

**EHESP**

---

**Elèves Directeurs d'établissements  
sanitaires, sociaux et médico-sociaux.**

Promotion : **2016 – 2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

---

# **Le parcours de santé PAERPA et sa déclinaison sur le territoire bordelais**

---

**Nicolas BALLARIN**



---

# Remerciements

---

Mes remerciements vont particulièrement à mon tuteur de stage, Mme Ratineau, Directrice de la filière médico-sociale du CHU de Bordeaux qui par son professionnalisme, sa disponibilité, son expertise et son niveau d'exigence m'a permis de tirer le meilleur de mon travail et de développer mes compétences professionnelles.

J'adresse mes remerciements particuliers à Mme Geoffroy, Responsable du déploiement PAERPA pour le compte de l'ARS sans qui je n'aurais su par quel aspect du programme commencer et qui rencontrer pour débiter mes entretiens.

Je remercie l'ensemble des acteurs du PAERPA pour leur accueil tout au long du stage de professionnalisation et notamment ceux qui ont pris le temps de m'accorder un entretien : Directeurs d'EHPAD (EHPAD hors les murs), Directeurs de site (hôpital Saint-André), Chercheurs de l'ISPED, Responsables de projets et de services PAERPA, Professeurs et Médecins référents (télémédecine, équipe mobile...) et coordonnateurs...

Je remercie également mes collègues Mme GOLOKO pour ses conseils qui m'ont permis de débiter ce travail avec quelques éléments de réflexions et MM. GOUABAULT et LAVAUD qui ont bien voulu me remplacer lors de certaines conférences ANAP et Télémédecine.

J'adresse également mes remerciements à Mme BLOCH, enseignante à l'EHESP et chercheur à la DREES, pour ses conseils concernant la recherche bibliographique et l'orientation de la thématique du mémoire. Je profite aussi de ce mémoire pour remercier Mme SOPADZHIYAN qui a par ses conseils avisés contribué à structurer ce mémoire lors des ateliers dédiés.

Enfin, je remercie l'ensemble des professionnels de l'EHESP qui par la qualité de leurs interventions ont contribué à guider et enrichir ma réflexion dans le cadre de la rédaction du mémoire.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Méthodologie retenue .....	4
Le périmètre de l'étude .....	4
La démarche méthodologique du mémoire .....	4
1 Une logique de parcours concernant la prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée.....	7
1.1 L'inscription de la prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée dans une logique de parcours de santé .....	8
1.1.1 Le développement progressif du cadre législatif et la déclinaison opérationnelle de la logique de parcours de santé.....	8
1.1.2 La promotion de la logique de parcours pour un accompagnement global et de qualité des personnes par la coordination des acteurs .....	13
1.1.3 L'émergence du programme PAERPA, parcours de santé des aînés, procède de cette logique de parcours	14
1.2 La prévention de la perte d'autonomie est un enjeu de santé publique qui mobilise de nombreux acteurs	16
1.3 Le PAERPA tend à fluidifier l'accompagnement par une « approche parcours » novatrice de proximité qui bénéficie aux personnes âgées d'un territoire donné .....	17
1.3.1 Un dispositif de proximité .....	18
1.3.2 Un programme qui bénéficie à près de 230 000 personnes âgées .....	18
1.3.3 Agir en amont sur le risque de perte d'autonomie .....	18
1.4 La mise en œuvre du PAERPA à Bordeaux .....	19
1.4.1 Une volonté de promouvoir les parcours de santé et la coordination au travers d'expérimentations locales, l'exemple du TSN.....	21
1.4.2 Un pilotage conjoint de l'ARS et des partenaires du territoire soutenu par une volonté politique nationale	21
1.4.3 Une part des actions financée hors programme PAERPA .....	22
2 Analyse des innovations et du renforcement des dispositifs préexistants au programme PAERPA destinés à promouvoir la logique de parcours de santé sur le territoire Bordelais.....	24
2.1 La Plateforme Autonomie Senior coordonne les actions sociales, sanitaires et médico-sociales du territoire, ce « levier collectif » témoigne d'une réelle culture de coopération les acteurs locaux et ce depuis 2004	24
2.2 Une ambition affichée de promouvoir la logique de parcours certes antérieure au PAERPA mais renforcée par ce dernier .....	27
2.2.1 Les 4 chambres d'hébergement relais d'urgence en EHPAD sont ouvertes depuis juin 2015 mais le PAERPA a permis de financer le recrutement de 4 IDE de nuit.....	28
2.2.2 L'EHPAD hors les murs (EHPAD Villa Pia – Association COS), une réussite soutenue par la mise en œuvre du programme PAERPA.....	29
2.2.3 L'Equipe urgences nuit (Hôpital Bagatelle) une action plébiscitée par les usagers du PAERPA.....	30

2.2.4	Le PAERPA a permis la création d'une Unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle qui réalise des évaluations gériatriques et gérontologiques au domicile de personnes âgées en risque de perte d'autonomie.....	31
2.2.5	La télémédecine en EHPAD, une expérimentation novatrice accompagnée dans le cadre du PAERPA 33	
2.3	L'usage des PPS par les professionnels du territoire dans le cadre du PAERPA permettent d'intégrer l'usager qui devient acteur de son parcours de santé .....	34
2.3.1	Le PAERPA, au regard des caractéristiques du territoire, tend à pallier les besoins de la population bordelaise.....	34
2.3.2	Les démarches impliquant les usagers dans la définition de l'architecture des locaux ou encore l'organisation des parcours patients restent encore aujourd'hui ponctuelles et embryonnaires. ....	36
2.3.3	Le recours à l'outil Plan Personnalisé de Santé semble un levier à promouvoir dans le cadre du PAERPA pour favoriser l'implication des usagers dans leur parcours de santé et évaluer leurs fragilités .....	37
3	Proposition de pistes d'actions à mobiliser par le Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en tant qu'acteur local pour contribuer à des parcours de santé et de vie sans rupture.....	39
3.1	Les limites et perspectives relatives à quelques actions menées dans le cadre du PAERPA sur le territoire bordelais. ....	39
3.1.1	Les limites induites par le programme PAERPA à l'activité de l'Equipe urgences nuit.....	39
3.1.2	Un SI partagé pour une diffusion de l'information parmi des acteurs locaux parfois circonspects quant aux bénéficiaires du programme PAERPA.....	41
3.1.3	Une place en UHR est plus adaptée aux demandes en hébergement d'urgence sur le territoire du PAERPA bordelais.....	43
3.2	Les actions préconisées au niveau de l'établissement.....	44
3.2.1	Développer les PPS collaboratifs au niveau du territoire PAERPA et les PAP au sein de l'établissement comme un outil managérial.....	44
3.2.2	La connaissance mutuelle des acteurs, une condition préalable et la promotion des professionnels de la coordination pour faire le lien avec les partenaires, une nécessité .....	45
3.2.3	Un autre thème central du PAERPA, l'hospitalisation d'un patient en fin de vie a fait l'objet d'une déclinaison d'actions au niveau des EHPAD partenaires.....	46
3.3	Etre acteur du parcours dans le cadre de l'exercice des fonctions d'un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social .....	47
3.3.1	Le rôle du Directeur promoteur du maintien de l'autonomie des résidents .....	47
3.3.2	Le Directeur, dans sa fonction de leadership et d'animateur d'équipe est porteur de l'approche parcours 47	
3.3.3	Les outils du management transversal au service du management de parcours .....	48
	Conclusion .....	51
	Sources et bibliographie .....	I
	Liste des annexes .....	IV

## Liste des sigles utilisés

AMAP	Association pour le maintien d'une agriculture paysanne
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico--sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico--soci
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASEPT	Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et Santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCP	Coordinations cliniques de proximité
CDP	Comité de pilotage
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
CLS	Contrat local de santé
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
COS	Comité des œuvres sociales
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
CTO	Comité technique opérationnel
CUB	Communauté urbaine de Bordeaux
CVS	Conseil de la vie sociale
DAM	Délégués de l'Assurance maladie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DLU	Dossier Liaison Urgence
DOMCARE	Service de soins à domicile
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESSMS	Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social
EUN	L'Equipe Urgences Nuit
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HDJ	Hôpital De Jour
HIA	Hopital inter-armées
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISPED	L'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées (
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OGDPC	Développement professionnel continu
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PAP	projet d'accompagnement personnalisé
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé EHPAD
PAS	Plateforme Autonomie Seniors
PLSS	Projet de loi de finances de la sécurité sociale
PPS	Plans personnalisés de santé
PPS	Projet personnalisé de soins
PTA	Platefrme territoriale d'appui
SAD	Service d'aide à domicile
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAU	Service d'accueil des urgences
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SI	Systèmes d'Information
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TSN	Territoire de Soins Numérique
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
URPS	Union régionale des professionnels de santé





## Introduction

« Il ne faut pas organiser des parcours mais adopter une logique de parcours. »<sup>1</sup>

Depuis 2010, une logique de décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social émerge et s'impose comme un axe majeur de la mise en œuvre des politiques publiques de santé en France. Par exemple, la loi de modernisation de notre système de santé – n° 2016-41 parue le 26 janvier 2016 au Journal officiel de la République française – dispose, dans les 4 premiers chapitres de son titre II, des modalités destinées à « faciliter au quotidien les parcours de santé des français. »<sup>2</sup>

Comme l'indique Marie-Aline Bloch et Léonie Hainaut<sup>3</sup>, « le problème n'est plus seulement de créer du lien entre les différentes structures du système de santé [...] mais de faire surtout en sorte que ces dernières offrent un cheminement adapté aux besoins des personnes. » En effet, dans le secteur sanitaire, social et médico-social, l'élaboration d'un parcours coordonné vise plusieurs objectifs comme combattre les ruptures dans l'accompagnement des résidents ou la prise en soin des patients, renforcer les collaborations pluridisciplinaires et la qualité, la sécurité des soins prodigués aux différents publics dans le respect des règles régissant le service public.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le Plan national de prévention de la perte d'autonomie est décliné dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement présentée en conseil des ministres le 3 juin 2014, cette loi a définitivement été adoptée par le Parlement le 14 décembre 2015. Une des mesures emblématiques de cette loi est la création de la Conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Celle-ci coordonne dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune qui renvoie à différentes notions<sup>4</sup> afférentes à la trajectoire de soins, de santé et de vie<sup>5</sup> de l'utilisateur.

Selon l'Agence Régionale de Santé Ile-De-France, l'organisation des parcours de soins, de santé, de vie se définissent comme étant « la trajectoire globale des patients et

---

<sup>1</sup> Les parcours portent la transformation du système de santé. ADSP. N°88. Septembre 2014, p.16

<sup>2</sup> Les chapitres auxquels il est fait référence sont les suivants : pr voir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé (chapitre 1) / garantir l'accès aux soins (chapitre 2) / mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé (chapitre 3) / renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient Ancrer l'hôpital dans son territoire (chapitre 4).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

<sup>3</sup> BLOCH MA, HENAUT LA. Coordination et parcours. Paris : Dunod 2014, p.95-96

<sup>4</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf) (lexique de 90 pages)

<sup>5</sup> <https://www.ars.sante.fr/index.php/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Elle nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Elle suggère l'idée que la population concernée puisse recevoir les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et au meilleur coût. »<sup>6</sup>

Les derniers travaux sur la coordination et le parcours de soins menés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ou l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) privilégient la construction d'un modèle d'interventions partagées porté par des équipes sanitaire, sociale et médico-sociale de proximité dans la perspective d'une coresponsabilité populationnelle.

Dans le champ de la prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée, le parcours des usagers nécessite une intervention coordonnée et pluri-professionnelle au plus près des lieux de vie. En effet, plusieurs structures, professionnels et institutions sont amenés à intervenir dans l'accompagnement de la personne. Le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », davantage connu sous l'acronyme PAERPA, vise à répondre aux besoins des personnes âgées recensés notamment par les schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie et par les projets régionaux de santé.

Le rôle des structures sociales et médico-sociales est de proposer des accompagnements au quotidien dans le champ de l'hébergement (foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ...). Le Directeur d'EHPAD par exemple est alors porteur d'une approche centrée sur le parcours des résidents dans la mesure où il est chargé de mobiliser son équipe autour du projet médico-soignant d'établissement afin d'accompagner la personne âgée et de garantir des prestations de qualité. L'un de ses objectifs est de construire un cadre de référence unique pour tous les professionnels, traduisant la stratégie et les valeurs de l'établissement dans l'accomplissement de ses missions pour contribuer à des parcours de santé et de vie sans rupture.

Dès lors, il se doit de s'interroger sur les leviers et les freins au déploiement de la logique de parcours à l'échelle du territoire de son EHPAD comme dans le cadre du programme concernant « les personnes âgées en risque de perte d'autonomie » évoqué ci-dessus. Ce questionnement ne peut aboutir sans répondre aux questions préalables suivantes comment est initié le programme PAERPA et par quels acteurs ? De quelle manière celui-ci s'articule-t-il avec les dispositifs territoriaux existants du type « CLIC » ou « MAIA » ?

---

<sup>6</sup> <https://www.ars.sante.fr/index.php/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

Dans qu'elle mesure peut-on apprécier les apports d'un tel programme au niveau local ?  
Quels sont les outils bénéficiant aux établissements du territoire participant à un tel programme ?

Trois hypothèses peuvent être avancées afin de répondre à ces questionnements :

1. L'approche du type « parcours de prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée » s'avère pertinent à l'aune d'enjeux sanitaires, sociaux et médico-sociaux locaux tel que la création d'un continuum destiné à pallier toute rupture de l'accompagnement des usagers.
2. La déclinaison de cette logique de parcours amène les institutions locales à questionner leur organisation en termes de fonctionnement, de positionnement territorial et de compétences pour pouvoir travailler de concert.
3. Le déploiement d'un nouveau parcours d'accompagnement concernant le public âgé au sein d'un territoire de santé structuré passe nécessairement par la coordination des acteurs du territoire et l'inscription dans la durée des partenariats ainsi créés.

A partir de ces postulats, la première partie du mémoire développe l'opportunité d'adopter une logique de parcours concernant la prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée en s'appuyant sur des travaux réalisés de manière concomitante à la rédaction du présent mémoire (I).

La deuxième partie analyse les innovations et le renforcement des dispositifs préexistants au programme PAERPA sur le périmètre urbain de la ville de Bordeaux (II).

La troisième partie propose des pistes d'actions à mobiliser par un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en tant qu'acteur local pour contribuer à des parcours de santé et de vie sans rupture (III).

## **Méthodologie retenue**

### **Le périmètre de l'étude**

Le terrain d'observation choisi pour cet exercice est l'évaluation à 3 ans de 3 actions en lien avec le déploiement du programme PAERPA au sein de la ville de Bordeaux en Gironde (33). Le PAERPA, parcours de santé des aînés, a été initié depuis 2014 sur 9 territoires pilotes dont celui de la commune de Bordeaux. L'expérimentation bordelaise présente la particularité d'être limitée à une aire géographique restreinte aux frontières de la municipalité. L'objet de l'étude sur le terrain a été pour sa part plusieurs fois revu afin d'humblement pouvoir conduire de façon complète une analyse cohérente au regard des contingences de temps et de moyens inhérentes à l'exercice demandé.

**La démarche méthodologique du mémoire** s'appuie sur différents outils : recherches bibliographiques, entretiens semi-directifs auprès des principaux acteurs de ce programme, participation à des conférences, observation de terrain.

La première étape correspond à une recherche simple des sites officiels des institutions œuvrant dans le domaine de la santé au sens large via le moteur de recherche Google ainsi que sa version « scholar » afin de parvenir à la compréhension précise de la teneur du programme « PAERPA, parcours de santé des aînés ».

Puis, une recherche documentaire a été effectuée en mobilisant les sources relatives à la structuration des parcours en France et plus particulièrement ceux relatifs au programme PAERPA : cahier des charges et rapports publics, ouvrages et revues spécialisées, travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico--sociaux (ANESM), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de la Haute Autorité de Santé (HAS), du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie (HCAAM), de l' Inspection générale des Affaires sociales (IGAS)...

La seconde étape est la phase de recueil d'informations par la conduite et l'analyse des entretiens semi-directifs auprès des acteurs pertinents du territoire de recherche. Onze entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure et demie sont réalisés auprès de professionnels cités dans les sources et bibliographie.

Le support utilisé est une grille d'entretien structurée autour d'objectifs spécifiques :

- ⇒ Identifier les caractéristiques du parcours de santé des aînés
- ⇒ Définir les acteurs clés du programme PAERPA et leur interrelation
- ⇒ Appréhender le rôle des institutions et des établissements dans ce parcours
- ⇒ Comprendre les actions développées dans le cadre du PAERPA et évaluer les apports de certaines d'entre elles relativement emblématiques
- ⇒ Identifier les leviers et les freins afin de déterminer les actions à reconduire ou abandonner

Chaque entretien est retranscrit en direct par une prise de note détaillée puis analysée à la lumière des autres entretiens afin de croiser les informations et les perceptions émises par les acteurs interrogés. Il est à noter que l'échantillon des professionnels enquêtés présente des limites. En effet, les professionnels administratifs sont majoritairement représentés. L'absence d'entretiens avec un usager et la médecine de ville est également soulevée. Néanmoins, la participation à des conférences a permis de disposer de témoignages d'usagers ou de leurs représentants.

