	26 professionnels formés	21 professionnels formés

Vigilance sur le coût de la formation DPC

L'organisation de formations DPC validantes est un cadre contraignant, mais permet une prise en charge financière de la formation pour les soignants et professionnels. Elle limite la présence uniquement aux professionnels de la santé et nécessite de disposer d'un minimum de 4 heures sur le compte formation. Dans le cadre de l'expérimentation, la différence des coûts a été supportée par le budget dédié à la formation.

Nous pouvons observer une diversité d'acteurs pour chaque soirée parmi les professionnels. Pour exemple, lors de la soirée de formation de Mauron, les responsables de l'ADMR du territoire étaient présents.

Les soirées étaient animées par un Gériatre de la filière gériatrique du territoire, permettant ainsi de renforcer les liens. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) étaient invités lors de chaque soirée de formation, ils étaient présents à Mauron, Plougonven et Kervignac.

L'enquête de satisfaction menée en novembre 2019 auprès des participants, a permis d'observer pour la majorité des participants :

- La prise en compte de leurs attentes individuelles
- Un regard croisé pluriprofessionnel sur le concept de fragilité
- La mise en application l'expérimentation

Le volet formation a été à nouveau plébiscité par les équipes et les référents, tout comme lors de la première phase de l'expérimentation PAF (2016-2018). L'intérêt de la formation et de la rencontre des autres acteurs est un atout pour faciliter la coordination sur le long terme.

b. Un cadre d'organisation permettant une souplesse de mise en oeuvre par les équipes

Les objectifs du projet ayant été partagés avec les équipes lors du lancement du projet en juin 2019, puis lors des soirées de formation à l'automne, la mise en oeuvre a démarré entre novembre et décembre 2019.

Les équipes ont eu pour mission de construire un modèle d'organisation adapté à leur exercice et impliquant le référent "personnes âgées". L'articulation avec les acteurs du domicile et du monde hospitalier s'est construite au fil du projet pour répondre aux situations de fragilités rencontrées. Les référents ont développé, en lien avec les équipes, des outils adaptés à leur pratique professionnelle, pour mener à bien leur mission.

La construction collective d'une démarche parcours autour du projet fragilités

Chaque équipe a travaillé à la définition des modalités de repérage précoce des fragilités, à l'appui des ressources fournies lors des formations. Les différentes professions de santé du territoire étaient associées à cette démarche. Dans le cadre de la formalisation de ce parcours de repérage des fragilités, l'orientation et la mise en place d'actions ciblées de prévention chez les personnes âgées s'est rapidement posée. La place et le rôle de chaque acteur, les ressources disponibles sur le territoire, connues ou non connues, ont été recherchés.

Les dynamiques ont été différentes selon les équipes. Il faut en effet distinguer les équipes ayant une culture pluriprofessionnelle antérieure et intégrée du sujet de la fragilité ou de la prise en charge de la personne âgée (Kervignac, Plougonven). Les interventions des professionnels de santé étant parfois mieux connues, tout comme les ressources disponibles. Pour les autres, elles se sont appropriées la thématique pour renforcer le parcours et la dynamique locale. Ces impacts sont bien souvent concomitants dans chaque exercice coordonné.

Ainsi, nous prenons l'exemple de 2 équipes ayant rédigé leur "protocole" de parcours de repérage : MSP Kervignac et MSP Mauron-Brocéliande *cf. annexes (a)*.

On peut voir ici la définition d'un parcours de repérage et le rôle des différents acteurs. La mission du référent dans cette prise en charge est construite comme "courroie de transmission" de l'information, mais également coordinateur de parcours fragilité.

Le médecin traitant reste toujours pivot du parcours patient, avec une articulation entre le référent personne âgée et les différents professionnels.

Il y a également ici une question de maturité et d'acculturation dans l'interconnaissance et la dynamique de groupe, ainsi que dans le nombre de projets engagés par l'équipe.

L'articulation avec les acteurs du médico-social et du social a rapidement été un sujet qui a émergé. Nous avons pu constater que les professionnels de santé libéraux souhaitaient améliorer la collaboration entre les dispositifs ; les professionnels du domicile étant identifiés comme acteurs du repérage ou de "l'alerte" sur la fragilité des personnes âgées.

L'équipe de Maun-Brocéliande a formalisé cette notion d'« alerte», plutôt destinée aux professionnels d'aide à domicile, imaginant ainsi cette réflexion de manière systématique à l'ensemble du parcours et des intervenants. La logique étant d'impliquer au plus tôt des professionnels formés et en construisant ensemble les modalités d'information, ce sont les responsables des services d'aides à domicile du territoire qui étaient impliqués dans cette phase,

L'équipe de Posanbaie a pour sa part privilégié le renforcement des liens entre professionnels de santé, avec la perspective de rencontrer les acteurs du médico-social (CCAS et ADMR) pour améliorer les plans d'aides.

Les équipes évoquent qu'une partie des situations de fragilités sont d'ordre social et donc nécessitent une bonne connaissance des solutions d'aide et d'accompagnement. On observe bien ici la nécessité d'assurer une coordination et de faciliter les échanges en proximité entre les acteurs des différents secteurs.

Les rencontres *“formelles et informelles entre professionnels de santé, aides à domicile ou auxiliaires de vie apportent une véritable plus-value”²*. L'observation des dynamiques d'intégration des pratiques professionnelles nous montre que *“le renforcement de ces échanges permet de ne pas faire porter la responsabilité du repérage par le seul soignant”³*.

Les outils au service du repérage

Comment assurer et intégrer les notions de repérage des fragilités dans la pratique quotidienne ? L'outil reste un support et une aide à la décision ou à la communication, il ne remplace pas le professionnel de santé, ni son regard clinique qui est renforcé par la formation et la pratique.

L'outil permet d'assurer un suivi et de tracer le parcours du patient à partir de son repérage, vers son orientation et son suivi.

C'est le choix qui a été fait par la MSP de Plougonven/Plourin-lès-Morlaix avec la création, dans leur logiciel métier partagé, de deux questionnaires de suivi des patients.

² In, p.22 Évaluation du projet “Personnes âgées Fragiles, en partenariat avec l'Inter URPS de Bretagne, EHESP, 2021

³ In; p.22 sic rapport EHESP

Extrait du logiciel WEDA - Pôle de Santé des Rives du Jarlot - Questionnaire patient : Repérage précoce âgée fragile Q2

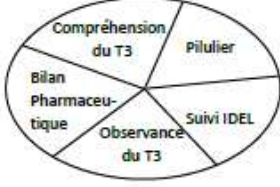
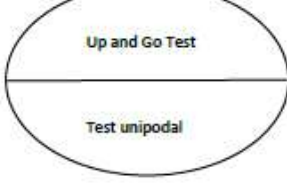
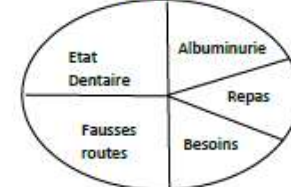
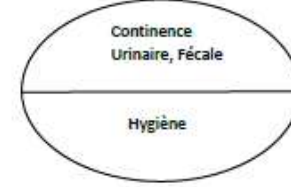
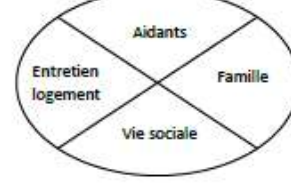
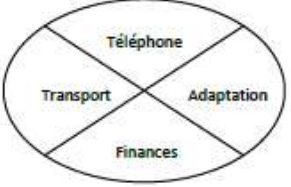
L'équipe déploie également l'application Mobil'e TY by Globule pour le suivi et la coordination entre professionnels, ce qui facilite les échanges.

SYNTHESE D'EVALUATION

NOM et Prénom :

Date de Naissance :

Cocher les problématiques repérées et les relier au(x) professionnel(s) à mobiliser en les identifiant

Physique  Cognitifs  Traitement  Sensoriel  Equilibre 	Médecin Généraliste Dentiste Dietéticienne Ergothérapeute IDEL Masseur Kiné Orthophoniste Pharmacie Podologue Psychologue SAAD Services sociaux SSIAD / SPASAD Dispositif d'Appui à la Coordination	Thymique  Nutrition  Soins / Personne  Vie Quotidienne  Vie Quotidienne 
--	--	---

Cet outil répond au suivi du parcours de la personne âgée en impliquant une majorité des professionnels ou opérateurs.

c. Le rôle de référent : acteur de la coordination

Le cadre de l'expérimentation avait laissé aux référents une certaine liberté, l'objectif était l'animation. Les missions confiées aux référents portaient sur l'animation d'une dynamique pluriprofessionnelle autour de la fragilité et le suivi de l'expérimentation, en qualité d'interlocuteur des URPS. Pour réaliser celles-ci, 1 journée par mois était indemnisée (forfait de 300 €).

Profils des référents :

Les équipes ont retenus des professionnels de santé pour assurer le rôle de référent, pour 75 % infirmiers et 25 % Médecins.

La formation dédiée aux référents a permis l'acquisition de compétences renforcées. Ce qui a conduit 4 équipes à positionner le référent avec la fonction de coordinateur du parcours de repérage de la fragilité des personnes âgées.

Il intervient ainsi en proximité, en coopération avec le médecin traitant et/ou le professionnel de santé repérant. La création de "pré-Consultation gériatrique" ou "consultation fragilité" par le référent permet d'apporter des éléments complémentaires au repérage.

Cf. en annexe 6 et 7, document « consultation fragilité » (Kervignac) et grille de d'évaluation et suivi des patients (Dol de Bretagne).

Ces deux référents, intervenant pour les équipes de Kervignac et Dol de Bretagne, ont déterminé leur rôle en soutien des équipes lorsque le Médecin traitant avait "validé" une situation potentiellement fragile, à la suite d'un repérage.

