



ÉVALUATION DE L'EXPERIMENTATION « ARTICLE 70 » A SAINT-MEEN-LE-GRAND

Rapport complet

Contacts Acsantis:

Dr Dominique DÉPINOY
Président
+33 (6) 27 06 27 38
dominique.depinoy@acsantis.com

Dr Frédéric DUGUÉ
Médecin spécialiste de santé publique, consultant
+33 (7) 81 04 03 66
frederic.dugue@acsantis.com

SOMMAIRE

1	Intr	ntroduction : le dispositif mis en place3				
2	Con	ntexte : les contours multiples des fonctions de coordination	5			
	2.1	La difficulté de déterminer la nature du travail de coordination	5			
	2.2	Des tentatives de caractérisation des activités de coordination	6			
	2.3	Des fonctions à intégrer dans une organisation	8			
	2.4	Les expériences françaises	9			
	2.5	Des leviers de transformation des pratiques et d'intégration ?	11			
3	Mé	thode	12			
4	Rés	ultats : éléments de réponses aux questions évaluatives	13			
	4.1	Quel est l'apport spécifique de la fonction de coordinatrice de parcours ?	13			
	4.2	Quel est l'apport des outils et actions mis en œuvre, en fonction de leur niveau d'appropriation ?	21			
	4.3	Comment le dispositif s'est-il intégré dans les pratiques et quels effets a-t-il eus sur celles-ci ?	25			
	4.4	Quels sont les effets sur les prises en charge des personnes ?	37			
5	Disc	cussion	44			
	5.1	Limites relatives à la démarche d'évaluation	44			
	5.2	Enseignements du projet	45			
5 Di 5.1 5.2	Ann	nexes	55			
	6.1	Bibliographie	55			
	6.2	Entretiens réalisés	57			



1 Introduction: Le dispositif mis en place

L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 a permis l'expérimentation, pour 5 ans, de nouveaux modes d'organisation favorisant la transversalité et la continuité des parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, en particulier à l'interface ville-hôpital. L'un des 11 projets retenus dans le cadre de cette expérimentation est celui porté par le Pôle Pluridisciplinaire de Santé et le Centre Hospitalier (CH) de Saint-Méen-le-Grand, en Ille-et-Vilaine¹.

Sur un territoire d'un peu plus de 10 000 habitants comprenant la commune de Saint-Méen-Le-Grand et ses environs, le projet concerne environ 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.

En 2013, un *diagnostic territorial partagé* a permis la *priorisation d'axes de travail* par les professionnels du pôle et leurs partenaires, reposant notamment sur l'élaboration d'outils partagés :

- Le repérage opportuniste des fragilités des personnes âgées : élaboration d'une fiche de repérage et définition d'un circuit de traitement ;
- La prévention des hospitalisations : mise en œuvre d'une approche préventive complétant le repérage par une évaluation graduée puis l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé ;
- La prévention des ré-hospitalisations : anticipation, préparation et accompagnement de la sortie ;
- L'appui sur les systèmes d'information : déploiement de la messagerie sécurisée régionale, acquisition d'un système d'information partagé au sein du pôle.

Le comité de pilotage du projet a décidé en 2014 de recruter une *coordinatrice de parcours* ayant pour mission d'appuyer la mise en œuvre de ces actions et d'assurer leur suivi, mais aussi de contribuer directement à la coordination des prises en charge des personnes âgées (avec une prise en compte de leurs proches / aidants), ainsi que d'accompagner le développement de pratiques collaboratives interprofessionnelles et intersectorielles.

En 2017, après une montée en charge régulière depuis 2014, la file active de patients suivis dans le cadre du dispositif a oscillé *entre 183 et 211 personnes âgées*. Pendant l'année, 68 nouvelles personnes ont été incluses à la suite d'un repérage et 40 ont été retirées de la file active (du fait d'un décès ou d'une institutionnalisation). Le nombre de personnes suivies semble ainsi progressivement se stabiliser autour de 20 % de la population des 75 ans et plus du territoire. Parmi les repérages, 8/10 ont été réalisés au domicile — en grande partie au sein du pôle (par les infirmières libérales et médecins généralistes en premier lieu), mais aussi via les services du conseil départemental (équipe du centre départemental d'action sociale, CDAS) et les aides à domicile — et 2/10 en sortie d'hospitalisation.

D'après la caractérisation réalisée par la coordinatrice de parcours, les personnes intégrées dans la file active en 2017 se trouvaient dans 8 cas sur 10 en amont ou à la phase initiale de perte d'autonomie et dans 2 cas sur 10 en situation de dépendance. Bien souvent il s'agissait de *personnes polypathologiques, vivant seules ou avec un aidant lui-même fragile, avec des difficultés à percevoir l'intérêt de la mise en place d'aides,* difficultés parfois partagées par la famille. Dans certains cas, la situation était en voie d'aggravation et nécessitait un accompagnement en vue d'une institutionnalisation, le *maintien à domicile touchant ses limites*.

¹ Pour une présentation détaillée du projet et des réalisations, voir les rapports d'activité.



L'activité de la coordinatrice de parcours, qui consacre un 2/3 temps à cette mission, se partageait ainsi entre :

- **25 % de suivis intensifs**: patients en perte d'autonomie, avec une problématique sociale souvent s'ajoutant à la problématique médicale, nécessitant plusieurs actions par semaine de la part de la coordinatrice et des autres intervenants, ainsi que la définition formalisée et de priorités partagées pour le suivi ;
- 35 % de suivis moyennement intensifs : patients fragiles ou en phase initiale de perte d'autonomie, nécessitant plusieurs actions par mois de la part de la coordinatrice et des autres intervenants ainsi que la définition formalisée, ici aussi, de priorités partagées pour le suivi ;
- Et 40 % de suivi en vigilance : patients présentant plusieurs critères de fragilité et dont le repérage par un professionnel a occasionné une intervention ponctuelle de la coordinatrice, ainsi que des échanges informels avec le médecin traitant du patient et le professionnel à l'origine du repérage.

En fonction de la stabilisation ou au contraire de l'aggravation de leur situation, un même patient a pu bénéficier de niveaux variables d'intensité de suivi, depuis le démarrage du projet.

En outre, l'expérimentation a permis la réalisation d'actions complémentaires :

- Des *évaluations gériatriques bilans de prévention* au sein du pôle, grâce à un partenariat avec le Centre Bien Vieillir de l'Agirc-Arrco de Rennes : 10 bénéficiaires en 2017, à l'occasion de 3 journées de bilan ;
- Des *ateliers de maintien de l'équilibre*, intitulés Équilibr'Âge, en partenariat avec l'association Kiné Ouest Prévention : 14 participants en 2017.

L'expérimentation arrivant à son terme, les professionnels du pôle de santé ont souhaité que soit conduite *une* évaluation du dispositif mis en place, centrée sur l'objectivation des effets produits par le projet.

Le présent rapport présente une synthèse des résultats de l'évaluation réalisée, mise en perspective du point de vue des questionnements actuellement soulevés par le développement des fonctions de coordination et d'appui à la coordination.



2 CONTEXTE: LES CONTOURS MULTIPLES DES FONCTIONS DE COORDINATION

Dans le secteur sanitaire et social, le recours à des fonctions de coordination est croissant. Celles-ci sont envisagées comme une partie de la réponse à la fois aux problèmes structurels de cloisonnements des services et à l'évolution des besoins en soins occasionnés par la transition épidémiologique. Dans les faits, la coordination existe toujours dans une organisation, mais elle est souvent insuffisante. Et plus l'incertitude est grande – du fait de problèmes de santé multiples et complexes, menaçant l'autonomie – plus le niveau d'interdépendance des acteurs est élevé, et plus la coordination collective devient nécessaire (Contandriopoulos et al. 2001).

En proposant idéalement une approche longitudinale (suivi dans le temps, anticipation et prévention des difficultés) et transversale (dépassement possible des frontières sectorielles et institutionnelles), la coordination constitue *une opportunité pour améliorer la continuité des soins*, c'est-à-dire le degré auquel les soins sont perçus comme cohérents, interconnectés et en adéquation avec les besoins médicaux et le contexte de la personne (Haggerty et al. 2003).

2.1 La difficulte de determiner la nature du travail de coordination

Néanmoins, il est difficile de déterminer de façon consensuelle la nature des activités de coordination. Une étude d'envergure recensait en 2007 pas moins de 40 définitions de la coordination des soins (McDonald et al. 2007). Pouvoir décrire cette fonction par des mesures aussi valides et fiables que possible constitue pourtant un enjeu, en vue d'identifier dans la pratique d'éventuelles lacunes, d'évaluer l'efficacité de modalités définies (en lien avec des indicateurs de santé) ou de réaliser des comparaisons (Schultz et al. 2013). Cet effort d'objectivation de ce qui constitue la coordination se confronte cependant à des difficultés propres :

- Il s'agit de faire sortir la coordination d'une forme d'invisibilité antérieure dans laquelle elle était jusqu'ici plongée, comme la majorité des tâches d'organisation associées aux soins : celles-ci sont perçues comme très répandues, intégrées dans le travail et évoquent bien souvent dans les esprits une disposition personnelle davantage que des compétences acquises et formalisables, susceptibles d'être soutenues par des outils et transmises par la formation (Waelli et Minvielle 2017);
- Le fait de confier des tâches habituellement intégrées dans le travail de chacun à une personne dédiée, chargée d'incarner la fonction de coordination, est d'abord vu comme une manière de pallier le manque de disponibilité des professionnels ; or il ne s'agit pas, bien souvent, d'une simple délégation de tâches, dans la mesure où ce transfert s'accompagne d'un changement de nature et de qualité de l'activité de coordination ;
- Surtout, les fonctions de coordination émergent au sein de dispositifs, souvent expérimentaux, caractérisés par des contextes singuliers, de par les besoins des patients, les configurations de soins, la disponibilité des ressources de la filière (Mino et Robelet 2010; Camicia et al. 2013) ; les nouveaux métiers créés « épousent les contours du terrain », sur un territoire et à un moment donné ; *l'absence de modèle commun limite ainsi leur généralisation*, et l'on assiste en France et dans le monde à une multiplication des désignations pour ces nouveaux métiers, favorisant les débats sur leur plus-value (Waelli et Minvielle 2017).



2.2 Des tentatives de caracterisation des activites de coordination

Une approche pragmatique est de chercher à caractériser, de façon empirique, quelles sont les tâches et activités communément attribuées aux coordinatrices et coordinateurs. À la suite de l'étude citée plus haut, fondée sur une analyse de la littérature, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), aux États-Unis, s'est attachée à proposer un cadre conceptuel à même de fournir des modalités de mesure de la coordination (McDonald et al. 2014). Parmi les mécanismes concourant à accomplir la coordination des soins figure une liste d'activités (cf. Tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1. Activités de coordination selon McDonald et al. 2014

Activité	Description
Établir ou négocier la responsabilité	Clarifier la responsabilité des intervenants pour les différents aspects de la prise en charge (et le cas échéant la limite à partir de laquelle cette responsabilité est transférée)
Communiquer	Assurer le partage des informations parmi les intervenants ; communication interpersonnelle liée aux interactions (échanges d'idées, préférences, objectifs, expériences) et transferts d'informations (données cliniques, résultats d'examens)
Faciliter les transitions	Entre contextes de soins (ex. : hôpital-ville) ou en fonction de l'évolution des besoins de coordination (ex. : pédiatrie-soins adultes, épisodes aigus-maladie chronique)
Évaluer les besoins et les objectifs	Déterminer les besoins du patient en soins et en coordination, incluant la santé physique, émotionnelle et psychologique, le statut fonctionnel, l'autonomie, les recommandations de traitements et services de soutien à mobiliser
Créer un plan de soins proactif	Établir et maintenir un plan de soins, créé et géré conjointement avec le patient/ses proches et les intervenants, qui souligne les besoins du patient à court et long termes et/ou identifie les lacunes dans la coordination
Surveiller, suivre et s'ajuster aux évolutions	Conjointement avec le patient/ses proches, mesurer les évolutions au regard des objectifs de soins et de coordination, identifier les succès et les échecs, affiner le plan de soins aux nouvelles informations et circonstances, assurer le suivi des patients
Soutenir les objectifs d'autogestion	Ajuster l'éducation et le soutien aux capacités et aux préférences du patient quant à son investissement dans sa propre prise en charge ; l'éducation inclut l'information, la préparation et le coaching auprès du patient et des aidants en faveur de la compréhension du patient et de sa capacité à assumer des tâches d'auto-soins
Assurer le lien vers les ressources communautaires	Fournir une information sur la disponibilité des ressources complémentaires présentes sur le territoire et susceptibles d'apporter un soutien au patient ; assurer si nécessaire la coordination entre ces ressources et les intervenants
Aligner les ressources sur les besoins des patients et de la population	Au sein du contexte de soins, évaluer les besoins des patients et de la population et allouer des ressources en fonction de ces besoins ; à l'échelle populationnelle, requiert une approche systémique (adaptation des organisations)



Selon une autre approche, des chercheuses canadiennes ont étudié les *caractéristiques des interventions des infirmiers pivots en oncologie* (IPO), déployés au Québec depuis les années 2000 (Skrutkowski et al. 2011). Elles ont pour cela identifié 10 catégories, adaptées du système d'Omaha (comprenant notamment une taxonomie des soins infirmiers), qu'elles ont rattachées aux 4 fonctions clés officiellement définies (cf. Tableau 2 ci-dessous). Un enregistrement systématique des interventions réalisées pendant 3 ans leur a permis de préciser comment étaient réparties les actions des IPO suivis.

Tableau 2. Interventions de l'infirmier pivot en oncologie selon Skrutkowski 2011

Fonction	Intervention	Description
Évaluation des besoins et symptômes	Collecte de données	Évaluation initiale du patient : antécédents médicaux, diagnostic du cancer, capacités d'adaptation, soutien et ressources disponibles
	Évaluation de l'entourage	Réalisation d'un génogramme, évaluation du soutien social
	Surveillance	Suivi des évolutions par rapport aux symptômes initiaux, recherche de symptômes
	Évaluation des symptômes	Évaluation des nouveaux symptômes identifiés ou signalés, utilisation d'échelles de gradation par le patient
Soutien	Soutien du patient et de son entourage	Évaluation des capacités d'adaptation, apport d'informations utiles à la décision, soutien à l'expression d'émotions, encouragement
Information et éducation	Éducation à la gestion des symptômes	Stratégies pour faire face aux symptômes (ex. : s'économiser face à la fatigue, prise d'antiémétiques en cas de nausée)
Continuité / coordination	Administration, travail de bureau	Prise de rendez-vous, transmission de prescriptions ou documents, vérification des examens planifiés
	Advocacy	Parler au nom du patient, mobiliser le médecin, influencer les autres professionnels de santé, adapter le plan de soins
	Continuité des soins	Coordination avec les services et professionnels, échanges sur le traitement et le suivi des patients, discussion du plan de soins lors d'échanges interdisciplinaires, retour d'information à l'équipe
	Adressage	Demande formelle à un service ou un professionnel (1er recours, urgences, soins palliatifs)

La lecture de ces deux tentatives de classification des activités de coordination – et, plus généralement, des travaux qui s'y rapportent (Chicher 2015) – permet de souligner certaines caractéristiques notables des métiers qui y sont dédiés :

- La *place importante du travail organisationnel*, traditionnellement minimisé et dévalorisé de la part des professionnels, car en décalage par rapport à la représentation idéale du travail, au chevet du patient (Waelli et Minvielle 2017);



- La dimension éducative vis-à-vis du patient et de son entourage, se traduisant par des stratégies de motivation, le renforcement de la confiance en soi et de la capacité de prise de décision, un travail pour favoriser l'adhésion à la prise en charge, voire s'engager dedans par le développement de connaissances et de compétences appliquées (autogestion des traitements, accès aux ressources...), le tout renvoyant à la notion d'empowerment ; ces deux premières caractéristiques sont des dimensions constitutives du cadre conceptuel de la « navigation professionnelle », l'une organisationnelle axée sur le système de santé et l'autre clinique sur le patient (Fillion et al. 2012) ;
- L'identification comme référent ou contact-clé pour le patient, c'est-à-dire une personne vue comme impliquée dans le suivi, accessible et disponible pour toute information ou conseil (Walsh et al. 2011) ; réciproquement, le rôle pour la coordinatrice ou le coordinateur d'advocacy, consistant à permettre au patient d'user de ses droits et d'exprimer ses choix, en agissant le cas échéant au nom de ceux qui n'en ont pas le pouvoir et en tentant d'influer sur les décisions de ceux qui le détiennent ;
- Une *individualisation des interventions*, en réponse aux besoins des personnes, *reposant sur la flexibilité davantage que la standardisation*, et justifiant une coordination par retour d'information, c'est-à-dire fondée sur la transmission de nouvelles informations qui alimentent l'évolution de la prise en charge.

En termes de profil, le portrait-robot de la coordinatrice ou du coordinateur fait ainsi appel, à des degrés divers, à des compétences avancées (Bloch et Hénaut 2014; Chicher 2015): des capacités d'évaluation multidimensionnelle (problèmes et besoins, préférences, forces et ressources, obstacles immédiats ou à venir) incluant l'identification des projets de santé et de vie d'un individu, grâce à une relation centrée sur le patient où il s'agit non seulement de recueillir mais aussi de traduire une demande; la capacité d'évoluer dans un système complexe et de communiquer avec un panel varié d'individus; la capacité d'assumer un travail organisationnel qui, au-delà des tâches administratives, s'inscrit dans un effort de planification induisant une responsabilité vis-à-vis du déroulement de la prise en charge. De telles compétences reposent sur des connaissances théoriques mais surtout empiriques, ce qui explique que candidats disposant d'une expérience professionnelle conséquente puissent être privilégiés lors d'un recrutement sur de telles fonctions (Brajeul et al. 2016). On peut, enfin, parler d'un travail expert dans le sens où il obéit rarement à un protocole défini mais permet bien souvent la formulation d'une solution inédite et sur-mesure (Bloch et Hénaut 2014).

2.3 Des fonctions a integrer dans une organisation

Cette lecture d'ensemble invite en outre à mettre au jour les tensions sous-jacentes à ces activités de coordination, qui représentent autant de choix à réaliser autour de la définition d'une fonction :

- Le travail organisationnel s'étend des tâches administratives simples jusqu'à l'alignement des ressources sur les besoins des patients et de la population, autrement dit à des *niveaux très variables quant à la capacité à influencer et modifier l'organisation des ressources* dédiées à la prise en charge ;
- L'action de la coordinatrice ou du coordinateur peut être *orientée auprès des professionnels* (back-office) et/ou *auprès des patients* (front-office) (Acero, Minvielle et Waelli 2017) ;
- Le *degré d'implication directe dans la prise en charge* elle-même peut fortement varier, de la « simple » orientation (ex. : navigation dans le système de santé) à l'intervention dans la mise en œuvre des services (ex. : réalisation de certains soins) ;



Par conséquent, la coordinatrice ou le coordinateur peut incarner *une variété de profil, du gestionnaire au clinicien*, avec toutes les implications à envisager en termes de connaissances, de légitimité, etc.

Ce sont ces clarifications nécessaires qui ont conduit à la distinction entre *coordination de proximité ou opérationnelle* (auprès du patient ou de la population), *coordination d'appui* (expertise, conseil, soutien, facilitation... tournés vers les équipes de proximité) et *coordination de pilotage* (management, liens entre organisations) (Aubry 2007).

Dans la perspective d'une stratégie d'intégration des services, le modèle PRISMA (pour *Projet et recherches sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie*) à l'origine de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) en France, distingue le *niveau clinique* (celui des intervenants auprès des personnes, où s'évaluent les besoins et où sont identifiés les services à mobiliser), le *niveau tactique* (celui des responsables de structures, où est mis en œuvre le dispositif, dans une recherche de mise en cohérence et de continuité de service) et le *niveau stratégique* (celui des acteurs départementaux et régionaux, où sont allouées les ressources).

Dans le cadre du dispositif MAIA, le gestionnaire de cas se consacre au niveau clinique, tandis que le pilote assure l'intégration territoriale des acteurs au niveau tactique (organisation de l'offre, amélioration de sa lisibilité, harmonisation Des outils et pratiques), en lien avec le niveau stratégique. Dans le cadre de sa pratique quotidienne, le gestionnaire de cas peut néanmoins être amené à constater des dysfonctionnements justifiant une évolution de l'organisation, qu'il fera remonter au niveau supérieur (Brajeul et al. 2016) : cette distinction entre les différents niveaux fonctionnels ne doit être vue comme statique ou hiérarchique.

En outre, ce regard d'ensemble invite également à considérer toute fonction de coordination non pas comme définie par elle-même mais *inscrite dans un système plus large*, comprenant différentes dimensions. Ainsi, pour l'AHRQ, les mécanismes de la coordination comprennent non seulement des activités de coordination mais aussi des « approches globales » contribuant à celle-ci : le travail en équipe orienté vers la coordination, une structure de 1^{er} recours telle qu'une maison de santé ou un centre de santé, les programmes de *disease management*, les systèmes d'information...

2.4 LES EXPERIENCES FRANÇAISES

Dans leur proposition de typologie des acteurs de la coordination, Marie-Aline BLOCH et Léonie HÉNAUT distinguent 3 figures de coordinateurs de parcours, c'est-à-dire au contact des usagers (Bloch et Hénaut 2014) :

- Les *médecins généralistes* restent un « pivot » du système de santé, leurs représentants revendiquent une position de « coordinateurs naturels » des parcours, reposant sur leurs savoirs généralistes et leur connaissance approfondie des personnes, les autres professionnels venant en appui quand ils le jugent nécessaire ; dans la réalité les généralistes ont des positionnements plus contrastés, une disponibilité limitée et une connaissance incomplète du travail des autres professionnels et des ressources mobilisables ;
- Les *coordonnateurs spécialisés* cherchent à se positionner en relais par rapport aux médecins généralistes, ils sont rattachés à une organisation, un établissement ou un service et interviennent spécifiquement sur un champ d'expertise, pour une certaine population ou pour un moment particulier du parcours des personnes : cancérologie, soins palliatifs, gérontologie... Si l'on observe des similarités dans leurs fonctions, compétences et outils, les coordonnateurs spécialisés ne s'identifient souvent plus à la profession dont ils sont issus, sans pour autant avoir constitué une identité commune. Ce sont ces professionnels dont les pouvoirs publics ont



souhaité voir le rôle se centrer sur l'appui aux effecteurs de soins², avec la création des fonctions d'appui à la coordination telles que dans le cadre des plateformes territoriales d'appui (PTA);

- Les *gestionnaires de cas* s'attachent aux situations complexes nécessitant une intervention plus intensive et plus en accord avec les souhaits des personnes, et voient donc leur rôle fondé sur le constat du caractère partiel des formes précédentes de coordination.

Dans le secteur sanitaire, les *infirmières de coordination en cancérologie* (IDEC) constituent un exemple de coordinateur spécialisé. Leur apparition est liée aux plans cancer successifs (rôle de reprise d'annonce puis de coordination) ainsi qu'aux expérimentations lancées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Institut du Cancer (INCa) depuis 2010. Comme au Québec, le profil infirmier a été privilégié. Les activités des IDEC sont structurées autour des étapes clés d'un parcours de soins et portent sur la bonne planification de la prise en charge. L'IDEC constitue un interlocuteur privilégié du patient et une porte d'entrée sur la structure de soins.