Enfin, l'analyse des innovations ou du renforcement de dispositifs préexistants à la mise en œuvre du programme PAERPA sur la zone municipale bordelaise permet de proposer des pistes d'actions dans la perspective de l'exercice des fonctions d'un Directeur d'EHPAD, garant de la promotion de parcours sans rupture et acteur d'un territoire de santé. Dans ce dernier point, il semble important d'indiquer la parution d'une évaluation nationale du dispositif PAERPA par la DREES<sup>7</sup> en mai 2017 a complété grandement le projet de mémoire initialement et modestement entrepris.

Les 3 principales phases de rédaction de ce mémoire :

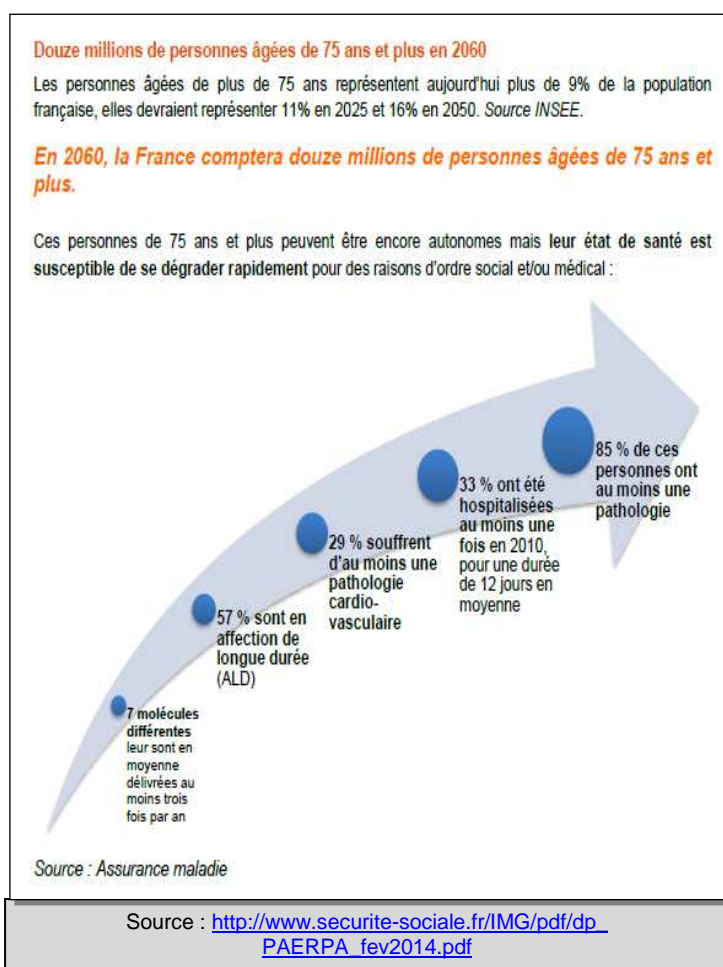
- ⇒ *novembre-décembre 2016* : étude sur le terrain du territoire expérimentateur bordelais. Rédaction d'un projet de mémoire concernant l'évaluation du programme d'abord par le prisme des « passages aux urgences et des ré-hospitalisations évitées ».
- ⇒ *janvier-mai 2017* : rédaction d'un second projet de mémoire se focalisant sur 2 expériences du territoire « équipe de nuit » et « EHPAD hors les murs »<sup>8</sup>
- ⇒ *mai-septembre 2017* : rédaction d'un mémoire de fin d'étude sur la base des documents et informations collectées et actualisées, en étayant l'ensemble d'entretiens réalisés auprès d'acteurs du territoire d'expérimentation.

<sup>7</sup> Rapport final, série études et recherche, n°135, Cette évaluation tout au long des expérimentations poursuit deux objectifs principaux : suivre la mise en œuvre des processus concernant l'adhésion des acteurs, la réalité des services nouveaux déployés, la satisfaction des patients/professionnels et analyser les résultats en termes médico-économiques : l'évolution de la consommation et des types de soins, de l'état de santé et d'autonomie des usagers, des pratiques cliniques...

<sup>8</sup> Cas développé en p. 29 & 31 du présent mémoire.



# 1 Une logique de parcours concernant la prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée.



Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place **un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.**

Le champ de la prévention du risque de perte d'autonomie pour la personne âgée représente un enjeu de santé publique majeur au regard des données épidémiologiques, de l'impact sur la vie de la personne et du coût économique.

Selon le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2012 : « L'attention portée à la qualité d'un « parcours » suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours », c'est-à-dire une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante. »

Cette évolution vers la médecine des parcours de santé implique une adaptation du système de santé. Les parcours sont devenus depuis lors une priorité politique avec le lancement en décembre 2012 du « pacte territoire-santé » par le gouvernement puis la présentation en janvier 2013 de la Stratégie nationale de Santé par le gouvernement.

Ces aînés, âgés de 75 ans et plus, représentent en France environ 10% de la population nationale et 85% d'entre eux ont au moins une pathologie. Afin de prévenir et de limiter

leur perte d'autonomie, il existe un dispositif : l'acronyme PAERPA signifie « Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie ». Il a été introduit officiellement en janvier 2013 dans les suites de la publication du cahier des charges des projets pilotes PAERPA sous l'égide du ministère des Affaires sociales et de la Santé par le « Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » présidé par Dominique Libault.

## **1.1 L'inscription de la prévention du risque de perte d'autonomie chez la personne âgée dans une logique de parcours de santé**

La forte imbrication des problématiques sanitaires, sociales et médico-sociales caractérise cet aspect de l'accompagnement de ce public fragile et nécessite d'inscrire les acteurs du territoire dans une logique de parcours visant des interventions coordonnées et pluri-professionnelles.

### **1.1.1 Le développement progressif du cadre législatif et la déclinaison opérationnelle de la logique de parcours de santé**

#### **A) L'émergence et la structuration légales de la logique de parcours**

En France, la structuration du parcours de soins apparaît avec les ordonnances du 24 avril 1996<sup>9</sup> pour la médecine de ville et le milieu hospitalier. Celles-ci ont initié la constitution de réseaux de santé pour améliorer l'organisation du système de santé et l'orientation du patient, notamment pour les pathologies lourdes ou chroniques.

Par la suite, l'organisation des réseaux de santé par la loi du 4 mars 2002<sup>10</sup> et la mise en place du parcours de soins coordonnés par la loi du 13 août 2004<sup>11</sup>, encouragent les dispositifs de coordination et de coopération pour des parcours de santé plus fluides : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. »<sup>12</sup> Quant au parcours de soins coordonnés, il confie au médecin traitant la mission d'orienter le patient dans le système de santé. L'inscription de l'utilisateur dans ce parcours conditionne la prise en charge des dépenses de santé.

---

<sup>9</sup> Ordonnances n°96-345 du 24 avril 1996 et n° 96-945 du 24 avril 1996.

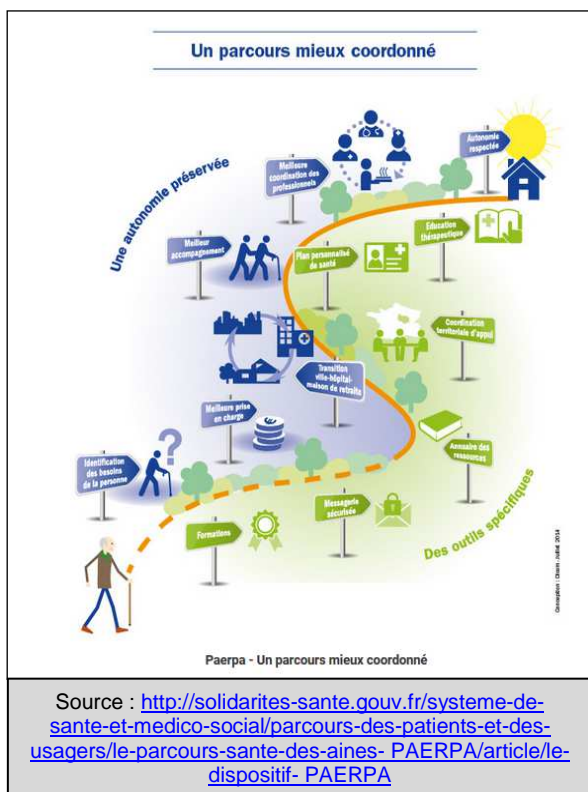
<sup>10</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>11</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>12</sup> Articles L.6321-1 et L.6321-2 du Code de la Santé Publique.



La loi du 21 juillet 2009<sup>13</sup> renforce les liens entre l'hôpital et la médecine de ville. Elle réorganise le système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonnés qui se décline en trois niveaux : les soins de premier recours centrés autour du médecin généraliste, les soins de second niveau d'intervention assurés par les médecins spécialistes et les établissements de santé, et les soins de troisième niveau assurés par les structures hyperspécialisées. Elle favorise également la coordination entre la médecine de ville et les hôpitaux en invitant à l'exercice regroupé des professionnels dans le but de fluidifier les parcours et diminuer le recours aux urgences.



Les projets pilotes<sup>14</sup> du programme PAERPA étaient inscrits dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale de 2013 (PLSS 2013) au travers de son article 48. C'est un projet particulièrement ambitieux par la dimension d'intégration des acteurs et de leurs actions. Ce parcours de santé PAERPA a pour but principal d'introduire une méthodologie de travail dans la prise en charge de la population âgée, au travers non pas de la prise en charge d'une pathologie particulière, mais au travers de la gestion de la survenue d'un risque : la perte d'autonomie (ex : médical, médicosocial, psychique ou environnemental).

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé affiche une volonté forte de valorisation des parcours de santé dont l'échelon pertinent de pilotage demeure la région. Elle consacre ainsi un titre entier pour « faciliter au quotidien les parcours de santé ». L'organisation des parcours de santé, telle que définie dans la loi, fait partie intégrante de la politique de santé.

Elle précise que « ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la

<sup>13</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Titre II « Amélioration de l'accès aux soins de qualité ».

<sup>14</sup> Ces 9 territoires expérimentateurs en France concernent les régions : Île de France (Paris 9, 10 et 19èmes arrondissements), Centre, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays-de-Loire, Aquitaine, Bourgogne, Limousin et la région Nord-Pas-de-Calais. Elles s'inscrivent pleinement dans les suites des objectifs fixés dans la Stratégie nationale de Santé, centrés sur un parcours de santé fluide et coordonné des personnes âgées. Ces projets s'inscrivent dans la concertation des professionnels, la facilitation des collaborations et in fine l'intégration de l'ensemble de ces acteurs du soin ou de la santé à destination de la population âgée.

continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale. »

Par ailleurs, le cadre législatif détermine le rôle de chaque acteur intervenant dans le parcours des usagers et fournit des outils visant au travail collectif et au décloisonnement entre les champs sanitaires et médico-social. Il est à noter le rôle principal des ARS dans le développement des parcours de santé.

Par le biais du projet régional de santé, les ARS participent à l'implantation des parcours de santé. Elles ont un rôle d'impulsion dans la dynamique de décloisonnement pour améliorer la planification et la régulation de l'offre de soins en s'appuyant sur les logiques territoriales. La loi de santé prévoit la constitution et la mise en place par les ARS, de plateformes territoriales d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Elles doivent permettre de solutionner les cas complexes auxquels sont confrontés les acteurs. Cette fonction d'appui est déclenchée par le médecin traitant et mise en œuvre par une équipe de soins primaires pluri-professionnelle. Les enjeux sont de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours. Ces plateformes sont déjà en expérimentation pour les personnes âgées dans le cadre du programme Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

A l'échelle des établissements de santé, la loi de modernisation de notre système de santé rend obligatoire la constitution de groupement hospitalier de territoire (GHT) afin de favoriser la prise en charge par filière de soins et la collaboration entre les établissements publics de santé d'un même territoire. Le GHT marque une rupture avec les dispositifs précédents dans la mesure où ces derniers étaient incitatifs et facultatifs. Désormais, en cas de non adhésion à un GHT depuis le 1er juillet 2016, les établissements perdent leur dotation relative aux Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)<sup>15</sup>.

Avec la loi, entre les GHT et les plateformes territoriales d'appui, s'exprime une volonté politique claire de conduire les acteurs à travailler différemment et de rapprocher les établissements des autres partenaires pour identifier les carences.

#### B) Des approches par type de population et/ou par pathologie sont privilégiées

Les priorités nationales en matière de santé publique font l'objet de plans et travaux qui ont permis une avancée importante du parcours de santé adapté à une pathologie

---

<sup>15</sup> Si les GHT ne disposent pas de personnalité morale, l'objectif est la mise en œuvre d'une véritable stratégie de groupe des établissements publics de santé, basée sur les principes d'une prise en charge commune et graduée, d'accès aux soins de qualité et sécurité, de rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions ou de transferts d'activité sur le territoire d'action du GHT.

(cancer, Alzheimer) ou à une catégorie de population (PAERPA). Ces parcours ont rendu nécessaires la cohérence, la continuité et la concertation entre les professionnels de santé rassemblés autour de l'usager sur un territoire de santé donné.

A titre d'illustration, les plans de santé publique relatifs à la prise en charge du cancer<sup>16</sup> amènent une personnalisation de la prise en charge globale, y compris la réadaptation « après » le cancer, à travers un programme personnalisé de soins. Ils permettent de définir avec le patient, à la suite de réunions de concertations pluridisciplinaires, les orientations et le calendrier thérapeutique. Ainsi, les soins entre l'hôpital et la ville sont mieux coordonnés, le médecin traitant ainsi que les acteurs médico-sociaux sont associés à tous les niveaux.

En complément, il est à signaler l'existence sur le territoire dès 2013 de plusieurs acteurs dont le rôle est la coordination et l'intégration. Ainsi, il existe un Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) de niveau 3 depuis 2004 et une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)<sup>17</sup>, depuis 2012, tous deux portés par le CCAS qui assurent des missions de coordination et d'intégration en lien avec les partenaires du territoire. De même, le rôle joué par un réseau de santé soins palliatifs développé (l'Estey) peut être ici indiqué, ainsi que par des associations soutenues par l'Assurance maladie ou par la Ville de Bordeaux qui assurent des actions de prévention de perte d'autonomie. Enfin, la forte implantation des Union Régionales des Professionnels de Santé (URPS) porteurs de plusieurs projets visant à assurer la continuité des soins ambulatoires.

Concernant le secteur du handicap ou de la personne âgée, des structures de coordination telles que la MAIA et les CLIC sont créées et sont à l'origine de nouveaux métiers de la coordination de parcours tels que les gestionnaires de cas.

En effet, la mise en place des CLIC initiée de façon expérimentale en 2000 est fondée sur une démarche partenariale locale associant les représentants de l'Etat et du département. La démarche est pragmatique : elle s'appuie sur l'existant et vise à soutenir, à pr voir et à développer des coordinations locales en vue du maillage du territoire national d'un millier de ces coordinations à échéance 2005. Le CLIC bénéficie depuis les lois du 20 juillet 2001 instituant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et du 2 janvier 2002 rénovant

---

<sup>16</sup> Plans Cancer 2009-2013 et 2014-2019.

<sup>17</sup> Cadre légal : l'article L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), modifié par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, donne la définition de MAIA et précise le cadre juridique d'échanges d'informations pour les professionnels mettant en œuvre cette méthode / l'article L. 14-10-5 du CASF, modifié par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, fixe les modalités de financement des MAIA (section I du budget de la CNSA) / l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, précise les missions et compétences des ARS qui financent les dispositifs et s'assurent du respect du cahier des charges MAIA. Cadre réglementaire : le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA. Chaque année, une circulaire fixe les conditions du déploiement des nouveaux dispositifs MAIA. L'arrêté du 16 novembre 2012 fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas. Parfois cet acronyme est utilisé pour « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ».

l'action sociale et médico-sociale d'une assise légale. Il résulte d'un premier bilan réalisé en février 2002 que 144 CLIC avaient été labellisés en 2001 dans 67 départements, en plus des 25 CLIC pilotes : près de la moitié de ces CLIC sont de niveau 1, un quart d'entre eux relève du niveau 2 et un autre quart du niveau 3<sup>18</sup>.



Par la suite, l'instauration des MAIA a été l'occasion de réaliser un diagnostic précis de l'offre de soins et du maillage sanitaire, social et médico-social d'un territoire dans une logique de parcours de prévention du risque de perte d'autonomie.

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008.

L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.

Cette approche permet d'apporter une réponse complète, adaptée, décloisonnée et harmonisée pour répondre aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.



<sup>18</sup> La circulaire du 6 juin 2000 distingue et détaille ces trois niveaux. Niveau 3 sur le territoire PAERPA de Bordeaux.

