



### Prévention tous azimuts

Les communes et leurs communautés sont au contact de publics spécifiques (jeunes, femmes, populations issues de l'immigration, personnes âgées, etc.) dans des cadres multiples (organisation du temps scolaire, services à domicile, programmes sociaux sur des quartiers défavorisés, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad...). Ces différents cadres permettent d'intégrer une dimension de prévention en relation avec la santé. Ainsi, l'intervention dans des quartiers défavorisés peut comporter des actions d'éducation sanitaire sur divers registres : diffusion de campagne de vaccinations ou de dépistage, lutte contre des addictions, promotion de soins, conseils nutritionnels... La portée de ces interventions est multiple. Au-delà de l'élévation du niveau sanitaire, elles contribuent à une meilleure intégration sociale et à faciliter l'insertion culturelle et professionnelle. Vis-à-vis des personnes âgées, les points de rencontre ne se limitent pas aux Ehpad, le service à domicile (livraison de repas, aides sociales et ménagères, etc.), l'appui aux associations de personnes âgées peuvent être des vecteurs contribuant à une prévention déterminante pour ce public. Les personnels en charge de ces services en sont conscients et sont le relais de campagnes nationales ou régionales de prévention.

Si le fil entre action de prévention des collectivités et parcours de santé n'est pas officiellement tracé, recensé, il est indéniable.

### Le contrat local de santé, clé d'une intervention structurée et partagée

Le contrat local de santé (CLS) paraît être le meilleur moyen d'échapper à l'impression d'éparpillement que peut laisser le foisonnement d'initiatives locales. Les

CLS doivent s'établir à l'intersection des compétences des ARS et des actions des collectivités. Il s'agit de décliner les orientations du projet stratégique régional de santé en proximité. L'approche globale des CLS, adossée à un diagnostic territorial de santé, oriente la prise en charge du contrat vers des structures en capacité d'organiser des actions de son ressort ou de couvrir les différentes facettes de la santé et du médico-social, d'intervenir sur les politiques touchant l'état de santé des populations (environnement, habitat, transport...). Les déterminants de la santé découlent de nombreuses politiques locales et de questions sociales. Les contrats peuvent viser certains de ses déterminants et s'intéresser aux questions sociales, aux transports, à l'habitat, à l'éducation...

En ces temps budgétaires contraints, il serait préférable que les actions des collectivités et celles des professionnels publics ou privés de santé s'entrecroisent plutôt qu'elles ne se juxtaposent. La jonction n'est pas évidente à assurer, elle serait pourtant garante d'une efficacité renforcée des moyens mobilisés par les uns et les autres. Les politiques nationales de santé répondent à une logique de filière plutôt verticale, elles ont pour fondement majeur la préservation d'un « capital » individuel et national. Elles ciblent des populations dont la prise en charge n'est pas toujours territorialisée. Parallèlement, les collectivités considèrent la santé à l'aune de leurs compétences et au regard de leurs contours géographiques. Le cadre normatif des CLS suffisamment souple permet d'être innovant sur les domaines traités et sur les actions envisagées. Aussi, ces contrats pourraient être largement déployés garantissant le lien entre logiques verticale et territoriale. Le parcours de santé en tracerait alors le fil rouge, agissant comme un liant entre collectivités et secteurs de la santé. ✧

## Prise en charge des personnes âgées dans les Hautes-Pyrénées

**Monique Cavalier**  
Directrice générale  
**Thierry Godet**  
Responsable  
du département  
du 1<sup>er</sup> recours  
**Vincent Drochon**  
Chargé de  
communication  
ARS Midi-Pyrénées

Le vieillissement de la population est au cœur des préoccupations de l'agence régionale de santé en Midi-Pyrénées. Un dispositif expérimental Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est lancé sur l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées pour améliorer le parcours de santé des plus de 75 ans. La feuille de route prend appui sur des préoccupations de la vie courante pour ces personnes âgées : rester en sécurité à domicile, éviter les hospitalisations, limiter les risques liés aux médicaments...