En l'absence de référentiel ou de recommandations de bonnes pratiques existantes qui auraient pu orienter les équipes porteuses (en majorité hospitalières), le déploiement de ces fonctions a été défini localement. Dans une étude portant sur un service (Chicher 2015), les fonctions exercées par l'IDEC apparaissent similaires à celles des IPO au Québec. Les 4 fonctions-clés (cf. Tableau 2 ci-dessus) sont couvertes, celle de continuité / coordination étant la plus importante quantitativement. Les interventions portent principalement sur le segment hospitalier du parcours de soins. La plupart des situations comportent un niveau de complexité simple ou modéré, du fait d'une autonomie importante des personnes, qui coordonnent elles-mêmes pour une grande partie leur parcours de soins, notamment le lien avec la ville.

Côté médico-social, le *gestionnaire de cas MAIA* est l'exemple le plus emblématique. La création de la fonction est liée au déploiement du dispositif MAIA dans son ensemble, après une phase d'expérimentation de 2008 à 2011. Il s'agit d'assurer la continuité et la cohérence du parcours d'une quarantaine de personnes au plus, grâce à un suivi très personnalisé et intensif (même si cette intensité varie selon la phase de prise en charge : épisodes aigus, stabilisation...). Les interventions s'articulent selon la séquence suivante : évaluation des besoins au domicile, mise en place d'un plan d'aide médico-social ou réorganisation du travail des intervenants déjà en place, suivi de la mise en œuvre, ajustement en fonction des évolutions. Les gestionnaires de cas ont des profils divers, souvent issus du secteur social ou d'une profession paramédicale. Tout en assurant une fonction d'advocacy, ils se positionnent comme référents dans l'évaluation multidimensionnelle et le suivi vis-à-vis des autres intervenants, voire de « chefs d'orchestre de la prise en charge » (Bloch et Hénaut 2014).

Il est intéressant de noter que dans les deux cas, *une priorisation vis-à-vis des situations « complexes » est opérée*, a priori ou a posteriori. Dans le cas du dispositif MAIA, la gestion de cas « intensive » est d'emblée visée, tandis que la gestion de cas « simple » ou « ordinaire » n'est pas envisagée. Dans le cas des IDEC, c'est à l'occasion de la 2ème vague d'expérimentation que la DGOS demande « un recentrage des patients bénéficiaires sur les situations "complexes", d'un point de vue médical et/ou psycho social ». En effet, le degré d'intensité de la coordination dépend du niveau de fragmentation du système de soins, du niveau de complexité clinique ainsi que de la capacité de participation effective du patient à sa propre prise en charge (McDonald et al. 2014).

Plus largement, la notion de complexité est centrale dès lors que l'on tente, à plus grande échelle, de segmenter une population en fonction de ses besoins et/ou de ses risques d'aggravation et de perte d'autonomie, en vue d'identifier les modalités de stabilisation de l'état clinique les plus appropriées, comme dans le modèle du *population*

² Direction générale de l'offre de soins, Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?, 2012



management (Brunn et Chevreul 2013). Or, il ne s'agit pas non plus d'une notion simple à définir, ni uniforme d'un champ de prise en charge à l'autre. Pour un même patient, cette complexité peut d'ailleurs varier dans le temps et selon les circonstances.

2.5 DES LEVIERS DE TRANSFORMATION DES PRATIQUES ET D'INTEGRATION ?

Au-delà de l'apport potentiel du point de vue de la continuité et de la globalité des prises en charge, on considère que les fonctions de coordination peuvent être vectrices de transformations de l'offre de soins. Elles pourraient notamment susciter des évolutions de pratiques chez les professionnels soignants, voire contribuer à une meilleure intégration des services amenés à intervenir collectivement auprès des personnes.

Remarquons qu'à la différence des processus formalisés de transferts de tâches et délégations de compétences, qui contribuent à redéfinir certaines frontières entre professions en mieux partageant les prises en charge, le développement de la coordination en tant que fonction conduit plutôt à la définition de tâches distinctes du travail clinique habituel, exécutées hors prescription, ouvrant de « nouveaux territoires professionnels ». Les coordinatrices et coordinateurs disposent souvent d'une marge de manœuvre importante dans la réalisation de ces tâches : dans des situations d'incertitude où les professionnels de santé ont une maîtrise limitée des événements touchant le patient, cette relative autonomie leur confère un pouvoir non hiérarchique sur la trajectoire des patients. Si le médecin reste le pilote de la prise en charge, du fait de son rôle prépondérant dans les décisions, ces « travailleurs de la trajectoire » sont bien souvent en position d'orienter certains choix et d'influer sur le contenu et l'organisation du travail des autres professionnels (Mino et Robelet 2010).

En outre, le développement des fonctions de coordination s'accompagne bien souvent d'une évolution plus globale du cadre d'exercice, *rompant avec l'idéal du colloque singulier soignant-soigné au profit d'un modèle coopératif et pluriprofessionnel*. Les échanges avec les professionnels (autour d'un cas, via des outils) ainsi que le travail de conviction parfois réalisé, favoriseraient – parfois indirectement – le transfert de nouvelles normes, de nouvelles pratiques, ou une actualisation des connaissances. Il pourrait s'agir ici d'une nouvelle forme de régulation du travail médical, interprofessionnelle et non hiérarchique, médiatisée par des outils gestionnaires (formulaires, outils d'évaluation), généralement informelle (indirecte, parfois subreptice, par assimilation en situation de travail et au terme d'interactions successives) qu'on pourrait qualifier de « régulation latérale » (Bloch et Hénaut 2014).

Des chercheurs, dans le cadre du projet Nomeco, reposant sur une approche empirique des nouveaux métiers de la coordination en oncologie, font ainsi l'hypothèse que les coordinatrices et coordinateurs contribuent de façon déterminante à l'implication des patients et des familles (par l'éducation thérapeutique et la transmission d'un savoir organisationnel) et à la personnalisation des soins. Ils estiment en outre que leur position permet de *rendre les autres professionnels attentifs à certains enjeux liés à la sécurité des soins, au travail en équipe* (prise en compte des contraintes des uns et des autres, développement de compétences de communication) *ainsi qu'à des difficultés rencontrées par les patients dans les phases de transition* de leur parcours de soins (Waelli et Minvielle 2017).



3 METHODE

Le projet « article 70 » mis en œuvre à Saint-Méen-Le-Grand peut être considéré comme une *intervention complexe*, dans la mesure où il repose sur un ensemble d'actions articulées entre elles, qui impliquent une multiplicité d'acteurs et produisent des effets selon des mécanismes qui ne sont ni contrôlables ni complètement déterminés. En outre, le projet a été réalisé en situation réelle, sous l'influence de nombreux paramètres contextuels liés à l'époque, au territoire d'implantation et aux acteurs, qui ont pu jouer sur la manière dont les effets ont été produits. Dans le cas d'une évaluation *ex post*, il s'agit également de faire preuve de réalisme dans les possibilités de recueil de données offertes.

Le cadre méthodologique de l'évaluation de programme³, ou évaluation basée sur la théorie de programme, a été mobilisé. Il permet de construire une démarche spécifique au projet évalué, à l'aune des hypothèses qui ont conduit à sa mise en œuvre et des effets qui en étaient attendus. Les principales étapes étaient les suivantes :

- 1. Identification des effets escomptés du projet et reconstitution de sa logique, à partir de la description de ses composantes (objectifs, ressources mobilisées, activités réalisées, effets attendus) et des enchaînements logiques supposés entre celles-ci (comment une action est censée produire un effet), à partir des documents décrivant le suivi du projet et des échanges avec le pôle de santé;
- 2. Identification des parties prenantes à considérer : professionnels libéraux du pôle de santé de Saint-Méen-Le-Grand concernés par la prise en charge des personnes âgées, partenaires impliqués dans cette prise en charge (dans les secteurs sanitaire, médico-social et social), personnes ayant bénéficié du dispositif « article 70 » (patients, aidants directs ou proches) et pouvoirs publics à l'origine de l'expérimentation ;
- 3. Formulation de questions évaluatives prioritaires, compte tenu des objectifs du projet, de ses caractéristiques spécifiques et perspectives des parties prenantes à considérer : 1) quel est l'apport spécifique de la fonction de coordinatrice de parcours ? 2) Quel est l'apport des outils et actions mis en œuvre, en fonction de leur niveau d'appropriation ? 3) Comment le dispositif s'est-il intégré dans les pratiques et quels effets a-t-il eus sur celles-ci ? 4) Quels sont les effets sur les prises en charge des personnes ?

Des indicateurs quantitatifs étant déjà recueillis et étudiés par le comité de pilotage du projet, le recueil de *données reposant sur les perceptions des acteurs* a été privilégié :

- Entretiens semi-directifs avec des personnes aidées, des professionnels libéraux du pôle de santé et des partenaires, à partir d'un guide d'entretien spécifique à chaque catégorie (et à chaque entretien avec les partenaires); les données ont été analysées selon les principes de l'analyse de contenu, par une catégorisation en thèmes et sous-thèmes des propos recueillis (pour partie pré-identifiés et pour partie secondairement isolés à partir des données elles-mêmes, de façon inductive);
- Questionnaire en ligne soumis aux professionnels libéraux du pôle, à l'assistante sociale du SSR et à l'infirmière coordinatrice du SSIAD (services rattachés au CH de Saint-Méen-Le-Grand, co-porteur initial du projet); les données issues du questionnaire ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives simples, de classements et de représentations graphiques synthétiques;

Enfin, des entretiens complémentaires ont été réalisés avec le président du pôle de santé et la coordinatrice de parcours, après restitution des premiers résultats, afin de prendre en compte leur propre point de vue.

³ Huey T. CHEN, *Theory-Driven Evaluations*, SAGE, 1990



Page | 12

4 RESULTATS: ELEMENTS DE REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

En tout, 23 entretiens ont été réalisés (cf. Tableau 3, Tableau 4, Tableau 5 pp. 57-58) et 38 réponses ont été obtenues au questionnaire en ligne (52 professionnels sollicités, taux de réponse de 73 %, professions décrites Figure 8 p. 58)⁴.

4.1 QUEL EST L'APPORT SPECIFIQUE DE LA FONCTION DE COORDINATRICE DE PARCOURS ?

Le rôle inhabituel de la coordinatrice de parcours ne semble pas avoir posé de problème de compréhension aux personnes aidées interviewées. Deux d'entre elles la connaissaient avant son changement de fonctions, les autres évoquent *une prise de contact se faisant naturellement*, sans réticence de leur part, soit au cabinet, soit à leur domicile. Grâce à la proximité du bureau de la coordinatrice, une rencontre directe à l'issue d'une consultation médicale, même de quelques minutes, facilite d'autant plus la création d'un lien de confiance vis-à-vis du patient. Pour la coordinatrice, la différence est claire par rapport aux personnes contactées par téléphone ou à qui ses coordonnées ont été remises.

Par principe, la coordinatrice demande à *être informée lorsqu'un professionnel oriente une personne vers elle*, afin d'être elle-même informée de la situation, et refuse une « porte d'entrée anonyme ». Des refus peuvent éventuellement être opposés d'emblée au professionnel formulant une proposition de rencontre, mais la coordinatrice n'en est pas automatiquement informée. Un seul professionnel évoque le cas d'un patient ne comprenant pas et trouvant visiblement incongru qu'on vienne le voir chez lui, comme le fait la coordinatrice dans le cadre d'une visite à domicile.

La coordinatrice de parcours se souvient de *situations butant sur un refus net ou restées sans suite après une première sollicitation*, soit du fait de la personne elle-même, soit du fait de sa famille, qui ne souhaite pas toujours avoir un regard extérieur sur leur façon de gérer la situation. Avec le recul, elle pense avoir pu faire des erreurs dans certains cas en ne respectant pas suffisamment un « temps de négociation ». Elle essaie autant que possible de « ne jamais couper le lien », et propose de reprendre contact 6 mois plus tard, en laissant aux personnes la possibilité de changer d'avis. Dans certains cas le suivi peut être réactivé plus tard. En cas de danger, c'est un autre professionnel du pôle qui assurera une vigilance. La coordinatrice de parcours estime entre 10 et 15 le nombre de situations qui n'ont pas permis son intervention alors que le besoin était là. *Dans la grande majorité des cas, l'accueil est très positif et les personnes sont très satisfaites de la proposition de rencontre*.

« Elle est venue me trouver, m'a demandé "est-ce que je peux vous proposer quelque chose" », elle est « tellement sympathique », « elle présente tellement bien tout ça », « j'ai accepté tout de suite » (personne aidée C).

4.1.1 Une fonction de coordination et d'orientation vers les aides

Qu'il s'agisse des personnes aidées ou des professionnels et partenaires, le rôle de la coordinatrice de parcours évoque spontanément la notion de *coordination entre acteurs et entre services*. La bonne connaissance de ces derniers par la coordinatrice est relevée.

⁴ Parmi les non-répondants, on dénombrait 4 infirmières, 4 médecins généralistes, 3 kinésithérapeutes, 2 sages-femmes (non concernées par le projet), 1 orthophoniste et 1 pharmacien. Sachant que 5 d'entre eux avaient quitté le territoire, pris leur retraite ou étaient en arrêt maladie de longue durée, le taux de réponse effectif peut être considéré comme supérieur.



Il s'agit d'une personne « au contact de beaucoup de structures et de gens », qui peut « faire le lien entre les professionnels » ; ce sont « des gens qui travaillent bien, mais dans leur coin, sans coordination » (personne aidée A). « Comme elle est au courant, qu'elle les connaît tous, elle a pu, elle, faciliter les choses » (personne aidée B). « Une personne comme ça c'est un intermédiaire » (personne aidée D).

L'orientation vers les aides adaptées à la situation, à destination à la fois des personnes aidées et des professionnels, constitue un deuxième rôle attribué à la coordinatrice de parcours. Les uns et les autres s'accordent sur la difficulté de connaître l'éventail des aides possibles, depuis la prise en charge médicale jusqu'aux aspects les plus pratiques, entre les dispositifs nationaux et locaux, tout en tenant compte au cas par cas des critères d'éligibilité et des droits.

« Il fallait savoir, il fallait connaître » (personne aidée B). « Je ne savais même pas que ça existait », la coordinatrice de parcours a sorti « tout le panel », « en fait on n'est pas assez renseignés » (personne aidée F).

Les professionnels évoquent une orientation des usagers « vers les bonnes personnes » (médecin généraliste 2), « des choses auxquelles je n'aurais pas forcément pensé » (médecin généraliste 1), « des choses qu'on ne connaît pas forcément » ; « c'est un peu plus abstrait pour nous » (infirmière 2). « Il doit exister plein d'autres choses, on ne connaît pas tout » (orthophonistes).

Au-delà de la connaissance des services, la capacité à les mobiliser de façon facilitée est soulignée.

« Toutes les portes, c'est elle qui me les a ouvertes » (personne aidée B). Alors que des services se renvoyaient la balle, « quand j'ai appelé [la coordinatrice de parcours], ça a tout débloqué, en fait » (personne aidée F). Grâce à son contact privilégié avec l'équipe du CH local, « c'est elle qui a fait pencher la bascule pour hospitaliser rapidement [mon conjoint] » (personne aidée B).

4.1.2 Un rôle de référent, sécurisant

Même en dehors des périodes où la réponse à un besoin est recherchée, l'assurance de pouvoir s'adresser à la coordinatrice de parcours et compter sur sa disponibilité ainsi que son soutien dans la mise en place d'aides *procurent* un sentiment de sécurité et de réassurance aux personnes aidées — et parfois même aux professionnels eux-mêmes — et confèrent à la coordinatrice un rôle de référent.

« Je sais que je peux m'adresser à elle et qu'elle va trouver la solution » (personne aidée B). C'est « une sécurité », « on se sent plus solide parce qu'on sait sur qui on peut compter » (personne aidée C). « Mes parents savent vers qui se tourner, [...] si on a des questions, si on a besoin d'aide », on sait « qu'il y a quelqu'un qui est disponible », pour « le moindre souci on sait qu'elle peut nous répondre » (personne aidée E).

« Ça leur permet aussi d'avoir vraiment quelqu'un sur quoi compter, qui peut répondre aussi aux questions » (infirmière 2). C'est « aussi une forme de point d'ancrage » vis-à-vis de l'équipe (médecin généraliste 1). « Ça fait un référent pour les patients », qu'ils appellent parfois « avec moins d'appréhension », « des fois, ils préfèrent passer par elle » (médecin généraliste 2). « Sa place est repérée », « elle est connue et puis souvent les gens disent qu'ils vont l'informer, qu'ils vont l'appeler » (conseillère gérontologique du CDAS).

« Ça [me] permet de moins me sentir seule face à des situations que, des fois, on a vraiment l'impression de subir, [...] quand on va à domicile et que c'est compliqué », c'est « très rassurant », « on se sent... soutenues » (orthophonistes). « On ne se sent pas seule » (infirmière 2). « Je suis rassuré d'avoir son appui » (médecin généraliste 2).



4.1.3 Un relai entre les professionnels du pôle et les partenaires externes

La coordinatrice de parcours constitue aussi *un relai facilitant de multiples échanges* entre les différentes parties prenantes, qu'il s'agisse de transmettre ou d'obtenir une information⁵. C'est en particulier le cas *entre les partenaires externes et les professionnels du pôle*, et en particulier *les médecins généralistes, avec qui, en l'absence de relai, il est difficile d'échanger*, parce qu'ils sont peu joignables à des horaires classiques, ou donnent le sentiment qu'on les dérange, ou encore parce qu'ils se repèrent mal dans les dispositifs sociaux. Sur d'autres territoires, des partenaires évoquent des échanges moins fluides avec ces derniers, voire le fait de ne plus chercher à les contacter, dans certaines situations, par crainte de perdre du temps et de ne pas parvenir à les joindre.

Pour les partenaires, le fait que la coordinatrice soit une personne identifiée, qu'ils ont rencontrée et avec qui ils ont échangé, est facilitant. Ce d'autant que, pour ceux qui interviennent sur un grand territoire ou qui ne suivent pas forcément l'ensemble des prises en charge, au jour le jour, il est difficile d'*identifier chaque professionnel impliqué*: quel médecin traitant, quelle infirmière au sein du cabinet, etc. À l'occasion des réunions de coordination locales, il est ainsi beaucoup plus facile et rapide pour la responsable du CLIC de contacter la coordinatrice, qui se chargera de faire le point et d'inviter les professionnels intervenant dans une situation mise à l'ordre du jour.

« En fait on a UN interlocuteur privilégié, qui fait le lien entre le corps médical et le reste » (responsable du CLIC).

Souvent, le relai se traduit ainsi également en *appui pour rendre davantage opérant le message qui est transmis*. L'ergothérapeute responsable de l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA), en fin de prise en charge, et la gériatre en charge des bilans de prévention expriment ainsi leur sentiment de voir les préconisations de fin de prise en charge appuyées auprès du médecin, le message être porté, alors que la seule transmission d'un compte-rendu écrit n'apporterait pas la même garantie.

De façon notable, ce relai se traduit par des *échanges de communications intersectoriels, là où les cloisonnements restent forts*. Les partenaires expliquent bénéficier d'informations plus précises sur la situation clinique des personnes, un éclairage parfois différent de celui que peuvent donner les proches, en fonction de ce qu'ils ont compris.

Sur d'autres secteurs où les professionnels « se connaissent a priori bien » et « communiquent quand il y a besoin », « je n'y a pas accès comme j'y ai accès à Saint-Méen », « on est hors circuit quasiment tout le temps », sauf pour des situations « hyper ponctuelles » (conseillère gérontologique du CDAS).

Sont ainsi évoqués : par l'infirmière coordinatrice du SSIAD, la transmission de ce qui s'est dit dans une réunion aux autres professionnels du pôle ; par une personne aidée, le rappel à son médecin traitant d'un document à remplir pour une demande d'aide ; par l'assistante sociale du CH, la possibilité de transmettre une alerte, ou l'apport d'éléments sur le contexte de vie des patients de Saint-Méen-Le-Grand (en particulier lorsque la coordinatrice est présente au staff au sein de l'établissement), difficiles à obtenir pour des patients d'autres territoires ; par la responsable du CLIC, l'apport d'éléments éclairants sur les situations, en réunion de coordination, mais aussi la proposition de faire le point avec les professionnels concernés et de travailler avec eux dans le sens de ce qui a été priorisé ; par la gériatre de l'Hôtel Dieu, des informations plus objectives sur la situation au domicile des personnes vues en consultation ou en hôpital de jour, éléments pertinents, qui complètent la perspective des aidants, et d'autant plus appréciés qu'en temps normal ils ne sont spontanément transmis que de façon exceptionnelle par les professionnels de ville ; par un pharmacien du pôle, la connaissance de ce que font remonter les aides à domicile, qu'elle n'a pas l'occasion de croiser ; par l'ergothérapeute responsable de l'ESA, les échanges avec les professionnels de santé et la transmission d'un point de vue sur la situation ; par la kinésithérapeute en charge des ateliers Équilibr'Âge, des questions très pratiques comme l'absence d'une personne ou la présence d'un nouveau patient pour qui un bilan doit être fait une demi-heure avant l'atelier collectif.



⁶ Le CLIC et le CDAS ont pour territoire le Pays de Brocéliande.

Page | 15

Dès lors que d'autres acteurs ou structures sanitaires sont mobilisés dans une prise en charge, notamment à l'occasion d'un bilan gériatrique à Rennes, la recherche d'informations auprès de la coordinatrice de parcours est privilégiée.

« Moi je transite par [la coordinatrice de parcours], c'est clair, c'est elle qui peut me dire, ou c'est elle qui se renseigne quand il y a un suivi à Chantepie ».

4.1.4 Un travail d'accompagnement dans le temps et de conseil

L'orientation des personnes vers les aides existantes par la coordinatrice de parcours ne se limite pas à la délivrance d'informations, elle comprend bien souvent *un travail d'accompagnement*⁷ *qui s'ajuste à la situation et à son évolution*: insister en faveur de la mise en place d'un accueil de jour auprès du conjoint, avec l'appui du médecin mis dans la boucle, délivrer des conseils pratiques à l'aidant pour qu'il laisse son conjoint réaliser le maximum de gestes de la vie quotidienne, appuyer des démarches administratives, insister pour obtenir quelques heures de plus d'aide-ménagère...

« C'est une très bonne pédagogue », « quand on ne pense pas, elle, elle nous fait penser, c'est ça surtout, c'est ça qu'est important » (personne aidée B). « On a tout mis en place chez eux, pour les faire rester au maximum à la maison », « on est allés au maximum et [la coordinatrice de parcours] m'a dit à un moment donné, je pense qu'il faut que vous restiez dormir, il faut une veille la nuit » (personne aidée G).

Ce travail est rendu possible par *le type de relation instaurée progressivement* par la coordinatrice de parcours, qui suppose de respecter des équilibres, au cas par cas : garder une attention sur ce qui peut être perçu comme intrusif, inciter sans faire à la place des personnes, soutenir l'autonomie... Au fil de cette relation, les personnes s'approprient certaines suggestions de la coordinatrice, au point de croire qu'elles en ont eu elles-mêmes l'idée.

« C'est bien d'avoir des gens qui ont le temps de nous écouter, d'aller voir les gens, de faire les démarches » (personne aidée D).

Dans certains cas, ce travail peut être déterminant, dans la mesure où de simples conseils ne sont pas toujours suivis d'effet : *les aidants et les familles ne se saisissent pas toujours des propositions d'aides qui sont formulées*. C'est une limite importante identifiée par la gériatre de l'Hôtel Dieu : d'une part les personnes sont facilement débordées par les démarches à réaliser, d'autre part beaucoup de services orientent vers les aides, mais sans montrer concrètement comment réaliser les demandes. Le rôle spécifique de la coordinatrice de parcours est ici identifié, notamment par l'assistante sociale du CH : lorsqu'elle craint qu'un patient ne suive pas ses recommandations en sortie d'hospitalisation, elle en informe la coordinatrice de parcours, dont elle sait qu'elle pourra en reparler lors d'une visite à domicile.