Par ailleurs, de nombreuses expérimentations sont conduites ou en cours de déploiement pour structurer les parcours. Qu'il s'agisse d'expérimentations à l'échelle nationale ou locale, il convient d'assurer une prise en charge globale et de qualité au patient par la coordination des acteurs. Parallèlement à ces expérimentations la HAS et l'ANAP apportent une aide méthodologique en développant des outils ciblés sur une pathologie ou une population. Ces outils sont destinés aux usagers, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux.

La HAS a élaboré, par exemple, un guide pour quatre parcours relatifs aux maladies chroniques : bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie rénale chronique, maladie de Parkinson et insuffisance cardiaque. Chaque guide décrit le parcours type par pathologie chronique. Ainsi, à chaque étape de la maladie, du diagnostic à l'accompagnement de la fin de vie, le document présente le rôle, la place et les modalités de coordination des différents professionnels impliqués dans la prise en charge. En outre, le dernier manuel de certification<sup>19</sup> des établissements de santé consacre la thématique du parcours de santé dans la prise en charge du patient et identifie onze critères d'évaluation dont la continuité et coordination de la prise en charge du patient.

Quant à l'ANAP, elle conduit des projets visant au décloisonnement entre les acteurs, à la continuité des prises en charges pour les personnes fragiles et à la réduction des coûts dus à un défaut de coordination ; c'est le cas de plusieurs préconisations dans le cadre du déploiement du PAERPA depuis 2013 qui seront détaillées plus après dans ce mémoire.

### **1.1.2 La promotion de la logique de parcours pour un accompagnement global et de qualité des personnes par la coordination des acteurs**

En France, la terminologie du parcours vise à encourager un travail collaboratif entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social impliqués dans l'accompagnement des usagers. Ces domaines ayant été construits indépendamment, le constat est que l'enchaînement des différentes étapes du parcours n'est pas toujours fluide. Or il est nécessaire qu'il y ait une cohérence dans le parcours afin d'apporter une amélioration dans le service rendu aux usagers.

« Le parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-

---

<sup>19</sup> Disponible sur le site de la HAS [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1495044/fr/la-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014)

social et du social. Il intègre les déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. »<sup>20</sup>

Selon le niveau d'intervention des acteurs (stratégique, organisationnel et opérationnel), la notion de parcours renvoie à la terminologie des « parcours de soins », « parcours de santé » et « parcours de vie ». Afin de faciliter la compréhension de ces concepts, le Ministère des affaires sociales et de la santé a élaboré un lexique<sup>21</sup> qui rassemble plus de quatre-vingt-dix notions utilisées lorsqu'il s'agit du parcours. Ce guide est destiné à l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du parcours.

Dans le cadre de ce mémoire, les concepts de « parcours de soins », « parcours de santé » et « parcours de vie » reprennent les définitions d'Elisabeth Féry-Lemonier<sup>22</sup> :

- ⇒ « Les parcours de soins sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins longue durée) ;
- ⇒ Les parcours de santé sont la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins articulés avec d'une part les actions de prévention et d'autre part les accompagnements médico-social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, service à domicile) ;
- ⇒ Les parcours de vie sont la réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Ils intègrent donc les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique, l'entourage familial.

Ainsi, cette typologie permet à chacun des acteurs d'agir dans une vision globale du parcours des patients et usagers qu'il prend en charge, et de ne pas ignorer les autres acteurs dans ses propres travaux. »

### **1.1.3 L'émergence du programme PAERPA, parcours de santé des aînés, procède de cette logique de parcours**

Pour répondre au défi du vieillissement et de la perte d'autonomie des personnes âgées, deux rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) de 2010 et 2011 ont préconisé la mise en place de dispositifs pilotes organisant des parcours de

---

<sup>20</sup> Définition de l'ARS Ile-de-France, 2012

<sup>21</sup> Ministère chargé des affaires sociales et de la Santé. Parcours de soins. Parcours de Santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z. Septembre, 2012.

<sup>22</sup> FERY-LEMONNIER ET. Les parcours, une nécessité. ADSP. N°88. Septembre 2014. p14

santé, déployés sur quelques territoires avec la perspective d'extension, voire de généralisation. C'est dans ce cadre que deux démarches successives ont été engagées :

- ⇒ Une expérimentation initiée par l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, mise en œuvre dans 7 régions (11 projets nationaux)<sup>23</sup>.
- ⇒ Une expérimentation dite PAERPA – Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie – déployée à partir de l'article 48 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

Cette expérimentation PAERPA a été initiée et accompagnée dans le cadre d'un comité de pilotage national présidé par M. Dominique Libault. Ce comité national a notamment été chargé de définir les grandes orientations du programme, à partir de quatre ateliers nationaux qui se sont tenus en 2012. C'est sur cette base que l'article 48 a été inséré dans la loi de financement de Sécurité sociale pour 2013 et qu'a été conçu un cahier des charges des projets pilotes PAERPA qui a été proposé aux territoires pour candidater sur les projets pilotes (janvier 2013).

Dans le cadre de la réflexion engagée sur la stratégie nationale de santé, la Ministre des affaires sociales et de la santé a retenu neuf projets pilotes parmi les candidatures présentées par les agences régionales de santé (ARS) en 2013. Ces projets pilotes mettent en œuvre le cahier des charges national de façon adaptée aux spécificités et aux besoins du territoire. L'expérimentation s'est structurée en deux vagues de lancement :

- ⇒ Septembre 2013 : Nord Est Paris (Île-de-France), Grand Nancy (Lorraine), Hautes-Pyrénées (Midi-Pyrénées), Mayenne (Pays de la Loire), Sud Indre-et-Loire (Centre).
- ⇒ Janvier 2014 : Bordeaux (Aquitaine), Sud Corrèze (Limousin), Valenciennois (Nord-Pas-de-Calais), Nord Nièvre (Bourgogne).

L'objectif général de l'expérimentation PAERPA est « sur le plan individuel d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celle de leurs aidants et sur le plan collectif l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de soins. »<sup>24</sup>

Les besoins des personnes âgées en soins et en aides ont servi de fil rouge à l'élaboration du cahier des charges national. Un parcours type a ainsi émergé, proposant des améliorations concernant la prise en charge, l'accompagnement et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

---

<sup>23</sup> Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 – IGAS – janvier 2013 Pour sa part, après trois ans de mise en œuvre des expérimentations dites « article 70 », la HAS constate une montée en charge du repérage des patients âgés fragiles par les équipes, de l'utilisation des outils produits par la HAS tel que le Plan Personnalisé de Santé.

<sup>24</sup> Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes - janvier 2013

L'approche par parcours de santé permet de s'inscrire dans une démarche de prévention des facteurs de risque de perte d'autonomie et de répondre aux besoins des aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées.

## **1.2 La prévention de la perte d'autonomie est un enjeu de santé publique qui mobilise de nombreux acteurs**

À la mesure des attentes et des enjeux du programme PAERPA, qui porte sur un champ d'action large et est à mener dans un temps ramassé, le pilotage de projet requis est d'un type relativement nouveau pour de nombreuses agences régionales de santé (ARS). Certains points se révèlent nécessaires à la conduite de ce projet<sup>25</sup> :

- ⇒ Le Chef de projet légitimé par le Directeur général de l'ARS – ce fut le cas à Bordeaux – possédant une connaissance préalable du territoire et, idéalement, de ce type de programme expérimental. Pour piloter ce type de programme, les ARS doivent elles-mêmes trouver le moyen de se décloisonner en interne et d'équilibrer leurs forces entre le siège et les délégations départementales.
- ⇒ L'équipe-projet suffisamment étoffée en compétences et en soutien administratif au Chef de projet.
- ⇒ Les instances créées pour assurer la gouvernance du programme ont pris des appellations variées pouvant s'appuyer sur des organisations existantes et développer des modalités de gouvernance adaptées au territoire. Selon les cas, la présidence de l'instance stratégique est assurée par l'ARS seule (conformément au cahier des charges) ou partagée avec le Conseil départemental (cf. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA).
- ⇒ La participation réelle des acteurs des soins primaires aux instances de gouvernance varie notamment selon le degré d'implication des Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Le programme PAERPA repose sur la mobilisation des professionnels de santé libéraux (PSL) à double titre : en tant que concepteurs des actions et des outils et en tant qu'usagers de ces mêmes outils et notamment des plans personnalisés de santé (PPS).

Les équipes-projet se sont d'abord tournées vers les URPS et ont tenté ensuite de mobiliser des professionnels du territoire investis à titre personnel, qui ont alors joué un

---

<sup>25</sup> Rapport final, Évaluation qualitative PAERPA, DREES, série études et recherche n° 135, mai 2017.



double rôle de leader expérimentateur et d'ambassadeur local. Les équipes-projet gagnent à faire preuve de pragmatisme en travaillant, au moins dans un premier temps, avec les acteurs les plus motivés et en comptant sur l'effet d'entraînement et la démonstration des apports du programme pour les professionnels et leurs patients.

À côté de ces mobilisations de représentants ou d'ambassadeurs, trois canaux de communication de masse ont été empruntés pour faire connaître le programme PAERPA aux PSL : les réunions d'informations organisées par l'équipe-projet, les formations mises en place par les Organismes gestionnaires de développement professionnel continu (OGDPC) et les visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM).

La communication ne suffit pas pour susciter la mobilisation des PSL. Il faut pouvoir être en mesure de leur offrir un aperçu des bénéfices attendus et un accompagnement à l'utilisation des outils. Dans bien des cas, l'adhésion à la démarche et la réalisation de PPS reposent sur la possibilité concrète qui leur est donnée de faire bénéficier leurs patients d'une nouvelle offre de soins ou de services créée dans le cadre du programme PAERPA.

### 1.3 Le PAERPA tend à fluidifier l'accompagnement par une « approche parcours » novatrice de proximité qui bénéficie aux personnes âgées d'un territoire donné

Organiser une prise en charge fluide et adaptée aux besoins de la personne

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation des personnes âgées ont été identifiés :



Source : assurance maladie, [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp\\_PAERPA\\_fev2014.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_PAERPA_fev2014.pdf)

Les professionnels de santé constatent que l'hospitalisation des personnes âgées, lorsqu'elle est nécessaire pour traiter un problème de soins, aggrave souvent leur perte d'autonomie.

Le projet PAERPA a pour objet d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ; d'éviter le recours à l'hospitalisation ; de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

### **1.3.1 Un dispositif de proximité**

L'objectif est de s'appuyer sur un réseau de professionnels du territoire, au plus près des personnes âgées (médecin traitant, pharmacien, infirmière...) ; tout en coordonnant les prises en charge sanitaires et sociales.

Pour le volet sanitaire, c'est sous la responsabilité du médecin traitant que s'organisera la coordination clinique de proximité, regroupant outre celui-ci, un infirmier diplômé d'Etat (libéral ou coordinateur de SSIAD), un pharmacien d'officine, et le cas échéant tout professionnel de santé intervenant régulièrement auprès de la personne âgée.

Concernant la dimension sociale, les professionnels du secteur social devront également assurer un suivi des personnes âgées (pour une demande d'aide-ménagère, d'allocation personnalisée d'autonomie, d'adaptation de leur logement ...).

### **1.3.2 Un programme qui bénéficie à près de 230 000 personnes âgées**

Près de 230 000 personnes de plus de 75 ans et leurs aidants vont ainsi pouvoir bénéficier des outils et dispositifs élaborés spécifiquement pour ces expérimentations, afin de faciliter la coordination de près de 7 000 professionnels de santé et des nombreux professionnels sociaux des 9 territoires concernés.

Le pilotage au niveau régional est assuré par l'ARS. Il associe tous les acteurs concernés, notamment les Conseils départementaux, les Caisses locales d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et les représentants locaux des professionnels de santé libéraux, dans un Comité stratégique et un Comité opérationnel. Les ARS bénéficient de l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour mener à bien la mise en œuvre opérationnelle des projets.

### **1.3.3 Agir en amont sur le risque de perte d'autonomie**

Dans un rapport de juin 2011, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) analyse qu'une mauvaise prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est le plus souvent le signe d'une défaillance de l'organisation de notre système de santé. L'hyperspécialisation des acteurs de la santé et du social qui interviennent auprès de la personne âgée est un facteur majeur de non qualité et de complexité de la prise en charge. Une attention toute particulière est portée sur celles de plus de 75 ans qui vivent à domicile mais qui peuvent s'avérer fragiles ou celles résidant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les réflexions récentes ont montré que la coordination des professionnels est un facteur clef d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Or, les dispositifs de coordination existants (CLIC, réseaux, filières gériatriques...) ont montré leurs limites, que ce soit en termes de professionnels de santé impliqués, de lien entre les secteurs sanitaire et social et de personnes âgées prises en charge. Afin d'apporter des solutions d'envergure nationale, le dispositif PAERPA s'impose comme une expérimentation visant à faciliter le parcours des personnes âgées, à mettre fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge et à mieux coordonner les différents intervenants : professionnels libéraux autour du médecin traitant, hôpital et établissements médico-sociaux et sociaux, organismes d'assurance maladie, collectivités territoriales et représentants des usagers.

#### **1.4 La mise en œuvre du PAERPA à Bordeaux**

Sur ce territoire, l'offre de service dans le domaine de la santé est conséquente, mais les différents professionnels intervenant auprès des personnes âgées souhaitent une meilleure coordination. Des actions ont d'ores et déjà été engagées par les opérateurs de terrain, avec l'appui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine : un dispositif de coordination à travers le CLIC (centre local d'information et de coordination), une permanence téléphonique de médecins gériatres au CHU, une expérimentation de téléconsultations en dermatologie pour les personnes âgées entre un centre expert situé au CHU et six établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc. Par ailleurs, un Contrat local de santé (CLS) est engagé avec la ville de Bordeaux.

Par cette expérimentation, l'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite développer sur le territoire de Bordeaux des dispositifs de coordination de proximité associant les personnes elles-mêmes, leur entourage et les acteurs du soin, de l'accompagnement médico-social et de la prévention. Le projet est centré sur 4 objectifs principaux :

- ⇒ Prévenir la perte d'autonomie par le développement d'actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la fragilité,
- ⇒ Diminuer des hospitalisations inutiles en urgences des personnes âgées (via la mise en place d'infirmiers de nuit, la création de chambres d'hébergement d'urgence en EHPAD<sup>26</sup>),
- ⇒ Améliorer la gestion des sorties d'hospitalisations et mieux préparer le retour à domicile en améliorant les organisations et les pratiques professionnelles,

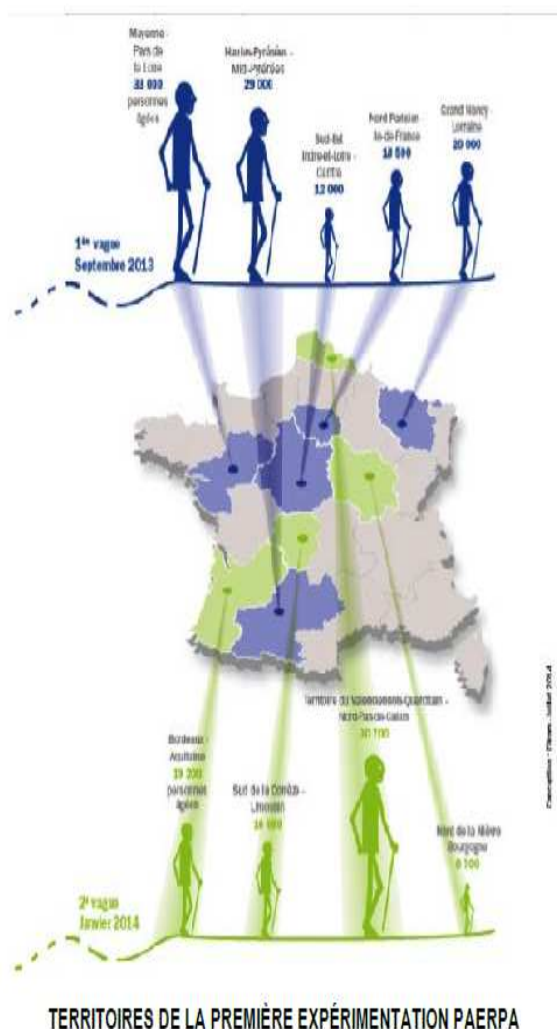
---

<sup>26</sup> Cas développé en p. 29 & 31 du présent mémoire.

développer la réponse d'intervention à domicile à partir des services d'aide à domicile existants (plateformes de prestations coordonnées : soins, services à domicile, offre de répit, aide aux aidants, hébergement d'urgence au sein des EHPAD du territoire ...).

- ⇒ Développer les systèmes d'information partagés simples, interopérables à partir des expérimentations d'ores et déjà engagées (plate-forme d'aide à la communication en santé et messagerie sécurisée).

Plusieurs éléments caractéristiques du programme PAERPA à Bordeaux peuvent être relevés en analysant la feuille de route et les états d'avancement du programme produits par l'ARS<sup>27</sup>.