Il porte également sa mission d'animateur de la dynamique gériatrique, auprès de l'équipe, soit en participant à des réunions de concertation pluriprofessionnelle (Kervignac) soit en faisant le lien avec les autres acteurs du parcours (Mauron). Malgré cette mission importante, les référents observent que le temps d'indemnisation n'est pas suffisant pour assurer cette coordination.

Les référents ont parfois été confrontés à des difficultés pour asseoir leur légitimité à intervenir, autour de certaines situations. Les questionnements concernant la patientèle, le rôle et les missions du référent par rapport aux autres professionnels, se posant.

Nous avons pu également observer un décalage entre les attendus initiaux par les porteurs (ARS, interURPS) du projet, des missions dévolues aux référents et les référents eux-mêmes, dans la mise en application. En effet, les objectifs initiaux prévoient que le rôle de suivi de l'expérimentation d'une part et de pilier de la coordination autour de la thématique Personnes âgées au sein de l'équipe, soit assuré par le référent.

Les référents, voient, pour leur part dans leur mission un intérêt opérationnel. Comme nous venons de le voir précédemment, le référent ayant assuré un rôle de coordination de parcours, plus en phase avec l'état des réalités du terrain et avec son rôle de professionnel de santé. D'autant plus que ce dernier a été formé aux questions de fragilités et pertes d'autonomie pendant 2 jours.

Les orientations budgétaires allouées au projet font face à cette position. Les équipes évoquant : un manque de temps et de financement dédié à ce rôle, ainsi que des difficultés à s'organiser en mode projet.

Focus sur le rôle des leaders, majeur dans le projet.

La place d'un leader ou du coordinateur de la MSP engagé dans la démarche est un élément de réussite du projet. Il permet à la fois de partager le déploiement entre plusieurs personnes, mais également de compléter et distinguer les rôles : entre référent Personnes âgées et coordinateur de MSP ; ou entre leader et référent

Personnes âgées. Le leader ou co-leader (un professionnel de l'équipe avec cette mission) impliqué s'engage, il favorise également les relations avec l'ensemble de l'équipe et le déploiement du projet. Cela montre ainsi la nécessité de partager l'animation du projet à plusieurs.

Les étudiants de l'EHESP dans leur étude montrent que *“les référents sont des professionnels connaissant leur territoire de l'intérieur par leurs modes et lieux d'exercice et leur proximité avec usagers et acteurs locaux”*⁴.

La mission est reconnue et comble un besoin pour l'équipe. Le référent joue ainsi à la fois un rôle d'intermédiaire mais également de ressources pour le médecin traitant.

Une coopération engagée avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux

Une coopération étroite s'est engagée avec les intervenants sociaux ou médico-sociaux du territoire de chaque équipe. Comme nous avons pu le voir précédemment, chaque équipe a construit des liens avec ces acteurs du social et médico-social à différents niveaux et selon la maturité de son projet. Cependant, ces liens ne sont pas toujours intégrés. Nous entendons ici que des relations peuvent exister, telles que l'orientation vers, mais qu'il n'y a pas de coordination à proprement parler. Toutefois, l'expérimentation a montré qu'il était nécessaire de développer ces liens, avec les structures d'aides et de soins à domicile, soit vers la mise en place de formation, de rencontres, en passant par des outils.

Le lien supplémentaire autour de l'appui aux questions sociales a également été identifié et questionné par quasiment toutes les équipes, et cela à différents niveaux.

Autres organisationnelles et coordinations professionnelles

Les dispositifs d'appui à la coordination ou les plateformes territoriales d'appui ont été informés par nos soins et associés par les équipes selon leur souhait et dynamique. L'InterURPS a incité aux liens entre ces acteurs pour favoriser les synergies et partage d'expertise par la suite.

Les MSP :

Les organisations pluriprofessionnelles organisées en MSP et disposant de l'ACI MSP, peuvent également se consacrer à ce type de projet. Toutefois si l'équipe ne doit pas être mobilisée sur d'autres projets trop chronophages : exemple : formation éducation thérapeutique du patient (ETP), déploiement du logiciel métier ou ... crise sanitaire.

⁴ In; p. 14; Évaluation du projet “Personnes âgées Fragiles, en partenariat avec l'Inter URPS de Bretagne, EHESP, 2021

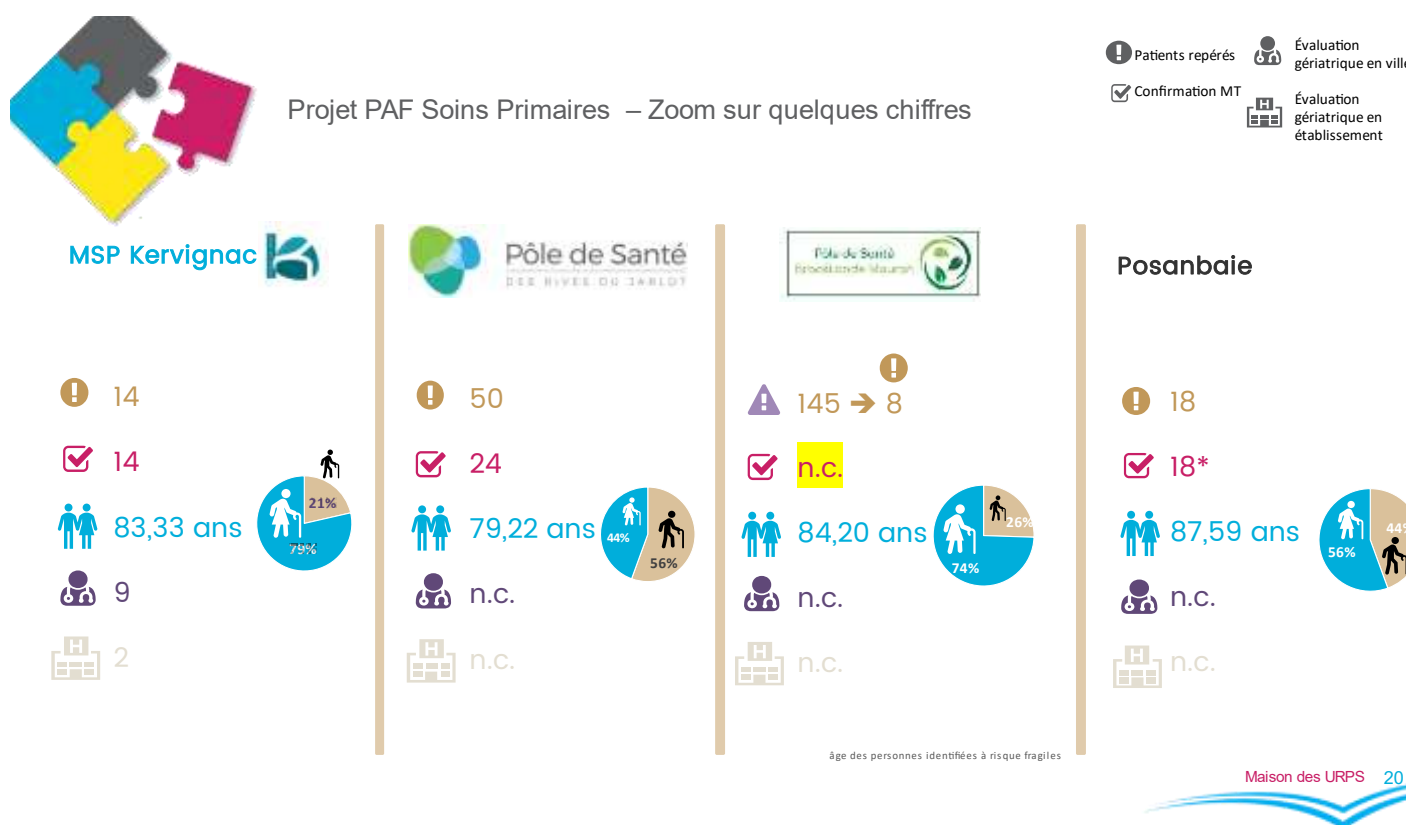
Les CPTS

Concernant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Lors du lancement de l'expérimentation, les territoires retenus ne faisaient pas état d'un projet ou d'une dynamique relative à une CPTS, excepté peut-être le territoire de Maunon.

Le renforcement d'actions ciblées

Le nombre de situations repérées par les équipes est assez variable, notamment en raison du temps consacré à la mise en place du projet, l'impact et le décalage lié à la COVID. Ainsi, au regard du faible nombre de situations, il n'a pas été possible de faire une analyse consolidée des situations. Cependant, vous pouvez retrouver ci-dessous une synthèse des données arrêtées au 31 décembre 2020.

Nous pouvons observer dans l'ensemble des 4 équipes : **227 personnes** ayant eu un signalement ou une alerte pour fragilités.
Ces signalements ont permis aux professionnels et aux référents d'effectuer : **64 repérages** de la fragilité au cours de l'année 2020.



Pour aller plus loin, nous avons pu extraire plusieurs éléments qui nous permettent d'observer les orientations et actions préconisées aux patients dans deux équipes⁵. Les autres équipes n'ayant pu nous fournir ce type d'éléments.

Concernant 18 situations de repérage par l'équipe de Posanbaie, les actions ciblées ont été :

- La surveillance par téléalarme + accompagnement (3)
- La préparation de pilulier (2)
- La mise en place d'un Plan d'aide (2)
- La surveillance clinique ou accompagnement (2)
- Le suivi avec un Kinésithérapeute avec rééducation à l'équilibre (1)

Pour l'équipe de Kervignac, les orientations portaient sur :

- La mise en place d'un plan d'aide (3)
- Le passage infirmier hebdomadaire (3)
- L'orientation vers le Dispositif d'appui à la coordination
- La préparation de pilulier
- L'orientation vers le CCAS pour des aides,
- La consultation mémoire, etc... (1)

Les actions ciblées étant encore peu détaillées, notamment en raison du faible nombre de situations, il serait intéressant de disposer de plus d'éléments dans 1 an, notamment avec l'outil développé par la MSP Les Rives du Jarlot.