« Elle est très diplomate pour relancer un petit peu les gens sans les brusquer, sans les offenser, et relancer un petit peu les démarches » (infirmière 1).

« Elle est vraiment là en appui », « pour permettre aux gens de prendre aussi, des fois, le temps de maturer ce qu'on peut leur proposer, avec toute la douceur et sans brusquerie », pouvoir dire « ce n'est pas grave » et recontacter plus tard. « Elle garde ça en mémoire et elle revient vers les gens secondairement ». « Et c'est aussi comme ça qu'elle arrive à reprendre des situations » (gériatre en charge des bilans de prévention).

Entre recevoir une information et être accompagné, « ça change du tout au tout » (personne aidée B).

⁷ Dans ses missions, le CLIC du Pays de Brocéliande ne réalise pas de visites à domicile, sa capacité d'accompagnement est limitée.



4.1.5 Une aide à l'acceptation des aides et à la décision

En effet, l'ensemble des personnes aidées interviewées font état de *réticences par rapport à la mise en place des aides proposées*, pour des raisons multiples, mais profondes, qui caractérisent aussi la génération concernée : la pudeur et le souci de préserver l'intimité de son chez-soi, une méfiance de principe pour des intervenants qu'on ne connait pas, l'espoir d'une amélioration de la situation, la crainte d'être une charge pour d'autres et le fait de vouloir se débrouiller seul, le sentiment de fierté attaché au fait de rester autonome, ou encore l'inquiétude des frais à engager.

Le travail décrit dans les entretiens pour essayer de lever ces réticences *se déploie dans le temps*: au fil de plusieurs rencontres progressives, selon l'avancée de la réflexion de la personne. Il *mobilise un savoir-faire propre*, où le choix des mots et la pédagogie sont soulignés. Enfin, il *s'appuie sur une relation de confiance avec la personne et parfois une alliance entre acteurs*: soutien mutuel entre la coordinatrice de parcours et le proche concerné, travail en duo avec le médecin traitant ou un partenaire, notamment lors d'une visite conjointe à domicile (avec l'infirmière coordinatrice du SSIAD ou la conseillère en gérontologie du CDAS, en particulier).

« Un combat de tous les jours », « un travail de longue haleine » d'explications auprès de l'aidant, « à doses homéopathiques », « crescendo » (personne aidée E). « On sent que les choses sont faites de telle manière que les gens aient le temps de cheminer », « oui, c'est fait en douceur, vraiment » (orthophonistes).

Des qualités de « pédagogie » et « d'empathie par rapport aux personnes âgées », « le choix des mots » (personne aidée E). « Elle a réussi à lui dire les choses, mais sans la braquer, en fait » (personne aidée F). « Elle est très pédagogue et diplomate », « elle négocie très bien, sans jamais brusquer les gens, sans jamais les braquer » (médecin généraliste 1).

Un travail de « négociation », « on commence plus haut pour finir plus bas » (personne aidée E). « Sans forcer les gens, on essaye de négocier sur ce qui pourrait être mieux pour eux » (orthophonistes).

4.1.6 Une fiabilité dans la prise en compte des demandes et le suivi des évolutions

Personnes aidées comme professionnels soulignent la confiance qu'ils ont acquise dans *le fait que leur demande sera* prise en compte par la coordinatrice de parcours et suivie d'effets.

« Elle rappelle tout le temps, si elle ne rappelle pas, elle a fait la démarche nécessaire » (personne aidée D). « J'ai tout de suite senti qu'il y avait de l'écoute, et puis que ça bougeait derrière » (personne aidée F). « Dès qu'on envoie un message à [la coordinatrice de parcours], il y a une réponse, il y a quelque chose qui est fait pour que ça avance » (orthophonistes). « On sait qu'[elle] fera suivre les choses et fera son maximum » (infirmière 1). « On sait que ça va être fait, il n'y a pas besoin de retourner, "et au fait, est-ce que tu as vu..." », « si ce n'est pas demain, c'est après-demain » (médecin généraliste 1).

Pour les professionnels en particulier, cette assurance que la situation est prise en main apporte non seulement une tranquillité d'esprit, mais a également un *caractère incitatif* par rapport au fait d'alerter la coordinatrice de parcours. Les professionnels se souviennent qu'avant sa prise de fonction, le suivi par les uns ou les autres était plus aléatoire. Le médecin traitant était alerté en cas de problème, mais sans garantie de trouver une solution.

On se demandait « est-ce que ça va bien aboutir, est-ce qu'on s'est bien fait comprendre, est-ce qu'on a réussi à bien communiquer ce qu'on voulait dire ? » (infirmière 1).

En complément de la bonne mise en œuvre des démarches nécessaires, les professionnels et partenaires soulignent *le suivi de la situation réalisé ensuite, et le retour d'information effectué à ce sujet*. Avec d'autres services, la confirmation de la prise en compte des demandes n'est pas toujours donnée.



« On a un très bon retour de ce qui a été fait, une très bonne information de "bon, ben c'est bon, le médecin repasse tel jour..." », « au niveau du suivi, ben c'est top aussi » (coordinatrice du CLIC).

Ce suivi est considéré comme *essentiel en sortie d'hospitalisation* par l'assistante sociale du CH. En cas de repérage d'une situation fragile ou complexe, elle sait que la coordinatrice de parcours pourra effectuer une visite à domicile 3 ou 4 jours après, pour évaluer la situation et lui faire un retour en vue d'un réajustement éventuel des aides. Une réactivité intéressante, qu'elle ne retrouve pas sur d'autres secteurs, faute de connaître un professionnel vers qui s'orienter et sans la certitude que l'équipe du CDAS pourra réaliser une visite sous 15 jours.

Le suivi effectué par la coordinatrice de parcours n'est pas passif, mais contribue à l'adaptation des aides proposées à la réalité de la situation, à l'évolution de celle-ci ainsi qu'aux besoins des professionnels. La pertinence des interventions des partenaires peut s'en trouver renforcée, même ultérieurement. C'est le cas avec la gériatre en charge des bilans de prévention, qui rediscute avec la coordinatrice, à chaque venue, de la situation des patients précédemment rencontrés. Or, beaucoup de ses préconisations dépendent de l'évolution de la situation, les conseils doivent être adaptés.

« On sait ce qui va être pris en main derrière, ce qui va être fait, et on a un suivi là-dessus ». Le compte rendu « va alimenter leur PPS et nous, derrière, on va pouvoir, même secondairement, redonner des avis, des fois, plusieurs mois voire une année plus tard ». Ailleurs, « c'est beaucoup plus difficile », « il n'y a pas vraiment de suivi de la même qualité que ce qu'il y a à Saint-Méen ». « Il n'y a vraiment pas de réévaluation globale avec les autres maisons de santé où on va et où on n'est en interface qu'avec les médecins » (gériatre en charge des bilans de prévention).

La coordinatrice de parcours précise toutefois qu'elle dispose « de moins en moins de temps » pour assurer les suivis des situations, compte tenu de l'augmentation de la file active. Ses pratiques ont évolué, dans la plupart des cas, elle transmet les informations nécessaires (courriel récapitulatif) et charge les professionnels de garder une vigilance sur les points à surveiller. Vis-à-vis des patients, elle se tient un peu plus à distance et privilégie plus souvent, pour prendre des nouvelles, le rappel d'un professionnel plutôt que celui du patient. L'objectif de la coordinatrice est aussi de responsabiliser les professionnels, en leur faisant prendre conscience du fait que ce rôle de suivi leur revient. Cela doit se faire en tenant compte de la manière de faire des libéraux, quitte à accepter quelques oublis.

4.1.7 Une tierce partie, un regard différent

Un autre élément caractérise, dans les propos des aidants et proches comme des professionnels interviewés, la fonction de la coordinatrice de parcours telle qu'elle est assurée à Saint-Méen-Le-Grand : *un positionnement tiers qui contribue* à la prise de conscience de chacun, au soulagement de tensions et sentiments de culpabilité et donc au dénouement de certaines situations. Les personnes évoquent des situations à la limite du tenable, dans lesquelles elles s'étaient placées sans s'en rendre compte, des situations de conflit liées aux divergences de vue avec la personne aidée, ou encore des glissements de rôles qu'ils vivaient mal.

« Moi, en tant que personne proche de ces gens-là, je n'avais pas pris conscience de l'état de ma tante ». Prise dans les visites quotidiennes et les choses s'installant progressivement, « vous trouvez ça normal ». Et pour la famille et les amis, « c'est toujours normal tout ce que tu fais pour les autres » (personne aidée D).

« Je pense que nous, on était un peu trop directifs par rapport à ma grand-mère... après on avait une autre approche, comme quand c'est de la famille », « notre rôle n'était plus bon, entre guillemets ». Et puis, « je suis infirmière aussi, du coup ma grand-mère me prenait un peu pour son infirmière, et donc je n'arrivais plus trop à trouver mon rôle, en fait », « j'étais plus petite-fille, j'étais qu'infirmière » (personne aidée F).



Dans ces situations, *les messages de la coordinatrice de parcours sont mieux entendus, ou différemment*. La coordinatrice est aussi un interlocuteur dont le positionnement propre *libère de certains freins*.

« À la longue de l'entendre, il l'a écoutée davantage que nous, ça a fait son chemin dans la tête » (personne aidée D). Avec nous, ça « rentrait dans une oreille et ressortait par l'autre », alors qu'avec la coordinatrice, « [ma grand-mère] l'écoutait plus que nous » (personne aidée F). « Une personne externe peut avoir une influence différente » (personne aidée E). « Ce sont ces gens-là qui vous éveillent, qui disent "non, attention, il y a quand même un comportement qui n'est pas normal" ». « Elle a fait comprendre, surtout à mon oncle (...), qu'il y avait des limites à ce qu'on vienne les aider », « il a dû prendre conscience de ça » (personne aidée D).

Il s'agit de « quelqu'un à qui on peut raconter certaines choses, quelqu'un à qui on peut poser des questions », « même, des fois, très personnelles », plus qu'à aucun autre professionnel de santé, même connu depuis 10 ou 15 ans (personne aidée B). « Ce que j'ai demandé à [la coordinatrice de parcours], je ne l'aurais pas demandé à d'autres » (personne aidée C).

Pour les professionnels également, qui se sentent « la tête dans le guidon », ce positionnement, associé à la bonne connaissance des situations (et probablement au profil expérimenté de la coordinatrice de parcours), offre un regard extérieur, une autre vision des choses, parfois différente de la leur ou de celle de la famille ou de l'aidant.

4.1.8 Autres caractéristiques de la fonction et du profil de la coordinatrice de parcours

L'ensemble des aspects de la fonction de la coordinatrice de parcours suggérés dans le cadre du questionnaire ont été jugés « importants » ou « indispensables » par près de 9 professionnels sur 10 (cf. Figure 1 ci-dessous).



Figure 1. Importance accordée par les répondants à différents aspects de la fonction de coordinatrice de parcours

On retrouve des aspects mis en exergue dans les entretiens tels que l'assurance qu'une action sera réalisée une fois l'information transmise, ou le fait d'être tenu informé de la réalisation d'une action et de ses effets. Parmi les aspects les plus souvent considérés comme « indispensables », figurent l'interconnaissance entre la coordinatrice de parcours et les professionnels ou partenaires, ainsi que son identification comme relai.

Parmi les autres aspects mis en avant lors des entretiens, le président du pôle souligne *le choix délibéré d'un profil infirmier* pour le poste de coordinatrice de parcours : il était jugé susceptible de constituer une plus-value par rapport à



un profil médicosocial. Des compétences cliniques et la capacité d'adopter une « posture soignante » sont perçues comme importantes du point de vue de l'évaluation des situations mais aussi vis-à-vis du positionnement de la coordinatrice comme tiers facilitateur entre les professionnels de santé libéraux et les acteurs médicosociaux et sociaux, favorisant par là même l'appropriation du projet au sein du pôle. De fait, même si cet aspect paraît moins prioritaire que les autres dans les réponses au questionnaire, près de 9 répondants sur 10 ont considéré comme « important » ou « indispensable » un profil professionnel d'infirmière avec une expérience clinique (cf. Figure 1 ci-dessus).

En outre, *l'expérience de l'exercice libéral au sein du parcours professionnel de la coordinatrice* revêt aux yeux de certains un intérêt spécifique, car lui permettant la prise en compte des contraintes propres à l'exercice.

« Elle a aussi été infirmière, mais aussi infirmière libérale, donc elle sait que les tournées ne sont pas faciles, que, des fois, on n'a pas forcément le temps, elle a fait la même chose que nous on fait actuellement », « je pense que c'est vraiment important » (infirmière 2).

Le président du pôle souligne ici aussi *le choix qui a été fait*, au moment du recrutement de la coordinatrice de parcours, d'une personne « qui connaissait le territoire et les acteurs », pour permettre un démarrage rapide et favoriser l'adhésion des professionnels. La coordinatrice note elle-même l'importance à ses yeux d'avoir gardé un statut de libérale les premières années pour rester « au même niveau » que ses anciennes collègues. Sa connaissance du mode d'exercice joue dans la bonne compréhension mutuelle, elle l'incite également à avancer avec « diplomatie » en évitant tout « mode autoritaire ». C'est une spécificité du projet de Saint-Méen-Le-Grand, qui se veut pensé par et pour des professionnels de santé libéraux.



4.2 Quel est l'apport des outils et actions mis en œuvre, en fonction de leur niveau d'appropriation ?

La fréquence à laquelle les professionnels estiment être en interaction avec certains aspects du dispositif « article 70 » est présentée en Figure 2 ci-dessous.

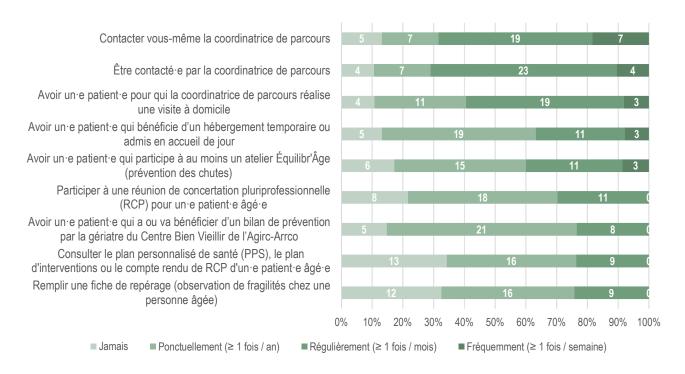


Figure 2. Fréquence à laquelle les répondants estiment avoir fait l'expérience de diverses situations liées au projet « article 70 »

4.2.1 Outils de formalisation

Plus de 7 répondants sur 10 n'ont « jamais » ou uniquement « ponctuellement » (au moins une fois par an) l'occasion de consulter plan personnalisé de santé (PPS), un plan d'interventions ou un compte rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire, ainsi que de remplir eux-mêmes une fiche de repérage de la fragilité. En revanche, pratiquement la même proportion dit être en contact avec la coordinatrice de parcours « régulièrement » (au moins une fois par mois) ou « fréquemment » (au moins une fois par semaine). Les professionnels semblent donc privilégier ces échanges directs au recours aux outils de formalisation mis en place.

Lors des entretiens, ils expriment le sentiment qu'il s'agit surtout d'outils de traçabilité. Dans le cas de la fiche de repérage, une infirmière y voit une utilité : rassembler et renseigner en amont le maximum d'informations touchant à la situation, pour permettre à la coordinatrice de parcours d'en prendre connaissance avant d'être éventuellement sollicitée par le patient ou ses proches. Même si des suites ne sont données que longtemps après, aucune information n'est ainsi perdue. Le PPS en revanche est moins bien connu, quand il l'est il n'est pas toujours perçu comme utile, sauf par une infirmière qui y voit l'occasion à la fois de conserver l'historique des événements et de l'évolution de la situation et à la fois de suivre ce qui a été réalisé et ce qui doit encore l'être. Elle ne s'en sert en revanche pas tous les jours.



Le président du pôle et la coordinatrice de parcours ont constaté le faible intérêt perçu pour la traçabilité, qui touche particulièrement les infirmières et les médecins. Ces derniers ne remplissent « jamais » de fiche de repérage, mais préfèrent laisser un post-it et faire une synthèse orale de la situation. Il s'agirait d'un problème récurrent et plus large, touchant le pôle de santé et pas seulement le projet « article 70 », en particulier les transmissions entre professionnels. Les explications avancées sont un aspect administratif s'intégrant mal dans la culture des libéraux, les limites persistantes des moyens techniques (supports distincts du logiciel métier et de la messagerie sécurisée), ou encore un effet générationnel, certains privilégiant encore un rapport singulier au patient (lié à un exercice débuté en solitaire) par rapport au travail en équipe et au souci de permettre au collègue de s'y retrouver.

4.2.2 Réunions de concertation pluriprofessionnelle

Même si 9 professionnels sur 10 se disent globalement en accord avec les trois propositions faites au sujet de l'intérêt d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP, cf. Figure 3 ci-dessous), la conviction semble davantage l'emporter en ce qui concerne l'apport d'une appréciation plus globale de la situation du patient, que la facilitation de sa propre implication ou l'identification de solutions.

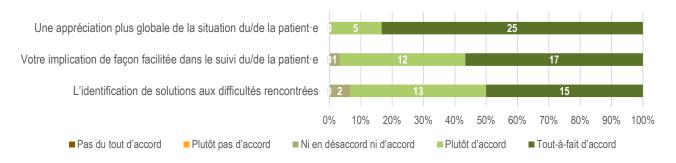


Figure 3. Appréciation par les répondants des résultats favorisés par une réunion de concertation pluriprofessionnelle

Dans le cadre des entretiens, les professionnels confirment *l'apport de connaissances nouvelles et différentes des leurs* sur une situation.

« Déjà ça nous permet de nous rencontrer, c'est concret, quoi, pour la personne, chacun apporte sa perception du cas » (orthophonistes). « On se rend compte qu'on ne connaît pas les gens, en fait, on connaît un bout de leur famille, mais pas toute leur histoire ». « Le fait de se regrouper à plusieurs professionnels permet de remettre les morceaux du puzzle côte à côte » (médecin généraliste 1). « On appréhende mieux toute la globalité de la situation », les « différents aspects de la personne », « et on répond au mieux aux besoins » (pharmacien).

En plus de ces informations croisées, les professionnels expliquent qu'une RCP permet de mieux adapter la prise en charge et de se fixer des objectifs mieux partagés et plus explicites.

« Puis des actions, on dégage des objectifs, on priorise, on se sent moins seules aussi » (orthophonistes). « Une idée plus précise de comment ça peut s'organiser », de « ce qui est acceptable ou pas » (médecin généraliste 1). « Ça permet de voir les difficultés et les adaptations thérapeutiques à faire, que je n'identifiais pas forcément » (médecin généraliste 2). « On se tient à une ligne de conduite », on se met « un petit peu raccord » (pharmacien).



À propos des RCP, la coordinatrice de parcours explique que les réunions formalisées, programmées à l'avance, sont réservées aux situations complexes, nécessitant un échange avec les partenaires, pour une orientation à long terme⁸. Le plus souvent, une réponse doit être donnée dans un délai rapide : *des réunions informelles sur le temps du midi sont privilégiées*, elles rassemblent généralement 3 personnes et permettent de poser les « premières pierres », quitte à identifier les avis complémentaires à solliciter. On trouve des participants qui répondent présent quand une RCP est proposée dans les différentes professions : l'adhésion est ici plutôt une question d'individus. Le pôle rencontre ici surtout une difficulté dans ses modalités d'organisation des RCP, pour parvenir à rassembler les professionnels attendus. Parmi les explications, la présence de plusieurs médecins à temps partiel est évoquée.

4.2.3 Bilans de prévention

Des bilans de prévention santé sont réalisés par le centre Bien Vieillir de l'Agirc-Arrco depuis 2013. Il s'agit d'évaluations globales réalisées par une gériatre et une psychologue, pour des personnes qui le souhaitent, bien en amont de la dépendance, en vue de fournir des conseils et recommandations leur permettant de prendre soin de leur santé, développer leurs capacités d'agir et favoriser leur autonomie. Cela n'empêche pas de faire face à des problématiques complexes où sont intriquées des questions médicales, psychologiques, sociales.

Le plus souvent réalisés à Rennes, ces bilans peuvent être *délocalisés* dans toute la Bretagne pour des personnes qui ne peuvent pas se déplacer: c'est le cas au sein du pôle de Saint-Méen-Le-Grand depuis 2014. Ils peuvent concerner en particulier les aidants de personnes dépendantes. D'après la gériatre en charge de ces bilans, c'est l'occasion pour un médecin traitant de demander des compléments par rapport à sa propre évaluation, qu'ils n'auraient pas le temps de réaliser ou auxquels ils n'auraient pas facilement accès (bilan de la mémoire, bilan nutritionnel, avis de psychologue), mais aussi de pouvoir s'appuyer sur un tiers pour *confirmer un diagnostic et conforter une démarche initiée*.

Les jeunes médecins, en particulier, « sont intéressés pour avoir un autre avis, d'avoir un avis sur lequel ils peuvent s'appuyer pour mettre en place telle ou telle chose pour leur patient ». Cela « permet de valider ce qu'eux essaient de mettre en place avec la personne » (gériatre en charge des bilans de prévention).

Un médecin généraliste évoque le caractère enrichissant du regard d'un gériatre dans la prise en charge, par exemple pour réduire le nombre de médicaments prescrits, mais aussi le fait qu'un bilan de prévention constitue *une ouverture* vers des évaluations complémentaires à Rennes (mémoire, équilibre), que les personnes auraient refusés sinon.

C'est « un premier pas qui est facile à faire ». « Le premier pas est franchi », « ça s'enchaîne », « ce premier pas là, il est important » (médecin généraliste 1).

S'il faut pour elle rester lucide sur la capacité des gens à changer leurs habitudes, ce médecin estime qu'une partie des personnes en tire des bénéfices, reprend une activité, réapprend à marcher, perd un peu de poids, mange plus équilibré.

De son côté, la coordinatrice de parcours relève également l'apport de ces bilans du point de vue des recommandations formulées ainsi que la logique permettant « d'entrer dans un parcours ». La présence régulière d'une gériatre dans les locaux du pôle (qui jouxtent la maison médicale), qui peut échanger avec les professionnels, est en outre, pour elle, un élément déterminant pour le « partage d'une culture gériatrique », d'ailleurs très formateur pour elle-même.

Néanmoins, c'est *une action qui a nécessité un travail d'explication et de conviction auprès des médecins*, de la part du président du pôle et de la coordinatrice : ce regard extérieur sur les prescriptions a initialement occasionné « des crises

⁸ Pour une question de lisibilité, l'organisation des RCP du pôle est globalisée, sans distinction entre celles correspondant au projet « article 70 » et les autres.



d'urticaire » et fait « grincer des dents », ce d'autant que la gériatre était « très affirmative » avant de « mettre de l'eau dans son vin ».