Source : Présentation réalisée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine le 25 novembre 2016

Les projets pilotes PAERPA mettent en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins et de coordination des acteurs dans le champ sanitaire, social et médico-social. L'ensemble du parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans doit être pris en compte dans le cadre de PAERPA<sup>28</sup>. Il couvre ainsi la totalité des besoins de cette population : prévention, soins, accompagnement, dans les secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux. PAERPA a vocation à assurer une continuité et une coordination entre les différents secteurs.

Les 3 territoires PAERPA en Nouvelle-Aquitaine : le territoire de la ville de Bordeaux, le département de la Corrèze (extension du territoire) et le département des Deux-Sèvres (nouveau territoire) couverts avec un système d'information commun.

<sup>27</sup> « PAERPA. Territoire de Bordeaux. Bilan 2015 et perspectives 2016 », 3 mai 2016, et note d'accompagnement ; Notes d'avancements internes du 7 juin 2015 et 12 nov 2015 ; Note interne « Objectifs 2016 ».

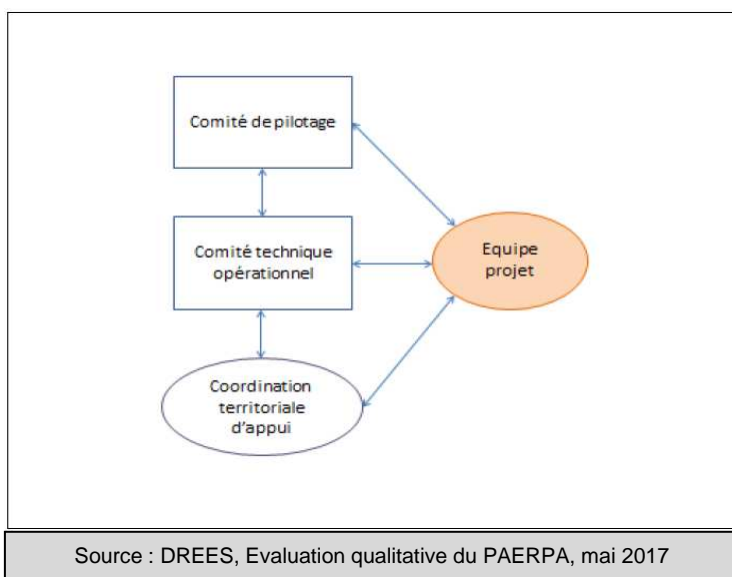
<sup>28</sup> Le Parcours de santé – Art 48 LFSS 2013 - 5 ans (2013 – 2017) prolongé par la LFSS 2017 jusqu'au 31/12/2018

#### 1.4.1 Une volonté de promouvoir les parcours de santé et la coordination au travers d'expérimentations locales, l'exemple du TSN

L'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux (ISPED) qui s'intéresse depuis longtemps à l'épidémiologie de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer (cohortes PAQUID et 3C) et plus récemment au déploiement de la méthode MAIA et de la gestion de cas<sup>29</sup> participe aux évaluations et est associé à de nombreuses instances de pilotages de parcours de santé locaux.

Par ailleurs, la Nouvelle-Aquitaine contribue à l'expérimentation du programme Territoire de Soins Numérique<sup>30</sup> (TSN – principalement sur le territoire des Landes (dept.40)). Sans qu'il y ait de recoupement territorial entre les deux programmes, TSN/ PAERPA, la proximité géographique et thématique amène à une mise en commun des chantiers sur certains thèmes comme les Systèmes d'Information (SI). Ainsi, l'outil PAACO a été développé en commun pour répondre aux besoins des deux programmes, de manière à produire un système d'information utilisable pour tous les parcours de santé via le développement PPS collaboratif<sup>31</sup> en autres.

#### 1.4.2 Un pilotage conjoint de l'ARS et des partenaires du territoire soutenu par une volonté politique nationale



Le ministre délégué aux personnes âgées et à la dépendance de 2012 à 2014 était un élu du territoire de Bordeaux. Son implication dans les projets locaux avant le programme PAERPA, et son appui lors du lancement de ce dernier, montre que le territoire a bénéficié d'un fort soutien politique pour le lancement de ce type de dispositif.

<sup>29</sup> Entretien dans les locaux de l'ISPED, le 12 décembre 2016, équipe de recherche du Pr Dartigues

<sup>30</sup> Le programme TSN est un programme bénéficiant de 80 millions d'€ dans le cadre du programme investissements d'avenir (PIA) sur la période 2014-17. Avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, le programme « Territoire de soins numérique » vise à faire émerger, dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients renforcées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients, source : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

<sup>31</sup> Ce type de PPS fera l'objet d'un développement ultérieur dans ce mémoire p.37

L'ARS<sup>32</sup> et le Conseil départemental ont rapidement trouvé un accord sur leurs attributions respectives, l'ARS en pilote et le Conseil départemental simplement en partenaire important, car ce programme porte certes sur des aspects sociaux, apanage du Conseil départemental, mais surtout sur des aspects sanitaires qui n'en font pas partie.

La gouvernance prévue pour PAERPA en 2014 comprend deux instances « officielles » : un comité de pilotage et un comité technique opérationnel.

- ⇒ Le comité de pilotage (CDP) est présidé par le Directeur des Territoires de l'ARS et a pour mission de « veiller à la bonne exécution et au respect des engagements pris par les acteurs locaux et s'assure de la cohérence des démarches et initiatives locales, au regard des objectifs du projet pilote ». Il assure la gouvernance de la coordination territoriale d'appui. Cette instance est composée des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales, des URPS, de représentants des usagers, de représentants des familles/aidants.
- ⇒ Le comité technique opérationnel (CTO) est piloté par le Directeur de projet. Le document ARS sur la gouvernance indique qu'il comprend les mêmes membres que le comité de pilotage auxquels s'ajoutent « l'ISPED, le représentant de la mutualité française, le CHU, les représentants des fédérations des établissements de santé publics et privés, les établissements et services médico-sociaux publics et privés, les deux établissements d'HAD dont le territoire d'intervention est la ville de Bordeaux, les représentants des SSIAD dont le territoire d'intervention est la ville de Bordeaux, les services d'aides à domicile dont le territoire d'intervention est la ville de Bordeaux, les structures de coordination existantes (MAIA, CLIC, réseau), le SAMU Centre 15, le SDIS 33, l'ASEPT 33 ».

### 1.4.3 Une part des actions financée hors programme PAERPA

La feuille de route Bordeaux rédigée par la responsable du projet de l'ARS présente la spécificité d'inclure plusieurs actions qui ne sont pas financées sur « fonds FIR PAERPA »<sup>33</sup>, mais soit par un partenaire, soit sur fonds propres de l'ARS. Ces actions représentent néanmoins des aspects importants de la feuille de route et sont rapidement évoquées ci-après.

---

<sup>32</sup> Entretien avec la responsable PAERPA ARS Nouvelle-Aquitaine

<sup>33</sup> Le Fond d'Intervention Régional (FIR) servira de nouveau en 2017 à financer les plans d'action des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Lesquels ont été étendus à l'ensemble des ARS sur des territoires pilotes sélectionnés à travers un nouveau cahier des charges (v2) diffusé l'an passé. Source : <http://www.directions.fr/Veille-juridique/dernieres-infos/financement-tarification/2017/5/Les-dotations-et-orientations-pour-2017-sont-fixees-2049846W/>

- ⇒ Un axe développé sur le médicament, porté et financé par l'OMEDIT, l'URPS et le conseil de l'ordre pharmacien relatif à la prescription médicamenteuse. Cet axe est issu de la mobilisation du conseil de l'ordre, de l'URPS pharmacien et de l'OMEDIT et est financé entièrement par ces acteurs qui ont pris en main le projet. Cet axe dédié part du constat par ces partenaires d'une problématique spécifique sur Bordeaux d'un mésusage des médicaments, dû notamment à un accès à une offre de santé multiple et diversifiée : d'une part un accès très facilité à un nombre important d'officines pour les patients, et d'autre part une difficulté pour le médecin traitant à avoir connaissance de l'ensemble des médicaments pris par les patients, du fait de l'exercice isolé et de l'accès aisé aux spécialistes. Cet axe dans le programme résulte donc de la rencontre entre une problématique considérée comme spécifique au territoire, une capacité de mobilisation de certains partenaires du territoire plus spécifiquement concernés et le travail lancé sur PAERPA qui rejoint leur préoccupation.
- ⇒ Des initiatives originales visant à éviter les hospitalisations et déjà initiées avant PAERPA : la feuille de route présente également des actions qui n'ont pas été conçues dans le cadre de PAERPA, mais qui étaient déjà en cours d'élaboration par certains des partenaires engagés dans PAERPA. Ici aussi, ces actions sont intégrées à la feuille de route mais sont financées hors de PAERPA, sur des FIR ARS non reconductibles. Deux de ces projets seront approfondis à titre d'exemples, ils ont fait l'objet d'entretiens spécifiques durant mon stage de professionnalisation sur site, il s'agit de : L'EHPAD hors les murs<sup>34</sup> (porté par l'EHPAD de Villa Pia) et L'équipe d'urgence nuit<sup>35</sup> (sise à HIA Robert Picqué).
- ⇒ Une évaluation intégrée au projet et financée par l'ARS : une autre caractéristique à relever dans cette feuille de route est qu'elle prévoit sa propre évaluation, au niveau local. Celle-ci est réalisée par l'ISPED avec lequel l'ARS développe un partenariat de long terme. D'après la Chef de projet, cet axe est issu d'une pratique évaluative systématique de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, sous l'impulsion de son Directeur général, pour les programmes qui sont mis en place<sup>36</sup>. Lors d'un entretien liminaire à la rédaction de ce mémoire, deux chercheurs de ce centre ont évoqué des préalables nécessaires comme la collecte d'informations antérieures au lancement du programme PAERPA afin de pouvoir mettre en perspective la présente étude, ceci guidera les développements de la partie suivante.

---

<sup>34</sup> Cas développé en p. 29 & 31 du présent mémoire.

<sup>35</sup> Cas développé en p. 29 & 31 du présent mémoire.

<sup>36</sup> Il est à signaler que cet axe a été considéré comme faisant doublon par rapport aux évaluations prévues au niveau national et que son financement a donc refusé par l'équipe de pilotage national. L'axe a été maintenu par l'ARS Aquitaine, mais ici aussi financé en dehors du programme PAERPA, sur fonds ARS. (Cf. évaluation de la DREES citées ci-avant)

## **2 Analyse des innovations et du renforcement des dispositifs préexistants au programme PAERPA destinés à promouvoir la logique de parcours de santé sur le territoire Bordelais**

Si ce terrain d'étude dispose de nombreux atouts en faveur de la déclinaison de la logique de parcours santé, l'analyse des entretiens avec les professionnels soulèvent des défis à relever dans le cadre du PAERPA.

Le pilotage du projet PAERPA est assuré par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, auquel participe le Conseil régional, le Conseil départemental, la ville de Bordeaux (CCAS), les organismes d'assurance maladie, les URPS, les représentants des usagers et des familles/aidants. Ce programme sollicite aussi la participation opérationnelle des Directeurs d'établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux (ESSMS), la mutualité, le SDIS, les services d'urgences et l'ISPED...

La Plateforme Autonomie Senior préexistée avant la déclinaison de ce programme, elle est un outil local de coopération sollicité, car fonctionnel, pour conduire des projets transversaux dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux comme le PAERPA.

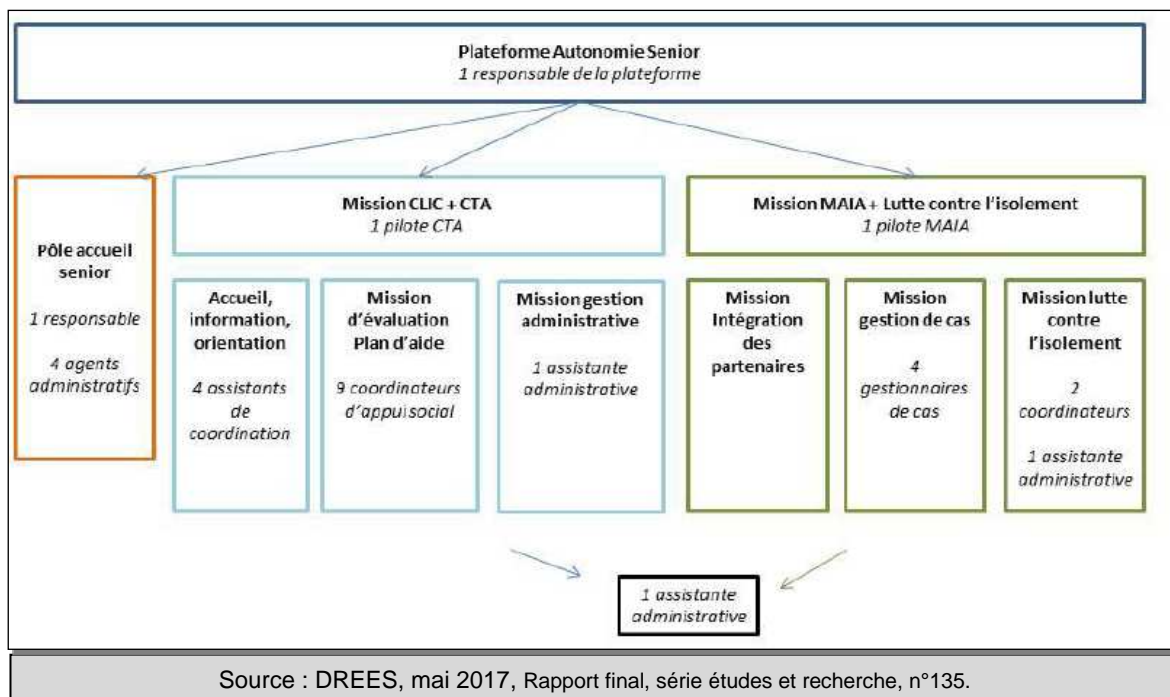
### **2.1 La Plateforme Autonomie Senior coordonne les actions sociales, sanitaires et médico-sociales du territoire, ce « levier collectif » témoigne d'une réelle culture de coopération les acteurs locaux et ce depuis 2004**

La Plateforme Autonomie Seniors (PAS) regroupe la CTA – créée dans le cadre du PAERPA et portée par le CCAS – le CLIC Niveau 3, la MAIA et des services du CCAS comme celui de lutte contre l'isolement. Le pilotage de l'activité de cette plateforme implique une coordination « MAIA / PAERPA ». La PAS se compose de 29 agents mutualisés au sein d'une équipe pluridisciplinaire<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> 2 agent d'accueil, 4 assistantes de coordination, 9 coordinateurs médico-sociaux, 1 psychologue, 2 coordinateurs de lutte contre l'isolement, 4 gestionnaires de cas, 3 agents administratifs, 2 cadres de proximité et 1 responsable.





Elle cristallise autour de son activité depuis 2004 de nombreux partenariats par le biais de convention qui se répartissent entre les entités alentours, par exemples : convention pluriannuelle de 2004 avec le Département de la Gironde, sur les missions d'un CLIC ; convention de 2007, et avenant de 2013 avec la CARSAT, le CCAS est reconnu pour les retraités fragilisés (GIR 5 et 6) comme structure d'évaluation des retraités et d'élaboration du plan d'action personnalisé ; convention pluriannuelle 2012-2015 avec l'ARS Aquitaine et son avenant jusqu'au 31 décembre 2018, le CCAS portant sur l'installation et le financement du dispositif assure l'installation du dispositif d'intégration MAIA ; convention 2015-2017 avec l'ARS Aquitaine et son avenant N°1, le CCAS assure les missions de la CTA ; convention pluriannuelle de 2016 avec le Groupement d'Intérêt Public "Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)", le Département de la Gironde portant sur la mise en œuvre de la mission d'accueil, d'information, d'appui et de conseil de premier niveau des personnes handicapées et de leur famille.

Cette activité partenariale tend à répondre à différentes missions incombant initialement aux dispositifs regroupés au sein de la PAS qui nécessitent un positionnement commun par exemples concernant :

- ⇒ CLIC/CTA : l'accueil, information, orientation, aiguillage vers les droits et services pour le maintien à domicile et l'hébergement en établissement ou l'appui aux professionnels de santé, structures sanitaires voire lors de l'évaluation globale des besoins à domicile et a mise en œuvre et suivi du plan d'aide avec activation des aides sociales ...

- ⇒ CLIC/MAIA : le suivi intensif des situations complexes des personnes atteintes de troubles cognitifs et celui intensif aussi de 30 situations de grande précarité (sortie de prison, sans domicile...) en Résidence Autonomie, l'intégration des services d'aides et de soins ...

Enfin, certaines missions semblent à présent relever davantage, suite à la mise en œuvre du PAERPA, du secteur de la CTA notamment la centralisation des Plans Personnalisé de Santé (PPS), du consentement des usagers et de la charte des professionnels ou pour préparer la sortie des 4 chambres relais d'urgence.