Le temps important à consacrer à la mise en place de ce type de projet a été soulevé par l'ensemble des équipes. Les différentes phases de formation, construction du parcours, partage avec les équipes, puis de développement nécessitent du temps. Par ailleurs, la crise de la COVID 19, survenue en mars 2020 avec le premier confinement a impacté pleinement l'activité des professionnels de santé libéraux. Ces derniers, se consacrant, encore aujourd'hui, tout ou pleinement à la gestion de la crise COVID 19 puis à la vaccination.

⁵ Kervignac et Posanbaie

5. Impact du parcours fragilité et enjeux budgétaires

Le projet a pu être déployé dans les 4 équipes, à différents degrés au regard des éléments que nous venons de développer.

Le déploiement de ce parcours nous permet de dégager les éléments d'impact. Une synthèse des éléments budgétaires qui vont permettre de faire émerger les leviers et les éléments de transférabilité.

a. Les effets directs de l'expérimentation

Nous pouvons retenir les éléments majeurs suivants :

1. Renforce la culture gériatrique	• Impact positif de la formation • Acquisition de connaissances autour de la notion de fragilité • Changement de posture professionnelle, vis-à-vis de la prévention envers les personnes âgées
2. Permet de faire communauté	• Participe à une culture commune • Renforce les liens et l'interprofessionnalité autour d'un sujet commun (la fragilité chez la personne âgée) • Conduit à la coordination
3. Renforce la structuration du parcours patient	• Construction d'une démarche projet • Formalisation d'un parcours patient dédié au repérage • Animation par le référent d'une dynamique projet • Utilisation d'outils spécifiques à l'équipe/coordination clinique de proximité
4. Ouvre la relation aux autres acteurs	• Partage avec les gériatres de la filière via la formation • Relation et formalisation avec les acteurs du domicile

b. Les coûts relatifs au projet

La formation

La formation des professionnels de santé peut s'inscrire dans le cadre d'un programme de DPC. Chaque professionnel disposant d'un quota d'heures de DPC sera indemnisé. Vigilance : dès lors qu'un professionnel ne dispose pas assez d'heures, il ne pourra être indemnisé, ou seulement en partie, voire il devra payer l'organisme de formation.

Dans le cadre de l'expérimentation, nous avons **abondé en moyenne à hauteur de 751,48€** par équipe pour permettre à 21 professionnels de santé libéraux d'être formés. Ce coût ne

tient pas compte de la formation des autres professions ou acteurs. Les frais pédagogiques par stagiaire étant de 150 € HT, par soirée de formation, pour les professionnels de santé n'ayant plus d'heures de DPC.

La formation du référent / coordinateur de parcours personnes âgées représente 14 heures de formation. Le coût estimé par le CHEM (organisme de DPC partenaire) **était de 500 € HT par stagiaire par journée de formation**, si le professionnel de santé libéral n'avait plus de budget disponible auprès de l'ANDPC⁶.

À ce titre, l'inter-URPS, via le budget alloué au projet PAF, a compensé à hauteur de 3 005,92 € la formation des référents sur l'ensemble du projet.

La coordination de la thématique fragilité en soins primaires

L'indemnisation du référent personne âgée s'est effectué sur la base d'un forfait de 300 € par ½ journée, soit 600 € par mois.

Le coût total pour les équipes se porte pour un an à 7 200 €.

Les référents ont estimé qu'une journée par mois n'était pas suffisante pour accomplir la mission de coordination de parcours. Ils préconisent une demi-journée de travail par semaine, pour assurer cette fonction. Le scénario d'une ½ journée par semaine à 300 € représenterait 1 200 € par mois pour un coordinateur de parcours.

L'animation de la dynamique pluriprofessionnelle

Les équipes bénéficiaient également d'un soutien financier pour l'organisation de temps de rencontres entre professionnels au sein de l'équipe de soins de proximité.

En raison de la crise COVID ces réunions n'ont pu avoir lieu dans les 4 équipes expérimentatrices. Cependant, elles ont toutes évoqué la volonté de les organiser et de les maintenir.

On évalue à 15 professionnels de santé par équipe pour une réunion, à hauteur de 150 € d'indemnisation, soit 2 250 € par an.

Une variable sera à intégrer, l'indemnisation ou non des acteurs du domicile participant à ces réunions.

Le budget présenté ci-dessous est annuel. C'est une projection dans le cadre de notre préconisation de déployer ce projet sur 3 ans (minimum), pour une équipe.

2 jours par mois	Projection financement projet PAF sur 3 ans			
		Année 1	Année 2	Année 3
	Formation Référent / coordo	1 000,00 €		
	Formation Équipe de soins	800,00 €		
	Référent/coordonateur	14 400,00 €	14 400,00 €	14 400,00 €
	Réunion pluriprofessionnelle	2 250,00 €	2 250,00 €	2 250,00 €
	TOTAL	18 450,00 €	16 650,00 €	16 650,00 €

⁶ Agence nationale de développement professionnel continu

c. Les leviers

Le déploiement de ce type de projet de repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées doit conjuguer différents leviers.

Nous avons pu voir que la dynamique et la volonté des professionnels d'un territoire constituent un préalable indispensable, pour leur permettre d'organiser leur territoire, tout en étant accompagnés et soutenus.

Comme l'évoque Fournier et Clerc, les transformations dans les organisations en soins primaires répondent *“[à] Ces enjeux [qui] sont liés à une nouvelle manière de construire des politiques publiques, basée sur une confiance réciproque entre des professionnels construisant des collectifs à une échelle territoriale qui fait sens pour eux, et des institutions chargées de les évaluer et de les rémunérer (Barbier, 2010, Schweyer, 2016).”*⁷

Les porteurs de projets peuvent se situer à différents niveaux de maturité de l'intégration dans l'exercice pluriprofessionnel. Le projet PAF a montré qu'il était possible pour une association de professionnel de santé de porter le projet fragilités comme vecteur de coopération au sein de son équipe.

Dans le même temps, les organisations pluriprofessionnelles organisées en MSP et disposant de l'ACI MSP, pourraient également financer en plus grande partie l'animation et l'indemnisation des professionnels participant à ce projet, selon leur choix.

Il est crucial de retenir que le territoire doit correspondre aux professionnels et ne pas être imposé ou décrété. Ainsi, nous citons ici l'analyse de Cécile Fournier et Pascale Clerc qui parle des CPTS : *“le territoire de cette CPTS – centré sur le canton – a du sens pour les professionnels de santé qui s'y sont engagés car il correspond à leurs territoires de vie et d'exercice.”*⁸

Même si l'expérimentation ne portait pas sur le territoire d'une CPTS, ils nous semblent intéressant de mettre ces dispositifs en parallèle.

*“Les membres de cette équipe de leaders des soins primaires à l'échelle du territoire se sont saisis de la réponse à apporter à l'épidémie comme d'une opportunité pour développer leur projet et fédérer autour de lui.”*⁹ Nous pouvons appliquer cette analyse également au projet fragilités. Retenons ainsi l'importance de la proximité dans l'organisation des dynamiques, sans doute à plusieurs échelles.

⁷ In. paragraphe 68; C. Fournier et P. Clerc, <https://journals.openedition.org/rfst/869#tocto3n5>

⁸ In. paragraphe 54; Cécile Fournier et Pascal Clerc, La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton <https://journals.openedition.org/rfst/869#tocto3n5>

⁹ In. paragraphe 54; <https://journals.openedition.org/rfst/869#tocto3n5>

Nous pouvons donc retenir comme **leviers** :

1. Une volonté d'engagement des professionnels / d'une équipe sur la thématique Personnes âgées
2. Une équipe souhaitant améliorer son exercice pluriprofessionnel ou une équipe déjà organisée en exercice pluriprofessionnel souhaitant la poursuivre
3. Un leader **et** un référent intéressés et impliqués sur le sujet en local
4. Un financement dédié au temps de coordination du référent
5. Une formation relative à la fragilité menée en proximité en début de projet
6. L'association de la filière gériatrique et du DAC au début du projet, et des acteurs sociaux et médico-sociaux tout au long du projet (selon la maturité des libéraux)

d. Les points de vigilances

- Le coût de la formation DPC

L'organisation de formation DPC validantes est un cadre contraignant, mais permet une prise en charge financière de la formation pour les soignants et professionnels. Elle limite la présence uniquement aux professionnels de la santé et nécessite de disposer d'un minimum de 4 heures sur le compte formation. Dans le cadre de l'expérimentation, la différence des coûts a été supportée par le budget dédié à la formation.

- La disponibilité des équipes de soins : éviter la surmobilisation

Les organisations pluriprofessionnelles organisées, en ESP, ou en MSP, notamment celles disposant de l'ACI MSP, peuvent se consacrer à plusieurs projets en même. Il peut y avoir un risque, l'équipe n'est pas disponible car mobilisée par : exemple : formation éducation thérapeutique du patient (ETP), déploiement du logiciel métier ou ... crise sanitaire.

- Légitimité et positionnement du référent dans le groupe

Les référents ont parfois été confrontés à des difficultés pour asseoir leur légitimité à intervenir, autour de certaines situations. Les questionnements concernant la patientèle, le rôle et les missions du référent par rapport aux autres professionnels, se posant.