Il faut par ailleurs souligner que seuls 2 médecins du pôle se montrent très demandeurs de ces bilans, les autres le sont moins et *c'est fréquemment la coordinatrice qui va suggérer d'en réaliser un*⁹. Identifier leur cible n'est pas évident : il ne s'agit pas de gériatrie pure, mais de prévention, et néanmoins ils doivent porter sur des personnes qui ne se déplaceraient pas. Un apprentissage collectif – notamment par l'erreur – a d'ailleurs été nécessaire, y compris pour la coordinatrice, dans la compréhension de l'indication et des objectifs spécifiques des bilans de prévention. La présence de la coordinatrice favorise également le bon déroulement des bilans, qu'il s'agisse de l'accès au dossier médical pour la gériatre ou le remplissage de fiches de demandes. L'organisation des 3 jours par an où se déroulent les bilans de prévention est chronophage et requiert sa présence. Enfin, les préconisations éventuelles peuvent se trouver un peu limitées par les ressources locales, comparativement à ce que propose le centre Bien Vieillir à Rennes.

4.2.4 Ateliers Équilibr'Âge

Conçus par l'association Kiné Ouest Prévention, les ateliers Équilibr'Âge sont réalisés à Saint-Méen-Le-Grand depuis septembre 2016. À la différence d'autres programmes réalisés par l'association, ouverts à tout public et limités à 10 séances, ils fonctionnent à l'année et ciblent des *personnes plutôt âgées et fragiles avec un risque de chute prononcé*, après un adressage par les professionnels (ce qui peut d'ailleurs leur donner du crédit aux yeux des participants), selon un nombre de séances dépendant des progrès réalisés et non prédéfini. Ils y sont animés par une kinésithérapeute libérale installée dans une commune voisine, à un rythme hebdomadaire. Les exercices sont ciblés sur le renforcement de l'équilibre et différents d'un travail au cabinet. Surtout, ils sont collectifs, ce qui permet une émulation entre participants (esprit ludique, encouragements mutuels).

« Le but, nous, c'est que les gens reprennent confiance en eux, se remettent à faire des choses du style aller chercher leur pain, à faire des choses un peu sociables ». « Ce que j'apprécie le plus, et ce qu'eux apprécient le plus, c'est l'émulation qu'il y a entre eux, en fait » (kinésithérapeute en charge des ateliers Équilibr'Âge).

Les personnes aidées interrogées témoignent à la fois d'une reprise de confiance, de gains en matière de mobilité ainsi que du caractère sociabilisant des ateliers. L'une explique poursuivre les exercices appris lors des ateliers. Les professionnels confirment ces retours, notamment une kinésithérapeute qui a assisté à un atelier et admet la différence par rapport à son travail en cabinet. Le caractère collectif, s'il rebute un patient, peut cependant être un frein.

Pour la gériatre du centre Bien Vieillir, ce type d'atelier relevant d'une activité physique adaptée est pertinent.

- « C'est vrai [que ma grand-mère] a pris un petit peu plus de confiance en elle, elle marche un petit peu plus, avec son déambulateur, elle a repris confiance, elle a plus d'assurance » (personne aidée F).
- « Les patients ressortent en disant qu'ils marchent mieux, avec plus de sécurité, ils ont réappris un peu à faire confiance à leur corps, ils sont beaucoup plus en confiance » (médecin généraliste 1).
- « Pour prévenir les chutes, ça reste à la personne de bouger elle-même, quoi ». En collectif, « ça a une utilité sociale ». « C'est là où ça a beaucoup de sens, parce du coup que ça crée une dynamique, aussi derrière » (gériatre en charge des bilans de prévention).

⁹ La gériatre du centre Bien Vieillir a notamment repéré le rôle de la coordinatrice de parcours dans le fait d'inciter certains proches à assister au bilan, quand elle juge utile de répondre à leur inquiétude ou de leur donner un avis à l'issue du bilan.



Pour la coordinatrice de parcours, qui – comme en témoigne la kinésithérapeute en charge des ateliers – joue un rôle incitatif au moment où cette prise en charge leur est proposée, *le bénéfice pour les participants est convaincant*: une moitié probablement a dû reprendre une activité et certains « galopent en ville ». En revanche, l'organisation des ateliers et l'adressage des patients nécessitent *un fort investissement en temps*, au regard d'un nombre limité de participants (environ 18 en 3 ans). Il faut gérer les déplacements, les désistements, les absences pour problèmes de santé, les hésitations de certains qui veulent arrêter... C'est la contrepartie du ciblage d'une population plus fragile.

Le nombre de places étant limité, il faut également pouvoir mettre fin à la participation de certaines personnes, ce qui n'est pas chose aisée et nécessite un travail de dialogue pour permettre sa compréhension. D'autre part, même si un service de transport à la demande est organisé par la communauté de communes, il représente à un coût – même modéré – à assumer par la personne.

4.3 COMMENT LE DISPOSITIF S'EST-IL INTEGRE DANS LES PRATIQUES ET QUELS EFFETS A-T-IL EUS SUR CELLES-CI ?

4.3.1 Évaluation des situations

En matière d'évaluation des situations, la contribution spécifique de la coordinatrice de parcours est relevée, en termes de globalité d'approche, de complétude, de prise en compte du domicile et du contexte des personnes, ou encore de précocité du repérage. La conseillère en gérontologie du CDAS relève ainsi sa capacité à donner à voir de manière vaste et objective un contexte de vie, de repérer des fragilités. La cadre de l'EHPAD remarque son rôle dans une meilleure identification des situations en voie d'aggravation par rapport à d'autres communes, ainsi que des difficultés rencontrées par les conjoints. Elle estime que son regard influencé par son origine paramédicale est complémentaire des autres, à dominante plus sociale, en réunion de coordination.

« Elle est vraiment dans la globalité, pour moi, pas que dans la partie médicale » (responsable du CLIC). « Elle connaît bien le patient et l'entourage, assez rapidement », « les besoins qu'ils expriment et puis qu'ils n'expriment pas forcément non plus », les besoins à venir (médecin généraliste 2).

L'intérêt des visites à domicile réalisées par la coordinatrice de parcours est identifié. Les médecins généralistes s'appuient sur cette appréciation de la situation dans le contexte de vie des personnes. Le fils d'un couple accompagné note en outre le caractère facilitant d'une visite conjointe avec la conseillère gérontologique du CDAS.

« Je pense que ça apporte des éléments en plus », « peut-être parce que le patient a plus discuté avec [elle], ne nous avait pas tout dit », ou du fait de la présence des proches (infirmière 1). « C'est en voyant les gens marcher chez eux qu'on se rend compte de la dangerosité du logement », sinon ils vous disent que tout va bien (médecin généraliste 1). « Elle connaît mieux le contexte du domicile que moi », « elle sait comment ça se passe et les difficultés que les gens peuvent rencontrer » (médecin généraliste 2).

La capacité d'évaluation de la situation est en outre *renforcée collectivement par le partage d'informations*, que la coordinatrice de parcours peut ensuite relayer (cf. 4.1.3 p. 15).

La gériatre du centre Bien Vieillir note aussi *la meilleure identification des situations pouvant relever d'un bilan de prévention* à Saint-Méen-Le-Grand par rapport à d'autres territoires.

« En amont, on a vraiment des informations qui sont hyper intéressantes pour nous permettre, justement, de faire une évaluation de qualité » (gériatre en charge des bilans de prévention).



4.3.2 Place de la coordinatrice de parcours par rapport aux infirmières et médecins traitants

La principale distinction faite par les personnes aidées interviewées entre la coordinatrice de parcours et les infirmières est la différence de disponibilité. Tout en ayant une bonne connaissance de la situation au domicile, les infirmières sont perçues comme accaparées par les soins, parfois lourds et chronophages, avec une charge de travail importante. Une infirmière confirme que le travail de la coordinatrice leur permet de libérer du temps de soins par rapport à des tâches peu compatibles avec une tournée ou qui leur prendraient beaucoup de temps, comme le fait de s'articuler avec d'autres intervenants. Dans la coordinatrice, elles réaliseraient certaines tâches en décalé, sur leurs jours de repos.

« Elles ont leur intervention et ça s'arrête là ». « On a l'impression de prendre sur leur temps, quand on a envie de leur poser quelques questions » (personne aidée D).

« Ça nous permet de pas perdre de temps sur des situations... quand on peut faire un signalement, ça peut être assez urgent, il faut que ça bouge assez rapidement » (infirmière 1).

« Nous on va peut-être passer 10 minutes pour faire le soin, [la coordinatrice de parcours], elle, va peut-être rester 1h pour faire le point avec le patient et la famille » (infirmière 2).

Vis-à-vis du médecin traitant, les professionnels font état d'un rôle complémentaire. Pour eux, le travail de la coordinatrice contribue à alléger le travail du médecin traitant (en libérant, donc, du temps médical) et à le nourrir d'informations utiles, mais n'empiète en rien sur des aspects identifiés comme relevant de la pratique médicale, en particulier les prises de décisions.

« Pour ça elle est nickel, elle propose, souvent elle a des bonnes idées d'ailleurs », « et puis ça arrive qu'on ne soit pas d'accord et puis voilà, ça s'arrête là ». « En aucun cas elle n'essaie de prendre la main ». « Elle a beaucoup un travail de conseil, un travail de réponse aux questions qu'on peut se poser » (médecin généraliste 1).

« Ça n'empiète pas, entre guillemets, sur nos plates-bandes du tout », « à mon avis ce n'est pas gênant » (médecin généraliste 1). « Elle s'occupe de tout ce qui va être autour, au niveau social, au niveau paramédical ». « Je ne ressens pas de concurrence de ce côté-là » (médecin généraliste 2).

Un médecin, ainsi que le président du pôle, font état *de réticences et de craintes initiales* d'au moins un médecin du pôle par rapport à un rôle potentiellement concurrentiel de la coordinatrice, semblant avoir été dépassées depuis. La coordinatrice de parcours elle-même explique ne l'avoir jamais ressenti, mais avoir toujours été vigilante par rapport au périmètre du travail médical, en demandant par exemple toujours l'approbation d'une proposition, même quand les médecins lui disent que ce n'est pas la peine de demander. La question n'a pas fait l'objet de discussions ouvertes.

Il y a eu « quelques réflexions faites au sein du pôle », « une des premières craintes c'était ça », « "on ne va quand même pas partager" ». « Je pense que là ça se tasse un peu, dans le temps », « parce qu'on se rend compte que finalement ça n'enlève rien du tout à notre rôle » (médecin généraliste 1).

Chez les personnes aidées interviewées, deux attitudes se dessinent : la distinction nette des rôles entre médecin traitant et coordinatrice de parcours et la sollicitation privilégiée de celle-ci. Certains ne poseront pas les mêmes questions à leur médecin traitant et à la coordinatrice de parcours, ils différencient questions de santé et mobilisation d'autres moyens. Une personne fait état d'une relation privilégiée avec un médecin traitant, fondée sur une connaissance de longue date et une disponibilité importante de celui-ci. Une autre personne, infirmière de profession, dit s'adresser préférentiellement à la coordinatrice de parcours ou aux infirmières, les échanges lui semblant plus faciles ainsi.

« Si c'est au médecin, c'est parce que c'est quelque chose de théorique, de médical, et si c'est elle, c'est quelque chose de pratique, disons », « c'est pas du tout la même chose » (personne aidée B).



4.3.3 Articulation aux autres dispositifs d'accompagnement

Les échanges avec les partenaires donnent à voir différentes appréciations de la place de l'accompagnement réalisé par la coordinatrice de parcours par rapport aux autres dispositifs existants. Ils se fondent pour cela sur les spécificités des périmètres d'action¹⁰, les compétences individuelles et les prérogatives des uns et des autres. Dans l'ensemble des entretiens¹¹, deux partenaires en particulier explicitent leur propre appréciation :

- La responsable du CLIC, qui rappelle avoir contribué aux réflexions initiales, ayant notamment porté sur la définition de cette fonction, *envisage de façon complémentaire deux dispositifs : le CDAS côté médico-social et le pôle de santé côté médical*. Dans certaines situations où une problématique médicale est centrale¹², le regard et la mobilisation des professionnels de santé sont primordiaux, en complément du travail du CDAS pour déclencher des aides. Pour elle, le travail de la coordinatrice de parcours porte avant tout sur cette dimension, avec à la fois une articulation des acteurs autour de la situation (médecin, famille, paramédicaux), à un niveau très pratique, et le maintien d'un lien avec les partenaires en charge de la dimension sociale. Ensuite, dans certains cas où la coordinatrice de parcours se trouve en première ligne du fait des contacts réalisés, la responsable du CLIC lui reconnaît également un rôle d'accompagnement privilégié.
- L'assistante sociale du CH met davantage en exergue *la spécificité des compétences et le respect des prérogatives des acteurs institutionnels*. Soucieuse du respect des rôles et missions propres à chacun, ainsi que des tensions susceptibles d'apparaître en cas de confusion, elle insiste sur ce qui relève selon elle de sa propre prérogative, en tant qu'assistante sociale, et de celle du CDAS (en lien avec elle), lors de la préparation et de l'accompagnement d'une sortie d'hospitalisation : rencontrer les familles, évaluer et ajuster les aides nécessaires et faire les demandes administratives. Outre le fait qu'elle fait remonter en amont de la sortie ¹³ des informations sur la situation au domicile (cf. 4.1.3 p. 15), la coordinatrice de parcours est un interlocuteur avec lequel elle échange et qu'elle informe des aides planifiées (afin de pouvoir informer les infirmières, par exemple), dont le rôle auprès des personnes doit se limiter à l'orientation, voire à l'accompagnement dans les cas d'isolement important. Dans la mesure où elle estime les ajustements ultérieurs du plan d'aide ne pas être de son ressort, les informations qu'elle partage avec la coordinatrice sont celles jugées nécessaires et non toutes celles recueillies. De fait, et même si elle admet avoir une action se limitant à la phase de sortie d'hospitalisation, l'assistante sociale du CH ne semble pas percevoir le rôle de la coordinatrice comme portant sur un suivi dans la durée depuis le pôle de santé.

« [La coordinatrice de parcours] est là pour des gens du secteur qui ont besoin [...] d'un suivi à un instant T », « et après pour moi il y a le CDAS qui chapeaute un peu leurs situations ».

D'un point de vue plus opérationnel, l'infirmière coordinatrice du SSIAD rappelle qu'une fois un patient pris en charge par son service, c'est à celui-ci de gérer la coordination : dans ce cas, la coordinatrice de parcours se met donc en retrait tout en restant en alerte, en attendant qu'on revienne vers elle.

¹³ La coordinatrice de parcours est conviée à participer aux staffs de sortie du CH et fait remonter à cette occasion aux équipes hospitalières les informations dont disposent les libéraux, afin d'anticiper les risques de ré-hospitalisation. De même, elle est amenée à réaliser des visites à domicile en accompagnement de la sortie avec certains patients sortants jugés à risque.



¹⁰ Le CLIC et l'équipe du CDAS interviennent sur des territoires plus vastes que celui du dispositif « article 70 ».

¹¹ Du fait d'une vacance de poste de pilote au moment du recueil, aucun entretien n'a été réalisé avec l'équipe de la MAIA.

¹² Elle évoque le cas d'une personne, dont la fille a fait appel au CLIC, faisant craindre un syndrome de glissement, à la suite d'une sortie d'hospitalisation, avec une difficulté d'alimentation et un médecin privilégiant une attitude attentiste.

Ces appréciations différentes peuvent laisser penser que le regard porté sur la logique du projet « article 70 » et sur la fonction de la coordinatrice reste influencé par des perceptions différentes des acteurs, selon leurs propres caractéristiques et, vraisemblablement, leur expérience de la mise en place de cette fonction (cf. 5.2.2 p. 46).

En revanche, plusieurs partenaires semblent s'accorder sur une spécificité de l'accompagnement proposé par la coordinatrice de parcours : une capacité d'ajustement et une souplesse dans sa mise en œuvre plus importantes qu'au sein des dispositifs de droit commun, encadrés par davantage de formalismes. Étant de nature plus institutionnelle, les CLIC et services départementaux reposent davantage sur des démarches formelles, qui encadrent leurs modalités d'intervention. Avant que quoi que ce soit ne soit initié (visite à domicile, déclenchement d'une aide), une demande doit émaner de la personne ou de son entourage.

« Ce ne sont pas [les services] qui vont initier la démarche, il n'y a que si les personnes vont ouvrir les portes du CLIC qu'il va se passer quelque chose » (gériatre en charge des bilans de prévention).

Or, en l'absence d'accompagnement, les publics les plus fragiles sont susceptibles d'être en difficultés pour formuler cette demande initiale. La conseillère en gérontologie du CDAS le constate lorsqu'elle se voit informée par la coordinatrice de parcours¹⁴ de situations éligibles à des aides mais où les personnes tardent à la contacter.

« Des fois, ça peut être très long », « je sens bien que c'est une situation où il y aurait vraiment besoin, pour autant il y a des freins, pour diverses raisons, les gens ne font pas la démarche » (conseillère en gérontologie du CDAS).

Dans de telles situations, l'accompagnement par la coordinatrice de parcours s'avère moins limité par un cadre et plus propice à des tactiques d'approche adaptées : contacter le conjoint, proposer une rencontre, voir les personnes au cabinet avant de proposer une visite à domicile...

 $^{^{14}\,\}text{La}$ coordinatrice de parcours informe les personnes qu'elle a contacté CDAS à leur sujet.



Page | 28

4.3.4 Partage d'informations et modalités d'interaction

Parmi les 34 répondants déclarant avoir contacté eux-mêmes ou avoir été contactés par la coordinatrice de parcours (cf. Figure 2 p. 21), entre 5 et 8 sur 10 disent l'avoir contactée pour l'un ou l'autre des motifs suggérés dans le cadre du questionnaire (cf. Figure 4 ci-dessous). En premier lieu, il s'agit de *transmettre à la coordinatrice une information utile* pour mettre en œuvre ou adapter la prise en charge d'un patient.

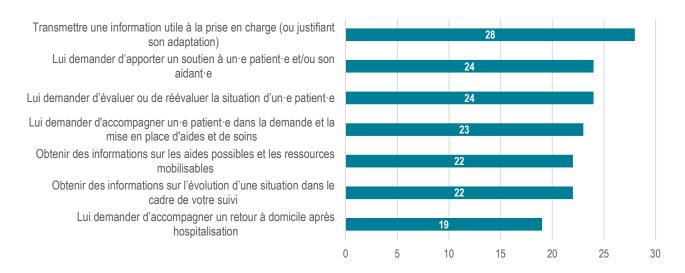


Figure 4. Nombre de répondants déclarant avoir déjà contacté la coordinatrice de parcours dans les buts déterminés

Après l'intervention de la coordinatrice de parcours, *les professionnels s'accordent en priorité sur l'amélioration de la connaissance partagée de la situation* et de son évolution (cf. Figure 5 ci-dessous).

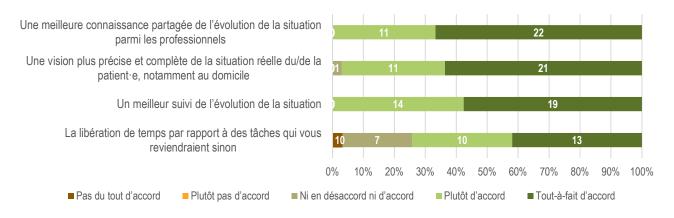


Figure 5. Appréciation par les répondants des résultats permis par l'intervention de la coordinatrice de parcours dans la prise en charge d'un e patient e

Ces résultats tendent à montrer que les professionnels interrogés s'accordent fortement sur une représentation de la fonction de coordinatrice de parcours comme *permettant avant tout un partage d'informations optimisé entre eux*, sans préjuger de la finalité ou de l'action que pourra entraîner la diffusion de l'une ou l'autre. Cette représentation est explicite lors des entretiens : la coordinatrice de parcours relaie les informations, les synthétise, et s'assure qu'elles seront prises en compte par le(s) acteur(s) concernés.



« Même quand tout est déjà mis en place, en fait, ça nous permet d'avoir le lien entre tous les intervenants », « si on lui a déjà parlé de cette situation, ou si elle sait qu'on intervient chez les gens, elle nous renvoie les informations » (infirmière 2).

Savoir que l'information pourra être partagée et rendue utile grâce à la coordinatrice de parcours peut avoir un caractère incitatif vis-à-vis du recueil et de la communication d'informations par les professionnels, comme en témoigne une infirmière qui s'attache à faire remonter le maximum d'informations utiles et qui estime qu'elle communiquerait sans doute moins fréquemment avec les autres professionnels en l'absence de coordinatrice de parcours. Cette différence dans le degré de partage d'information est également perçue par des partenaires.

« Ça va être plus en quantité et en qualité d'informations, en fait, où je vais avoir plus d'infos et plus souvent avec [la coordinatrice de parcours], que dans le secteur de [telle autre commune] » (cadre de l'EHPAD).

Les modalités d'interaction de la coordinatrice de parcours avec les personnes aidées comme avec les professionnels semblent caractérisées par *un effort de disponibilité et d'adaptation aux contraintes et attentes de chacun*. Avec les personnes, l'initiative du contact peut venir du bénéficiaire (passage à l'occasion d'un rendez-vous au cabinet médical, appel téléphonique, message sur le répondeur) ou de la coordinatrice (rappel pour s'assurer qu'un rendez-vous est bien fixé, prise de nouvelles). Certains la sollicitent sans hésiter, une personne dit préférer la laisser l'appeler.

« On a vraiment, disons, un bon échange », « elle est toujours disponible » (personne aidée B). « Comme ça passait bien, je n'avais pas peur de l'appeler » (personne aidée D).

Avec les professionnels, des voies de communication formelles et informelles cohabitent : messagerie sécurisée, téléphone, face à face lors des rencontres au sein des locaux du pôle. Les médecins évoquent aussi, pour qu'elle les tienne informés, des mots ajoutés par la coordinatrice de parcours dans le système d'information partagé.

L'ensemble des éléments suivants concourent donc à donner une place centrale à la coordinatrice de parcours dans la circulation et l'enregistrement des informations :

- Le rôle privilégié qui lui est attribué, comment l'expriment les professionnels, dans la communication et le partage d'informations entre professionnels du pôle (cf. ci-dessous);
- Son identification comme référent disponible et fiable de la part des personnes aidées (cf. 4.1.2 p. 14);
- Son identification comme relai vis-à-vis des professionnels du pôle de la part des partenaires externes, du fait de la difficulté à connaître¹⁵ et interagir avec chacun de façon individualisée ainsi que pour des raisons de disponibilité (cf. 4.1.3 p. 15) ; la cadre de l'EHPAD, la conseillère en gérontologie du CDAS et l'assistante sociale du CH (sauf demande spécifique par rapport à un soin) expliquent limiter leurs échanges avec la coordinatrice de parcours, en la laissant faire le lien ensuite avec les professionnels concernés ; seule l'infirmière de coordination du SSIAD, lorsqu'un patient est pris en charge par son service, explique échanger directement avec les intervenants au domicile lorsque nécessaire, tout en tenant informée la coordinatrice ;
- Les multiples contacts privilégiés ainsi développés par la coordinatrice, renforçant cette position centrale.

« Moi, si directement j'ai un souci avec un patient, c'est [la coordinatrice de parcours], je ne vais pas aller voir untel, et untel et untel ». « C'est le centre, en fait, de nous tous ». « Je pense qu'il y a beaucoup qui repose sur elle, mais ce n'est pas négatif, au contraire » (infirmière 1). « [La coordinatrice de parcours], c'est vraiment la pierre angulaire » (médecin généraliste 1).

¹⁵ La messagerie sécurisée ne permettrait pas, semble-t-il, de connaître la fonction d'une personne identifiée.