La région Midi-Pyrénées est attractive... mais vieillissante. La part des habitants de 75 ans et plus y est de 10,4 % (8,9 % en France). La dynamique de la

métropole toulousaine masque un fort vieillissement des départements ruraux qui l'entourent. L'indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) se situe en moyenne à 83,5 dans la région contre 68,6 pour la France métropolitaine. Il est de 59,9 en Haute-Garonne, mais il atteint 114,1 dans le Gers et 119,1 dans le Lot).

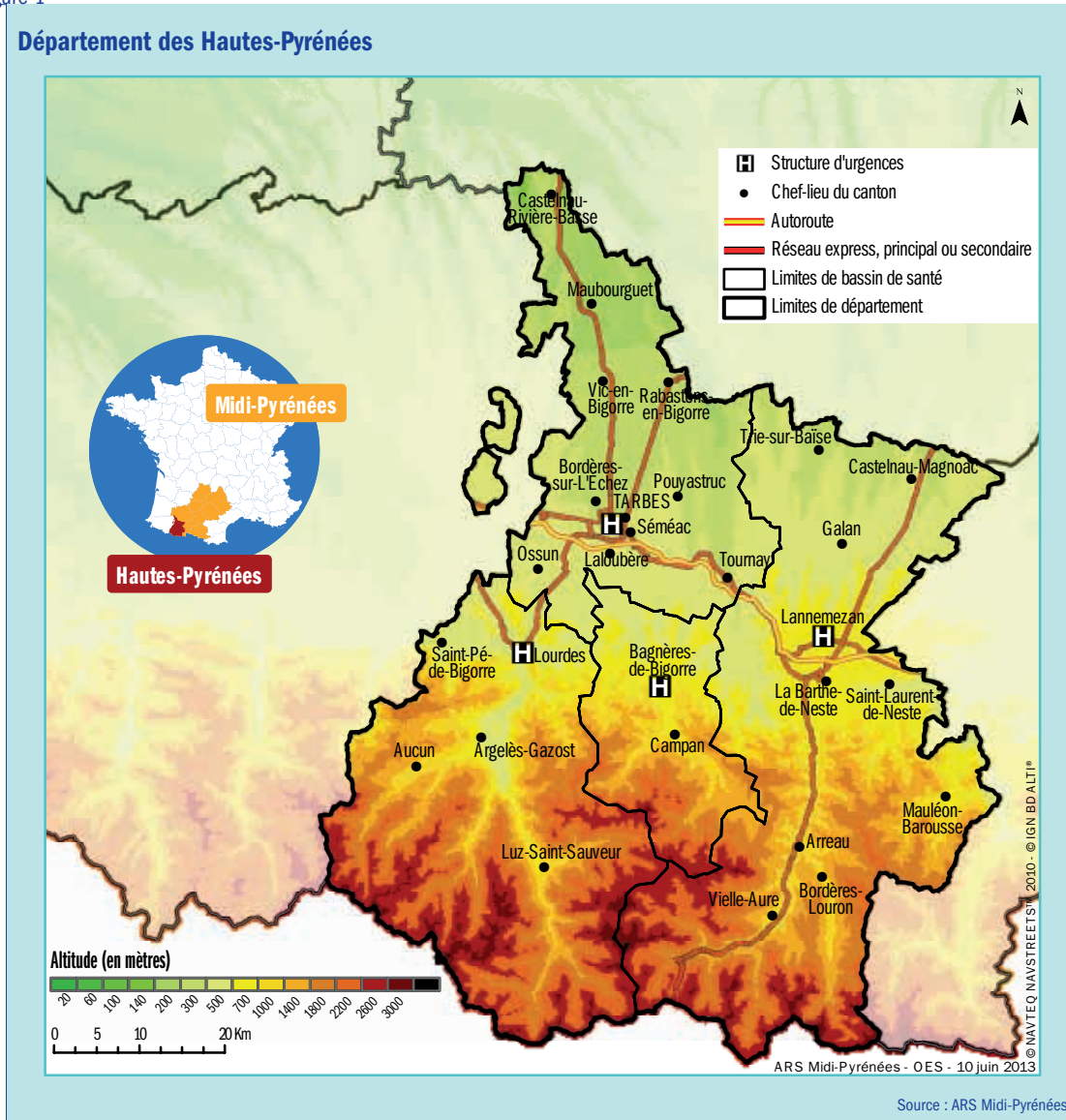
Pour ces personnes âgées, le parcours de santé se heurte parfois à des difficultés très pratiques dans la vie quotidienne. Ces dysfonctionnements dans la prise en charge peuvent fragiliser la vie de ces patients, et ces points de rupture peuvent entraîner une perte d'autonomie. L'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées en a fait une priorité de son projet régional de santé.