- Assurer un suivi souple et adapté

Les indicateurs de suivi du projet doivent être intuitifs, adaptés et facilement intégrable dans la pratique des professionnels. Les professionnels recherchent le soins le recueil d'indicateurs ne doit pas être une contrainte complexe.

6. Faire émerger et accompagner les dynamiques territoriales autour de la fragilité des personnes âgées en soutenant la coordination

a. Transférabilité en quelques points

1) Accompagner les professionnels de santé libéraux dans la mise en place d'une organisation innovante et graduée de proximité.

Favoriser les initiatives territoriales

Les acteurs institutionnels publics (ARS, Assurance Maladie) soutiennent financièrement et les URPS accompagnent les équipes à l'ingénierie de projet, afin de leur donner les moyens d'assurer le repérage précoce de la fragilité et de la prendre en charge.

Action	Déployer une campagne de communication pro active de promotion de la démarche méthodologique PAF auprès des ESP/MSP et CPTS via GECOLIB et le CLUB CPTS et via ESSORT pour les coordonnateurs MSP.	URPS
--------	---	------

2) Apporter un soutien par des outils et de la méthodologie :

C'est une boîte à outils régionale à destination de l'ensemble des professionnels de la santé, reprenant plusieurs axes : la méthodologie PAF ; un site internet d'information réalisé en partenariat avec les PTA de Brocéliande et Pays de Rennes ; un accompagnement des projets de CPTS.

L'objectif est de proposer un service, à l'image du projet « GECOVAX », proposant un certain nombre d'outils clés en main.

Elle permet d'informer les professionnels afin de « s'organiser, repérer et agir dès les premiers signes ». Le site Internet est composé de fiches pratiques détaillant les notions de fragilité, de repérage portant sur les différents items : chutes et risques de chutes, médicaments, souffrance psychique, etc. Ce soutien peut s'accompagner d'un accompagnement méthodologique par les partenaires.

Action	Promotion et mise à disposition du site : https://www.reperer-perte-autonomie.bzh/	URPS
--------	---	------

Action	Développer les outils clés en main pour les équipes (fiches pratiques, modèles de grille de repérage, fiche de poste, etc...)	URPS et ses partenaires
--------	---	-------------------------

Renforcement de l'accompagnement méthodologie des acteurs de terrain.

Les URPS se positionne en soutien des organisations pluriprofessionnels, pour déployer la démarche relative au repérage précoce des fragilités dans les territoires.

Action	Accompagner les équipes dans leur déploiement par les URPS dans l'appui aux équipes CPTS, MSP et en partenariat avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC).	URPS
--------	---	------

Les DAC viennent en appui et soutien des pratiques professionnelles sur le territoire. C'est une ressource pour les équipes, en subsidiarité des organisations déjà en place. Les DAC sont notamment des acteurs majeurs pour les situations complexes.

3) Soutenir financièrement la pérennité des actions et dynamiques

a) Former les professionnels

La formation des professionnels de santé à la notion de fragilité est un des socles indispensables au projet. Il faut soutenir ce type d'action, via le DPC. Les frais minimums d'organisation de la formation (organisation, intégration d'autres partenaires) sont à ajouter (1800 €).

Action	Soutenir la mise en place d'actions de formation sur les territoires de filières gériatriques ou de CPTS.	ARS
--------	---	-----

Ces formations devront être concomitantes de celles réalisées auprès des acteurs du domicile, afin d'engager d'une démarche collective. Les acteurs du domicile pourront recherchés des financements auprès de la conférence des financeurs.

b) Soutenir la création d'un coordinateur de parcours / référent personne âgée

Elle s'inscrit dans une phase de lancement et de démarrage du projet, avec la formation du référent, à raison de 2 journées par mois, 14 400 €.

Action	Préconiser la création de ces coordinateurs de proximité en lien avec les CPTS sur la thématique personne âgée	ARS
--------	--	-----

Une articulation pourra avoir lieu avec les MSP et les DAC pour coordonner l'action du référent personne âgée. Les dispositifs d'exercice pluriprofessionnels peuvent permettre de financer la coordination autour de la coordination du parcours de la personnes âgées (MSP, CPTS). Cette coordination est différente des situations complexes.

c) Accompagner la concertation pluriprofessionnelle

Permettre aux professionnels de se réunir chaque année pour travailler autour de cette thématique parcours fragilité, coût pour une équipe 2 250 €.

Action	Privilégier la mise en place d'un parcours au sein des équipes de proximité, avec la perspective de construire une démarche partagée avec les acteurs du médico-social et les services de filières gériatriques.	URPS
--------	--	------

4) Articulation avec les orientations nationales et régionales

Le projet PAF Soins primaires_s'inscrit pleinement dans la réflexion du programme ICOPE de l'OMS. Le développement ou l'appui de l'application ICOPE Monitor pourra faire l'objet d'un développement selon le choix du territoire ou la dynamique des acteurs libéraux et/ou hospitaliers.

b. Un déploiement adapté à l'exercice et selon les organisations territoriales

L'équipe de soins

L'association de professionnels de santé locale (non reconnu ESP). Elle peut s'organiser autour de la thématique fragilité, participer à une formation DPC validante sur la fragilité et utiliser les outils. Elle ne pourra pas recevoir de subvention publique.



L'équipe de soins primaires

Elle peut assurer la fonction de coordination et recevoir les financements pour animer la dynamique de l'équipe, si labellisée.



La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Dans le cadre de son projet de santé, elle organise le parcours de la personne âgée, en mobilisant, le cas échéant, les financements liés à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) MSP.



La CPTS

Une coordination autour du projet sur le territoire en soutien des équipes de proximité

La CPTS peut soutenir et promouvoir les actions liées aux fragilités dans son territoire. Notamment en organisant/relayant/diffusant les formations pour les équipes de soins primaires.

Elle facilite les relations avec les services gériatriques pour faire remonter les problématiques rencontrées par le terrain, ou les difficultés d'accès aux plateaux techniques et offres spécialisées, dans une logique populationnelle, ainsi que le lien avec les services sociaux et médico-sociaux.



Le coordinateur de parcours personnes âgées peut être mutualisé et recruté à l'échelle du projet de la CPTS. Cette organisation devra être adaptée selon la taille de la CPTS. La proximité avec les équipes de soins sera bien évidemment recherchée, de même que le lien avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) en qualité de ressource.

	Équipe de soins	Équipe de soins primaires	MSP	CPTS
Formation des professionnels libéraux	Oui	Oui	Oui	Soutien et accompagnement des équipes
Formation des référents				Coordination / animation
Référent	Oui			Oui (si existante mutualisation)
Concertation pluriprofessionnelle	Oui	Oui	Oui	Non

C. Calendrier de déploiement

1. Communication et promotion des outils auprès de l'InterURPS, de GECOLIB, du CLUB CPTS (septembre 2021)
2. Présentation et échanges auprès des DAC (octobre / novembre 2021)
3. Promotion et échange autour du dispositif avec le Gérotopole de Bretagne
4. Promotion auprès des coordinateurs MSP / ESSORT (fin 2021)
5. Accompagnement des premiers porteurs de projets (à partir d'Octobre 2021)

7. ANNEXES

a. Les portraits de territoire

1. Portrait de territoire - Plougonven (en date de 2019)

I. Données populationnelles et territoriales

- **Type de territoire** : rural

- **Zonage ARS**

Professions	Plougonven	Plourin-lès-Morlaix
Médecins généralistes	2 - Zone d'action complémentaire (ZAC)	2 - Zone d'action complémentaire (ZAC)
Pharmaciens	4-Pas de difficulté	3-A surveiller
Infirmiers	3-Intermédiaire	3-Intermédiaire
Masseur-kinésithérapeutes	3-Intermédiaire	3-Intermédiaire
Chirurgiens-Dentistes	3-Intermédiaire	3-Intermédiaire
Orthophonistes	3-Intermédiaire	3-Intermédiaire

Composition de l'équipe

(Effectifs par profession, éventuellement en fonction de la quotité de temps travaillé),

Professions	Nombre MSP ayant suivi la formation	Nombre territoire
Infirmiers Libéraux	12	15
Masseurs-Kinésithérapeutes	6	9
Médecins Généralistes	3	5
Ostéopathe	1	1
Pharmaciens	3	
Médecin Angiologue	1	

II. Structuration de l'exercice coordonné

--Type de structuration : maison de santé pluriprofessionnelle multisites

- Date de validation du projet de santé : 17 janvier 2017.

- Usage effectif de la messagerie sécurisée via Télésanté Bretagne et Logiciel métier partagé (Crossway - WEDA)

- Nature et fréquence des échanges collectifs pluriprofessionnels : 1 réunion de bureau par mois, 1 réunion en plénière (réunion de travail ; projet de santé ; système d'information ; rencontre des partenaires) + temps d'échanges par thématique (temps inconnu) + temps informel

- Contenu du projet de santé.

Accueil de stagiaires	Stages auprès des paramédicaux Formation des médecins à la maîtrise de stage en réflexion
Accès, continuité, permanence des soins	Consultations de 8h à 20h (L-V) et 8h-12h samedi matin sur rdv/plage de consultation libre Remplacements si possible en cas d'absence
Système d'information partagé et messagerie sécurisée santé	Logiciel commun médecins de Plougonven (Crossway) Choix d'un logiciel partagé entre Plougonven et Plourin-lès-Morlaix en cours Equipement collectif de la MSS proposée par le GCS e-santé Bretagne
Travail en équipe et coordination des soins	• Protocole lombalgies (rédigé) • Protocole ulcères veineux (rédigé) • Protocole AVK (en cours) • Staffs pluri-professionnels cas complexes 1/mois
Pratiques innovantes et nouveaux services aux patients (ETP)	• Création d'un site internet pour informer les patients sur les horaires des différents praticiens, avec plateforme intranet pour communiquer entre soignants sur les actions à mettre en place • Journées de sensibilisation / prévention en réflexion (lombalgies)

- Personnes-ressources mobilisables en interne sur le sujet : Dr Luc DUBRULLE (Médecin suivant le projet), Typhaine MESSAGER (référente du projet)

Remarques : Ces informations sont partielles car issues des documents transmis par l'équipe au moment de la candidature. Elles ne reflètent pas forcément à ce stade l'ensemble des compétences du territoire.