Le président du pôle et la coordinatrice de parcours expliquent en effet avoir conçu le dispositif de façon telle que l'information passe systématiquement par elle, après repérage et lors du suivi, de façon assez centralisée. Le rôle de la coordinatrice est celui de « point de contact » : il est prévu que les informations lui soient remontées, puis qu'elle procède à leur diffusion aux intéressés. Chacun autour du patient doit disposer des mêmes informations, et avoir recueilli celles nécessaires. La coordinatrice privilégie l'écrit, quitte à demander un courriel en complément d'un appel téléphonique : « l'engagement n'est pas le même » et cela favorise la traçabilité. Néanmoins, elle estime que 90 % des échanges se font verbalement, de visu ou par téléphone, du fait d'une culture de l'oral plus répandue chez les soignants.

Dans le cadre du suivi, mis à part quelques personnes qui l'informent spontanément, la coordinatrice reçoit des informations surtout après les avoir sollicitées auprès des professionnels. *C'est elle qui est à l'initiative des échanges*. Elle n'est interpellée directement que dans les cas où un problème est identifié.

La communication ne repose pas encore sur un fonctionnement optimal. Le plus souvent, les professionnels ont tendance à s'adresser à la coordinatrice seule, comme s'ils étaient plus à l'aise dans une relation de personne à personne : celleci doit régulièrement rappeler l'intérêt du « répondre à tous » pour partager d'emblée une information. Il est vrai que cela suppose de porter une attention plus grande au caractère approprié du contenu du message vis-à-vis des destinataires. Il arrive que les professionnels du pôle, qui communiquent beaucoup entre eux au quotidien, oublient de lui transmettre une information utile : la coordinatrice doit aussi régulièrement faire le rappel d'un échange nécessairement à double sens. Cela peut froisser la susceptibilité de certains qui tiennent au fait de ne pas avoir de comptes à rendre.

En outre, la *proximité physique de la coordinatrice* (dont le bureau est situé dans les locaux du pôle de santé, qui jouxtent la maison médicale), est non seulement facilitante mais probablement déterminante dans le niveau de communication entre les médecins, les infirmières (qui passent quotidiennement dans les locaux) et elle. Il est plus simple et confortable de faire quelques pas pour venir immédiatement à la rencontre de la coordinatrice plutôt que de devoir reporter l'envoi d'un message, en y repensant une fois disponible quelques heures plus tard.

« C'est vraiment un appui, un appui de proximité en plus », « elle est quand même très souvent au cabinet », « si on passe, on peut la croiser, on peut échanger sur des situations un peu difficiles » (infirmière 2).

La coordinatrice se demande si elle n'a pas été trop loin, au début, dans le souci de s'adapter aux professionnels, qui se reposent à présent beaucoup sur elle. Toujours est-il qu'elle considère les contacts quotidiens et réguliers décisifs dans les échanges avec eux, compte tenu du rapport au temps très contraint qu'ils vivent dans le cadre de leur exercice. C'est aussi une fragilité du point de vue de l'organisation des RCP, dans la mesure où une planification efficace est moins indispensable.



4.3.5 Évolutions dans les pratiques

Interrogés sur les évolutions perçues dans leurs propres pratiques du fait du projet, les répondants au questionnaire – tout en exprimant un accord important par rapport aux différentes propositions – sont les plus nombreux pour souligner la *dimension collective donnée à leur travail* autour des prises en charge (cf. Figure 6 ci-dessous).

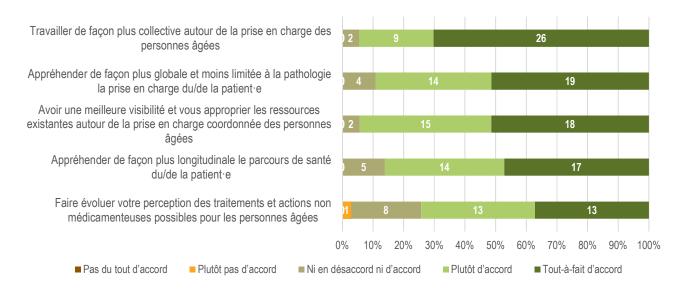


Figure 6. Évolutions perçues par les répondants dans leurs propres pratiques du fait du projet « article 70 »

Lors des entretiens, les orthophonistes confirment le sentiment d'un travail « plus collectif et partagé » et la kinésithérapeute un changement dans « son regard sur l'extérieur » de son cabinet, avec davantage de contacts et de recherche d'informations de sa part. Des professionnels soulignent ou reconnaissent *la place gagnée par une approche préventive des besoins des personnes âgées*, en amont de la survenue des difficultés. C'est le cas de l'infirmière 1, en exercice depuis quelques mois au sein du pôle.

« Je n'aurais jamais cru qu'on fasse intervenir aussi vite et aussi facilement [la coordinatrice de parcours] pour tout ce qui est prévention des chutes, troubles de l'équilibre, directement » (infirmière 1).

Pour la médecin généraliste 1, qui se considérait comme déjà sensibilisée à cette approche, ce sont les conditions nécessaires pour la mettre en œuvre qui ont évolué. Auparavant, les moyens n'étaient pas suffisamment organisés, le travail autour des personnes âgées se faisait au coup par coup. Le projet « article 70 » a apporté pour elle *cohérence et facilité dans la mobilisation de ressources*, ce qui influence les façons de travailler.

Nous avons aujourd'hui « plus de réponses, pas seulement des questions », « plus d'outils sur lesquels s'appuyer en dehors des consultations ». « Même si certains s'en défendent ou s'en défendaient, ils sont bien contents et utilisent ces dispositifs-là » (médecin généraliste 1).

Alors qu'on risquait auparavant de penser à une proposition de prise en charge seulement à l'issue de la consultation, il s'agit à présent de penser à faire les propositions pertinentes au moment où on reçoit le patient : l'appui sur des aides complémentaires est *en train de s'intégrer dans ses propres habitudes de travail*.

Pour tempérer le constat d'une dynamique collective, il faut néanmoins relever des indices d'une adhésion hétérogène des professionnels membres du pôle aux possibilités offertes par le dispositif « article 70 ». Ainsi la kinésithérapeute en



charge des ateliers Équilibr'Âge remarque-t-elle que seuls 2 ou 3 médecins lui adressent des patients, et la coordinatrice confirme-t-elle être fréquemment à l'initiative de la proposition (souvent avec l'accord du médecin). La responsable du CLIC identifie également des professionnels plus ou moins « réfractaires ou volontaires », qui, d'après les attitudes des professionnels assistant aux réunions de coordination, semblent identifiés en tant que tels au sein du pôle.

De fait, elle constate à la fois « une réelle volonté d'essayer de comprendre comment ça fonctionne » et « des choses qui ne sont pas ancrées », se traduisant dans des questions persistantes. Réciproquement, des points relevant du médical ne sont pas encore toujours compris par les acteurs du médico-social... Pour elle, si ce sont bien sûr des questions de « volontés » et de « pratiques individuelles », *la dynamique en est encore à un stade ou l'interconnaissance se construit*, grâce au fait de pratiquer ensemble autour de cas concrets. Surtout, un travail de sensibilisation en continu est nécessaire, « de longue haleine », qui se traduit pour elle dans une présentation répétée des aides possibles.

D'après la coordinatrice de parcours, *la proportion de professionnels qui ont adopté le dispositif « article 70 » serait de l'ordre de 7 sur 10*, même si la réalité est plus nuancée. Aucun de ne s'oppose frontalement, et dans la mesure où le médecin a « le mot de la fin » pour valider ou écarter une proposition, et où les autres professionnels n'hésiteront pas à faire part de leurs éventuelles difficultés dans une prise en charge, une situation reste rarement bloquée. On constate plutôt des « divergences de vue » et de réactivité dans les échanges d'information. Une opposition se manifeste ainsi plutôt « par inertie, éventuellement » mais peut être néanmoins source de difficultés dans la gestion d'un parcours. Dans ces cas, *la coordinatrice doit insister davantage et mobiliser sa capacité de persuasion : cela demande parfois un réel effort pour garder prise malgré les résistances*. Ce constat lui fait remarquer qu'elle considère avoir davantage dû mobiliser ses compétences de psychologue que d'infirmière à ce poste, ainsi que ses 35 ans d'expérience : le relationnel avec les professionnels suppose une vigilance permanente et une capacité d'adaptation à chacun. Le pôle constitue heureusement aussi une source de soutien.

Le repérage en lui-même n'est pas une étape qui rencontre des freins. En revanche, *il arrive que deux médecins en particulier mettent en suspens l'intervention de la coordinatrice*, pour un motif qui n'est pas toujours explicité (elle-même ne demande pas toujours une justification). Il peut s'agir d'une situation où le lien est fragile et où l'adhésion doit être négociée, d'où un souhait de temporiser. Une spécificité des médecins généralistes installés de longue date serait ici de s'impliquer dans « des relations très singulières », avec des personnes qu'ils connaissent parfois depuis longtemps, et de rester fortement attachés à la notion de secret vis-à-vis de l'intimité des personnes. Cela relève aussi d'une « habitude de gérer par soi-même ». Certaines infirmières libérales aussi, quand une relation de soin est établie, peuvent souhaiter rester l'interlocutrice principale et éviter une « concurrence relationnelle ». Il s'agit ici pour la coordinatrice de trouver une place à côté de l'infirmière, en proposant de l'accompagner au domicile, tout en rappelant et en valorisant la relation que celle-ci a déjà établie.

Si certains médecins montrent un niveau de coopération variant de façon « cyclique », l'un d'entre eux se montre plus réfractaire, en ne participant pas, par exemple, aux RCP. Pour les patients, la coordinatrice considère que cela aboutit à des retards dans la mise en place d'aide, donc à des prises en charge non satisfaisantes susceptibles de poser problème aux intervenants au domicile.

D'après le président du pôle et la coordinatrice de parcours, les *freins à l'adhésion* relèvent du manque de disponibilité, d'une moindre appétence ou sensibilité de certains, d'une place variable dans le parcours de soins et en termes de vigilance (les infirmières, en contact en amont, effectuent plus fréquemment un repérage que les masseurs-kinésithérapeutes, ce qui n'est pas bloquant), l'isolement géographique (les professionnels au sein de cabinets éloignés de la maison médicale sont dans certains cas moins impliqués, car moins au contact de la coordinatrice).



C'est sans doute chez les infirmières que les évolutions de pratiques sont les plus notables, notamment parce qu'elles sont historiquement positionnées en 1ère ligne en assumant le plus gros de la coordination au domicile, de façon invisible. Non seulement la coordinatrice les soulage d'une partie de ce travail non reconnu, mais aussi parce que sa fonction contribue à valoriser cet aspect de leur rôle. Les infirmières « fonctionnent moins en vase clos » et intègrent progressivement les autres intervenants au domicile et les partenaires dans leur pratique.

Dans l'ensemble, les médecins sont plus souvent demandeurs de l'évaluation d'une situation, tandis que les infirmières formuleront une demande d'aide plus ciblée, notamment du fait de leur connaissance respective des aides possibles. L'acculturation des professionnels serait ainsi la plus visible, selon le président du pôle et la coordinatrice :

- En matière de repérage (de plus en plus fréquents et pertinents), de vigilance par rapport à la fragilité ;
- Dans la capacité à anticiper : ne pas penser qu'il suffit de laisser une ordonnance pour que les choses soient mises en place (ex. des aides à domicile), être attentif au parcours du patient (ex. de la préparation du retour à domicile d'une personne pour qui la pose d'une prothèse totale de hanche est planifiée) ;
- Le tout contribuant au développement d'une approche préventive, diffusant à présent au-delà de la prise en charge des personnes âgées.

Chez les partenaires, l'accès facilité à une meilleure connaissance des situations peut renforcer leur capacité d'adaptation aux besoins. La cadre de l'EHPAD estime pouvoir être en alerte et mieux anticiper les choses pour adapter son discours, jusqu'à formuler des propositions (hébergement, renforcement d'un hébergement temporaire) dans des situations d'aggravation ou de mise en difficulté de l'aidant. Selon l'évolution des situations au-delà de la période délimitée d'intervention de son équipe, l'ergothérapeute responsable de l'ESA explique également pouvoir mieux prioriser un éventuel renouvellement de prise en charge, par rapport à de nouvelles demandes. Enfin, pour la gériatre hospitalière interrogée, les échanges permis en amont d'une consultation au CHU vont jouer sur le contenu de celle-ci. Parce que des problèmes sont identifiés ou des questions soulevées, un appui des professionnels de premier recours est possible : valider une approche, débrouiller une situation, faire tampon avec la famille en désaccord...

« On attend moins le dernier moment, quoi » (cadre de l'EHPAD). Le dispositif permet « d'affiner, d'adapter et même d'individualiser la prise en charge » (conseillère en gérontologie du CDAS). « Nous, ça va nous permettre de peut-être mieux cibler notre intervention » (gériatre à l'Hôtel Dieu).

4.3.6 Dynamique collective engagée

Au-delà des échanges et de la communication, *les professionnels interrogés font état d'un mouvement d'ensemble chez les membres du pôle autour du projet « article 70 », soutenu par la fonction centrale de la coordinatrice de parcours*. Les professionnels interrogés évoquent notamment le sentiment d'un travail en équipe (pour lequel on attribue un intérêt particulier aux professionnels les plus jeunes), ainsi qu'une satisfaction par rapport au sens donné au travail. La coordinatrice est ici une « attache entre tous les professionnels », une personne à la fois « plus neutre » et qui évite que chacun reste « cantonné dans son domaine ».

« Ça crée une dynamique, pour nous aussi, en fait ». « On redonne la priorité au confort de vie à domicile ». « On prend plus en compte l'individu, du coup, enfin là avec [la coordinatrice de parcours], son travail c'est vraiment ça ». « C'est vraiment du dynamisme que ça crée, avec l'implication de tous les professionnels » (orthophonistes).

« Ce qui me plaît et ce qui va dans le sens de comment je vois mon métier, c'est qu'on a mis le patient au cœur du dispositif et c'est ça l'essentiel aussi » (pharmacien).



Du point de vue des partenaires, le constat semble partagé. La kinésithérapeute en charge des ateliers Équilibr'Âge se dit frappée de l'intérêt porté aux personnes âgées au sein du pôle, « pris en main de A à Z » et se sentant elles-mêmes prises en charge. La gériatre du centre Bien Vieillir relève une meilleure appropriation des indications propres aux bilans qu'elle propose, par rapport à des besoins relevant plutôt de la filière gériatrique hospitalière.

« Il y a une diffusion de la culture gériatrique ». « On a vu de plus en plus de personnes qui nécessitaient vraiment un bilan de prévention », « le ciblage est nettement mieux fait sur Saint-Méen, ça c'est sûr » (gériatre en charge des bilans de prévention).

Une illustration de la dynamique présente au sein du pôle est le constat partagé par deux partenaires de la *forte implication des professionnels au sein des réunions de coordination organisée sous l'égide du CLIC*. Des infirmières sont presque toujours présentes, d'autres professionnels viennent parfois pour des situations qu'ils connaissent.

« Ça n'a rien à voir, c'est très différent ». « Ce sont des choses que moi, depuis un an et demi, je n'ai jamais vues sur [tel autre territoire] » (conseillère en gérontologie du CDAS). « Il n'y a pas photo, c'est quasiment le seul territoire où j'ai des infirmières libérales qui viennent aux réunions de coordination, quasiment à toutes » (responsable du CLIC).

Pour l'assistante sociale du CH, même si certains membres des équipes hospitalières moteurs au sein du projet « article 70 » ne sont aujourd'hui plus présentes au sein de l'hôpital, le dispositif a permis – et continue d'être appréhendé comme un moyen – de mieux se comprendre entre professionnels libéraux et hospitaliers, en tenant compte de « la réalité du terrain », et de mieux prendre en compte le lien domicile-EHPAD.

D'autre part, si le projet « article 70 » permet une acculturation d'une partie des professionnels de santé aux possibilités de prise en charge des personnes âgées, *il peut aussi inciter à déléguer, voire se décharger d'une partie des actions sur cette fonction*.

« À la limite, moi, je fais le repérage et après j'avoue que... On a tellement de travail ». « Je me dis que d'autres personnes vont s'en occuper, on ne peut pas être sur tous les fronts » (orthophonistes).

La coordinatrice « nous décharge aussi de beaucoup de choses » (infirmière 1). C'est « quelqu'un de proximité qu'on a sous la main tout de suite », « c'est ça aussi la facilité pour nous » (infirmière 2).

« Honnêtement, je me repose tellement sur [la coordinatrice], que c'est un peu elle qui fait tout ça », « je remplis ce qu'on me dit de remplir » (médecin généraliste 1). « [La coordinatrice] est vachement plus efficace que moi, [...] je sais que les choses vont être faites de façon optimale » (médecin généraliste 2).

D'une part, cette possibilité de délégation n'incite peut-être pas à une appropriation complète des aides mobilisables autour des personnes âgées, à supposer que ce soit un objectif visé du point de vue des missions de 1^{er} recours (cf. 5.2.3 p. 50). Les médecins généralistes admettent garder une vision floue du rôle des partenaires sanitaires et médicosociaux, et ne pas avoir pour priorité de clarifier celle-ci, par manque de temps et de recul pour mieux s'approprier les choses davantage que par choix. D'autre part, les professionnels ainsi soutenus par cette fonction en deviennent en partie tributaires: le médecin généraliste 2 admet être « complètement dépendant » d'elle pour certaines orientations. Pour le médecin généraliste 1, qui faisait état de la méfiance initiale et de la volonté de préserver leur indépendance de la part de certains médecins, il s'agit d'une réalité à accepter.

- « C'est un domaine qui me mettrait en difficulté si je devais le faire » (médecin généraliste 2).
- « On ne peut pas être complètement indépendant, de nos jours, ça n'existe plus » (médecin généraliste 1).



En outre, ces actions ainsi déléguées ne seraient pour autant pas pleinement réalisées en l'absence de coordinatrice de parcours. Comme l'explique une orthophoniste, signaler une situation problématique consisterait à interpeler le médecin traitant, mais la crainte de le déranger ou de ne pas pouvoir le joindre pourrait inciter à ne pas le faire.

« Avant, c'était plus "alors, qu'est-ce qu'on fait", il fallait chercher la réponse, d'une fois à l'autre j'avais oublié, parce que ce n'est quand même pas tous les jours qu'on le fait ». « En y repensant, je me demande comment bien on se débrouillait avant, c'est tellement complexe, et on est tellement aidé avec ce système-là » (médecin généraliste 1).

4.3.7 Insertion dans l'organisation en pôle de santé

En matière de relations entre le projet « article 70 » et les pratiques des professionnels, une observation essentielle : du fait de l'intrication entre le projet en lui-même et l'organisation en pôle de santé préalable et sous-jacente, il est difficile d'attribuer plus à l'un ou à l'autre certaines habitudes de travail ou évolutions dans les pratiques. Le projet a été conduit dans un environnement particulièrement porteur, où la dynamique collective était largement ancrée dans les habitudes et l'interconnaissance entre professionnels importante. Le pôle de santé a participé à la 2ème phase de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, mis en place une activité d'éducation thérapeutique du patient (ETP) 4 ans auparavant, des RCP depuis 1 an...

« C'est un pôle très dynamique par rapport à d'autres secteurs » (assistante sociale du CH).

Dans leurs propos, les professionnels semblent d'ailleurs concevoir le pôle et le projet « article 70 » comme un tout, y compris en termes d'apports : qualité des soins, précision du suivi, échanges, concertation pour la détermination d'une orientation commune, croisement des regards et enrichissement de la pratique...

« Je ne fais pas la différente, en fait, moi ». « Tous les acteurs du pôle travaillent pour le projet article 70, et travaillent pour l'ETP diabète... » (médecin généraliste 1).

L'organisation en pôle « a permis de considérer le patient dans un parcours de soins », « je pense qu'il y a une idée globale de la part de tous les intervenants auprès d'un patient » (infirmière coordinatrice du SSIAD).

Pour les partenaires, *le recours privilégié à la messagerie sécurisée illustre de façon concrète la réalité du fonctionnement collectif du pôle*: la conseillère en gérontologie du CDAS, la gériatre du centre Bien Vieillir et l'infirmière coordinatrice du SSIAD reconnaissent toutes un usage beaucoup plus fréquent et spontané qu'au sein d'autres territoires et structures d'exercice coordonné, où le téléphone est employé surtout en cas de problème important ou urgent. La responsable du CLIC rappelle d'ailleurs l'appui du pôle de santé de Saint-Méen-Le-Grand dans le fait d'avoir inclus aussi largement les intervenants dans la messagerie sécurisée (association d'aide à domicile, CLIC...).

Particularité du pôle soulignée lors d'un entretien, son animation est principalement portée par des professionnels paramédicaux depuis plusieurs années, alors qu'ailleurs on retrouve plus souvent des médecins à la manœuvre. D'après son président et la coordinatrice de parcours, cette particularité a sans doute « ouvert des portes » et favorisé l'adhésion d'autres professionnels de santé non-médicaux, le fait pour eux de venir à la rencontre des médecins, de s'autoriser à participer et s'impliquer. La hiérarchie entre professions a été effacée, mais peut parfois réémerger, en particulier sur la base de la relation de prescription. Au sein du pôle, où elle exerçait auparavant comme infirmière, la coordinatrice pense avoir pu bénéficier d'un « capital confiance » à sa prise de fonction, au moins auprès de certains membres. Elle a contribué de façon déterminante à l'activité d'ETP (en montrant son respect des patientèles de chacun), a été vice-présidente et gérante de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires.



Pour le président du pôle et la coordinatrice de parcours, *le fonctionnement en pôle marque indubitablement une transformation des « mentalités », « une ouverture d'esprit »*. Le président lui-même reconnaît qu'il y a 20 ans il aurait été vent debout contre un atelier comme Équilibr'Âge, en estimant qu'il empiétait sur sa fonction de masseur-kinésithérapeute. Il perçoit aujourd'hui les avantages de collaborer avec d'autres dispositifs : un abord différent des choses, des moyens spécifiques, des activités non réalisables en cabinet... En revanche ils estiment tous les deux que *la dynamique du pôle reste marquée par un engagement « à plusieurs vitesses », avec des difficultés qui se manifestent plus particulièrement aujourd'hui*. Certains professionnels ont toujours manifesté un moindre intérêt pour l'exercice collectif pluriprofessionnel, fondé sur la coordination autour du patient, ce qui se traduit dans une « attitude générale vis-à-vis du pôle ». D'autres manifestent une frilosité spontanée par rapport au fait de s'inscrire dans des projets à dimension institutionnelle, par crainte de devoir rendre des comptes et de perdre en liberté. Le projet collectif a en outre été fragilisé à l'origine par le départ du médecin qui avait suscité la création du pôle, nécessitant un travail de reconstruction. Il l'a été à nouveau plus tard par le décès d'un autre médecin particulièrement moteur et disponible dès qu'un appui médical lui était demandé.

Le président du pôle et la coordinatrice perçoivent *la persistance de « quelque chose qui bloque », une transformation qui n'est pas totalement aboutie*. Le projet n'a pas permis que les professionnels voient les activités du pôle comme « une activité à part entière » : du fait de leur forte charge de travail, ces activités communes passent toujours « après leur activité première », qui nécessitent de se dégager du temps, quitte à faire l'objet d'une annulation lorsqu'ils n'y parviennent pas. Et ce malgré la reconnaissance du travail consacré à leur projet commun via les aides financières forfaitaires : les professionnels ne manifestent que peu d'attente d'être indemnisés par ce biais, voire en ressentent une certaine gêne. Plus encore, la coordinatrice perçoit une difficulté à se projeter à long terme dans les évolutions de pratiques qui sont amorcées et appelées à se généraliser du fait de l'évolution des besoins des personnes. Ainsi le travail d'animation revêt-il une importance cruciale pour que l'investissement se poursuive, « que l'envie persiste » et que la « tentation du retour vers une certaine routine » soit écartée.