La Plateforme, sise au sein du CCAS de Bordeaux, coordonne actuellement près de 30 actions portées par les partenaires du secteur sanitaire, médico-social et social et coordonnées par la Plateforme autonomie seniors de Bordeaux. Ces actions s'adressent principalement aux usagers de plus de 60 ans – plus étendu que le segment du PAERPA (75 ans et plus) – ainsi qu'à leur entourage et aux 1600 professionnels du sanitaire, du médico-social et du social du secteur gérontologique bordelais.

Concrètement, la PAS réalise principalement 3 activités<sup>38</sup> à destination du public cible du PAERPA : l'accueil physique, l'accueil téléphonique et la maintenance du site internet et de la messagerie sécurisée :

- ⇒ L'accueil physique de la Plateforme Autonomie seniors est effectué sans rendez-vous de 8h30 à 18h à la Cité Municipale, au sein du Pôle Seniors et Handicaps, du lundi au vendredi. Pour cela, 2 agents font partie d'une équipe mutualisée de 6 agents d'accueil<sup>39</sup>. Ils sont formés à l'écoute, l'analyse de la demande, l'orientation et l'information sur l'offre de service personnes âgées. Depuis novembre 2016, la mission d'accueil, d'information, d'appui et de conseil de premier niveau des personnes handicapées et de leur famille est assurée par ce Pôle Seniors et Handicaps. En 2016, 53740 accueils physiques concernant des demandes de la PAS, ils se répartissent de la façon suivante : 65 % des accueils sont les personnes âgées, 35% leurs proches et durent en moyenne 8 minutes.
- ⇒ L'accueil téléphonique de la PAS reprend le même numéro vert unique et gratuit depuis 2015 (celui du CLIC de 2004), il est connu des professionnels, moins des usagers qui privilégient l'appel au standard de la Mairie de Bordeaux qui transfère l'appel vers la Plateforme Autonomie Seniors. Une centrale d'appels acquise par les financements CTA permet de gérer les flux d'appels, de qualifier et de

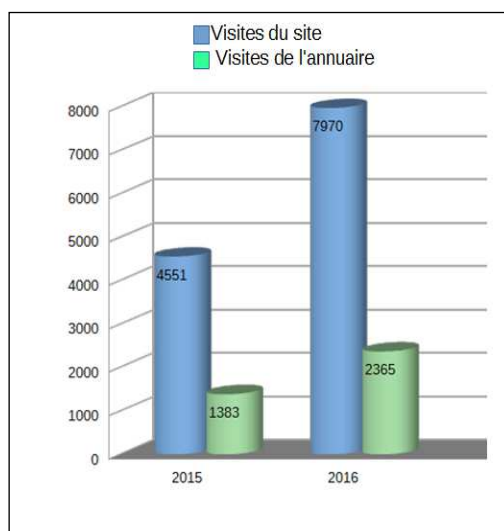
<sup>38</sup> Source : Tableau de bord du bilan PAERPA 2016 – ARS Nouvelle-Aquitaine

<sup>39</sup> Ces 2 agents ont participé aux 3 journées de sensibilisation sur l'analyse de la première demande organisées dans le cadre du guichet intégré de la MAIA sur : Identifier les acteurs existants et leurs missions dans le secteur gérontologique (orienter vers les structures adaptées ; déterminer une alerte santé ; conduire un entretien avec une personne âgée).

<sup>40</sup> Contre 695 en 2015.

quantifier les appels entrants, de prioriser les appels des professionnels, d'enregistrer les messages des professionnels sur la boîte vocale avec une écoute simultanée par 6 agents de la plateforme pour un traitement en priorité. Une équipe de 4 assistants de coordination assurent ces missions. Au total, ce sont 9171 appels en 2016<sup>41</sup>, soit une moyenne de 764 appels par mois, qui sont « décrochés à 88%.<sup>42</sup>» En décembre 2016, le temps moyen d'attente avant qu'un opérateur décroche était de 37 secondes.

⇒ Le site internet de la Plateforme Autonomie Seniors Bordeaux fut mis en place en juin 2015 en lien avec le programme de Télé Santé Aquitaine (TSA). Il permet de renseigner directement les internautes sur les différents dispositifs et thématiques concernant le vieillissement de la population sur Bordeaux<sup>43</sup>. En 2016, 7970 visiteurs (c/ 2000 visiteurs en 2015) se sont rendus sur ce site internet durant un peu plus de 2 minutes et 3 pages en moyenne par consultation.



Source : Source : Tableau de bord du bilan PAERPA 2016 – ARS Nouvelle-Aquitaine

## 2.2 Une ambition affichée de promouvoir la logique de parcours certes antérieure au PAERPA mais renforcée par ce dernier

La détermination du portage de la CTA est aujourd'hui entérinée au bénéfice de l'ARS. En effet, la collaboration entre le Conseil départemental et l'ARS concernant le programme PAERPA s'inscrit dans la continuité de long terme :

⇒ En 2012 l'ARS a repris le découpage territorial qu'avait adopté le Conseil départemental pour le département de la Gironde en 9 territoires de solidarité, ce qui permet aux deux structures de disposer de la même vision du territoire pour organiser leur action.

<sup>41</sup> Contre 6240 appels en 2015

<sup>42</sup> 12% d'appels manqués qui font l'objet d'une procédure de rappel automatique opérationnelle.

<sup>43</sup> Une boîte à outils permet de retrouver tous les documents afférents aux dispositifs de prise en charge des personnes âgées (dossier Bien Vieillir de la Carsat, dossier APA, fiche d'inclusion en gestion de cas MAIA, signalement au Procureur de la république...). Il compte aussi un annuaire ressources divisé en thèmes et répondant à un besoin (exemple : Hébergement en EHPAD). Enfin, la page « Contact » permet de laisser un message, de solliciter une information, ou de faire un signalement d'une situation présentant une fragilité. Tout message est suivi d'une réponse écrite ou d'un appel auprès du dépositaire du message.

- ⇒ Dès le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 instituant les ARS, les deux structures ont développé une pratique d'échange et de collaboration sur l'ensemble de leurs politiques, par exemple, le Conseil départemental est associé sur les appels à projet lancés par l'ARS et sur le choix des lauréats.

Les actions prioritaires programmées au niveau de la CTA en 2016 ont été la mise en œuvre, elles concernaient le repérage de la fragilité, l'élaboration de procédures de mise en œuvre des PPS avec les professionnels de santé et la planification de réunions partenaires avec les Coordinations cliniques de proximité (CCP). Ces objectifs n'ont pu être que par la coopération qui a prévalu entre l'ARS et CD. Au-delà de ces priorités de la CTA, le PAERPA a permis de créer de nouveaux services mais aussi de renforcer certains préexistants comme :

### **2.2.1 Les 4 chambres d'hébergement relais d'urgence en EHPAD sont ouvertes depuis juin 2015 mais le PAERPA a permis de financer le recrutement de 4 IDE de nuit**

Cette action renforcée dans le cadre du PAERPA sur le territoire bordelais assure une permanence de soins infirmiers de nuit sur 23 des 25 EHPAD du territoire. Ces postes sont positionnés sur 4 EHPAD qui participent au développement de la mesure d'hébergement relais en urgence.

Dans le cadre de cette dernière mesure, 4 chambres d'hébergement relais en urgence ont été mises en place sur 4 EHPAD pour accueillir des personnes âgées de 75 ans et plus qui sont passées aux urgences ou en services hospitaliers, et qui ne nécessitent plus un suivi hospitalier mais qui ont néanmoins besoin de soins techniques et d'une surveillance infirmière jour et nuit et/ou lorsque le retour à domicile est différé.

Ces 4 établissements sont en 2016 : l'EHPAD Les Doyennés (16 séjours), l'EHPAD La Clairière de Lussy (11 séjours), l'EHPAD Henri Dunant de la Croix Rouge (18 séjours) et celui du Clos Serena (16 séjours), soit un total de 61 séjours (13 en 2015 sur 6 mois). La durée moyenne est de 13 jours à fin 2016 (durée de séjours limitée à 7 jours renouvelable 1 fois à titre dérogatoire).

- ⇒ La permanence des 4 postes d'infirmiers de nuit au sein des 4 EHPAD, relais qui couvre chacun 3 à 4 autres EHPAD (soit 300 à 450 résidents), permet d'éviter les hospitalisations de résidents. Elle facilite leur retour sur les structures en soirée ou de nuit et la continuité des soins pour les résidents des EHPAD entre le jour et la nuit (actes infirmiers et surveillance spécifique, prescription anticipées...). Cette action renforce la sécurisation des résidents, des familles et des équipes

soignantes... Ces 4 IDE de nuit ont assurés entre mi-2015 et mi-2017 pour 578 interventions enregistrées, 849 actes techniques, 113 appels vers le Centre 15 ou SOS Médecins par les IDE<sup>44</sup>.

### **2.2.2 L'EHPAD hors les murs (EHPAD Villa Pia – Association COS), une réussite soutenue par la mise en œuvre du programme PAERPA**

Cet EHPAD associatif sert de « référence » pour nombre de projets novateurs notamment concernant la chambre « Unité d'Hébergement Renforcée » (UHR) mise à disposition des couples aidant/aidé, vivant à proximité et à domicile, dont un des membres souffre de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Le principe de cette action est de proposer à des couples de personnes âgées qui restent à domicile une possibilité d'écoute, d'accueil, d'assistance et de soutien psychologique, jour et nuit.

L'objectif est d'éviter des hospitalisations ou des départs pour les urgences pour des problèmes qui peuvent être gérés sans ce recours à l'hôpital (de type déambulation, panique, besoin d'accompagnement infirmier etc.).

Pour cela, l'EHPAD mobilise des ressources en personnel (un cadre IDE chargé d'assurer la permanence téléphonique, une IDE de nuit, un psychologue en astreinte), en équipements (une chambre d'hébergement en urgence créée dans le cadre de PAERPA, une plateforme de répit qui existait déjà), ainsi que des moyens techniques (chaque couple est équipé d'une tablette avec une possibilité de « bouton SOS »).

- ⇒ Les objectifs du projet : mieux prévenir et mieux gérer les situations de crise, impliquer la personne et son aidant dans le projet de soins et de vie, éviter les hospitalisations non pertinentes, accueillir en urgence, soutenir l'aidant et favoriser le retour et le maintien à domicile.
- ⇒ Les moyens mis à disposition sont de 3 ordres : une chambre d'accueil d'urgence en unité sécurisée, une Visio-assistance 24h/24h avec les professionnels de l'EHPAD et un dossier médical partagé connecté 24h/24 avec les professionnels intervenant au domicile.

L'analyse qualitative des actions menées conduite par l'ARS **souligne le niveau de satisfaction important tant au niveau des bénéficiaires<sup>45</sup> que des résidents de**

---

<sup>44</sup> Des interventions pour différents motifs avec soins infirmiers variés : chutes, suspicion de fractures, troubles respiratoires, accompagnements en soins palliatifs, douleur, angoisse nocturne, troubles du comportement, hyperthermie, hémorragie, nausées, vomissements...

**L'EHPAD**<sup>46</sup>. D'un point de vue quantitatif, il est à signaler que la file active est d'environ 50 personnes dont 28 foyers connectés (personnes en risque de rupture) pour 176 jours d'hospitalisation<sup>47</sup> et 103 appels aux services d'urgence évités en 2016.

Cette activité se réalise 24h/24 et se ventile de la manière suivante de jour : 93 interventions au domicile, 23 réassurances/gestions de crise téléphonique ou Visio, de nuit : 20 interventions IDE à domicile, 60 réassurances/gestions de crise téléphonique ou Visio-assistance, 960 appels de suivi (soit environ 3 appels quotidiens, 7j/7).

### **2.2.3 L'Equipe urgences nuit (Hôpital Bagatelle) une action plébiscitée par les usagers du PAERPA**

L'Equipe Urgences Nuit (EUN) répond aux besoins des 6 Services d'Accueil des Urgences (SAU) partenaires : HIA Robert Picqué, Hôpital Pellegrin, Hôpital Saint André, Polyclinique de Bordeaux Nord, la Clinique Mutualiste et la Clinique des 4 Pavillons.

Le principe de cette action est de permettre un retour au domicile rapide et accompagné suite à un passage aux urgences de nuit d'une personne âgée. L'action vise à la fois à évaluer la faisabilité d'un retour au domicile à partir des urgences, en concertation avec l'équipe médicale des urgences, à accompagner ce retour durant la nuit, puis à évaluer les besoins à domicile et à raccompagner la personne dès le lendemain matin pour assurer le maintien à domicile et faire le lien avec l'équipe de proximité habituelle.

L'action repose sur une équipe de nuit (infirmier et aide-soignant) qui intervient de 17h à 3h du matin et assure le passage des urgences au domicile, ainsi que sur une équipe de jour (infirmier/aide-soignant/auxiliaire de vie) qui intervient à domicile de 8h à 13h le lendemain et 3-4 jours après.

A la date d'avril 2016, 127 retours à domicile ont été effectués, sachant que dans la moitié des cas, le passage aux urgences est dû à une chute au domicile. Le temps moyen d'intervention de l'équipe est de 4 jours<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> Points positifs pour les bénéficiaires : écoute, disponibilité et confiance, ne plus être seul et avoir un relais en cas de situation d'urgence, accompagnement global du couple aidant/aidé, mise en réseau avec les équipes du domicile (SSIAD, libéral) et L'EHPAD, prioritaire en cas de demande d'hébergement à L'EHPAD.

<sup>46</sup> Points positifs pour les résidents : 93 % d'hospitalisation de nuit en moins, durée d'hospitalisation des résidents réduite de 40 %, qualité de fin de vie et soins palliatifs améliorée (98 % des décès à l'EHPAD), admission non discriminante au niveau des types de pathologies (réalisation d'actes techniques prescrits 24h/24) et confiance des familles et des résidents.

<sup>47</sup> Ils se répartissent de la façon suivante : 8 séjours pour hospitalisation d'aidant, 7 séjours pour surveillance IDE 24H, 3 séjours pour urgence sociale, retour à domicile dans 75 % des cas, accueil temporaire dans 20 % des cas, accueil permanent 5 % des cas, maintien à domicile prolongé de 14 mois (durée d'inclusion au dispositif à partir d'une situation d'urgence).

<sup>48</sup> A noter, un allongement de la durée moyenne de prise en charge (4 jours en 2015 contre 6 jours en 2016) majoritairement dû à la difficulté de trouver des infirmières libérales et des Auxiliaires de Vie Sociales pouvant intervenir rapidement, et à la complexité de certains dossiers.

- ⇒ Les actions menées sont perçues très favorablement par les patients/familles/partenaires libéraux lors des rappels de patients (1 mois après la fin de prise en charge) : 98 % des patients/familles satisfaits avec atteinte des objectifs de prise en charge dans 96 % des cas.
- ⇒ Les nouveaux actes quotés depuis le 01/01/2016 : 136 évaluations sur site, 366 Soins Infirmiers réalisés, 339 actes de la vie quotidienne réalisés et 170 actions mises en place (téléalarme, portage des repas, kinésithérapeute, PPS/signalement CTA, organisation de bilans gériatriques, etc...). Ces chiffres sont globalement stables de 2015 à 2016.

#### **2.2.4 Le PAERPA a permis la création d'une Unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle qui réalise des évaluations gériatriques et gérontologiques au domicile de personnes âgées en risque de perte d'autonomie.**

La création d'une Unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle dans la cité<sup>49</sup> a permis de créer ce lien entre les différents intervenants dont les médecins généralistes, les pharmaciens et les professionnels de proximité tout en favorisant le maintien à domicile de la personne et en évitant les hospitalisations à répétition ainsi que les passages inappropriés au service des urgences.

L'unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle est un des maillons de la coordination territoriale d'appui en collaboration avec les dispositifs CLIC, CCAS ou les MAIA... Elle sera composée d'un gériatre, d'un pharmacien, d'un temps de psychiatre et de professionnels de santé : infirmier, assistant social, ergothérapeute et secrétaire.

La dimension pluri-professionnelle de l'unité d'évaluation gériatrique dans la cité est un point fort en termes de parcours de santé. Elle permet de mener à bien à la fois les démarches de concertations innovantes avec les partenaires extérieurs, les interventions en collaboration avec la psychiatrie pour les sujets âgés posant le problème de troubles psychopathologiques complexes et l'analyse pharmaceutique des prescriptions avec des conciliations médicamenteuses dans les cas complexes en lien avec l'OMEDIT. L'évaluation comporte un volet médical, social, psychologique, environnemental.

Les demandes d'intervention auprès de l'Unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle dans la cité seront principalement effectuées par les soins primaires de proximité dont le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmière de la personne âgée (CCP – PAERPA). La demande d'intervention peut rentrer dans le cadre de l'organisation

<sup>49</sup> Fiche pratique de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, source : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_unite\\_eval\\_geriatrie.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_unite_eval_geriatrie.pdf)

d'un PPS avec les partenaires de santé dont le médecin généraliste est le coordonnateur<sup>50</sup>. Concrètement, les demandes sont faites principalement par le médecin traitant (89 en 2016) et via la Plateforme Autonomie Séniors (55 en 2016) évoquée plus avant et chaque intervention n'est ensuite enclenchée qu'après accord explicite du médecin traitant.