III. Ressources du territoire

Ressources hospitalières

- Une équipe mobile de gériatrie composée de gériatres, infirmières et assistantes de service social, intervenant sur demande des soignants au sein des services de soins du centre hospitalier
- Une consultation mémoire
- Un SSR à Plougonven
- SAAD Plougonven, SAAD Plourin-lès-Morlaix

CCAS de Plougonven impliqué en lien avec les aides à domicile

- *Adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)* depuis 3 ans dès le début du projet de santé

- Organisation de la fonction de coordination, par Dr Céline LOPIN, Médecin Généraliste, Dr Luc DUBRULLE est largement investi également pour animer les thématiques du projet de santé et notamment autour de la personne âgée

IV. La place des différents acteurs dans le projet

Un deuxième groupe d'items, relatif à l'implication de l'équipe dans le projet, est individualisé, dont le recueil est également à envisager dès que possible :

- *Professionnels à l'origine de la candidature au sein de l'équipe,*

Luc DUBRULLE et Céline LOPIN (2 MG) ont insufflé la dynamique, une première référente PA a été identifiée. À la suite à de problèmes personnels, Typhaine MESSAGER nouvelle référente, a pris en charge la fonction au début de l'année 2020.

- *Motivations individuelles déclarées, opportunités collectives identifiées, craintes exprimées*

Intérêt pour ce sujet car concerne les différentes professions, c'est aussi l'occasion d'impliquer les IDEL dans un rôle de coordination, de les former pour leur déléguer une part de ce travail de repérage, de renforcer les liens avec le service de gériatrie de l'hôpital de Morlaix. C'est ce service de gériatrie (Géronte et IDE spécialisée sur la thématique) qui a assuré la formation de l'ensemble de l'équipe. Deux médecins de la PTA Nord-Finistère ont également participé.

- *Profil du référent personnes âgées : profession, expériences, rôle(s) antérieur(s) dans l'équipe, modalités d'identification, motivations...*

Typhaine MESSAGER est IDEL et était volontaire pour remplacer la précédente référente.

Le Dr Luc DUBRULLE a permis la continuité du projet, sur la connaissance des outils mis à disposition, l'organisation des réunions, contact des partenaires, mise en place du "screening" (= intégration du questionnaire de repérage au logiciel WEDA).

Typhaine MESSAGER a donc été mobilisée pour rassembler les repérages dans l'outil de suivi, mobiliser les professionnels de santé du pôle en septembre, coordonner le suivi des actions ont été mises en place.

2. Portrait de territoire - Dol de Bretagne (Posanbaie)

I. Données populationnelles et territoriales

- Type de territoire Rural (Ille-et-Vilaine)

- *liste des communes :*

Dol de Bretagne, Mont-Dol, Le Vivier, Plerguer, La Boussac, Baguer-Morvan, Baguer-Pican, Épiniac, Saint-Broladre, Cherrueix

- Zonage ARS (pour des professions définies, à une même date pour chaque équipe),

Type de zonage	Situation démographique	Communes
Médecins (ARS 2018)	Zone d'action complémentaire	Toutes les communes
Infirmiers (ARS 2014)	3-Intermédiaire	*
Masseurs- Kinésithérapeutes (ARS 2014)	3-Intermédiaire	*
Pharmaciens (ARS 2014)	1-Fragile	La Boussac, Épiniac, Saint-Broladre,
	2-En cours de fragilisation	Dol de Bretagne, Mont-Dol, Le Vivier-Sur-Mer, Plerguer, Baguer-Morvan, Baguer-Pican, Cherrueix
Chirurgiens-Dentistes (2014)	3-Intermédiaire	*
Orthophonistes (2018)	3-Intermédiaire	*

*Toutes les communes sont concernées.

- Composition de l'équipe (effectifs par profession, éventuellement en fonction de la quotité de temps travaillé),

- 33 professionnels de santé sont membres de l'association (créée depuis 2016), selon le Dr BORDIER à date de la candidature.

II. Structuration de l'exercice coordonné

L'association des professionnels de santé a été créée en 2016 et est reconnue Équipe de Soins Primaires par l'ARS Bretagne, depuis le 17 octobre 2019, avec son projet de santé. 44 Professionnels de santé sont adhérents à l'association depuis cette date.

La messagerie sécurisée (MSS) est utilisée par les professionnels, il n'y a pas de système d'information partagé (SIP).

L'équipe utilise l'application Globule dans le cadre du challenge mobilité de l'InterURPS. Cet outil permet l'échange d'information sur le patient entre professionnels de proximité.

Les professionnels tiennent une réunion collective tous les 2 mois depuis octobre 2016 sur un thème.

Plusieurs actions se sont tenues notamment autour du diabète, des patients sous AVK, des patients cancéreux et de la Vaccination.

L'équipe a également travaillé sur d'autres sujets notamment liés à la personne âgée : la prévention des chutes, des protocoles sur l'HTA, les INR, etc.

La question liée à la population vieillissante est prégnante sur le territoire.

Au sein de l'équipe un Médecin généraliste vient de terminer une thèse sur l'Ostéoporose, ce qui a motivé notamment l'équipe à travailler sur la question de la fragilité.

III. Ressources du territoire

- Offre existante :

Le service de gériatrie de l'hôpital de St Malo-Dinan a été informé de la démarche engagée, ainsi que l'Équipe Mobile de Gériatrie (en cours de déploiement à la date de lancement du projet). Le Médecin coordonnateur de l'EHPAD de Dol de Bretagne peut également être une ressource.

Le territoire est couvert par la Plateforme Appui Santé Rance Emeraude, des discussions et des rencontres ont eu lieu avec le Président, Dr UNAL.

L'équipe nous indique avoir des échanges avec l'EHPAD Le Tronchet, le réseau Ampère, le CCAS de Dol-de-Bretagne, l'ADMR Dol-de-Bretagne et l'Ageclis situé à COMBOURG.

Un groupe qualité de médecin est présent sur le territoire, impliquant plusieurs médecins généralistes.

La fonction de coordination au sein de l'ESP est assurée par les membres du bureau :

- Rédaction de communiqués, d'invitations aux réunions, de comptes-rendus de réunions, diffusées par mail aux adhérents (et non professionnels de santé du territoire non adhérents)
- Communication au sein du bureau par mail ou WhatsApp
- Organisations de réunions préparatoires avant les soirées Posaibaie

Afin d'assurer une bonne circulation de l'information et une continuité de celle-ci au niveau de l'équipe de coordination, un boîte mail générique a été créée : posaibaie@gmail.com

L'équipe participe depuis 2019/2020 au projet de CPTS de Combours.

IV. La place des différents acteurs dans le projet

Un deuxième groupe d'items, relatif à l'implication de l'équipe dans le projet, est individualisé, dont le recueil est également à envisager dès que possible :

Un groupe opérationnel mène le travail autour du projet de Repérage précoce de la fragilité est à l'origine de la candidature.

Profession	Nom Prénom	Commune d'exercice
Médecins généralistes	MARIO Sabine	La Boussac
Infirmière	PIGEON Sandrine	Dol de Bretagne
Pharmacien	MERCIER Elisabeth	Dol de Bretagne
	FERRON Philippe	Plerguer
Pédicure-Podologue	GORREGUES Elodie	Le Vivier-sur-Mer
Chirurgien-Dentiste	THIERRY Florian	Dol de Bretagne
Médecin généraliste retraité	BORDIER Bernard	Dol de Bretagne

La réponse à l'appel à candidature est à la fois un projet fédérateur pour l'équipe sur le territoire, qui va permettre d'aider à formaliser l'Équipe de Soins Primaire, mais aussi un intérêt sur le repérage précoce de la fragilité.

Profil du référent personnes âgées :

Le Dr BORDIER est tout récemment médecin généraliste retraité. Il a souhaité poursuivre son engagement au sein de l'association, en étant le référent personne âgée. Il est également Président de l'Association POSANBAIE, animateur d'un groupe qualité.

3. Portrait de territoire - Kervignac (en date de 2019)

I. Données populationnelles et territoriales

- *Type de territoire* : rural

- *Zonage ARS*,

Professions	Zonage / Démographie
Médecins généralistes	3 - Zone de vigilance
Pharmaciens	2 - en cours de fragilisation
Infirmiers	3-Intermédiaire
Masseurs-kinésithérapeutes	3-Intermédiaire
Sage-femmes	3-Intermédiaire
Chirurgiens-Dentistes	3-Intermédiaire

- *Composition de l'équipe*

Professions	Nombre MSP ayant suivi la formation	Nombre territoire
Infirmiers Libéraux	9	17
Masseurs-Kinésithérapeutes	4	10
Médecins Généralistes	3	8
Pharmaciens	3 (ont suivi la formation mais ne sont pas dans la MSP)	3
Orthophonistes	0	3
Dentistes	3	?
Sage-femme	1	?
Pédicure-podologue	1	?
Nutritionniste	1	?
Psychomotricienne	1	?

II. Structuration de l'exercice coordonné

- *Type de structuration* : Maison de santé pluriprofessionnelle monosite

Une équipe de 29 professionnels de santé, ayant développé une culture commune : interconnaissance approfondie, respect des fonctions de chacun, connaissance de l'institution et de ses modes de fonctionnement, méthodes de travail structurées, savoir-collaborer, savoir-construire ensemble.