4.4 QUELS SONT LES EFFETS SUR LES PRISES EN CHARGE DES PERSONNES ?

Les perceptions des répondants au questionnaire quant aux effets du projet « article 70 » sur les prises en charge montrent que *ce sont avant tout sur des résultats découlant directement des actions entreprises que les professionnels s'accordent sur un renforcement du pôle*: anticipation du devenir et préparation des personnes âgées face au risque de perte d'autonomie, coordination d'intervenants multiples, identification des ressources et orientation (cf. Figure 7 cidessous). Néanmoins, la perception d'une amélioration dans *la prévention de l'épuisement de l'aidant ou l'accompagnement de l'aidant en difficulté*, qui peuvent être vus à la fois comme une action réalisée et comme un effet bénéfique dans la qualité des prises en charge elles-mêmes, emporte la plus grande proportion de répondants se disant « tout à fait d'accord » (entre 6 et 7 sur 10).

De façon notable, alors que plus de 7 répondants sur 10 ont désigné le maintien à domicile d'une personne âgée grâce à l'identification et au soutien de ses capacités comme un objectif dans leur pratique quotidienne, la proportion de ceux se disant « tout à fait d'accord » avec l'idée d'un renforcement de la capacité d'action du pôle sur cet aspect reste faible comparativement aux autres. Tout en y adhérant, sans doute les professionnels considèrent-ils cet objectif encore difficile à atteindre complètement, avec les ressources à leur disposition. Une interprétation qui pourrait s'appliquer également à la prise en compte d'un trouble cognitif affectant la capacité de compréhension.



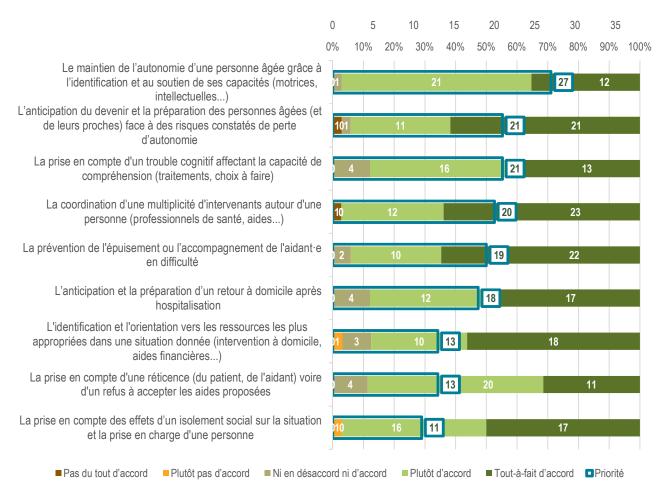


Figure 7. Appréciation du renforcement de la capacité d'action au sein du pôle grâce au projet « article 70 » selon différentes situations classées par nombre de professionnels déclarant leur donner priorité dans leur pratique quotidienne

4.4.1 Soutien des personnes et prévention de l'épuisement de l'aidant

Notons que, sans pour autant faire l'objet de ce rapport, le recueil des propos de personnes aidées placées en position d'aidant direct ou indirect est l'occasion de rappeler *les difficultés suscitées par la nécessité de faire face à la perte d'autonomie d'une personne âgée dans un contexte de fragilisation des liens sociaux et familiaux*. Ils font état de soutiens souvent trop rares, de tâches particulièrement ingrates et gênantes en contexte familial, lourdes à assumer (changer les protections d'une personne dépendante, l'habiller), d'un effort de surveillance permanent... Lorsque les enfants sont éloignés, c'est au sein du couple âgé que se reporte la charge des tâches quotidiennes. Les professionnels se montrent souvent sensibles aux situations vécues par les personnes âgées et conscients de leur rôle face à cela.

« Dans le temps, on s'occupait plus des parents, on était plus "famille" que maintenant ». « C'est là qu'on se rend compte qu'être toute seule c'est difficile », « c'est démoralisant » (personne aidée B).

« Moi j'étais là pour aider mon oncle et ma tante, mais imaginez tous ces gens qui n'ont plus de famille » (personne aidée D).



« On a affaire à des gens, qui, avec la solitude, l'âge, la famille qui n'est pas là, se désocialisent pour beaucoup ». « On sent qu'on comble quelque chose », « il faut en avoir conscience, on est là aussi pour ça » (kinésithérapeute en charge des ateliers Équilibr'Âge).

Fondu, en pratique, dans ses autres activités, *la fonction de la coordinatrice de parcours comprend un travail de soutien direct aux personnes*, identifié en tant que tel par une partie des personnes aidées, mais aussi les professionnels. L'une d'entre elles, qui s'est occupée de son oncle et de sa tante, souligne ne pas avoir pu bénéficier d'un tel soutien lorsqu'elle a accompagné ses parents dans une autre commune jusqu'à guelques mois plus tôt.

« On est épuisé », « elle voyait bien, elle savait ». « Ça fait une personne à qui on peut dire les choses, elle est de l'extérieure, donc elle les reçoit mieux ». « J'ai été bien aidée, et ça fait du bien » (personne aidée D).

« C'est aussi un lien social pour Papa, qui a pu avoir une aide, un peu dans l'empathie ». « C'est vrai que ça aide aussi la mise en confiance de l'aidant, et puis nous aussi ça nous rassure ». « C'est un rôle de soutien de famille, c'est indéniable » (personne aidée E).

« Je pense que les gens se sentent bien soutenus, dans les retours que j'en ai ». « Les gens, moi je les sens mieux ». « Il y a aussi une prise en charge de l'entourage, des enfants, c'est global » (orthophonistes).

« La relation n'est pas la même, moi je suis médecin et elle, c'est... c'est un peu une confidente », « quand ils m'en parlent ce n'est pas comme d'une professionnelle lambda, c'est une personne-ressource, mais en même temps "affectivée", il y a une espèce de lien plus profond qu'avec un soignant lambda » (médecin généraliste 2).

Pour limiter les risques d'épuisement de l'aidant, *la mise en place d'un accueil de jour est une ressource importante*. Selon la cadre de l'EHPAD, la vocation d'une telle modalité d'accueil (avec une spécialisation dans la prise en charge de démences entraînant une dépendance physique, mais surtout cognitive et comportementale) touche autant au maintien des capacités de la personne qu'au répit de son aidant.

« On est surtout sur l'optique de travailler ensemble pour du maintien à domicile » (cadre de l'EHPAD).

Mais *encore faut-il que ce risque soit identifié et que la décision d'hébergement partiel puisse être prise*, comme le montrent les propos de deux personnes aidées, directement concernées :

- Avec des réveils nocturnes, la nécessité de changer son conjoint plusieurs fois par nuit, la personne aidée B se sentait « vraiment à bout ». « À ce tarif-là, j'étais devenue vraiment une loque », « j'en pouvais plus ». La mise en place d'une aide à la toilette et à l'habillage le matin l'ont déjà soulagée. Un accueil de jour une fois par semaine a ensuite été proposé par la coordinatrice de parcours : « ça a été très, très dur pour lui faire accepter ». Au début, cela ne plaisait pas à son conjoint, qui lui a reproché : « tu veux te séparer de moi, tu veux que je te laisse tranquille ». L'appui de la coordinatrice a alors été facilitant pour lui permettre de s'autoriser à faire la demande : « ça m'a aidé à prendre une décision ».
- S'occupant de son oncle et de sa tante depuis longtemps, qui vraisemblablement ne mesuraient pas la charge qu'ils faisaient porter sur elle, la personne aidée D exprime la fatigue physique et morale d'un travail au quotidien et de plus en plus la nuit. « Oui ça devenait lourd », « il arrive un moment où on ne peut plus ». C'est la coordinatrice de parcours qui « a bien vu qu'on ne pouvait plus... qu'on avait fait le maxi ». « Si je ne l'avais pas eue, à certains moments, je pense que j'aurais lâché ».



4.4.2 Amélioration dans l'accès aux droits

S'il est difficile d'imaginer de quelle façon les personnes auraient été orientées et accompagnées en son absence, les entretiens tant avec les personnes aidées qu'avec les professionnels laissent penser que l'action de la coordinatrice de parcours contribue à faciliter et accélérer l'accès des personnes aux droits auxquels ils sont éligibles.

« Ça aurait été très compliqué, parce qu'en fait on n'est pas au courant des différentes aides qu'il y a ». « Moi je ne pourrais pas faire tout ce qu'elle a fait » (personne aidée E).

« J'avoue que si [la coordinatrice de parcours] n'avait pas été là, je me demande comment j'aurais fait », « je serais dans la maison en train de tourner en rond et à avoir vraiment la déprime » (personne aidée B).

Son apport porte sur l'orientation, la bonne information mais aussi l'aide à la mise en place, face à des services dont l'accessibilité n'est pas toujours optimale pour des personnes âgées, au risque d'entraîner un abandon des démarches (passage par un répondeur, documents à remplir, voire site internet). Plusieurs personnes aidées, dont la personne aidée D qui a une expérience antérieure dans une autre commune, considèrent que la coordinatrice dispose d'un accès facilité aux dispositifs, permettant une mise en place plus rapide que s'ils s'en étaient chargé eux-mêmes.

Le sentiment d'un temps perdu évité aussi bien aux patients qu'aux professionnels est ainsi souligné par ces derniers, du fait d'une plus grande réactivité par rapport à une organisation reposant sur le médecin traitant, mais aussi grâce au lien avec les partenaires qui permet une sollicitation plus rapide des aides appropriées.

« Même pour le patient, entre le moment où il a un problème et le moment où on résout le problème, ce serait peut-être plus long » (pharmacien).

« On gagne du temps », le lien avec la coordinatrice permet « d'actionner des leviers auxquels on n'aurait pas pensé avant », « en proposant des choses à la personne âgée et à sa famille, peut-être de manière plus réactive » (conseillère en gérontologie du CDAS).

Dans l'ensemble, le dispositif permet d'inclure davantage les personnes dans les circuits d'accès aux aides, estime la conseillère en gérontologie du CDAS. Sur d'autres territoires, sans une vigilance particulière, les situations perçues comme fragiles ou complexes, méritant d'être signalées précocement, font l'objet d'une information plus tardive, ou échappent à tout repérage et tout suivi.

« On a l'impression d'avoir des infos un peu tardives, beaucoup plus tardivement que ce qu'on peut avoir sur Saint-Méen » (conseillère en gérontologie du CDAS).

Dans le cadre de son suivi des modalités d'adressage en 2017, l'infirmière coordinatrice du SSIAD indique en outre qu'au-delà des 5,5 % de demandes attribuées directement à la coordinatrice de parcours (en croissance), les 40 % de demandes formulées par les familles sont souvent motivés en arrière-plan par un appui de la coordinatrice ou des professionnels du pôle.

Pour certains, c'est tout simplement *la mise en œuvre et l'aboutissement effectifs de certaines actions qui sont rendus possibles par l'action de la coordinatrice de parcours*, surtout auprès des personnes qui ne réaliseraient pas les démarches sans un appel, une rencontre, un travail de persuasion.

« S'il n'y avait pas son côté diplomate, pédagogue, une partie des actions ne se feraient pas, les patients n'adhéreraient pas, c'est parce qu'elle a un discours adapté ». « Le côté contact humain, à mon avis, il est indispensable » (médecin généraliste 1).



Le *rôle de relai entre partenaires et professionnels du pôle* (cf. 4.1.3 p. 15) joue également un rôle essentiel ici, d'après la responsable du CLIC, qui souligne la moindre réactivité rencontrée ailleurs lorsqu'elle fait la démarche d'entrer en contact avec un médecin pour proposer la mise en place d'aides. Enfin, le travail de suivi dans la durée a aussi un effet direct dans la qualité des prises en charge, pense la gériatre du centre Bien Vieillir. *Certaines préconisations émanant de ses bilans de prévention sont davantage prises en compte par la coordinatrice de parcours que par les professionnels de santé*, qui se sentent moins « concernés » et ne les perçoivent pas comme étant de leur ressort, notamment parce qu'elles ne concernent pas la prescription médicale : aider à faire sortir la personne de chez elle, lutte contre l'isolement en allant vers des activités de droit commun, adapter le logement, mobiliser un ergothérapeute à domicile...

« C'est tout le côté social et environnemental, la mise en place des dispositifs, tout ça, ce sont des choses qui ne sont pas facilement suivies », « alors que l'on sait que c'est hyper important sur le plan du maintien des capacités et de l'autonomie » (gériatre en charge des bilans de prévention).

4.4.3 Anticipation des aggravations, logique de parcours et adaptation du projet de vie

Les propos recueillis dans le cadre des entretiens tendent à mettre en évidence *un lien entre la façon de travailler sous*tendue par le dispositif « article 70 » et des prises en charge où l'évolution vraisemblable de la situation a été anticipée. Certaines personnes aidées mesurent en outre le bénéfice qu'ils en ont tiré :

- Pour la personne aidée B, la prise de conscience du diagnostic de maladie dégénérative de son conjoint a été difficile. Le médecin traitant avait expliqué qu'il faudrait être patient et poussé à anticiper des démarches telles qu'une demande d'EHPAD. Ce sont les paroles d'un spécialiste, évoquant le caractère irréversible des troubles, et l'accompagnement de la coordinatrice de parcours qui l'ont aidée à comprendre, et par là même à accepter les aides. Il ne s'agit pas pour autant de résignation, puisque cette personne dit vouloir retarder le moment où faire une demande d'EHPAD et s'efforcer de stimuler son conjoint pour retarder la dépendance.

« Au début je doutais parce que je me disais "ça va s'arranger", je n'étais pas au courant, encore, de la situation ». « Avec le recul, je me dis, tout ce qu'il m'a dit, j'aurais dû le comprendre, c'est moi qui n'ai pas compris ». « Et puis je me suis rendu compte que, non, j'ai bien fait d'écouter [la coordinatrice de parcours] ». « Maintenant je me fais une raison », même si « c'est dur à avaler » (personne aidée B).

- Dans le cas de la personne aidée C, admettre que son problème de vue résultait sur un handicap a été difficile. Si elle reconnaît le travail des professionnels du pôle pour favoriser au maximum son maintien à domicile, elle a occulté le rôle joué par la coordinatrice de parcours dans le fait d'accepter de prendre une canne blanche. Son autonomie encore importante lui permet de maintenir encore à distance son projet d'entrée en EHPAD.

« C'était difficile à digérer, il n'y a pas de doute, de sentir qu'on est quand même... c'est quand même un handicap » (personne aidée C).

- Pour la personne aidée D, qui a été soutenue dans l'accompagnement de son oncle et de sa tante, l'entrée en EHPAD du couple a permis une préparation de madame au décès de monsieur, dont le mauvais pronostic était connu, quelques mois après ;
- Les parents de la personne aidée G, avec l'aide du médecin traitant et de la coordinatrice de parcours, ont bénéficié d'une admission rapide à l'hôpital et en EHPAD. Le père de cette personne est décédé 11 jours après, sa mère est restée 1 mois puis a été admise en foyer logement.



C'était « la meilleure solution qui pouvait arriver, elle était incapable de retourner seule à son domicile ». « Ça s'est fait en un temps record ». « Nous on a été hyper satisfaits », « parce qu'ils ont bien tout préparé », « on a été vachement bien aidé, bien entouré ». « Nous, ça a été important », « c'est douloureux, mais quand t'es bien encadré, c'est plus facile à... à gérer, on va dire » (personne aidée G).

D'après la coordinatrice de parcours, *la plus-value du dispositif* « *article 70* » *repose notamment sur la création précoce d'un lien avec les personnes*, qui permet d'être beaucoup plus efficace par la suite, en cas d'aggravation. Lorsqu'il s'agit d'intensifier une aide, à laquelle la personne s'est habituée, le plus gros du travail est déjà fait, alors qu'une intervention plus tardive entraîne d'autant plus d'oppositions que le plan d'aide proposé est lourd.

Pour les partenaires, un partage d'information à la fois plus précoce (en étant par exemple mis en copie de messages et informé d'une situation en amont) et plus régulier (chacun signalant facilement un événement, tel que la chute du patient) leur permet aussi de s'inscrire dans *une prise en charge plus longitudinale et progressive*.

Cela permet « d'avoir vigilance sur une situation pouvant arriver dans un contexte un peu délicat, compliqué ». « Après, quand il y a nécessité d'adapter le plan d'aide, je comprends de fait, et puis j'ai les informations qu'il faut », « c'est quand même assez fluide » (conseillère en gérontologie du CDAS).

Pour la cadre de l'EHPAD, le passage par des étapes telles qu'un accueil de jour ou de nuit facilite la mise en place des suivantes, hébergement temporaire, puis permanent. Les personnes hébergées sont déjà connues et les familles plus faciles à convaincre lorsqu'on arrive au bout des possibilités de maintien à domicile. Les bilans de prévention, selon la gériatre du centre Bien Vieillir, constituent en eux-mêmes aussi une voie d'entrée dans un parcours, grâce à des préconisations de court mais aussi de long terme, qui permettent de poser des bases.

La continuité de prise en charge favorisée par le dispositif « article 70 » se traduit également pas *des sorties* d'hospitalisation mieux organisées et qui se déroulent de façon plus satisfaisante.

On évite les « sorties d'hospitalisations un peu chaotiques, où on se rend compte que les gens sont rentrés à la maison et qu'en fait ils ne sont capables de rien faire, mais il n'y a aucune aide en place » (infirmière 2).

On constate « très peu de couacs ou de sorties catastrophes », « alors qu'on en voit encore plein ailleurs » (responsable du CLIC).

Notons enfin que le lien constaté entre deux types de coordination, l'une plus médicale et l'autre plus médico-sociale (cf. 4.3.3 p. 27), semble se traduire par *des capacités d'anticipation mieux adaptées à des situations cliniques spécifiques du fait d'une pathologie ou d'une évolution donnée*. La conseillère en gérontologie du CDAS se dit par exemple mieux informée des situations où le suivi médical est important, du fait d'évolutions cliniques rapides ou d'un pronostic sombre : informations qui ne sont pas facilement ni spontanément transmises par les médecins ailleurs.

« Les données médicales, je ne les ai que très partiellement », « le juste nécessaire quand ça permet d'affiner l'évaluation sociale ou du contexte de vie » (conseillère en gérontologie du CDAS).

Lors des entretiens, deux situations sont évoquées où la connaissance du contexte médical a été déterminante dans l'adaptation des aides ou l'approche adoptée.

- La 1^{ère} concerne un arrêt des traitements spécifiques, face à un cancer disséminé, sans que la personne ellemême et son épouse ne soient conscientes du risque d'aggravation, et où le médecin traitant et la coordinatrice de parcours ont permis de réagir avec une réactivité suffisante (personne aidée G).
- La 2^{nde}, évoquée par la responsable du CLIC, porte sur le cas d'un couple où la pathologie psychiatrique de l'un des conjoints influençait son vieillissement, résultant sur une forme de maltraitance psychologique vis-à-vis de



l'autre. Dans une telle situation, la coordinatrice, informée et assimilée aux professionnels de santé, était mieux armée pour mettre en confiance la personne et travailler sur son refus d'aide, par rapport à un acteur social qui « aurait mis les pieds dedans » au risque d'aggraver les choses.

4.4.4 Apport de cohérence

Les modalités de travail développées grâce au dispositif « article 70 », telles que les efforts de communication et de coordination, soutenues par l'organisation en pôle, semblent *aboutir sur des prises en charge perçues comme cohérentes par les personnes aidées et les professionnels*.

« Quand tout le monde adhère, au niveau familial, au niveau professionnels de santé, au niveau accompagnement de ce qui est fait avec [la coordinatrice de parcours], plus le médecin traitant, vous voyez, on ne lâche rien ». « Il faut que tout le monde aille dans le même sens ». « La cohérence elle est là, et la cohésion aussi » (personne aidée E).

« On voit bien qu'il y a une belle cohésion entre les infirmières, l'ADMR, les médecins et la coordination ». « Ils sont tous dans le maintien à domicile » (personne aidée F).

Néanmoins, selon une personne interrogée, certains cloisonnements sont encore susceptibles de limiter les efforts de construction d'une prise en charge cohérente, suivant une logique de parcours. Elle évoque en effet une situation où une différence d'appréciation sur l'éligibilité à l'APA avait conduit un professionnel du CDAS à refuser une demande que la coordinatrice de parcours avait pourtant soutenue. Compte tenu des efforts réalisés par celle-ci pour mettre en confiance les personnes et favoriser l'acceptation des aides, ce refus fragilisait le travail fait. D'après cette personne, les compétences acquises par la coordinatrice de parcours au niveau médico-social ne sont pas toujours reconnues et son observation pas toujours entendue à leur juste valeur. Pour la coordinatrice de parcours, la façon de prendre en compte les troubles cognitifs jusqu'à récemment, ainsi que le principe d'une évaluation réalisée à date et n'anticipant pas les aggravations parfois prévisibles expliquent ces décalages d'appréciation. Les échanges plus réguliers ou encore les visites à domicile réalisées conjointement par la la coordonnatrice et les équipes du CDAS tendent à limiter ces divergences d'appréciation.

Pour finir, notons également que le travail réalisé dans le cadre du projet « article 70 » dépend également des ressources mobilisables. D'après la coordinatrice de parcours, les ressources manquent en matière d'évaluation géronto-psychiatrique à domicile, du fait de l'éloignement de Rennes. Les ressources limitées des services d'aide à domicile entraînent d'autre part des manques de personnel, de formation, et une difficulté à réagir dans l'urgence. Enfin, des freins sont rencontrés dans les possibilités de transport des personnes.



5 DISCUSSION

5.1 LIMITES RELATIVES A LA DEMARCHE D'EVALUATION

Dans le cadre de cette démarche d'évaluation, une approche compréhensive a été privilégiée, donnant une large place aux entretiens semi-directifs, avec une analyse détaillée des propos exprimés. Elle vise à restituer les perceptions des acteurs, selon des points de vue croisés. Néanmoins, *les résultats ne sauraient prétendre à l'exhaustivité ou à la représentativité de tous les points de vue*. Plusieurs biais sont en effet à considérer :

- Les personnes interrogées ont été sélectionnées (et ont répondu favorablement) parce qu'elles ont été identifiées comme étant susceptibles de pouvoir restituer une expérience ou une appréciation du projet ;
 - O Dans le cas des personnes aidées, il s'agissait de l'apport probable qu'avait pu avoir pour eux la mobilisation du dispositif « article 70 » (et en particulier l'intervention de la coordinatrice de parcours), avec un souci de diversification en fonction des différentes modalités d'orientation possibles ; des situations complexes justifiant un travail d'accompagnement important ont peut-être été privilégiées de ce fait par rapport à d'autres situations d'accompagnement ;
 - O Dans le cas des professionnels de santé du pôle, les plus sensibilisés et les plus convaincus de l'intérêt de l'évaluation ont pu être sélectionnés ;
 - O Dans le cas des partenaires, ceux avec qui les échanges ont été les plus importants depuis le début du projet ont donc été privilégiés ;
- Les données recueillies sont tributaires de ce qu'ont pu ou bien voulu exprimer les personnes ; certaines ont pu se limiter dans leurs propos, pour des raisons qui leur sont propres ; en ce qui concerne les professionnels du pôle, la diffusion anonyme du questionnaire à l'ensemble des membres du pôle était aussi envisagée comme une opportunité pour l'expression d'éventuels points de vue divergents.