Cette action a pour but d'améliorer à la fois la coordination, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins sanitaires et sociaux pour les personnes âgées ayant une incapacité modérée/grave et ayant besoin d'une combinaison complexe de soins de santé. Elle se décline selon 3 axes majeurs<sup>51</sup> cités ci-après :

- ⇒ Mettre en place des actions en amont de la « crise » sous la forme d'actions de prévention primaires et secondaires afin d'éviter les événements indésirables ou les prescriptions inappropriées (1<sup>er</sup> motif d'admission au SAU) et la survenue de syndromes gériatriques tels que la dénutrition, la confusion, les chutes, la dépression et la perte d'autonomie fonctionnelle.
- ⇒ Promouvoir le suivi du patient âgé dans la filière de soins gériatriques et optimiser l'orientation des patients.
- ⇒ Développer un travail en pluridisciplinarité afin de permettre une concertation sur les situations particulières ou complexes, la mise en place de protocoles de soins et de dispositifs de formation et améliorer la coordination de tous les acteurs médicaux, para médicaux, sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée.

Le développement de l'activité de cette unité - 491 interventions en 2015/2016<sup>52</sup> – a permis d'instaurer et de diffuser un modèle d'évaluation gériatrique standardisée sur le territoire communal avec différents volets : médical, pharmaceutique, gérontologique (par IDE), sociale, psychiatrique et un dernier volet concernant les aspects environnementaux et d'autonomie « en situation dans les activités habituelles de vie quotidienne » par l'ergothérapeute. Au terme de cette évaluation réellement pluri-disciplinaire, une réunion a lieu au moins une fois par semaine afin de définir le projet d'accompagnement du patient.

La pertinence de cette unité s'impose à plusieurs niveaux notamment par la mise en place d'un parcours de santé pour les personnes isolées en rupture de soins, l'orientation du patient dans la filière gériatrique, la diffusion des bonnes pratiques en gériatrie aux

---

<sup>50</sup> Voir p.37 détail du PPS tel que défini par la HAS en Juillet 2013

<sup>51</sup> Fiche pratique de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, source : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA\\_Bordeaux\\_fiche\\_action\\_unite\\_eval\\_geriatrie.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_unite_eval_geriatrie.pdf)

<sup>52</sup> Cf. annexe 3, tableaux de suivi d'activités fournis par le médecin responsable de l'unité lors d'un entretien à l'hôpital St André (bureau du PAERPA). 521 interventions du 01/09/2015 au 31/12/2016 : 190 évaluations gériatriques standardisées, 24 régulations téléphoniques, 52 coordinations ville-hôpital, 111 consultations de suivi, 59 consultations psychiatriques au domicile et 85 visites à domicile par l'ergothérapeute.



soignants, médecins, pharmaciens, partenaires sociaux (formations autour de la iatrogénie, de la confusion, facteurs de risques de chute) et contribution aux travaux de l'OMEDIT pilote des actions « médicaments et dispositifs médicaux » du projet PAERPA.

Cette équipe mobile s'avère un trait d'union entre les partenaires des secteurs géro-psi-chiatriques (CMP, HAD, Hôpital Charles Perrens...) et a promu le partage de l'information, via PAACO, parmi les différents intervenants du territoire.

### **2.2.5 La télémédecine en EHPAD, une expérimentation novatrice accompagnée dans le cadre du PAERPA**

Le CHU et L'EHPAD des Jardins de l'Alouette (Hôpital Xavier Arnoz) sont référents au niveau régional et national pour les expérimentations relatives à la télémédecine en EHPAD. L'EHPAD de Lormont, lieu principal de mon stage de professionnalisation, en est équipé de même que 17 des établissements inclus dans le périmètre du PAERPA et parmi ces derniers 11 ont réalisés des téléconsultations à fin 2016.

Si le déploiement de ce nouveau service a peiné à son lancement force est de reconnaître que l'implication d'autorités médicales et de nombreux agents du CHU motivés a payé. En effet, on peut noter une nette progression des actes de télémédecine (7 en 2015, 79 en 2016 et 35 pour le seul 1er trimestre 2017). Au total en avril 2017, 121 téléconsultations ont été réalisées et ont portées sur les domaines suivants : plaies chroniques complexes, patients en fin de vie (soins palliatifs ou décisions éthiques), patients présentant des troubles psychiatriques ou des troubles psycho-comportementaux liés à la démence<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Journal-du-CHU/PasserelleS-72.pdf/>

## 2.3 L'usage des PPS par les professionnels du territoire dans le cadre du PAERPA permettent d'intégrer l'usager qui devient acteur de son parcours de santé

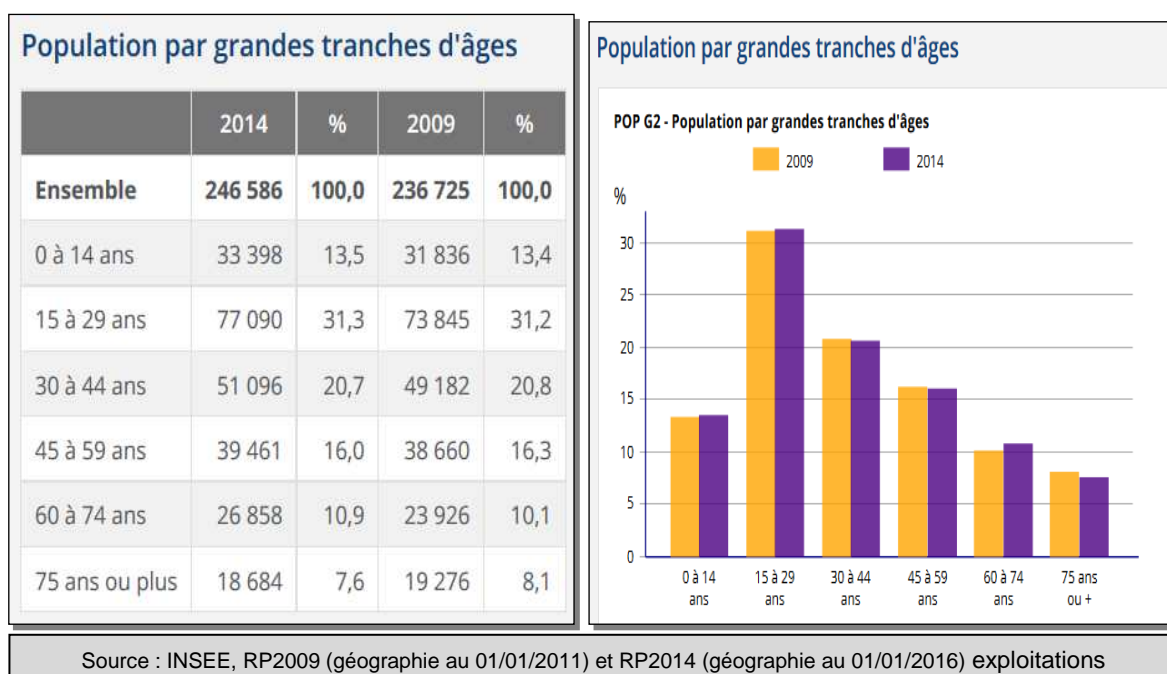
### 2.3.1 Le PAERPA, au regard des caractéristiques du territoire, tend à pallier les besoins de la population bordelaise

#### A) Les caractéristiques sociodémographiques de la population bordelaise

Le territoire retenu est celui de la ville de Bordeaux où vivent 250 000 habitants dont 8% sont des personnes âgées de 75 ans et plus (49% « isolées » et 18% « démentes »).

La population âgée bordelaise demeure importante, environ 7,5% de la population totale, et a 75 printemps et plus. Ce chiffre est inférieur dans des villes de taille proche (ex : Toulouse, -1pt à 6,6%). Néanmoins, cette proportion tend à diminuer car cette population âgée est stable alors que la population totale de la ville est en augmentation.

La croissance démographique que connaît aujourd'hui la Gironde est en lien avec le dynamisme et l'attractivité de la métropole bordelaise. La Communauté urbaine de Bordeaux (CUB) vise ainsi une population d'un million d'habitants à l'horizon 2030 contre 760 933 en 2014<sup>54</sup>.



<sup>54</sup> Source : INSEE statistique, rubrique démographie, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-243300316>

Le diagnostic territorial conduit lors du déploiement de la MAIA permet de mettre en relief plusieurs caractéristiques de cette population, par rapport aux actions que le programme vise à mettre en œuvre. Tout d'abord, si les revenus de la population âgée sont globalement supérieurs à ceux de la population générale de la ville, le chiffre masque des disparités (ex : bénéficiaires de l'APA 18,6% à Bordeaux c/ 11,8% au national). Concrètement, d'après les acteurs du territoire interrogés, cela se traduit par des problématiques de suivi des personnes âgées très contrastées selon les quartiers<sup>55</sup>.

B) Une offre de soins dense qui couvre en grande partie les besoins de cette population mais des professionnels souvent isolés

La multiplicité et la diversité de l'offre composée de nombreux acteurs, de nombreuses structures mais aussi de nombreuses activités de coordination et d'intégration de ces services (CLIC, MAIA, Filière gériatrique, réseau etc.) révèlent des taux supérieurs aux moyennes nationales dans tous les domaines, exceptés pour les infirmiers<sup>56</sup>.

Cette offre intramuros est abondée par une offre conséquente sur l'agglomération à laquelle les bordelais ont fréquemment recours. Parmi ces établissements alentours, les entretiens avec la référente PAERPA de l'ARS puis la Directrice l'EHPAD Villa Pia (association COS<sup>57</sup>) permettent d'identifier cet établissement comme précurseur en termes d'« EHPAD hors les murs<sup>58</sup> » : accueillant l'AMAP Saint Genès<sup>59</sup> et une crèche dans ses locaux, ainsi que de fréquents événements du quartier. Cet EHPAD est un lieu identifié par les acteurs du territoire comme ouvert et porteur d'innovations.

En complément, le territoire comprend 2 SSIAD (proposant 374 places), 84 services de maintien à domicile dont 45 agréés SAD et 15 foyers logement.

L'accès aux pharmacies est très satisfaisant, de même l'accès aux professionnels du secteur 1 est considéré comme excellent pour les médecins généralistes n'exerçant pas en mode particulier, mais ce constat est à nuancer pour les spécialistes.

---

<sup>55</sup> Schématiquement, pour certains quartiers, les problèmes financiers seront peu présents, alors qu'en revanche des problèmes d'isolement pourront exister, alors que pour d'autres quartiers, la question de l'isolement se posera moins, mais des problématiques sociales et financières seront plus prégnantes.

<sup>56</sup> Néanmoins, le diagnostic MAIA démontre que ce léger déficit dans Bordeaux intramuros est compensé par une offre d'infirmiers libéraux dans des villes de la CUB. Une autre caractéristique importante de l'offre de soins de ville, d'après les entretiens conduits par l'équipe d'évaluation du PAERPA de la DREES, est la très forte prégnance de l'exercice isolé sur la ville de Bordeaux.

<sup>57</sup> Le COS est une association née de la Résistance. Elle a été créée en 1944 par l'abbé Alexandre GLASBERG (1902-1981), prêtre catholique d'origine juive qui a consacré sa vie à servir un objectif principal : sauver et reclasser les réprouvés et les sans-patrie. L'association, initialement nommée Service des Etrangers, puis Centre d'orientation sociale des étrangers (COSE) et rebaptisée COS au début des années soixante, a pour première mission de venir en aide aux rescapés des camps nazis. Le COS s'est ainsi développé autour d'une ambition majeure : contribuer à l'autonomie de la personne. « Tout faire pour la personne ; ne rien faire à sa place » disait déjà dans les années 50 Alexandre GLASBERG. Cette formule, visionnaire à l'époque, reste entièrement d'actualité. <http://www.cos-asso.org/lassociation-cos/notre-histoire>

<sup>58</sup> Cette référence est développée ci-après page 31 comme une action PAERPA notable.

<sup>59</sup> Le label « Association de Maintien pour une Agriculture Paysanne » qualifie cette action de l'association "Terre et Sillons".

Le diagnostic territorial relève une offre très complète pour les secteurs médico-social et social. Avec 22 EHPAD, le territoire affiche un taux d'équipement en lits d'hébergement complet de 99 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus<sup>60</sup>.

### **2.3.2 Les démarches impliquant les usagers dans la définition de l'architecture des locaux ou encore l'organisation des parcours patients restent encore aujourd'hui ponctuelles et embryonnaires.**

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé<sup>61</sup> définit « l'organisation des parcours de santé » comme le quatrième des neuf objectifs de notre politique de santé : « Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, **en lien avec les usagers**, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population ».

L'« empowerment » existe, par exemple au niveau national, sous la forme des forums citoyens ou d'associations d'usagers du service de santé qui prennent place au sein des systèmes d'évaluation notamment à l'hôpital, sous la forme de l'éducation thérapeutique ou encore des blogs spécialisés<sup>62</sup>.

Le projet PAERPA est une bonne illustration de cette implication encore embryonnaire dans les établissements sanitaires. Cette implication semble plus développée dans le secteur médico-social. Les EHPAD, qui se définissent comme des lieux de vie davantage que de soins sont relativement familiers et peuvent avancer des expériences réussies de démarches d'adaptation du service rendu, co-construites avec les utilisateurs, par exemple par le truchement des Conseils de la vie sociale (CVS). A ce titre, les différents établissements que j'ai pu observer durant mes stages de professionnalisation peuvent être cités pour les projets « de pré-marquage du linge résident » (EHPAD de Lormont), « sécurisation de l'UHR adaptée aux familles » (EHPAD les Jardins de l'Alouette) ou la « modulation des travaux d'infrastructure pour répondre aux attentes des représentants des usagers en termes d'accessibilités » (EHPAD de Cestas) ...

Cependant le programme PAERPA vise à permettre une implication de l'utilisateur dans la construction de son parcours de santé<sup>63</sup>. Le consentement explicite de la personne à être accompagnée dans ce cadre, via la rédaction d'un plan personnalisé de santé (PPS), est

---

<sup>60</sup> > taux national de 94 ‰.

<sup>61</sup> Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015.

<sup>62</sup> Source : en quoi les usagers et les citoyens peuvent-ils contribuer à la performance du système de santé ? dans les actes de l'université d'été de la performance en santé, ANAP, 2015

<sup>63</sup> Module interprofessionnel de santé publique (MIP), 2015, groupe n°12 : « L'expérimentation PAERPA : accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné santé »

une condition essentielle à la réussite de la démarche. Cet outil dans le cadre du PAERPA vise principalement à réduire les points de rupture que pourraient rencontrer les personnes âgées dans la mise en place et le suivi de leurs soins, en particulier dans leur parcours entre la ville (ou leur lieu de vie) et l'hôpital. Il s'inscrit dans la droite ligne des travaux antérieurs conduits sur le sujet des « parcours » menés avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

### **2.3.3 Le recours à l'outil Plan Personnalisé de Santé semble un levier à promouvoir dans le cadre du PAERPA pour favoriser l'implication des usagers dans leur parcours de santé et évaluer leurs fragilités**

La HAS a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS) évolutif, à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations PAERPA. La première version du modèle de PPS de juillet 2013 a été adaptée suite à la prise en compte du retour d'expérience des utilisateurs : professionnels du domaine sanitaire et du domaine social.

« Le PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes de maladies chroniques, et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluri-professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique.<sup>64</sup> » Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation<sup>65</sup>.

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont caractérisées sur le plan médical par la présence d'un grand nombre de maladies (ou comorbidités) expliquant une partie de la complexité de leur prise en charge. Identifier et suivre la bonne prise en charge médicale des pathologies devrait dans l'absolu poser peu de difficultés techniques. Cependant, elles vont pour certaines d'entre elles également présenter un certain nombre de critères dits de « fragilité »<sup>66</sup> ayant un impactant sur leur autonomie, leur qualité de vie qu'il convient de repérer. En effet, ces facteurs pourraient complexifier la prise en charge globale s'ils n'étaient pas repérés, évalués et pris en compte dans leur projet de soins/santé que l'on pourra traduire dans un plan personnalisé de santé (PPS).

---

<sup>64</sup> Source : Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA), HAS, mars 2014, [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version\\_web\\_juillet2013.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf) & [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)

<sup>65</sup> cf. missions unité d'évaluation gériatrique, p.32 ci-dessus.

<sup>66</sup> L.P. FRIED, L. FERRUCCI, J. DARER, ET AL. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59 (3) (2004), pp. 255-263

Tableau 1. Critères de fragilité recherchés devant conduire à une évaluation pour une éventuelle mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS).

Il s'agit d'identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS en répondant aux questions suivantes

*La personne*

A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?

A-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère (cardiaque, respiratoire, rénale) ou une polymédication (n ≥ 10) ?