Une coordinatrice de la MSP en cours de formation à l'EHESP.

Une réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire pour échanger autour de cas de patients nécessitant l'avis des autres professionnels de santé, et chaque trimestre la tenue de réunions pour parler des cas complexes.

- Projet de santé depuis 2012

- *Usage d'un système d'information partagé (SIP)*, whatsapp, RCP, avantages du monosite réunions thématiques temps informels

La messagerie sécurisée (MS santé) est utilisée, ainsi qu'un logiciel d'information partagé prochainement dans le cadre de l'ACI.

- *Contenu du projet de santé, actions effectivement mises en œuvre, projets antérieurs sur les thèmes personnes âgées et prévention,*

Dynamique forte autour de l'éducation thérapeutique du patient, formation des professionnels à l'ETP en cours (20 professionnels formés fin 2019), témoigne d'une réelle capacité d'écoute et d'une forte adaptation de la prise en charge.

Il existe un référent en éducation thérapeutique et un référent sur le sujet des aidants.

Développement de nombreux projets :

- Programme ETP polypathologies « au cœur de ma santé »
- Programme ETP « asthme de l'enfant »
- Action de prévention et promotion de la santé (AAP ARS 2018) autour : o Du goûter des enfants (sessions de 2 ateliers) d'un parcours de santé : agrès à proximité de la maison de santé
- Le coin des aidants
- Actions de Prévention du vieillissement

- Personnes-ressources mobilisables en interne sur le sujet, compétences (formation, expérience) ou profils spécifiques en lien le sujet,

Une équipe sensibilisée au sujet de la personne âgée : Le coin des aidants et des actions de prévention du vieillissement

En effet une partie de l'équipe a mis en place des temps d'écoute pour les personnes accompagnant des proches en perte d'autonomie. Il est ainsi proposé des ateliers d'échanges conviviaux en groupe (avec psychologue et infirmier), des ateliers de relaxation par l'hypnose en groupe (animé par un infirmier formé à l'hypnose) et des temps d'échanges individuels avec la psychologue.

De plus, en partenariat avec la Mutualité Française et la conférence des financeurs, des actions autour du « Bien Vieillir » sont menées, mise en place des ateliers :

- « Conscience de soi et de son corps » animé par la Psychomotricienne
- « Bien dans son assiette » : ateliers pratiques et théoriques autour de l'alimentation plaisir de la personne vieillissante animé par la Diététicienne Nutritionniste.
- « Estime de soi au cœur du bien-être » par des séances collectives d'hypnose animées par un infirmier hypnothérapeute

- « Bien dormir ça s'apprend » par des séances collectives d'hypnose animées par un infirmier hypnothérapeute
- « Entretenir ma mémoire au quotidien » : séances de réflexion sur les capacités d'attention et de concentration animés par les orthophonistes

Les pharmaciens du pôle se sont engagés dans les bilans de médication partagée (en individuel), pour toutes les personnes de plus de 75 ans et pour les personnes de plus de 65 ans pour qui 5 médicaments ou plus ont été prescrits pendant 6 mois au moins.

III. Ressources du territoire

Les CCAS des communes couvertes

Cap Autonomie Santé (PTA)

L'ADMR d'Hennebont.

La MSP est bien implantée dans le territoire avec des échanges avec PTA, MAIA, CLIC et plateforme d'éducation thérapeutique.

Les médecins et autres professionnels de santé sont en lien direct avec le **service de gériatrie** du GHBS. À ce titre l'équipe utilise très souvent le service « NUAGE » qui correspond à un numéro d'appel unique pour la gériatrie. Les différents acteurs du territoire autour de cette thématique, sont très demandeurs d'un appui sur le repérage précoce par les équipes de soins primaires.

IV. La place des différents acteurs dans le projet

Anne-Sophie DHOLLANDE, infirmière libérale sera la référente sur le projet au sein de l'équipe..

- infirmière libérale, elle est au quotidien en lien directe avec les patients à domicile. Dans ce cadre elle rencontre les autres acteurs locaux : aide à domicile, portage des repas, etc...
- Elle a par le passé, coordonné les programmes d'ETP de la maison de santé et a été formée à la coordination de programme par l'IREPS.
- Son expérience passée en milieu hospitalier lui apporte un langage commun avec les différents acteurs médicaux du territoire.
- Enfin son implication systématique aux actions du pôle, ainsi qu'à des rencontres avec Cap Autonomie Santé, lui confère une légitimité. Toute l'équipe du pôle (et particulièrement les médecins généralistes) reconnaît ses compétences d'analyse et de mise en place d'actions.

Une partie de l'équipe a étudié des outils d'évaluation du niveau de fragilité des personnes âgées (grilles du PRSP Champagne Ardennes, des fiches d'évaluation de l'ANESM, les recommandations de l'HAS), prêts à utiliser ce type d'outils et surtout à rentrer dans le cadrage régional de ce projet.

4. Portrait de territoire - Mauron (en date de 2019)

I. Données populationnelles et territoriales

Type de territoire : rural, situé dans le département du Morbihan.

- *liste des communes* :

Brignac, Concoret, Evriguet, Gaël, Guilliers, Illifaut, Loyat, Mauron, Ménéac, Merdrignac, Muel, Néant-sur-Yvel, Paimpont, Saint-Brieuc-de-Mauron, Saint-Léry, Saint-Malon-sur-Mel, Saint-Onen-La-Chapelle, Tréhorenteuc, Trémoriel

Zonages

Les communes sont situées sur plusieurs zonages, en fonction de la démographie.

Zonage Médecins (ARS Mars 2018)

Type de zonage	Territoire	Communes
Zone d'intervention prioritaire (ZIP)	Saint-Méen-le-Grand	<i>Gaël, Trémoriel, Muel, Saint-Onen-la-Chapelle</i>
Zones d'action complémentaire	Mauron	<i>Concoret, Evriguet, Guilliers, Mauron, Néant-sur Yvel, Saint-Brieuc-de-Mauron, Saint-Léry, Tréhorenteuc</i>
	Merdrignac	<i>Brignac, Illifaut, Merdrignac, Ménéac</i>
	Plélan-le-Grand	<i>Paimpont, Saint-Malon-sur-Mel</i>
Zone de vigilance	Ploërmel	<i>Loyat</i>

Zonage Infirmiers (ARS 2014)

Zonage IDE	Territoire	Communes
1-Très sous dotée	Merdrignac	<i>Brignac, Illifaut, Merdrignac, Ménéac</i>
	Saint-Méen-le-Grand	<i>Trémoriel</i>
	Mauron	<i>Concoret, Mauron, Néant-sur Yvel, Saint-Brieuc-de-Mauron, Saint-Léry, Tréhorenteuc</i>
3-Intermédiaire	Saint-Méen-le-Grand	<i>Gaël, Muel, Saint-Onen-la-Chapelle</i>
	Plélan-le-Grand	<i>Paimpont, Saint-Malon-sur-Mel</i>

	Ploërmel	Loyat
	Mauron	Evriguet, Guilliers

Zonage Masseurs-Kinésithérapeutes (ARS 2014)

Zonage MK	Territoire	Communes
2 - Sous dotée	Merdrignac	Illifaut, Merdrignac, Ménéac
	Saint-Méen-le-Grand	Trémoriel
3-Intermédiaire	Saint-Méen-le-Grand	Gaël, Muel, Saint-Onen-la-Chapelle
	Plélan-le-Grand	Paimpont, Saint-Malon-sur-Mel
	Ploërmel	Loyat
	Mauron	Concoret, Evriguet, Guilliers, Mauron, Néant-sur Yvel, Saint-Brieuc-de-Mauron, Saint-Léry, Tréhorenteuc
	Merdrignac	Brignac

Zonage Pharmaciens (ARS 2014)

Zonage Pharmacies d'Officines	Territoire	Communes
2 - En cours de fragilisation	Merdrignac	Brignac
	Saint-Méen-le-Grand	Gaël, Muel, Saint-Onen-la-Chapelle, Trémoriel
	Mauron	Concoret, Evriguet, Guilliers, Mauron, Néant-sur Yvel, Saint-Brieuc-de-Mauron, Saint-Léry, Tréhorenteuc
3-A surveiller	Plélan-le-Grand	Saint-Malon-sur-Mel
	Merdrignac	Illifaut, Merdrignac, Ménéac
4-Pas de difficultés	Ploërmel	Loyat
	Plélan-le-Grand	Paimpont

Les autres professions sont également disponibles sur le zonage de l'ARS.

Composition de l'équipe

(effectifs par profession, éventuellement en fonction de la quotité de temps travaillé),

Professions	Nombre
Infirmiers Libéraux	9
Masseurs-Kinésithérapeutes	3
Médecins Généralistes	4
Pédicures-podologues	2
Chirurgiens-Dentistes	1
Pharmaciens	2
Centre de soins Infirmiers	8,6 ETP (9personnes)

cf. voir liste Annexes (réponse AMI).

II. Structuration de l'exercice coordonné

- *Type de structuration* : maison de santé pluriprofessionnelle multisites
- *Date de validation du projet de santé* : 12 septembre 2008.
- Usage effectif de la messagerie sécurisée via Télésanté Bretagne et Logiciel métier partagé (HYPERMED)
- *Nature et fréquence des échanges collectifs pluriprofessionnels* : Les professionnels se réunissent autour de groupe de travail, et lors de chaque assemblée générale. Périodicité non connue.
- *Contenu du projet de santé*. Le projet de santé date de 2008, il n'a pour l'instant pas été mis à jour, mais c'est un projet de l'équipe. Les actions indiquées dans le projet portent principalement sur la coordination entre professionnels de santé libéraux, autres professionnels (Centre de santé) et la continuité et permanence des soins.