Les résultats illustrent donc la façon dont le projet peut être vu, dans des conditions qui sont celles des personnes interrogées, selon leur parcours et leur positionnement propre. Ils mettent certainement en exergue le point de vue des personnes les plus convaincues par le dispositif.

D'autre part, *l'évaluation a été conduite par le cabinet Acsantis, en charge de l'accompagnement à la mise en œuvre du projet depuis 2013*, ce qui peut susciter des interrogations quant à l'indépendance de son positionnement. Cependant, pour limiter ce risque, la démarche a été portée par un consultant, médecin de santé publique arrivé dans l'équipe peu avant le lancement de ce travail et qui n'a jamais fait partie de l'équipe d'accompagnement. Le cabinet a ainsi porté une attention particulière au fait de mener cette évaluation de façon distincte du processus de suivi en place (rapport d'activité annuel).



5.2 ENSEIGNEMENTS DU PROJET

5.2.1 Caractérisation de la fonction de coordination créée

Les résultats semblent confirmer le constat selon lequel les spécificités de chaque fonction de coordination sont *relatives au dispositif dans lequel elle s'insère* : en l'occurrence l'expérimentation « article 70 », et en particulier le projet spécifique de Saint-Méen-Le-Grand.

La coordinatrice de parcours travaille ici à la fois *au contact direct des personnes aidées* (non seulement dans l'orientation mais aussi dans l'accompagnement) et *auprès des professionnels*, directement au sein d'un pôle de santé pluriprofessionnel. Ses missions principales se situent clairement au *niveau clinique* (au sens MAIA du terme). Dans la mesure où elle est largement au contact des publics, son activité porte essentiellement sur une *coordination de proximité / opérationnelle*. Dans les cas où elle est sollicitée pour un avis par un professionnel qui reste l'interlocuteur principal de la personne, ou quand elle incite les professionnels du pôle à la réalisation d'actions, son travail relève aussi d'une *coordination d'appui*. Cela dit, l'implication de la coordinatrice de parcours dans la définition et la mise en œuvre du projet, ayant contribué à construire les articulations avec les différents partenaires, au nom du pôle de santé, lui a fait poser le pied au *niveau tactique* (au sens MAIA du terme) et dans la *coordination de pilotage*¹⁶.

Au regard des activités identifiées comme caractéristiques de la coordination dans la littérature, sa contribution est notable sur de multiples aspects: du point de vue de l'évaluation des besoins (globalité de la situation incluant le domicile), de la définition d'objectifs (prise en compte des ressources, difficultés, attentes et craintes des personnes et de leur entourage), de l'adressage et de l'orientation vers les ressources existantes (rôle de première ligne et connaissances approfondies de l'offre), de la planification, du suivi et de l'ajustement des aides (suivi du PPS, propositions d'aides), de la communication et de l'articulation entre intervenants autour d'une personne en vue d'assurer la continuité de la prise en charge (et spécifiquement lors des phases de transition que constituent une sortie d'hospitalisation) ainsi du soutien du patient et de son entourage (avec la prise en compte particulière du risque d'épuisement de l'aidant). Son identification comme référent ou contact-clé par les personnes est aussi patente.

Surtout, *la dimension éducative de la fonction s'illustre ici dans le travail spécifique réalisé pour permettre l'acceptation des premières aides*, décrite comme une première étape essentielle pour l'entrée dans un processus d'accompagnement progressif qui pourra ensuite se dérouler. On comprend d'après les témoignages recueillis que ce travail porte d'autant plus ses fruits qu'il repose sur une écoute des personnes, un temps laissé au cheminement ainsi que des qualités relationnelles. Ces résultats sont d'ailleurs en complète cohérence avec certains des principaux facteurs de satisfaction des personnes âgées vis-à-vis de leur prise en charge et de la coordination des soins : la qualité d'écoute, la possibilité de s'exprimer, l'implication dans les décisions (Guillaume et Or 2016). Compte tenu du manque de disponibilité des professionnels de premier recours, de la fréquence des situations d'isolement des personnes et des difficultés rencontrées par les familles sur ce plan, la plus-value de la fonction de coordination créée semble ici claire.

Notons que le travail relationnel auprès des personnes, incluant *la médiation en vue de l'acceptation des aides*, est selon le président du pôle et la coordinatrice de parcours elle-même celle qui est probablement *la moins visible pour les professionnels du pôle*. Pour la coordinatrice, c'est un motif d'intérêt et une source de satisfaction, en même temps qu'un gage d'efficacité (non-adhésion et refus risquant d'être suscités par une autre attitude), mais qu'elle pense ne pas mettre en avant. Globalement, les professionnels du pôle resteraient selon elle aujourd'hui davantage dans *une*

¹⁶ D'autant qu'au démarrage de l'expérimentation, le territoire n'était pas encore couvert par une MAIA, cette dernière n'ayant été déployée qu'à compter de 2016.



Page | 45

vision plus prescriptive et un rapport aux patients présupposant que ces derniers doivent se conformer à la marche à suive définie par les professionnels. Pouvoir dédier du temps à une approche fondée sur la médiation constitue donc pour elle un élément clé de l'apport du projet « article 70 ».

La notion d'advocacy se retrouve en outre traduite très concrètement dans la facilitation et l'accélération de l'accès aux droits des personnes: la coordinatrice agit dans ces cas de figure au nom de l'intérêt des personnes, en compensant la difficulté d'appropriation des dispositifs auxquels elles-mêmes ou leurs proches font face, dans le but de déclencher des décisions légitimes du point de vue des critères d'accès.

Sous bien des angles, le profil de la coordinatrice de parcours de Saint-Méen-Le-Grand correspond à celui d'un coordonnateur spécialisé: son rattachement à une structure (en l'occurrence un pôle libéral, ce qui constitue plutôt une originalité), son positionnement en appui vis-à-vis des médecins généralistes (qui restent décisionnaires) et son intervention spécifique auprès de la population des plus de 75 ans. Cependant, d'autres caractéristiques rapprochent son profil de celui des gestionnaires de cas (sans entendre le terme au sens du dispositif MAIA uniquement): un suivi longitudinal et non limité à un segment de prise en charge, avec l'exercice d'une veille active vis-à-vis des patients inclus dans une file active (dans une logique de responsabilité vis-à-vis d'un groupe de personnes), l'intervention au domicile, la multiplicité des interactions avec d'autres intervenants dans les situations de « suivi intensif » (de façon intersectorielle), mais surtout l'advocacy vis-à-vis des personnes.

En effet, comme un gestionnaire de cas, la coordinatrice de parcours doit faire reconnaître son intervention par la personne dont elle s'occupe. Sans pouvoir se prévaloir d'une prérogative officielle ni sans corpus spécifique, elle cherche à convaincre la personne et ses proches du bien-fondé d'une solution, dans des situations de vulnérabilité importante où l'intervention d'un professionnel supplémentaire peut susciter des réticences. En favorisant autant que possible l'implication des publics dans les décisions et dans la réalisation des demandes¹⁷, sans se substituer à eux, la coordinatrice favorise en outre la *consumer-controlled advocacy*, une forme d'autant plus demandeuse de temps, d'écoute et de patience de la part du professionnel, qui doit se retenir d'être directif (Bloch et Hénaut 2014).

En revanche, à la différence des gestionnaires de cas MAIA, l'action de la coordinatrice ne porte pas sur les cas les plus complexes, qui justifient le travail de coordination le plus intensif, souvent à forte composante sociale. Elle repose sur une segmentation moins stricte des niveaux de besoins, et s'étend plus largement de l'apparition d'un signe de fragilité chez une personne autonome – avec pour visée le maintien de l'autonomie – jusqu'à des situations en voie d'aggravation et de perte d'autonomie importante (aboutissant régulièrement sur l'institutionnalisation de la personne).

5.2.2 Processus de mise en œuvre

Le fait que l'introduction d'une fonction de coordination nouvelle au sein d'un territoire puisse être source de tensions avec les professionnels en place est connu. La nécessité de négocier sa place s'envisage non seulement vis-à-vis des intervenants professionnels et familiaux déjà impliqués dans chaque prise en charge mais aussi vis-à-vis des professionnels qui assurent déjà la coordination des parcours de santé des personnes : travailleurs sociaux du CLIC, service social municipal, équipe APA du conseil départemental, aides à domicile, SSIAD... (*Ibid.*)¹⁸. Dans le cadre du projet de Saint-Méen-Le-Grand, des réticences et des inquiétudes quant au fait que la fonction empiète sur celle d'autres partenaires, ou réciproquement, ont ainsi été exprimées au départ par certains acteurs.

¹⁸ L'expérience étudiée dans l'ouvrage de BLOCH et HÉNAUT porte sur l'installation de gestionnaires de cas MAIA.



¹⁷ Une posture plus traditionnelle consiste pour le professionnel à fixer lui-même les fins et les moyens dans l'intérêt du patient.

Les équilibres à trouver tiennent d'abord au positionnement et à la mission de chaque partenaire. Comme l'explique la responsable du CLIC, la création du rôle de coordinatrice de parcours au sein du pôle n'a posé aucun problème dans la mesure où son service ne réalise lui-même pas d'accompagnement aux démarches, ne se déplace pas au domicile et fonctionne selon un principe de subsidiarité laissant la place aux acteurs de première ligne, en couvrant un territoire plus vaste. Du point de vue de la coordination du réseau, une de ses missions, le CLIC avait tout intérêt à identifier un relai sur le terrain comme elle.

D'après plusieurs entretiens, le risque de se voir concurrencé dans ses missions a semble-t-il été davantage perçu au sein de l'équipe initiale du CDAS : une difficulté à comprendre la fonction de la coordinatrice de parcours et les limites d'actions des uns et des autres est évoquée. Des efforts répétés pour « essayer d'éteindre le feu » sont rapportés par le président du pôle en vue de valoriser le principe de complémentarité entre sanitaire et médico-social et de rassurer sur l'absence d'empiètement sur le champ de compétence du CDAS. Les relations ont été difficiles au départ mais se sont progressivement fluidifiées, en partie à l'occasion du renouvellement d'une partie de l'équipe du CDAS.

Le président du pôle et la coordinatrice de parcours décrivent plutôt, *avec la MAIA*, *une rencontre inaboutie entre les dispositifs*, avant tout du fait d'une création postérieure de celle-ci par rapport au projet article 70 ainsi que de problèmes de pilotage rencontrés pendant un temps (avec une période de vacance de poste). La question de l'articulation entre les dispositifs n'a pas été abordée en tant que telle. Des contacts ont eu lieu avec les gestionnaires de cas, le pilote initial et le médecin-conseil territorial. Ce dernier est venu au contact des médecins généralistes du pôle pour leur fournir des informations sur la MAIA. Seules une ou deux situations auraient fait l'objet d'un adressage à ce stade, dans le sens du pôle vers la MAIA, un suivi très intense et rapproché étant nécessaire. Un accompagnement moins collectif et beaucoup plus centralisé par le gestionnaire de cas, ainsi que des retours d'informations plus limités auraient suscité une certaine frustration chez les professionnels, même si une amélioration a été notée autour d'un cas plus récent. Cependant, il est à signaler que le nouveau pilote de la MAIA, en poste depuis peu, est d'emblée associé avec le pôle à une réflexion sur la complémentarité entre les dispositifs dans le cadre de la préfiguration de la PTA du Pays de Brocéliande.

Comme dans d'autres cas étudiés (*Ibid.*), le passage d'un soupçon potentiel de concurrence à une collaboration bénéfique a été ici *le fruit d'un travail collectif d'ajustements mutuels*, initié par l'association des acteurs dès la phase de diagnostic territorial. Lors des entretiens, plusieurs interlocuteurs soulignent l'approche et les efforts de la coordinatrice de parcours : la recherche du juste milieu, l'attention portée aux limites des territoires des partenaires et à leurs capacités à entendre les remarques concernant les prises en charge, sans le froisser tout en relayant des demandes de la famille, le renforcement des liens, la capacité d'adaptation à chaque interlocuteur...

« Il a fallu que chacun trouve vraiment sa place et qu'ils se fassent confiance les uns et les autres » (assistante sociale du CH). La coordinatrice de parcours « a vraiment bien réussi à faire sa place », « ce n'était pas gagné au départ » (responsable du CLIC).

Les acteurs interrogés font état de *relations jugées aujourd'hui satisfaisantes entre la coordinatrice et les partenaires*, après des améliorations constatées là où des tensions existaient. La coordinatrice de parcours en veut pour preuve l'accroissement net des échanges par courriel avec l'équipe du CDAS par rapport à l'année 2015, dans les deux sens, ainsi que la réalisation de visites à domicile conjointes. Une personne fait cependant état de freins persistants, chez certains partenaires, du point de vue de la reconnaissance de la fonction de coordinatrice de parcours, certains acteurs ayant tendance à limiter sa fonction à un regard médical et non global, médical *et* médico-social, alors que sa maîtrise



des dispositifs et de leurs modalités de travail se serait accrue sur le terrain. A posteriori, la coordinatrice de parcours considère que certaines craintes auraient peut-être pu être levées en adoptant une posture encore plus humble et en travaillant davantage l'interconnaissance : partir du principe qu'on ne connait pas, demander à venir observer comment chacun travaille (et le proposer réciproquement), témoigner de son intérêt pour les modes de fonctionnement...

Surtout, comme constaté ailleurs (*Ibid.*), l'implantation du rôle de coordinatrice de parcours semble avoir reposé sur le travail autour des situations concrètes, qui sont l'occasion de construire dans chaque cas des collectifs de travail spécifiques. *La légitimité se construit ainsi par l'exemple*, en montrant comment on peut soulager les autres acteurs lorsqu'ils sont en difficulté (du fait de leurs propres limites : périmètre d'action, charge de travail...). « Un pouvoir local » se construit, « lié au contexte et aux problèmes posés par le malade et à l'acceptation de ce rôle d'interface par l'ensemble de l'équipe » (Mino et Robelet 2010). Ainsi, l'échange avec le CDAS se construit-il au fil des cas, la conseillère en gérontologie et la coordinatrice de parcours se contactant de façon assez systématique pour partager lorsqu'un nouveau dossier est identifié.

Parmi les partenaires, l'un d'entre eux a occupé une place particulière : le CH. Cosignataire du projet, son implication a été importante dans la première phase du projet, en termes de pilotage et de réflexion (analyse croisée des outils de chacun, proposition d'outils communs, hospitalisations programmées, accompagnement des sorties). L'implication d'acteurs convaincus a été déterminante, notamment celle d'un directeur adjoint dont la vision permettait d'intégrer les enjeux propres aux politiques de santé. Cette collaboration active a été stoppée par le *départ des personnes les plus porteuses*, ainsi que, d'après le président du pôle et la coordinatrice de parcours, un *changement de politique dans la gouvernance de l'établissement*. Dans le cadre d'un GHT, du fait notamment de difficultés de recrutement médical, le projet est aujourd'hui davantage guidé par le CHU. Le choix de privilégier l'activité de médecine à Montfort-sur-Meu et celle de SSR à Saint-Méen-Le-Grand n'a pas été l'occasion, en parallèle, d'un travail commun avec le projet « article 70 » à l'échelle de ce nouveau territoire. Les possibilités d'hospitalisation directe facilitée ont été perdues, pénalisant ce volet du projet. Aujourd'hui, les relations sont bonnes mais permettent moins de coopérations : le projet n'est plus copiloté par le CH, les médecins ont une connaissance limitée du dispositif « article 70 », les staffs – auxquels la coordinatrice de parcours participe – et les échanges associés se sont raréfiés, la disponibilité manque pour mettre en œuvre des pistes de travail envisagées.

Au sein du pôle, l'initiative du projet est venue d'une ancienne présidente, en association avec le CH. Une demande des professionnels, s'estimant relativement en difficulté, a constitué un facteur de conviction. Pour l'actuel président du pôle, la prise en main a été facilitée par le copilotage par le directeur adjoint du CH et la proportion rapide d'un accompagnement. Pour lui, *le projet « article 70 » nécessite « un engagement assez spécifique »*, car demandant non seulement du temps mais aussi une souplesse et une organisation particulières. Sa conduite est tributaire des liens avec les partenaires et institutions et demande des adaptations permanentes, un agenda malléable et non pas seulement un jour dédié fixé dans la semaine. Le fait de pousser au bout la *logique d'un portage par des professionnels de santé libéraux*, afin de favoriser l'adhésion des professionnels et de répondre à leurs besoins, marque ainsi le projet. Son contenu aurait peut-être été différent avec le recours à une coordination externe ou une fonction administrative dédiée. Le projet comporte en outre une certaine complexité, avec une dimension institutionnelle à investir, et implique un coût d'entrée pour quelqu'un qui n'aurait pas suivi toute son évolution, y compris son imbrication dans les projets ultérieurs. Pour le président du pôle, le projet demande un effort d'animation permanent (inciter, impulser, insister, renouveler les messages d'information) dont il a le sentiment qu'il touche à ses limites.

À ce titre, alors qu'il n'était pas prévu au départ ni inscrit dans la fiche de poste, le soutien au pilotage effectué par la coordinatrice de parcours aux côtés du président du pôle a été net. Celle-ci a intégré l'équipe projet, participé aux



réflexions et donné son avis dans la conception du dispositif, de façon constructive et facilitante, en favorisant un pilotage proche du terrain, axé sur l'opérationnel. L'un et l'autre se soutiennent de façon complémentaire, dans un binôme fondé sur la confiance et la franchise. Si pour la coordinatrice il s'agit d'un travail nouveau, qu'elle n'aurait pas imaginé, elle dit y avoir pris goût et considérer cette contribution logique du fait de son implication directe dans la réalité du projet. Pour elle, deux éléments l'ont soutenue de façon déterminante, lui ont permis de s'approprier le projet et de s'investir dans le poste de façon aussi intense : l'accompagnement dont elle a bénéficié ainsi que la dynamique du groupe projet (porté par l'ARS), en particulier les deux premières années, constituant « un collectif relationnel, dans le dialogue », à l'écoute et lui ayant laissé prendre sa place (réunions mensuelles, lettre d'information lui laissant une grande liberté d'expression...). Le président du pôle souligne également une participation constructive, régulière et rapprochée de l'ARS, importante dans la réussite du projet.

Au-delà, *deux personnes se montrent motrices et deux ou trois autres attentives au suivi du projet au sein du pôle* (présence au comité de pilotage, propositions, appui lors des congés de la coordinatrice de parcours), contribuant au portage et à l'animation, essentiellement assumés par le binôme. D'autres projets semblent mobiliser davantage au sein du pôle : l'éducation thérapeutique du patient en particulier fait écho à une sensibilisation des professionnels, qui choisissent de s'y former. L'expérimentation « article 70 » n'intéresse pas moins, mais présente la complexité évoquée ci-dessus. Du fait de leur disponibilité limitée et de l'effort nécessaire pour s'approprier chaque thématique, il est difficile pour les professionnels de suivre et de contribuer à plus d'un projet, même au sein du bureau du pôle : beaucoup sont intéressés sans forcément être force de proposition. La coordinatrice de parcours évoque le sentiment que les professionnels « se reposent sur eux », tout en s'interrogeant sur une possible difficulté à déléguer, notamment liée aux caractéristiques du projet.

Du point de vue de la *communication sur le projet*, le président du pôle et la coordinatrice de parcours évoquent des professionnels preneurs d'informations au sein du pôle. Le projet « article 70 » est évoqué à chaque réunion du conseil d'administration, toutes les 6 semaines, et chaque nouvel arrivant se voit transmis des informations et coordonnées par courriel. Comme en convient le binôme, des temps d'échanges spécifiques hors assemblée générale (réalisés une à deux fois par an sur des thématiques choisies) et des « piqûres de rappel » ont peut-être manqué, par crainte de noyer les professionnels sous les informations. En plus de la charge de travail qu'ils représentaient pour le binôme, les développements ultérieurs auxquels a donné lieu le projet¹⁹ ont pu contribuer à freiner la communication, sans que ce soit nécessairement délibéré : le risque était de donner « l'impression que ça va dans tous les sens », de susciter des amalgames et d'entraîner des confusions chez les professionnels et les partenaires. Cette réserve et cette prudence expliquent que les conseils techniques opérationnels (CTO), prévus pour rendre compte de l'évolution du projet auprès des acteurs de terrain, n'ont pas été tenus depuis deux ou trois ans. Finalement, il était difficile de chercher à étendre et impliquer en même temps qu'on se projetait sur une nouvelle organisation.

Vis-à-vis de la mise en œuvre du projet en elle-même, *le caractère expérimental du projet a certainement eu une influence*, de façon diverse :

- Vis-à-vis des partenaires, l'absence initiale de format défini et stabilisé concernant le dispositif à mettre en place était plutôt de nature déstabilisante ; en regard, il s'agissait néanmoins pour le pôle de santé de faire le maximum pour répondre à l'enjeu de réussite du projet, les risques et négociations ont été envisagés de ce point de vue. Dans d'autres circonstances, la coordinatrice de parcours estime qu'elle aurait engagé les relations

¹⁹ Projets de coordination territoriale d'appui (CTA) dans le cadre du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et de plateforme territoriale d'appui (PTA) sur le territoire du Pays de Brocéliande.



d'une façon différente, plus construite et formalisée, avec les partenaires. Dans le cas du partenariat avec le CH, certains aspects reposant sur des modes de fonctionnements plus structurels et plus complexes à modifier, le cas échéant, n'ont pas été abordés du fait d'une durée prévue de 3 ans ;

- Le projet a pu se voir affaibli aux yeux de certains professionnels du pôle et partenaires, considérant qu'il n'aurait qu'une durée limitée, ne constituait pas un dispositif de droit commun et pourrait rester sans suite ; il s'agirait d'un frein à l'investissement plein et entier, exprimé par les membres du pôle ;
- Le manque de visibilité sur le devenir du projet, avec des décisions de prolongement prises à court terme, ont pu mettre en difficulté l'équipe du pôle, y compris en termes de gestion budgétaire ;
- Pour le président du pôle, il est certain qu'une partie des effets n'est perceptible qu'au bout de 4 ou 5 ans.

Dans l'ensemble, le président du pôle et la coordinatrice de parcours considèrent que le projet, s'il avait été mené dans un cadre pérenne, aurait pu être porté par un nombre moins limité de personnes.

5.2.3 Effets induits sur les pratiques

Les propos tenus par les acteurs interrogés soutiennent le constat d'une évolution dans les pratiques professionnelles au sein du pôle de santé: un travail plus collectif, une plus grande prise en compte des critères de fragilité en faveur du repérage des situations, une logique d'anticipation plus forte, l'ensemble allant dans le sens du développement d'une approche préventive de la prise en charge des personnes âgées. Néanmoins, les informations rassemblées soulignent aussi une adhésion au projet variable et une acculturation hétérogène, à la fois parmi l'ensemble des professionnels de santé du pôle (selon une répartition a priori plus individuelle que catégorielle) et selon les types d'action, certaines étant réalisées plus spontanément que d'autres.