A-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?

A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, du comportement (addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/entourage ?

A-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?

A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?

Si vous répondez OUI à au moins une de ces 6 questions : initier un PPS pourrait avoir un intérêt après une évaluation gériatrique

Source :

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483015000070>

Ce repérage et la prise en compte de ces facteurs de fragilité dans le PPS passent notamment par le renforcement des collaborations interprofessionnelles. En effet, on considère classiquement que la fragilité a une composante dynamique et va impliquer pour sa caractérisation une approche et un travail pluridisciplinaire. Cette approche multidimensionnelle sera d'autant plus efficace qu'un grand nombre de professionnels du soin sera sensibilisé et que leur mobilisation sera effective. Elle permettra de démultiplier les occasions de repérer et de favoriser l'évaluation des individus.

Depuis le début des années 2000, la fragilité est reconnue comme un état de vulnérabilité consécutif à une diminution des réserves fonctionnelles des multiples systèmes physiologiques composant l'organisme<sup>67</sup>. Elle entraîne une baisse de la résistance au stress et des capacités de compensation des organismes soumis à ce stress.

Ce syndrome de fragilité, et surtout la perte d'autonomie qu'il peut engendrer, est au cœur du projet PAERPA. En effet, « favoriser et sécuriser le maintien au domicile des sujets âgés en risque de perte d'autonomie » doit conduire à améliorer les prises en charge médicales des comorbidités touchant cette population âgée et l'implication de ceux-ci dans ce processus paraît une voie à soutenir notamment pour éviter toutes ruptures de leur parcours.

<sup>67</sup> J. WALSTON, E.C. HADLEY, L. FERRUCCI, ET AL. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults J Am Geriatr Soc, 54 (6) (2006), pp. 991-1001

### **3 Proposition de pistes d'actions à mobiliser par le Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en tant qu'acteur local pour contribuer à des parcours de santé et de vie sans rupture**

Ce chapitre vise à proposer des pistes d'actions et à tirer des enseignements visant à la promotion de la logique du parcours dans la perspective de l'exercice des fonctions d'un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social exerçant en EHPAD – ma future affectation – à partir des exemples d'actions détaillés en partie 2 qui demeure perfectibles.

#### **3.1 Les limites et perspectives relatives à quelques actions menées dans le cadre du PAERPA sur le territoire bordelais.**

##### **3.1.1 Les limites induites par le programme PAERPA à l'activité de l'Equipe urgences nuit**

La définition de la « fragilité » du public âgé de 75 ans et plus souffre actuellement d'un certain flou lorsque l'on compare, d'une part, celle mise en avant dans le premier cahier des charges du projet national PAERPA et celle réellement retenue dans les projets expérimentaux portés par les 9 territoires<sup>68</sup>. On pourrait penser que, pour être efficace sur le plan de la santé publique, le programme PAERPA devrait toucher très largement les personnes âgées (quel que soit leur lieu de vie ou de résidence) et devrait donc concerner tous les publics âgés dès 65 ans (critère d'âge retenu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour définir la vieillesse).

Les tutelles nationales ont défini que le public concerné par le projet PAERPA serait les personnes âgées de 75 ans et plus. Bien que l'on puisse admettre une certaine logique à ce choix, si l'on considère l'évolution démographique attendue et la grande prévalence de la fragilité dans cette catégorie de la population âgée<sup>69</sup>, cet âge chronologique pour la population cible peut donc être discuté et apparaître sous certains aspects restrictifs.

En effet, l'objectif du projet PAERPA est de diminuer l'importance de l'impact de la fragilité sur la perte d'autonomie et sur la qualité de vie des personnes âgées sur un territoire, il aurait donc pu être justifié de porter l'effort sur la prévention du développement de ce

---

<sup>68</sup> A. TEIXEIRA\_MD, PhD, NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie / Volume 15, Issue 87, Juin 2015, Pages 134-137

<sup>69</sup> INSEE, Projections de population à l'horizon 2050, [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1089)

syndrome de fragilité et donc d'intervenir bien en amont de son apparition en ciblant des populations encore jeunes.

Cette réflexion est attestée par les dires du responsable de l'équipe urgences nuit lors d'un entretien réalisé lors de mon stage de professionnalisation. Malgré une perception positive de leur rôle par les autres professionnels et les bénéficiaires de ce service de retour à domicile qui vise à « éviter une nuit aux urgences ou une nuit de plus », le périmètre du PAERPA a imposé des contraintes nouvelles qui se sont répercutées sur l'activité de l'EUN. Avec moins de 300 interventions en 2016, il semble selon le responsable qu'au regard des équipements et des ressources en personnels affectés à l'EUN, cette dernière pourrait réaliser 50% d'interventions/an de plus (soit près de 450).

L'hôpital inter-armées Robert Picqué (HIA) principal prescripteur avant la mise en œuvre du programme PAERPA ne représente à présent que 18% des appels à l'EUN loin derrière l'Hôpital Pellegrin qui en représente 54%. Bien que le nombre de prescripteurs potentiel ait augmenté de 1 l'HIA Robert Picqué à 6 avec l'Hôpital Pellegrin, l'Hôpital Saint André (13%), la Polyclinique de Bordeaux Nord (9%), la Clinique Mutualiste (6%) et la Clinique des 4 Pavillons (0%) le nombre de sollicitation annuel est en perte de vitesse car les « services des urgences ne jouent pas complètement le jeu ». Au-delà des enjeux de facturation ce serait le manque d'implication des urgentistes ou internistes pour l'après hospitalisation et le retour à domicile qui pourrait être questionné. Ce sont quasi-essentiellement les infirmiers de flux qui contactent l'EUN et non les praticiens hospitaliers.

Avant le PAERPA, il y avait un zonage géographique à l'échelle de la métropole bordelaise et non seulement de la municipalité stricto sensu. De plus la population ciblée concernée les 60 ans et plus (85% avait de toute façon 75 ans et plus), population réduite par les critères PAERPA. Ces informations restrictives ont complexifié le processus pour les médecins qui mette en avant le fait qu'auparavant « c'était un acte facile et réflexe » ce qui n'est plus autant le cas. De même, la multiplicité des prescripteurs a eu un effet négatif quant à la disponibilité de l'EUN concernant les requêtes émanant de l'HIA. Ce dernier a d'ailleurs progressivement recouru à d'autres intervenants aux domaines d'activité proches (SAU voisin ou l'Unité 32 de l'Hôpital Saint-André).

Ce service de qualité demeure une action positive renforcée par le PAERPA mais qui gagnerait à réaliser davantage d'activité ou qui nécessiterait « de réduire la voilure » car « les coûts sont importants au regard des interventions réalisées au cours de l'année ».



### **3.1.2 Un SI partagé pour une diffusion de l'information parmi des acteurs locaux parfois circonspects quant aux bénéfices du programme PAERPA.**

L'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) a lancé lors de l'été 2016 un sondage sur les expérimentations PAERPA<sup>70</sup> auprès des professionnels de santé libéraux afin de connaître leur implication dans le dispositif et recueillir leur avis, 1444 professionnels de santé libéraux ont répondu à ce sondage. 127 de ces professionnels de santé exercent sur un territoire PAERPA mais seuls 72 annoncent avoir participé au dispositif PAERPA et parmi ces derniers, 20 ont abandonné en raison des « lourdeur du dispositif, son inutilité et à ses modalités irréalistes ».

Selon ce sondage, l'organisation proposée par le cahier des charges ne génèrent pas davantage de concertation pluri-professionnelle ni de réels échanges d'informations sur le patient lorsque les professionnels de la CCP exercent seul ou en cabinet mono-professionnel, alors que c'est un des objectifs du PAERPA. Cette difficulté a été pointé plus haut avec la problématique d'isolement des professionnels du territoire qui persiste.

Toujours selon ce sondage, « le modèle PAERPA souffre également de l'absence de logiciel interprofessionnel opérationnel commun et adapté à l'exercice coordonné hors les murs (outil de transmission d'informations et de données entre professionnels de santé) ».

Cependant au-delà de la capacité de mobilisation des professionnels, le repérage de la fragilité dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle efficace soulève le problème du partage de l'information pour, par exemple, minimiser le risque de redondance des actions entre les différents acteurs.

L'objectif d'intégration des acteurs doit s'accompagner du développement de moyens et d'outils favorisant le partage d'information, dans le respect de la vie privée, de la liberté de choix des individus, en ce qui concerne les professionnels qui seront mobilisés et le respect du secret médical. Ces éléments peuvent être des freins à la diffusion la plus large de l'information (en particulier médicale). Cela a été en partie levé par la modification du cadre législatif qui encadre les projets PAERPA au travers de la publication du décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013 « relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médicosociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Ce décret, s'il permet de grandes avancées dans la possibilité de diffuser l'information en ne la limitant pas qu'aux seuls médecins impliqués dans la prise en charge de la personne âgée, n'a pas réglé l'ensemble des difficultés qui auraient pu être rencontrées.

---

<sup>70</sup> L'UNPS a quitté le comité national de pilotage des expérimentations PAERPA en février 2016, considérant que le modèle proposé était inadapté à l'exercice des professionnels de santé libéraux.

En effet, dans ce décret, il est mentionné que l'accord du patient doit être obtenu, tracé et que l'identification des acteurs susceptibles d'être mobilisés, informés et donc impliqués dans la diffusion de l'information doit être clairement tracée mais aucune modalité de durée de désignation n'est précisée.

Dans ce cadre réglementaire, le 12 février 2016<sup>71</sup>, l'ASIP Santé a réuni les éditeurs de logiciel pour leur présenter en détail les enjeux SI des programmes « Territoire de soins numérique » (TSN) et « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), pilotés respectivement par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction de la Sécurité sociale (DSS).

La Nouvelle-Aquitaine contribue à l'expérimentation du le programme Territoire de Soins Numérique (TSN) sans qu'il y ait de recoupement territorial entre les deux programmes, TSN/ PAERPA, la proximité géographique et thématique amène à une mise en commun des chantiers sur certains thèmes comme les Systèmes d'Information (SI). Ainsi, l'outil PAACO a été développé en commun pour répondre aux besoins des deux programmes, de manière à produire un système d'information utilisable pour tous les parcours de santé via le développement de PPS collaboratifs.

L'Unité d'évaluation gériatrique a fortement participé au partage de l'information, via PAACO Globule, parmi les différents intervenants du territoire dont l'EUN se déclare « un utilisateur globalement satisfait ».



Source : <http://www.urpsmedecinslorraine.fr/>

Pour assurer un partage efficace de l'information, il est essentiel de tenir compte de l'hétérogénéité des connaissances des différents professionnels impliqués dans le repérage et plus généralement dans la mise en place du PPS.

Il convient donc de s'assurer que les professionnels partagent une « culture » gériatologique commune ou faciliter ce partage d'une culture commune et donc réfléchir, développer et s'assurer de

l'utilisation d'un langage (un minimum) commun. Il faut favoriser l'émergence d'outils compris, acceptés et utilisés par tous.

<sup>71</sup> <http://esante.gouv.fr/actus/politique-publique/reunion-tsn-et-PAERPA-pour-les-editeurs-de-logiciels-bilan-et-presentations>

Cette définition d'un lexique et d'outils communs est une étape essentielle de la mise en place d'un projet d'intégration comme ce fut le cas lors du déploiement de la méthode MAIA. Les bénéfices à tirer d'une mise en œuvre conjointe de la méthode MAIA et du programme PAERPA sont variables d'un territoire à l'autre, mais négatifs quand les instances de gouvernance sont juxtaposées sans cohérence d'ensemble, ce qui peut créer des effets de compétition entre elles.

### **3.1.3 Une place en UHR est plus adaptée aux demandes en hébergement d'urgence sur le territoire du PAERPA bordelais**

Lors de mon premier entretien avec la responsable du programme PAERPA pour le compte de l'ARS, il m'a été indiqué de m'entretenir avec la Directrice en poste de l'EHPAD Villa Pia cité plus haut ce qui fut rapidement fait.

Les 4 EHPAD relais (Cf. 2.2.1 « Les 4 chambres d'hébergement relais d'urgence en EHPAD sont ouvertes depuis juin 2015 mais le PAERPA a permis de financer le recrutement de 4 IDE de nuit ») présente une activité somme toute modeste au regard des moyens notamment en termes de ressources humaines mais aussi pour l'établissement par l'immobilisation d'une place à l'année pour l'urgence dans le cadre du programme PAERPA.

Un des écueils rencontrés concernant les files actives des 4 EHPADS est la relative inadéquation entre les places proposées et les besoins notamment de sécurisation nécessitée par les demandeurs d'hébergements en urgence. En effet, ce qui selon sa Directrice génère la forte demande sur la place mise à disposition au sein de son établissement est le fait que celle-ci relève d'une unité d'hébergement sécurisée (UHR). En effet, les demandes en urgences concernent dans la majorité des cas des personnes âgées de 75 ans et plus ayant des troubles cognitifs.

S'il semble opportun a priori d'étendre ce modèle à d'autres établissements afin de répondre davantage aux spécificités des demandes formulées, il convient de réaliser une étude médico-économique auparavant. Des coûts indirects sont aussi à prendre en compte comme l'acheminement des urgences de l'Hôpital à l'EHPAD hors les murs... Par ailleurs, si cet établissement « travaille bien avec les services du SAMU et les médecins urgentistes » il n'en demeure pas moins de difficultés pour que les médecins traitants participent à ce dispositif qui par ailleurs paraît « doubler » sur certains aspects avec le dispositif « DOMCARE<sup>72</sup> – UEN » datant de septembre 2015.

---

<sup>72</sup> Thèse, Pamela Aloird. Evaluation du dispositif DOMCARE d'aide au retour à domicile des personnes âgées après consultation aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01343104>

## 3.2 Les actions préconisées au niveau de l'établissement

### 3.2.1 Développer les PPS collaboratifs au niveau du territoire PAERPA et les PAP au sein de l'établissement comme un outil managérial

La mise en œuvre progressive du PPS collaboratif dans le cadre du PAERPA présente dans sa conception pluri-professionnelle et dans sa volonté d'échanges d'information des similitudes avec sa déclinaison en EHPAD le PAP.

Du point de vue de l'établissement, l'accueil des personnes âgées est supposé répondre aux diverses pathologies du sujet âgé, maintenir l'autonomie de la personne et préserver sa vie sociale<sup>73</sup>. Pour répondre aux missions du secteur médico-social tout en préservant les droits et attentes des usagers, le milieu gérontologique et la législation française ont initié une réflexion sur le projet de vie en EHPAD, aujourd'hui plus communément appelé « projet d'accompagnement personnalisé » (PAP).

L'EHPAD ne saurait être qu'un milieu de soins, c'est aussi et avant tout un lieu de vie, mais les autorités tarifaires et la législation tendent à s'en éloigner. Les personnes âgées doivent sentir toute l'attention qui leur est portée. Les projets d'accompagnement personnalisé tendent à remplir cette mission.

Les PAP constituent de véritables outils pour la direction en termes de management et de projet d'équipe. Ils sont également un outil de communication important entre les usagers et l'établissement d'accueil. Surtout, les PAP représentent un outil stratégique pour contribuer à la bientraitance des résidents en EHPAD<sup>74</sup>.

Mais les PAP apparaissent comme des projets de soins et de prise en charge, les désirs et loisirs de la personne âgée semblent un peu relayés au second rang, en fonction du temps disponible et surtout de la volonté de l'établissement de travailler sur cet axe. La mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident en EHPAD permet de proposer un accompagnement le plus adapté possible en fonction des besoins, désirs et demandes de la personne. Il permet de maintenir et restaurer le lien social et de parfaire la démarche de soins.

---

<sup>73</sup>VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J-L., 2008, Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : Enjeux et méthode, Les pratiques gérontologiques, Paris. Erès, 220p.

<sup>74</sup> Diplôme d'Établissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes », Atouts et limites du processus de construction du projet d'accompagnement personnalisé au regard de la bientraitance des résidents en EHPAD, ESTELLE MARIN-LAFLECHE, 2013/2014.

### **3.2.2 La connaissance mutuelle des acteurs, une condition préalable et la promotion des professionnels de la coordination pour faire le lien avec les partenaires, une nécessité**

L'un des leviers de structuration des parcours est la lisibilité de l'offre de soins pour les usagers, les partenaires et les professionnels des établissements. L'objectif est de faciliter le recours aux soins en donnant de la lisibilité et des indications à l'ensemble des acteurs afin de travailler au mieux les interfaces entre les différents intervenants du parcours de santé<sup>75</sup>.

Afin de contribuer à des partenariats efficaces, il convient de favoriser un partenariat « gagnant-gagnant », c'est à dire que chaque partie y trouve un intérêt et de s'assurer de l'engagement partagés des acteurs chargés de sa mise en œuvre en accentuant la communication et en établissant des objectifs mesurables et réalisables dans le temps.

Dans le cadre d'une organisation mobilisant de nombreuses coopérations sur un territoire (PAERPA, MAIA...), la mise en place d'une cellule « coordination/partenariat » peut contribuer à centraliser, suivre et évaluer les partenariats mais également à partager les bonnes pratiques de coopération et coordination.