A propos du thème des personnes âgées et prévention, une réflexion a été menée sur la surveillance et la prévention de la dénutrition à domicile. À l'initiative des IDE du domicile et de l'ADMR, pour le portage de repas.

L'équipe a également travaillé sur d'autres sujets : la prévention des chutes, l'ETP, des protocoles.

- *Personnes-ressources mobilisables en interne sur le sujet*, compétences (formation, expérience) ou profils spécifiques en lien le sujet. Les professionnels de l'ADMR, concernant la nutrition, en partenariat avec la Pharmacie de Mauron.

Remarques : Ces informations sont partielles car issues des documents transmis par l'équipe. Elles ne reflètent pas forcément à ce stade l'ensemble des compétences du territoire

III. Ressources du territoire

- *Offre existante : filière gériatrique (hospitalière, libérale), fonctions d'appui (CLIC,PTA), acteurs associatifs et dispositifs spécifiques,*

La filière gériatrique du territoire est portée par la Clinique des Augustines à Malestroit (Bilans mémoire, suivi des plaies chroniques, etc...), l'équipe travail avec le Dr LEMBE LEMBE gériatre à la Clinique, mais également en lien avec le CH de Ploërmel disposant d'une équipe mobile de gériatrie (EMG).

Contact avec plusieurs gériatres :

- Dr THEAUDIN Aude, gériatre au Centre de prévention "Bien vieillir" Agirc-Arrco
- Dr LE CARS de l'équipe mobile gériatrique hospitalière Ploërmel
- Dr LEMBE-LEMBE : Gériatre à la Clinique des Augustines, formateur avec le CHEM sur le repérage de la fragilité

Contact avec Odile-Anna MATHELON, coordinatrice parcours de soins et repérage fragilité PA (article 70) Pôle de Santé de Saint-Méen-le-Grand (35).

Relations avec l'ADMR, SSIAD de Mauron, les établissements de Concoret et Mauron (résidence autonomie et EHPAD), avec la chargée d'accompagnement de l'Espace Autonomie Sud-Est Morbihan.

Participation à la commission d'entrée de gestion de cas complexes de l'Espace Autonomie (CLIC - MAIA)). Groupe de travail ville-hôpital de l'Espace Autonomie avec la création de la carte de coordination.

- *Adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) depuis le 25 Octobre 2017,*

- *Organisation de la fonction de coordination : Celle-ci est assurée par Mme Adeline BUREAU, également infirmière libérale.*

- *Participation à un projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), la coordinatrice est à l'initiative d'une réflexion et d'un projet de CPTS du son territoire.*

- Présence d'une infirmière Asalée.

IV. La place des différents acteurs dans le projet

- *Professionnels à l'origine de la candidature au sein de l'équipe,*

Adeline BUREAU, la coordinatrice est à l'origine de la candidature. La réponse a été préparée en lien avec la Coordinatrice, la future référente et le leader du pôle, il n'y a pas eu de réunion avec l'ensemble de l'équipe (échanges par mail).

- *Motivations individuelles déclarées, opportunités collectives identifiées, craintes exprimées*

Intérêt pour l'équipe au regard du nombre de personnes âgées sur le territoire.

La réponse à l'appel à candidature est un projet avec une dimension territoriale, à l'échelle du projet de CPTS, pour la coordinatrice. D'où la proposition d'associer d'autres équipes de soins à proximité.

- *Profil du référent personnes âgées : profession, expériences, rôle(s) antérieur(s) dans l'équipe, modalités ; identification, motivations...*

Le référent personne âgée est une Ergothérapeute libéral et salariée, Audrey LETURCQ, elle n'a pas de rôle particulier dans l'équipe, elle vient de s'installer sur le territoire.

V. Mise en oeuvre et vie du projet

Le recueil devra être envisagé au fur et à mesure, grâce au carnet de bord de chaque référent personnes âgées et dans le cadre des entretiens de suivi réalisés par l'équipe inter-URPS :

- **Contexte** : *évolutions notables (arrivée/départ au sein de l'équipe), lancement d'un autre projet, nouvel acteur intervenant sur le territoire...*

La pandémie liée à la COVID19 a eu un impact puisqu'elle a entraîné un arrêt de la dynamique PAF à partir de février 2020. Ce qui n'empêche pas les professionnels d'établir des processus de prise en charge et de suivi des personnes âgées particulièrement touchées par le COVID, en lien avec l'EAS.

La référente Audrey LETURCQ interrompt sa participation, en Juin 2020, au projet en qualité de référente PAF, pour congé maternité.

Le Pôle de Santé de Maunon est mobilisé dès Juin/juillet 2020 pour contribuer au déploiement et à l'utilisation de l'outil de coordination en mobilité : Mobil-e Ty by Globule. Adeline Bureau nous informe de la difficulté de mobiliser les libéraux à cette période.

Nadine BESNARD est désignée comme nouvelle référente PAF du projet.

- **Réalisations effectives** : *validation et mise en place d'outils, temps de rencontre et d'échange collectif réalisés, partenariats mis en place (notamment avec l'équipe de gériatrie de proximité), fréquence des échanges avec les partenaires, réunions avec des acteurs extérieurs...*

Mise en place d'un groupe de travail sur la notion "d'alerte" et de "veille" en collaboration avec l'ADMR, la clinique des Augustines, l'espace Autonomie Senior et la référente PAF. d

Permettant ainsi de définir les 2 notions à la fois, “qui peut alerter” à quel moment, et les points de vigilance (3 février 2020).

Travail sur les outils d'informations remis à la personne lors du repérage : la fiche faite sur la RGPD et les intervenants de secteur. Cf. voir document réalisé, prévue initialement le 9 mars 2020, mais consacrée au COVID.

Dynamique du projet :

- Choix collectifs opérés (ex. : groupes de travail mis en place à la suite des soirées de formation), nouveaux participants ou arrêts (repérage, actions),
- Sentiments exprimés au sein de l'équipe, évolution de l'appropriation du projet, adaptations et ajustements faits...
- Repérages et parcours effectifs des personnes repérées : récurrences observées, choix constatés...
- Travail du référent : principales tâches réalisées, temps consacré

b. Affiche PAF SP ANAP



**Université
de l'ANAP**

**Repérage précoce de la fragilité
chez les personnes âgées
par des équipes de soins primaires
« Expérimentation PAF » en Bretagne**



**Inter
urps
BRETAGNE**

Philosophie du projet

- Optimiser la prise en charge des patients fragiles en ambulatoire, prévenir et retarder la perte d'autonomie, le plus précocement possible au domicile pour que le regard préventif s'inscrive comme une habitude de travail collectif
- Permettre l'appropriation, par des professionnels libéraux exerçant en équipe, d'une démarche visant à organiser le repérage précoce de la fragilité des personnes âgées de plus de 70 ans et à mettre en œuvre auprès d'elles des actions ciblées
- Nourrir, à partir de l'expérimentation, des perspectives ultérieures de généralisation à d'autres équipes



Bénéfices de l'expérimentation

- Renforce la culture gériatrique**
 - Impact positif de la formation
 - Acquisition de connaissances autour de la notion de fragilité
 - Changement de posture professionnelle
- Permet de « faire communauté »**
 - Participe à une culture commune
 - Renforce l'interprofessionnalité autour d'un sujet commun
 - Conduit à la coordination
- Renforce la structuration du parcours du patient**
 - Construction d'une démarche projet
 - Formalisation d'un parcours patient dédié au repérage
 - Animation par le référent d'une dynamique
 - Utilisation d'outils spécifiques à l'équipier coordination clinique de proximité
- Ouvre la relation aux autres acteurs**
 - Partage avec les gériatres de la filière via la formation
 - Relation et formalisation avec les acteurs du domicile

Démarche

Accompagnement de quatre équipes de soins primaires :

- Formation des référents/coordonateurs (2 jours)**
- Formation des professionnels de santé à la fragilité et au repérage précoce des patients, au sein de chaque équipe (utilisation de la grille de repérage – critères de Fried)**
- Construction d'un protocole de repérage des personnes âgées fragiles**

Bref, le projet PAF c'est



Accompagner les professionnels de santé libéraux, dans la mise en place d'une organisation innovante et graduée de proximité.



Leur donner les moyens d'assurer le repérage précoce de la fragilité, et de la prendre en charge.