Sur ce point, tel que le perçoivent le président du pôle et la coordinatrice de parcours, il semble que la « conversion » incomplète de l'équipe au projet « article 70 » apparaisse en miroir des difficultés aujourd'hui rencontrées dans la mobilisation au sein du pôle, tant en termes de participation à la vie du pôle que d'adoption de pratiques collectives et pluriprofessionnelles. La coordinatrice avait « l'impression que ça aurait pu capitaliser », mais perçoit « toujours ce petit truc où il faut tirer ». En guise d'illustration, elle évoque le fait que des médecins continuent de faire la grimace lorsqu'une RCP est proposée, alors qu'ils reconnaissent a posteriori son intérêt et expriment leur satisfaction d'avoir pu croiser leur regard sur la situation du patient avec celui des autres. Le portage du projet par un pôle de santé libéral est une originalité, il est logique que le projet soit soumis, de fait, aux caractéristiques de la transformation en cours de la médecine ambulatoire : un phénomène lent, influencé par de multiples contraintes et traversé de tensions internes.

La coordinatrice de parcours exerce vraisemblablement un soutien essentiel dans les évolutions de pratiques néanmoins constatées, à la fois du point de vue des valeurs diffusées, du sens donné à l'accompagnement, et de façon très concrète. D'une part, l'approche préventive et la logique d'anticipation sont sous-tendues par la dimension éducative de son rôle, décrite dans les résultats. Compte tenu de sa place centrale dans la circulation des informations et de sa contribution à la planification des actions à mettre en œuvre, la coordinatrice est en position d'influencer le regard porté sur les situations ainsi que les choix pris, même sans être elle-même décisionnaire. C'est l'illustration du « pouvoir non hiérarchique » dont disposent les coordinateurs sur les trajectoires de soins (lbid.) : une proactivité, une capacité d'initiative et d'incitation. D'autre part, la coordinatrice se charge dans son quotidien de multiples tâches peu visibles rendant possibles ou plus pertinentes les actions prévues et réalisées par d'autres : préparer le dossier du patient (voire initier l'échange) en amont d'un bilan de prévention ou avant une consultation de gériatrie au CHU (pour qu'un point complet sur la situation du patient permette de tirer parti du rendez-vous), préparer la rédaction de certificats médicaux



(dont le contenu peut s'avérer déterminant dans l'obtention de certaines aides), etc. Des tâches peu visibles des professionnels dans la mesure où elles leur sont épargnées, mais qui peuvent constituer des étapes clés d'un processus de prise en charge.

La coordinatrice de parcours explique être consciente de la *présence d'un risque de retour en arrière* si sa fonction venait à ne plus être assurée. Pour elle, ce risque porte d'abord sur la logique d'anticipation, la charge de travail importante des professionnels (susceptible de connaître des pics, notamment en cas d'épidémie) pourrait les faire « retomber dans un fonctionnement lié à l'urgence ». Il s'agit de maintenir des réflexes, une vigilance par rapport à des signes d'alertes (chute, problème de propreté...), qui pourraient être laissés de côté dans un contexte de surcharge de travail. La coordinatrice s'attache aujourd'hui à faire gagner chacun en autonomie et à trouver des relais au sein de l'équipe, ce d'autant que les partenaires sont à présent mieux connus. Mais cela reste pour elle un des éléments justifiant un *temps de présence sur place, au contact des professionnels*.

La coordinatrice de parcours s'interroge sur le fait qu'elle ait pu « donner de mauvaises habitudes » en cherchant ainsi, par la réalisation de ces tâches, à faciliter l'implication des professionnels. Mais comme elle le remarque elle-même, face aux besoins actuels et à l'évolution de la démographie médicale, la tendance est aujourd'hui clairement à la libération de temps médical et soignant par rapport à des tâches ne constituant pas le cœur de métier des professionnels de santé. En pratique, faut-il espérer voir les médecins généralistes prendre davantage de temps pour remplir des certificats, en insistant sur les enjeux pour renforcer leur implication, ou peut-on envisager qu'une aide est ici possible et utile pour parvenir à la rédaction de documents plus exhaustifs ? C'est le contour de ce qu'on considère être l'appui à la coordination qui est ici en question, autour de tâches très concrètes, qui mériteraient d'être détaillées de façon plus fine et dont la plus-value pour la prise en charge du patient semble potentiellement importante. On peut formuler que certaines, si elles ne sont pas déléguées, ont une moindre probabilité d'être assurées.

Restent, au-delà de cette influence sur les professionnels et de ce rôle d'appui auprès d'eux, des *activités assurées par la coordinatrice qui ne le seraient pas par les professionnels de 1er recours en son absence*, ou en tout cas pas de la même façon, compte tenu du temps nécessaire et du positionnement spécifique qui les permet : les évaluations globales, l'accompagnement et le soutien des patients et de leurs proches, le relai avec les partenaires... Dans la configuration du projet de Saint-Méen-Le-Grand, ce qu'on pourrait qualifier de « rôle propre » de la coordinatrice de parcours semble venir *compléter l'offre de coordination offerte par les dispositifs de droit commun*. Par rapport au CLIC, qui ne se déplace pas au domicile, il s'agit d'abord de la capacité d'accompagnement des personnes, au-delà de l'orientation. Par rapport à l'équipe du CDAS, qui se déplace à domicile, l'apport de la coordinatrice relève d'un suivi plus rapproché des personnes, d'une évaluation qui inclut davantage les problématiques médicales et de relations directes avec les professionnels de santé intervenant autour du patient, fondées sur l'interconnaissance et la proximité. Par rapport à la MAIA, enfin, la population ciblée est bien plus large, même si la tranche d'âge par ailleurs reste limitée aux 75 ans et plus.

Vis-à-vis des acteurs de la prise en charge des personnes âgées, selon les propos des acteurs interrogés, *le projet « article 70 » semble avoir contribué en lui-même à une dynamique d'intégration de l'offre*. La mobilisation collective des partenaires, la participation aux réflexions pour la définition des missions de la coordinatrice et la création d'outils, ainsi que le travail avec celle-ci depuis sa prise de fonction sont identifiés comme des éléments ayant favorisé la connaissance réciproque entre eux. Le fait que les échanges avec la coordinatrice leur permettent de mieux adapter leurs réponses aux besoins, comme évoqué dans les résultats, va dans le sens d'une reconnaissance des apports réciproques de chacun, « pour que tous puissent jouer alternativement les rôles de pivot et de renfort » (Bloch et Hénaut 2014). Autrement dit, on peut considérer que des acteurs « en situation d'interdépendance par rapport à un projet commun » ont commencé



à « institutionnaliser » leurs « relations de coopération » (Contandriopoulos et al. 2001). Pour le président du pôle et la coordinatrice de parcours, le bénéfice du travail fait grâce au projet « article 70 » se traduit dans la dynamique instaurée dans le cadre de la construction de la PTA.

Notons qu'un autre élément va dans le sens d'une dynamique intégrative. On peut en effet s'interroger sur la *pertinence* du critère d'éligibilité lié à l'âge de 75 ans, compte tenu des fonctions de la coordinatrice de parcours et de la façon dont le dispositif « article 70 » est mobilisé (relai avec les partenaires, ressource pour l'orientation, logique de repérage, d'anticipation et de prévention). Pour la coordinatrice de parcours, le principe de raisonnement doit être celui de la fragilité de la personne. En outre, du point de vue du professionnel demandeur d'un appui ou du partenaire à la recherche d'un relai de proximité, les besoins et le raisonnement restent les mêmes dans le cas d'une personne plus jeune en situation de handicap, ce qui explique la sollicitation épisodique de la coordinatrice dans ce cas de figure, évoquée par la kinésithérapeute et la responsable du CLIC.

5.2.4 Périmètre du projet et généralisation des résultats

En tant qu'expérimentation, le projet « article 70 » suscite légitimement des interrogations quant à sa reproductibilité sur un territoire plus grand que le territoire actuel, ou sur un autre territoire. Au sein du dispositif de Saint-Méen-Le-Grand, un ensemble de paramètres sont liés : le territoire et la population couverte, la taille de la file active, l'éventail du public ciblé (et en regard les activités réalisées et l'intensité du travail de coordination). En changeant l'un de ces paramètres, la nature même de la fonction de coordination assurée pourrait être modifiée.

Pour commencer, *la configuration propre au territoire et à l'organisation du pôle de santé de Saint-Méen-Le-Grand doit être prise en compte à la lecture des résultats*. Le caractère unique du pôle sur la commune et le fait que la totalité ou presque des professionnels libéraux exerçant sur le territoire en font partie favorisent le fait qu'un grand nombre d'habitants de Saint-Méen-Le-Grand aient été ou soient en contact avec au moins un des professionnels du pôle²⁰. Cela facilite la reconnaissance du pôle comme structure de référence et de sa coordinatrice de parcours comme interlocuteur légitime et presque systématique dans les échanges avec les partenaires, les réunions de coordination, ou encore le staff hospitalier. Dans nombre d'autres territoires, même en présence d'une structure d'exercice coordonné (et surtout en présence de plusieurs), la possibilité de s'appuyer sur une telle fonction de coordination pourrait être plus aléatoire, selon les habitudes de prise en charge de chaque personne, et donc perçu par les partenaires comme étant moins efficace.

De plus, comme présentée dans les résultats, *la proximité physique de la coordinatrice de parcours* auprès des professionnels de santé, au sein des locaux du pôle qui jouxtent la maison médicale, constitue un élément facilitateur important. Les échanges directs, auxquels les professionnels ont plus spontanément recours que les échanges formalisés (fiche de repérage, messagerie sécurisée, logiciel partagé) permettent une circulation d'information importante et rapide. Pour les patients également, pouvoir rencontrer la coordinatrice dans les locaux du pôle, à l'occasion d'un passage où par l'intermédiaire de leur médecin traitant, joue sur l'image qu'ils s'en font : une professionnelle rattachée à l'équipe du pôle, légitime et en qui on peut avoir la même confiance. D'une certaine façon,

²⁰ Une hypothèse confirmée par le président du pôle et la coordinatrice de parcours : avec 2 cabinets infirmiers couvrant le territoire, sans concurrence venant de l'extérieur, un habitant du territoire a toutes les chances de bénéficier, au moins, des soins d'une infirmière du pôle. Lorsque le médecin traitant n'appartient pas au pôle, il accepte 2 fois sur 3 la proposition de suivi dans le cadre du projet « article 70 » et peut même participer parfois à une RCP.



Page | 52

cette proximité physique pourrait s'avérer être le talon d'Achille de la coordinatrice de parcours, si ses fonctions ne lui permettaient plus de l'assurer.

En revanche, la taille limitée du territoire du projet « article 70 » peut s'avérer limitante du point de vue de sa visibilité extérieure, auprès de certains partenaires. Jusqu'ici, le statut de projet pilote unique dans la région a pu lui faire bénéficier d'une position d'avant-première, permettant de compenser ce handicap (informations diffusées, opportunités de rencontres de l'équipe projet, notamment dans le cadre de réunions institutionnelles...). Ainsi la gériatre de l'Hôtel Dieu de Rennes a-t-elle identifié la coordinatrice de parcours de Saint-Méen-Le-Grand, grâce à un stage de 4 jours réalisé par celle-ci au sein du service. Mais, malgré son intérêt pour les nouveaux dispositifs de coordination, elle remarque qu'il lui serait difficile de connaître chaque interlocuteur à cette échelle territoriale s'ils sont amenés à se multiplier.

Mais compte tenu de la dynamique d'intégration déjà amorcée et de ses développements déjà engagés, la question se pose davantage en termes de *possibilité et de modalités de transfert de tout ou partie de l'expérience du projet « article 70 » dans une nouvelle organisation des fonctions de coordination et d'appui à la coordination, à construire.*

Dans une perspective analytique, en considérant les différentes dimensions de l'intégration (*Ibid.*), *l'intégration des équipes cliniques et l'intégration fonctionnelle* sont aujourd'hui portées par le regroupement en pôles et maisons de santé pluriprofessionnels, tels qu'à Saint-Méen-Le-Grand, avec l'adoption de nouveaux modes de rémunération et de systèmes d'information partagés. *L'intégration des soins* s'est renforcée dans le cadre du projet « article 70 » autour de prises en charge collectives, mobilisant les intervenants autour du patient, avec l'objectif d'assurer la continuité et la globalité des soins. Par la réflexion collective engagée et le travail sur les valeurs de l'accompagnement des personnes âgées réalisé, à la fois auprès des professionnels et avec les partenaires, *c'est aussi une intégration normative que le projet a permise : la constitution d'un « système commun de référence »*, un projet collectif dans lequel s'impliquer, permettant les coopérations, qui permet de « sensibiliser les acteurs à l'interdépendance en évoquant l'importance d'une responsabilité collective dans la prise en charge des personnes souffrantes ».

Il manque aujourd'hui une intégration systémique pour un fonctionnement durable: la mise en cohérence entre la dynamique du projet local et les « principes organisateurs de l'ensemble du système de soins », une mise en cohérence que le travail de construction de la PTA de Brocéliande pourrait permettre, mais au prix d'un changement d'échelle.

- Il s'agit de composer avec des dispositifs de maturité, de répartition territoriale, de dimensionnement (territoire d'intervention) et parfois de statut (droit commun, expérimentation) très différents, car étant le fruit à la fois de politiques distinctes (ARS, département, intercommunalité) et d'initiatives d'acteurs du territoire : MDPH, MAIA, CLIC, CTA de PAERPA...;
- La logique est la convergence et la recherche de complémentarité, notamment entre la PTA à constituer et la MAIA, des ressources de la seconde pouvant participer à la première en tant que composante ;
- Les missions et fonctions doivent être réparties et conçues en cohérence : information et orientation des publics et des professionnels, porte d'entrée des professionnels, évaluation des situations, appui à la coordination, accompagnement des personnes, gestion de cas...;
- La segmentation entre différents publics cibles doit être opérée en définissant des critères permettant d'orienter la réponse à apporter en fonction de chaque cas.

Dans le cadre de ce jeu de construction complexe, de multiples questions se posent. Quelles dimensions du projet « article 70 » tel qu'actuellement conduit doivent être retenues en priorités ? Quelles activités sont susceptibles de pouvoir être



transférées à la PTA, à une échelle plus large qu'actuellement ? Lesquelles relèvent d'une dynamique de proximité pouvant être portée par les équipes de 1er recours ? Dans un cas comme dans l'autre, dans quelles conditions, avec quels risques de pertes ou de dénaturation ?



6 ANNEXES

6.1 BIBLIOGRAPHIE

ACERO Maria, MINVIELLE Étienne et WAELLI Mathias, 2017, « Métiers de la coordination : quel contenu ? Projet Nomeco », Paris, Chaire Management des établissements de santé de l'EHESP.

AUBRY Régis, 2007, « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, hs, p. 73-77.

BLOCH Marie-Aline et HENAUT Léonie, 2014, Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 336 p.

BRAJEUL Maria, CHESNEL Florence, COHEN Raphaël, FEGAR Lorène, GEIN VERSCHUEREN Pauline, LEROUX Delphine, MARIE Carole, PERNEL Marie-José et Tounsi Lina, 2016, *Les nouveaux métiers de la coordination*, Mémoire de Module interprofessionnel de santé publique, École des hautes études en santé publique, s.l., 43 p.

BRUNN Matthias et CHEVREUL Karine, 2013, « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, 4 avril 2013, vol. 25, n° 1, p. 87-94.

CAMICIA Michelle, CHAMBERLAIN Barbara, FINNIE Rhonda Ray, NALLE Maureen, LINDEKE Linda L., LORENZ Lourdes, HAIN Debra, HANEY Kenya D., CAMPBELL-HEIDER Nancy, PECENKA-JOHNSON Kathryn, JONES Trinna, PARKER-GUYTON Nat'e, BRYDGES Garry, BRIGGS William T., CISCO Mary Catherine, HANEY Cynthia et McMenamin Peter, 2013, « The value of nursing care coordination: a white paper of the American Nurses Association », *Nursing Outlook*, décembre 2013, vol. 61, n° 6, p. 490-501.

CHICHER Marie-Élodie, 2015, Les Infirmières de Coordination en Cancérologie Digestive sur un groupe hospitalier parisien. Étude des caractéristiques de leur activité pour une meilleure compréhension de leur travail, Mémoire de master 2, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6, Paris, 90 p.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, DENIS Jean-Louis, TOUATI Nassera et RODRIGUEZ Rosario, 2001, « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures*, 2001, vol. 8, n° 2, p. 38-52.

FILLION Lise, COOK Sandra, VEILLETTE Anne-Marie, AUBIN Michèle, SERRES Marie DE, RAINVILLE François, FITCH Margaret et DOLL Richard, 2012, « Professional navigation framework: elaboration and validation in a Canadian context », *Oncology Nursing Forum*, janvier 2012, vol. 39, n° 1, p. E58-69.

GUILLAUME Stéphanie et OR Zeynep, 2016, « La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire », Questions d'économie de la santé, janvier 2016, n° 214, p. 1-6.

HAGGERTY Jeannie L, REID Robert J, FREEMAN George K, STARFIELD Barbara H, ADAIR Carol E et McKendry Rachael, 2003, « Continuity of care: a multidisciplinary review », *BMJ* : *British Medical Journal*, 22 novembre 2003, vol. 327, n° 7425, p. 1219-1221.

MCDONALD Kathryn M., SCHULTZ Ellen, ALBIN Lauren, PINEDA Noelle, LONHART Julia, SUNDARAM Vandana, SMITH-SPANGLER Crystal, BRUSTROM Jennifer, MALCOLM Elizabeth, ROHN Lauren et DAVIES Sheryl, 2014, Care Coordination Measures Atlas, Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality.



McDonald Kathryn M., Sundaram Vandana, Bravata Dena M., Lewis Robyn, Lin Nancy, Kraft Sally A., McKinnon Moira, Paguntalan Helen et Owens Douglas K., 2007, *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*, Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality (coll. « AHRQ Technical Reviews »).

MINO Jean-Christophe et ROBELET Magali, 2010, « Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles », *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2010, n° 70, p. 22-23.

SCHULTZ Ellen M., PINEDA Noelle, LONHART Julia, DAVIES Sheryl M. et McDonald Kathryn M., 2013, « A systematic review of the care coordination measurement landscape », *BMC health services research*, 28 mars 2013, vol. 13, p. 119.

SKRUTKOWSKI Myriam, SAUCIER Andréanne, RITCHIE Judith A., TRAN Ngoc et SMITH Kevin, 2011, « Intervention patterns of pivot nurses in oncology », *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*, 2011, vol. 21, n° 4, p. 218-227.

WAELLI Mathias et MINVIELLE Étienne, 2017, « La coordination : un nouveau métier ? », Paris, Chaire Management des établissements de santé de l'EHESP.

WALSH J., YOUNG J. M., HARRISON J. D., BUTOW P. N., SOLOMON M. J., MASYA L. et WHITE K., 2011, « What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation », *European Journal of Cancer Care*, mars 2011, vol. 20, n° 2, p. 220-227.



6.2 Entretiens realises

Tableau 3. Profils des personnes aidées interviewées et situation en rapport

	Profil	Situation	Aide apportée, évolution
A	Conjoint aidant	Conjointe touchée par un cancer évoluant depuis plusieurs années, perte de mobilité (déambulateur, fauteuil roulant). Charges pour le conjoint : tâches ménagères, transferts (fauteuil, lit). Conjoint diabétique, hospitalisé en urgence après un malaise cardiaque.	Accompagnement et soutien du couple, prescription de matériel, conseils pour des aménagements, orientation vers EHPAD compte tenu d'un maintien à domicile inenvisageable pour les enfants, hébergement temporaire devenu permanent
В	Conjointe aidante	Conjoint touché par une démence et un syndrome parkinsonien, évoluant (perte de mobilité, chutes, confusion). Conjointe diabétique et touchée par une maladie inflammatoire. Réticences à la mise en place d'aides, malgré la charge de toutes les tâches, auparavant partagées.	Accompagnement et soutien (visites à domicile, accueil au sein du pôle, téléphone), mise en place d'aides (soins d'hygiène, SSIAD, propositions de matériel). Hébergement temporaire (intervention chirurgicale de la conjointe), hospitalisation pour bilan et de répit, demande d'accueil de jour.
С	Personne isolée avec handicap	Femme de 85 ans, malvoyante, vivant seule, mais avec une forte volonté de maintien de son autonomie (au domicile, vie sociale). Aide-ménagère de gré à gré.	Accompagnement (visite à domicile), bilan de prévention sur place, mise en place d'aides (rampe, kinésithérapie, ateliers Éqilibr'Âge), soutien à l'achat d'une canne d'aveugle.
D	Nièce aidante	Couple âgé sans enfant, monsieur avec insuffisance cardiaque et perte de mobilité (chute avec hospitalisation) et troubles cognitifs. Nièce venant d'accompagner la fin de vie de ses parents.	Portage des repas et aide-ménagères mis en place en sortie d'hospitalisation. Renforcement : infirmière (aide à la prise des traitements), renforcement des aide-ménagères (toilette, habillage), demande d'APA. Mise en place d'un accueil de jour, puis EHPAD (décès de monsieur après quelques mois).
E	Fils	Couple âgé, madame avec maladie de Parkinson, troubles cognitifs, dépendance au quotidien. Monsieur aidant, risquant de s'épuiser. Refus d'aides récurrents.	Mise en place d'aides progressive (APA, infirmière, accueil de jour, kinésithérapie, orthophonie, aide-ménagère), visite à domicile conjointe avec CDAS, bilan de prévention et suivi psychologique pour monsieur. Hébergement temporaire, préparation d'un dossier d'EHPAD.
F	Petite-fille	Femme de 84 ans, chute 3 ans auparavant, affaiblissement récent, difficultés d'hygiène. Petite-fille infirmière de profession.	Mise en place de soins infirmiers à domicile, ateliers Équilibr'Âge, aides à domicile, portage des repas, APA, proposition de bilan de prévention
G	Fils	Couple âgé, madame touchée par la maladie de Parkinson, monsieur aidant touché par un cancer depuis 3 ans, échappant au traitement.	Mise en place d'aides pour un maintien au domicile (lit médicalisé, aide-ménagère, infirmière) avant hospitalisation / hébergement du couple. Décès rapide de monsieur, madame hébergée en foyer logement.



Tableau 4. Professionnels libéraux interviewés

- Deux orthophonistes installées dans le même cabinet, déjà en exercice avant le lancement du projet
- Une kinésithérapeute installée au sein d'un cabinet de cinq
- Une infirmière ayant débuté son exercice libéral 9 mois auparavant
- Un médecin généraliste installé depuis 10 ans
- Un médecin généraliste adjoint, exerçant depuis quelques mois
- Une infirmière installée en 2015 après un exercice salarié au domicile
- Un pharmacien ayant repris une officine 10 mois auparavant

Tableau 5. Partenaires interviewés

- Un gériatre à l'Hôtel Dieu, CHU de Rennes
- La cadre de santé de l'EHPAD Les Menhirs de Médréac
- L'ergothérapeute responsable de l'Équipe spécialisée Alzheimer (ESA)
- Une conseillère gérontologique du CDAS du Pays de Brocéliande
- La kinésithérapeute en charge de la réalisation des ateliers Équilibr'Âge
- L'infirmière coordinatrice du SSIAD de Saint-Méen-Le-Grand
- La gériatre directrice du centre Bien Vieillir de l'Agirc-Arrco de Rennes, en charge des bilans de prévention
- L'assistante sociale du SSR au sein du CH de Saint-Méen-Le-Grand
- La coordinatrice du CLIC Pays de Brocéliande

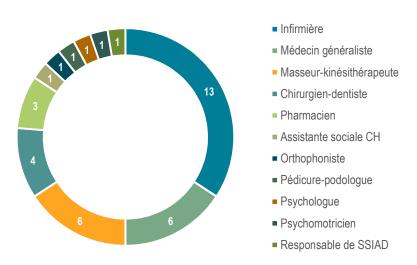


Figure 8. Profession des répondants au questionnaire