Elle a été retenue dans le cadre d'une expérimentation nationale pour déployer des actions innovantes qui facilitent le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Pour Monique Cavalier, directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées, « Nous avons beaucoup travaillé sur cette problématique pour les aînés, nous avons donc dégagé des pistes opérationnelles. Jusque-là, ces projets n'étaient pas mis en œuvre et évalués à l'échelle d'un département. L'expérimentation Paerpa nous permettra probablement de les mettre en cohérence sur l'ensemble des Hautes-Pyrénées et d'aller plus loin. »

Parmi ses atouts, la région Midi-Pyrénées bénéficie déjà d'une forte mobilisation sur la gérontologie et la prise en charge des personnes âgées, grâce à l'impulsion

novatrice du Pr Vellas, missionné par le ministère de la Santé à partir du Gérontopôle toulousain. Une équipe régionale et huit équipes territoriales sont déployées dans chaque département pour aider les professionnels dans la détection de la fragilité des personnes âgées, la prévention de la dépendance induite par les soins, la coordination des différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées. Cette démarche contribue à identifier précocement les personnes en risque de perte d'autonomie et à mettre en place les plans personnalisés de santé adaptés et évolutifs. Elle mobilise tous les acteurs du territoire de santé qui interviennent auprès des personnes âgées, que ce soit dans les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social ou social. Cette dynamique collective est coordonnée et partagée.

figure 1





### Une mobilisation opérationnelle à l'échelle d'un département

Le projet mené dans les Hautes-Pyrénées bénéficie aussi de la qualité des partenariats établis entre l'agence régionale de santé et les acteurs locaux, à commencer par le conseil général. Cette volonté d'échanges s'est déjà illustrée dans le domaine médico-social, par exemple pour le déploiement du plan Alzheimer. L'ARS Midi-Pyrénées a donc naturellement mobilisé tous ses partenaires de santé pour la mise en œuvre du projet Paerpa sur ce territoire des Hautes-Pyrénées. La lettre d'engagement a été signée le 28 octobre 2013 par l'ensemble des représentants des organismes d'assurance maladie et de retraite (CPAM, Carsat, MSA, RSI...), des unions régionales des professionnels de santé (URPS des médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes), ainsi que des usagers (Corerpa). C'est une étape qui a marqué le lancement opérationnel du projet.

Le département compte 27 500 personnes âgées de plus de 75 ans (13 % de la population). Presque 38,5 % d'entre elles vivent seules à leur domicile. Dans ce département rural et montagneux, la densité moyenne de population est très hétérogène entre agglomérations et fonds de vallée. Le profil de la population dans le bassin de santé de Lannemezan est à 99,7 % rural, alors qu'il est à 86 % urbain dans l'agglomération de Tarbes. Pour assurer la prise en charge des personnes âgées, les professionnels de santé libéraux, les services d'urgence et les nombreux établissements médico-sociaux constituent un maillage serré du territoire : deux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), six centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC), trente-cinq établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad), cinq équipes mobiles gériatriques et un réseau de santé territorial (Arcade).