Exemple de parcours de la MSP Kervignac



```

graph TD
    A[REPERAGE] --> B[SIGNALEMENT AU REFÉRENT PAF]
    B --> C[CONSULTATION FRAGILITE]
    C --> D[SITUATION COMPLEXE]
    C --> E[GESTION INTERNE]
    D --> F[PROPOSITION D' ACTIONS CIBLEES AU PATIENT]
    E --> F
    F --> G[RETOUR D' INFORMATION]
    G --> H[REFÉRENT PAF]
    
```

Avec le soutien de :



Pour savoir plus : contact@oursmb.org

c. KIT Outils

Projet réalisé par les DAC (PTA) Appui Santé Pays de Rennes et Appui Santé Brocéliande dans le cadre du programme PAERPA, en partenariat avec :



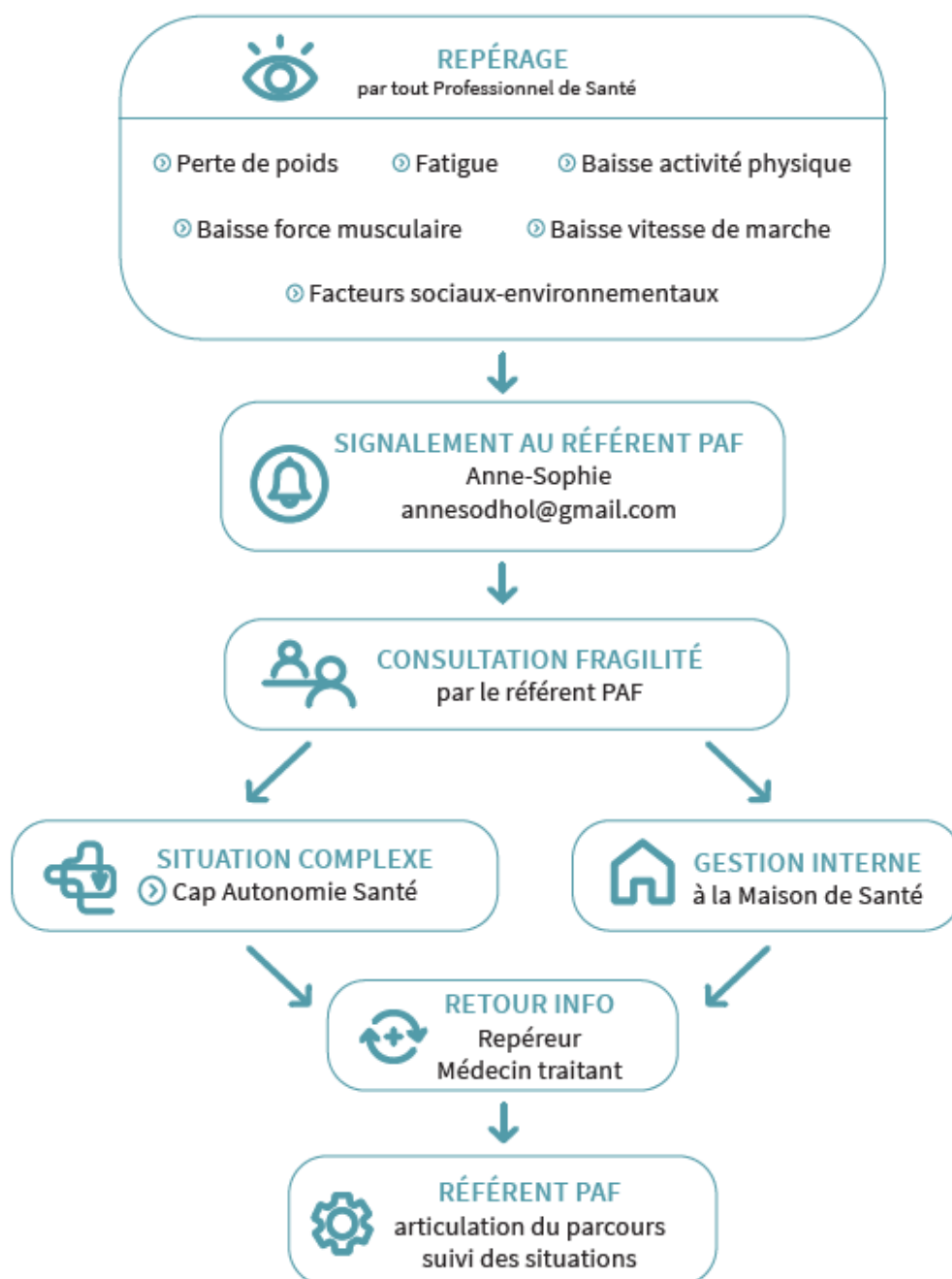
<https://www.reperer-perte-autonomie.bzh/>

d. Le parcours de Santé de la MSP Kervignac : exemple

1/2



PROTOCOLE REPÉRAGE PERSONNE AGÉE FRAGILE



Pôle Santé de Kervignac
Contact : 06.34.90.95.80 - polesante.kervignac@gmail.com



PROTOCOLE REPÉRAGE PERSONNE AGÉE FRAGILE



quelques exemples de signes d'alerte

- non-observance du traitement et/ou oublis réguliers
- plus envie de bouger/sortir/voir la famille
- fatigué pour quelconque activité
- diminution des centres d'intérêt
- oubli de rendez-vous
- manque du mot
- plainte mnésique
- discours montrant de l'angoisse, de l'inquiétude
- perturbation des soins d'hygiène, de changement du linge

**La fragilité de la personne âgée, c'est la baisse des capacités à faire face.
A chaque évènement, les "réserves en capacité d'adaptabilité diminuent".**

Pôle Santé de Kervignac
Contact : 06.34.90.95.80 - polesante.kervignac@gmail.com

e. Questionnaire consultation fragilité – MSP Kervignac

1/4



CONSULTATION FRAGILITÉ

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		Téléphone :
Personne à contacter :		
Médecin traitant :		
Situation familiale : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En famille ☐ Autre		
Établi le :	Par :	Repéreur :



Trame de l'entretien

- Présentation : professionnel, pôle
- Présentation des objectifs : définir conjointement les orientations vous concernant, vous aider à acquérir ou à maintenir des compétences nécessaires pour gérer au mieux votre vie
- Présentation du déroulement de l'entretien

AUTONOMIE	
② autonomie fonctionnelle • Difficultés dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, se laver, se transférer, aller aux toilettes, se déplacer) • Difficultés dans les activités domestiques de la vie quotidienne (faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser son téléphone) • Difficultés dans les activités sociales et/ou professionnelles • Aides existantes : oui / non	

Pôle Santé de Kervignac
Contact : 06.34.90.95.80 - polesante.kervignac@gmail.com



CONSULTATION FRAGILITÉ

DIMENSION BIOMÉDICALE	
🕒 parlez-moi de votre santé - Dégradation de l'état général dans les 3 derniers mois (perte d'appétit, perte de poids, fatigue, hospitalisations répétées) - Dégradation des fonctions cognitives (pertes de mémoire, désorientation temporo-spatiale) - Symptômes physiques (risques de chutes, baisse sévère d'un des 5 sens, douleur, autre...) - Absence de suivi médical	
DIMENSION COGNITIVE	
🕒 au quotidien, comment ça se passe ? Altération du processus décisionnel quelle qu'en soit l'origine (individuelle, environnementale...) avec pour conséquences : - Difficultés de gestion financière et/ou administrative - Prise de décision non éclairée et incapacité à assumer la protection de soi - Difficultés dans l'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins - Troubles du comportement (mise en danger, conduites à risques, agressivité, repli sur soi, désinhibition...) - ETC...	

Pôle Santé de Kervignac
Contact : 06.34.90.95.80 - polesante.kervignac@gmail.com



CONSULTATION FRAGILITÉ

DIMENSION PSYCHO-AFFECTIVE	
② Et votre moral ?	② Qu'est-ce qui vous dérange le plus ? (Impact sur le quotidien/ entourage)
DIMENSION SOCIALE	
② Et par rapport à vos habitudes de vie ? (Impact sur le quotidien/ entourage) ② Votre environnement ? Aides mises en place	② Vers qui pouvez-vous vous tourner quand vous avez besoin d'aide ?
② Personnes ressources :	
PROJETS	
② Qu'est-ce que vous auriez envie de faire ? Comment envisagez-vous l'avenir pour cette année ?	

Pôle Santé de Kervignac
Contact : 06.34.90.95.80 - polesante.kervignac@gmail.com



CONSULTATION FRAGILITÉ

NOM : Prénom : Date naissance :
Fait le : Par :

RESSOURCES	DIFFICULTÉS
OBJECTIFS	ACTIONS
① Degré de confiance à réaliser les objectifs : ☐ froid ☐ tiède ☐ chaud	

① Synthèse qui sera transmise au médecin traitant et au patient : oui - non

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

① Propositions complémentaires d'objectifs et de suivi :

① Evènements intercurrents (médicaux, sociaux) :

① Votre patient est-il en ALD ? ☐ oui ☐ non
pour quelle pathologie ?

Validation du MT (cachet + signature)
document à retourner au Pôle.

Pôle Santé de Kervignac
Contact : 06.34.90.95.80 - polesante.kervignac@gmail.com

f. Protocole PSP Mauron



*70 ans
et plus*

BIEN VIEILLIR

REPÉRAGE PRÉCOCE DE LA FRAGILITÉ

Nom - Prénoms:

Date de naissance:

Situation familiale:

"Vivez-vous seuls?"

Isolement physique, social,...:

"Avez-vous de la famille, des ami(e)s dans la région?"

Perte de poids:

"Avez-vous de l'appétit?"

Diminution vitesse et périmètre de marche:

"Allez-vous chercher votre courrier dans votre boîte aux lettres?"

Les troubles de la mémoire:

"Quel jour sommes-nous?"

Nom du médecin traitant:

Les questions sont pour vous aider.
Utilisez le mode de communication qui vous correspond.
Ce questionnaire permet d'identifier les critères de fragilité de la personne âgée. Un seul critère suffit à proposer un repérage précoce.
Merci de votre participation.

g. Outil d'évaluation fragilités – référent PAF – ESP Posanbaie

Document élaboré par le Dr Bordier (Equipe de soins primaires de Dol de Bretagne) Dans le cadre de l'expérimentation PAF (personnes âgées et fragilité) porté par les URPS de Bretagne en partenariat avec l'ARS Bretagne



SYNTHESE D'EVALUATION

NOM et Prénom :

Date de Naissance :

Cocher les problématiques repérées et les relier au(x) professionnel(s) à mobiliser en les identifiant

Physique	Médecin Généraliste Dentiste Dietéticienne Ergothérapeute IDEL	Thymique
Cognitifs		Nutrition
Traitement	Masseur Kiné Orthophoniste Pharmacie	Soins / Personne
Sensoriel	Podologue Psychologue SAAD	Vie Quotidienne
Equilibre	Services sociaux SSIAD / SPASAD Dispositif d'Appui à la Coordination	Vie Quotidienne