Pour préserver l'autonomie des personnes âgées, l'expérimentation s'articule concrètement autour de trois grands axes de travail :

- le maintien à domicile : par le développement, la coordination clinique de proximité, le suivi à domicile, la sécurisation des sorties d'hospitalisation ;
- les hospitalisations : moins souvent, moins en urgence, moins longues ;
- la consommation de médicaments : moins de poly-médication pour réduire les risques d'interactions médicamenteuses.

### Sécuriser le maintien à domicile

Le premier axe du projet dans les Hautes-Pyrénées vise à sécuriser le maintien à domicile. Il prend appui sur la coordination clinique de proximité autour du médecin traitant, en mettant l'accent sur le suivi à domicile et la phase très particulière de la sortie d'hospitalisation. L'objectif est de mieux coordonner l'intervention des différents acteurs, médicaux, médico-sociaux, voire sociaux autour de la prise en charge des personnes

âgées. L'enjeu c'est également que cette coordination n'incombe pas à l'utilisateur lui-même ou à ses proches, mais qu'ils bénéficient véritablement de la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé. Cette démarche permet d'aborder la problématique posée pour chaque patient et de mettre en œuvre les actions adaptées à chaque cas.

Très concrètement, cet axe de travail se traduit par exemple par un élargissement des plages horaires d'intervention des services de soins infirmiers à domicile, en particulier en soirée. C'est l'occasion de sécuriser l'importante étape du coucher de la personne âgée, mais aussi de vérifier la prise des médicaments ou du dîner. À terme, cette organisation sera aussi concertée entre intervenants selon les attentes du patient, soit pour regrouper davantage les visites successives de l'aide-soignante et de l'infirmière auprès d'une même personne, soit pour les étaler au fil de la journée et veiller ainsi à une présence régulière. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) seront également renforcés pour soutenir au niveau social la coordination clinique de proximité entre professionnels.

### Réduire les hospitalisations évitables et en limiter les conséquences

Le deuxième axe porte sur les hospitalisations, qui peuvent fragiliser la vie courante des plus de 75 ans. L'expérimentation vise d'abord à travailler sur la réduction des hospitalisations en urgence. L'objectif consiste à ce que ces hospitalisations soient plus courtes, programmées, réservées au moment où elles sont réellement nécessaires, en évitant si possible le passage aux urgences.

En pratique, le plan d'action prévoit par exemple de développer des formules d'hospitalisation à temps partiel qui évitent aux patients âgés de rester dormir à l'hôpital. Les examens et bilans hospitaliers sont dans ce cas programmés à l'avance et regroupés pour n'engendrer qu'un seul déplacement de la personne âgée en journée.

La difficulté du retour à domicile après une hospitalisation est également au cœur de toutes les attentions dans le cadre de Paerpa. Des solutions d'hébergement temporaire en établissements médico-sociaux sont prévues au plan national pour proposer aux patients un hébergement sécurisé nécessaire à la transition avant le retour à domicile. Cette expérimentation sera élargie dans les Hautes-Pyrénées pour identifier cinq places d'hébergement temporaire dédiées à des situations d'urgence, en particulier pour des raisons sociales (par exemple lorsque c'est un aidant qui est hospitalisé). Ces places seront réparties sur les quatre bassins de santé du département. Un autre dispositif d'accueil de nuit temporaire en Ehpad sera lui aussi expérimenté. Pour faciliter ces alternatives à l'hospitalisation et optimiser la prise en charge, un numéro de téléphone « Allo personnes âgées » sera accessible sur l'ensemble du

département. Il permettra au médecin traitant d'avoir directement accès à l'expertise d'un gériatre face à une situation complexe.

Le partenariat de l'assurance maladie sera un atout important pour anticiper et organiser la sortie du patient dès son entrée à l'hôpital. Un programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) sera expérimenté pour les personnes âgées dans les Hautes-Pyrénées. Chaque patient sera accompagné par un coordonnateur médico-social pour organiser très concrètement son retour à domicile, en lien avec les acteurs de proximité.

#### Limiter les risques liés aux médicaments

Enfin, le troisième axe de travail tourne autour du médicament. L'objectif est de progresser sur le toilettage des ordonnances et la polymédication, afin que la vigilance de tous les acteurs de la chaîne de soins soit accrue et que les personnes âgées soient moins confrontées aux risques d'iatrogénie médicamenteuse. Les pharmaciens d'officine apportent leur expertise dans ce domaine, en lien avec les services hospitaliers, pour veiller au respect des bonnes pratiques.

En complément, des actions préventives sont prévues pour agir en priorité sur le risque de chute, la dépression et la dénutrition. Des actions d'éducation thérapeutique pourront être mises en place. Le soutien aux aidants

figure enfin parmi les objectifs incontournables de l'expérimentation en cours.

#### En synthèse : une meilleure communication entre les acteurs pour une action plus efficace

L'ensemble de ces actions fera appel à un renforcement des outils d'échanges d'informations entre tous les intervenants autour de chaque personne âgée. L'un des problèmes fréquemment rencontrés aujourd'hui concerne la visibilité des places en établissements sanitaires ou médico-sociaux. Les partenaires du projet Paerpa y travaillent dans les Hautes-Pyrénées, par exemple pour généraliser l'usage de l'outil Trajectoire qui facilite l'orientation des patients issus des services de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) vers une place en soins de suite et de réadaptation (SSR). La messagerie sécurisée est aussi au centre des préoccupations, pour en faire au quotidien l'outil central d'échanges d'informations entre les professionnels de santé qui interviennent autour des mêmes personnes âgées. L'élaboration de plans personnalisés de santé sera connecté au dossier médical personnel de chaque patient. Ce système d'information partagé permettra de consolider l'évaluation de cette expérimentation grande nature à l'échelle du département des Hautes-Pyrénées. ✧

## Nord-Pas-de-Calais : le parcours des patients atteints de cancers

Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs multiples : du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'État et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (prendre en charge tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

Dans un contexte de besoins croissants de soins de proximité et de soins hospitaliers gradués, mais aussi de coordination entre les soins de proximité et les soins plus spécialisés, le territoire apparaît comme un outil essentiel permettant de structurer une prise en charge globale de la population entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, visant à placer l'individu, l'usager des soins, au centre de la prise en charge. L'objectif est ambitieux car il doit permettre non seulement la réponse à des soins aigus de qualité, mais aussi le suivi d'une pathologie dans la durée, et non leur opposition.

C'est le rôle qui a été dévolu aux agences régionales de santé (ARS) en leur confiant non seulement

la définition des territoires de santé, permettant des soins de proximité jusqu'à des soins de recours très spécialisés, mais aussi en leur donnant la possibilité d'utiliser des outils de planification et de coopération revisités au travers de la loi HPST.

Comment une ARS peut-elle organiser un parcours de santé dans ce contexte ? Nous allons tenter de répondre à cette question à travers l'exemple du parcours des patients atteints de cancer.

Trois plans cancers nationaux ont été élaborés depuis 2007. Leur déclinaison s'est traduite, dans la région Nord-Pas-de-Calais, par l'élaboration d'un programme régional spécifique intégré dans le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 de l'ARS. La mise en œuvre des orientations nationales est en effet particulièrement justifiée dans la région au regard du contexte épidémiologique défavorable. C'est pour les cancers des voies aéro-digestives que la situation régionale est très préoccupante. Le Nord-Pas-de-Calais présente ainsi le taux d'incidence le plus élevé en France métropolitaine, tant chez l'homme que chez la femme [35]. Ces cancers présentent des caractéristiques. Ils sont plus fréquents chez les personnes socialement défavorisées et associés

**Jean-Yves Grall**

Directeur général

**Isabelle Loens**

Médecin chargée de mission thématique cancer

Agence régionale de santé du

Nord-Pas-de-Calais

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.