Selon le périmètre d'intervention des acteurs, il existe différents professionnels coordonnateurs de parcours. Marie-Aline Bloch<sup>76</sup> fait état d'une typologie des professionnels de la coordination dans les organisations ainsi que des compétences et connaissances attendues, entre autres les médecins généralistes, gestionnaires de cas, coordonnateurs spécialisés (infirmier coordonnateur en EHPAD), relais-traducteur (réfèrent Alzheimer ARS), les entrepreneurs de réforme (pilote MAIA) et les champions organisationnels (Directeurs des soins). Le besoin de disposer de professionnels de coordination est une impérieuse nécessité pour participer à la fluidité des parcours et cela génère des coûts non négligeables pour l'établissement.

Au regard des contraintes budgétaires des établissements de santé, il existe différents moyens de doter son organisation. La participation aux expérimentations relatives à la mise en œuvre des parcours par les ARS (PAERPA). Le redéploiement des économies issues de la mutualisation sur les métiers de la coordination ou lors de regroupement par la mise en place de directions communes ou de coopération sanitaire. Ces économies peuvent être réaffectées sur les métiers de la coordination dans une logique de promotion des parcours.

---

<sup>75</sup> Mémoire D3S, Quelle adaptation des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à la logique de parcours ? l'exemple du Groupement Hospitalier de Territoire « Paris Psychiatrie et Neurosciences », Oumou GOLOKO, 215/2016.

<sup>76</sup> BLOCH M-A. Splendeurs et misères de la coordination et des parcours à la française. Mise en perspective et émergence des fonctions de coordination.

### **3.2.3 Un autre thème central du PAERPA, l'hospitalisation d'un patient en fin de vie a fait l'objet d'une déclinaison d'actions au niveau des EHPAD partenaires**

Des médecins, du SAMU Centre 15 ou des urgences de l'Hôpital Saint-André qu'il y a un nombre conséquent de personnes âgées qui décèdent dans le service des urgences quelques heures après leur admission. En effet, 263 patients ont eu en 2012 un dossier de démarche éthique avec décision de limitation thérapeutique aux urgences (la moitié vivaient en EHPAD).

A cette époque l'« URPS des Médecins Libéraux Aquitaine » proposa un groupe de travail autour de ces problématiques qui se réunit à plusieurs reprises pour proposer, début 2014, 3 actions principales pour favoriser la prise en charge en amont au niveau des EHPAD de ces personnes âgées en fin de vie. Le Directeur doit veiller au suivi de ces actions concrètes :

- ⇒ Tout d'abord ils ont rappelé le rôle central du médecin coordonnateur notamment concernant la tenue à jour du « Dossier Liaison Urgence »<sup>77</sup> (DLU) avec une mise à disposition permanente et comptant un volet éthique. Son rôle s'étend à vérifier que la personne de confiance<sup>78</sup> soit préalablement désignée et que des directives anticipées aient bien été données par le patient ou sa famille.
- ⇒ Dans la continuité et par le programme PAERPA, le Directeur pourrait essayer notamment avec ses collègues de recruter ou de mutualiser une IDE de nuit car certains actes infirmiers ne peuvent être délégués aux aides-soignants. L'inscription ou la création de lien avec le dispositif des EHPAD relais ou EHPAD hors les murs semble une opportunité permise via le projet PAERPA bordelais.
- ⇒ Les médecins experts élaboreront des fiches conseil (type protocoles « dyspnées » ou « douleurs ») pour le traitement des symptômes aigus qui seront jointes aux prescriptions anticipées du dossier médical en fonction de l'évolution de santé du résident. Ces fiches seront diffusées auprès de l'URPS-ML Aquitaine et auprès des régulateurs du centre 15. Elles devront être également disponibles au sein des EHPAD. Le Directeur sera amené à faciliter l'intervention des unités mobiles de soins palliatifs dans son établissement en lien avec le médecin traitant notamment car certains médicaments (type stupéfiants comme l'Hypnovel) sont réservés à une détention et un usage exclusivement hospitalier.

---

<sup>77</sup> Fiche HAS/ANSEM, [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu), 2015

<sup>78</sup> Fiche HAS, [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_personne\\_confiance\\_v9.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf), 2016

### **3.3 Etre acteur du parcours dans le cadre de l'exercice des fonctions d'un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social**

#### **3.3.1 Le rôle du Directeur promoteur du maintien de l'autonomie des résidents**

« Bien qu'il soit admis largement que les établissements doivent être des lieux de vie, les logiques du soin l'emportent le plus souvent. Ces logiques se fondent sur des impératifs d'hygiène et de propreté, de sécurité, mettant en avant la survie d'un corps qui doit être nourri, protégé de dangers réels ou supposés. Les droits des personnes âgées sont ainsi délaissés au profit de leur sécurité. »<sup>79</sup>

Le « maintien de l'autonomie » est une expression omniprésente en EHPAD. Dans cette expression, l'autonomie a une signification bien spécifique : elle désigne en fait l'indépendance fonctionnelle. Le respect de l'autonomie en tant que principe éthique est éludé. Cette réduction de sens n'est pas sans effet dans les pratiques de soin. Il peut alors en découler une spoliation de l'autonomie des résidents et une forme de harcèlement thérapeutique et une culpabilisation de nos aînés de devenir handicapés. Le Directeur d'établissement médico-social a un rôle à jouer dans la prévention du risque de perte d'autonomie lorsque les pratiques curatives ne savent pas s'effacer au profit de pratiques palliatives.

De plus, la double fonction de l'EHPAD comme lieu de vie et lieu de soin induit la superposition dans un même espace de deux autonomies : celles des résidents dans leur domicile et celle des soignants sur le lieu de travail. La présence de ces deux autonomies dans un espace commun paraît rendre ces conflits inéluctables. C'est alors que le Directeur d'établissement doit pouvoir participer aux échanges et décisions, pour cela son positionnement d'arbitre est essentiel.

#### **3.3.2 Le Directeur, dans sa fonction de leadership et d'animateur d'équipe est porteur de l'approche parcours**

Le Directeur d'ESSMS occupe une place et un rôle important en qualité de garant de la mise en œuvre du parcours de l'utilisateur par sa promotion auprès des équipes et des partenaires.

---

<sup>79</sup> AMYOT JJ, MOLLIER A, 2013, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, 2ème édition, Editions DUNOD, 256p

Le manuel de positionnement<sup>80</sup> des Directeurs d'ESSMS précise que les missions du Directeur concourent à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires au sein d'un territoire d'intervention. De plus, le Directeur par ses fonctions, doit « favoriser l'intégration de l'établissement dans un tissu social, médico-social et sanitaire permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ou accompagnées et de leurs familles. » La notion de coordination est donc une partie intégrante de ses attributions dans la mesure où il coordonne avec les partenaires du territoire, les actions communes visant à assurer la continuité de l'accompagnement des individus.

Dans ce cadre, la promotion de la logique de parcours au sein d'un ESSMS ne peut être effective sans un engagement fort du Directeur au niveau de l'établissement comme c'est le cas au niveau territorial avec le fort investissement du Directeur général de l'ARS concernant le PAERPA par exemple. A cet effet, il est chargé de mobiliser son équipe autour du projet de soins et d'accompagnement de l'utilisateur. Il doit également s'inscrire dans une approche transversale avec les autres partenaires du territoire pour mettre en œuvre des réponses adaptées et participer à la qualité du parcours de la personne en fonction de sa situation. Pour atteindre cet objectif et se positionner durablement dans cette logique, il convient de favoriser les outils du management transversal.

### **3.3.3 Les outils du management transversal au service du management de parcours**

La promotion de l'approche processus est un levier pour anticiper les risques de rupture dans les parcours de l'utilisateur. L'approche processus<sup>81</sup> vise à « la prévention des risques potentiels par la mise en œuvre de dispositions systématiques et formelles réajustées suite à l'analyse des événements rencontrés au quotidien ». Ainsi, pour le Directeur, il s'agit d'identifier pour chaque processus préalablement décrit les points de rupture dans le parcours de l'utilisateur, et mettre en œuvre les actions correctives. Cela passe notamment par une sensibilisation des professionnels au parcours de santé et de vie des usagers, ce qui signifie « expliquer à chaque agent le parcours de vie pour que chacun puisse prendre conscience de son rôle dans ce parcours »<sup>82</sup>. C'est aussi communiquer sur les impacts des ruptures dues à un défaut d'organisation (satisfaction de l'utilisateur et conséquences économiques).

---

<sup>80</sup> EHESP. Formation des Directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. Positionnement à l'entrée en formation. Promotion 2016-2017. p.3

<sup>81</sup> EMMANUEL T. L'approche processus. Support de cours. Janvier 2015

<sup>82</sup> ANAP, Les Actes des universités d'été de la performance en santé, « En quoi les usagers et les citoyens peuvent-ils contribuer à la performance du système de santé ? », 2015.



Par ailleurs, le Directeur peut adopter un management spécifique auprès des agents. En référence au modèle du leadership situationnel développé par Hersey et Blanchard<sup>83</sup>, il existe quatre modes de management qui peuvent être appliqués auprès des équipes : le management directif, délégatif, persuasif, et participatif. Les styles participatif et persuasif sont à privilégier selon moi dans une perspective de responsabilisation des collaborateurs dans le parcours de l'usager. En effet, dans la posture du manager participatif, le manager et les agents sont des partenaires dans le cadre d'une relation contractuelle par opposition au modèle hiérarchique. Les équipes s'engagent. Etre participatif, c'est créer le débat et prendre des décisions en groupe. Ce positionnement est d'autant plus important qu'il permet de s'appuyer sur les expertises de chaque agent (soignants, médecins, assistants sociaux). Enfin, le style persuasif communique et cherche à convaincre. Il explique les raisons de ces choix et fait de la pédagogie. Ainsi, la dimension relationnelle est fortement investie. Néanmoins, ce type de management demande un investissement important car il faut disposer de temps suffisant.

S'inscrire dans un management transversal avec ses partenaires extérieurs de Chef d'établissements sanitaire, social ou médico-social, il est impératif de s'impliquer dans les projets extérieurs pilotés par les opérateurs publics (PAERPA, tables tactiques MAIA, groupes projet ANAP...) pour bénéficier des apports des dispositifs de coordination et participer avec les acteurs du territoire au déploiement de logique de parcours. Ces dispositifs ont la spécificité de positionner les différents professionnels dans une dynamique de management transversal. Le management transversal se distingue du management hiérarchique car il n'y a pas de lien hiérarchique entre le pilote du projet et les membres de l'équipe, ni entre les professionnels impliqués dans projet.

Lors de ces réunions, le Chef d'établissement accepte de collaborer pleinement avec le Chef de projet (pilote PAERPA ou MAIA) et s'engage sur les attendus en s'appuyant sur sa légitimité et son rôle. C'est par cette participation et son implication, qu'il peut exercer un management d'influence auprès des autres acteurs pour orienter la prise de décision.

---

<sup>83</sup> HERSEY P. et BLANCHARD K. Cités par Didier GOUSTIAUX. Quel manager êtes-vous ? Atelier communication managériale. Recherche et prise de poste DESSMS. Août 2016



## Conclusion

« Le projet PAERPA est inédit par son ampleur et par son ambition » indique en janvier 2017, le Directeur du projet national PAERPA<sup>84</sup>. L'objectif de ce travail est d'apporter un éclairage sur la déclinaison opérationnelle de la logique de parcours dans la perspective de l'exercice des fonctions du Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

L'enjeu est de contribuer, chacun à son niveau (stratégique, organisationnel et opérationnel) à des prestations de qualité qui répondent aux besoins des usagers. Le Directeur d'ESSMS occupe une place et un rôle important en qualité de garant de la mise en œuvre du parcours de l'utilisateur. A ce titre, le manuel de positionnement du Directeur d'ESSMS précise qu'il doit favoriser l'intégration de l'établissement dans un tissu social, médico-social et sanitaire permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ou accompagnées et de leurs familles.

Pour ce faire, l'analyse du cadre posé par le parcours santé PAERPA ainsi que quelques déclinaisons opérationnelles d'actions sur le territoire bordelais permettent d'identifier les outils à la faveur des parcours coordonnés et sans rupture. L'expérimentation PAERPA est un programme dont le champ d'action est large, c'est d'ailleurs un des enjeux d'arriver à reconfigurer les acteurs autour du parcours de la personne âgée fragilisée. Le travail de diagnostic réalisé dans le cadre de la méthode MAIA, récemment complété par l'évaluation de la DREES, montre l'importance d'une gouvernance adaptée et d'un pilotage de projet suffisamment doté et installé. En effet, la multiplicité des acteurs, un atout en soi, peut vite se transformer en piège si la coordination des intervenants conduit à une segmentation de leurs interventions<sup>85</sup>.

Le programme PAERPA devrait se prolonger jusqu'à fin 2018 dans le cadre du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017<sup>86</sup>. La continuité du programme telle qu'indiquée le second cahier des charges paru en 2016 devrait le dispositif sur le 1er recours, le suivi et la gestion des transitions entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. L'extension du parcours de santé PAERPA concerne 7 territoires nouveaux portant à 16 le nombre de territoire couverts<sup>87</sup>.

---

<sup>84</sup> Article en ligne à un entretien avec Alexandre FARNAULT concernant le cahier des charges PAERPA 2016, <http://www.anap.fr/participez-a-notre-action/toute-lactu/detail/actualites/le-projet-PAERPA-est-inedit-par-son-ampleur-et-par-son-ambition-alexandre-farnault/>, janvier 2017.

<sup>85</sup> Patrick MARX, article dans la revue Regards EN3S, N°44 de novembre 2013, « Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?

<sup>86</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé CIRCULAIRE N° SG/PÔLE-ARS/2017/146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017

<sup>87</sup> Cf. cartes en annexe n°1 ci-après.



---

# Sources et bibliographie

---

## - Textes législatifs et réglementaires

- ⇒ Cahiers des charge PAERPA n°1 et n°2, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- ⇒ « Instructions et circulaires récentes | Legifrance ». <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=42254>.
- ⇒ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (s. d.). Consulté le 17 septembre 2017.
- ⇒ LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2004-810 § (2004).
- ⇒ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 § (2009).
- ⇒ LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, 2011-1906 § (2011).
- ⇒ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 § (2016).
- ⇒ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 § (2016).
- ⇒ « Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins | Legifrance ». <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620824>.
- ⇒ « Plfss\_2013\_annexe10.pdf ». [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss\\_2013\\_annexe10.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss_2013_annexe10.pdf).

## - Ouvrages

- ⇒ « Antonin GAUNAND » Les styles de leadership selon Hersey et Blanchard ». <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-styles-de-leadership-selon-hersey-et-blanchard/>.
- ⇒ « BLOCH M-A, HENAUULT L. Coordination et parcours. Paris: Dunod 2014, p.95-96 - Recherche Google ». [https://www.google.fr/search?q=BLOCH+M%C2%ADA%2C+HENAUULT+L.+Coordination+et+parcours.+Paris+%3A+Dunod+2014%2C+p.95-96&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe\\_rd=cr&dcr=0&ei=Qbe-WaXiPNCD0qT-JCACw](https://www.google.fr/search?q=BLOCH+M%C2%ADA%2C+HENAUULT+L.+Coordination+et+parcours.+Paris+%3A+Dunod+2014%2C+p.95-96&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=Qbe-WaXiPNCD0qT-JCACw).
- ⇒ Fried, Linda P., Luigi Ferrucci, Jonathan Darer, Jeff D. Williamson, et Gerard Anderson. « Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care ». *The Journals of Gerontology: Series A* 59, no 3 (1 mars 2004): M255-63. doi:10.1093/gerona/59.3.M255.
- ⇒ « Le projet de vie personnalisé des personnes âgées ». <https://www.editions-eres.com/ouvrage/2195/le-projet-de-vie-personnalise-des-personnes-agees>.
- ⇒ « Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults - Walston - 2006 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library ». <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x/full>.
- ⇒ « TEIXEIRA A., Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 15, no 87 (juin 2015): 134-37. doi:10.1016/j.npg.2014.12.009.

## - Articles (de périodiques) et conclusions de réunions

- ⇒ ARS Nouvelle Aquitaine – Comité Technique Opérationnel Parcours de santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie – Relevé de conclusions de la réunion du 12 octobre 2016
- ⇒ « Marx.pdf ». <http://www.en3s.fr/articles-regards/44/Marx.pdf>.
- ⇒ Mettre en œuvre le projet de vie, 2017. <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/mettre-en-oeuvre-projet-vie-dans-etablissements-pour-personnes-agees-0>.
- ⇒ « Notre histoire | Association COS ». <http://www.cos-asso.org/lassociation-cos/notre-histoire>.
- ⇒ Passerelle n°72, CHU Bordeaux, <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Journal-du-CHU/PasserelleS-72.pdf/>

## - Rapports

- ⇒ « PRS\_Bilan\_PRS\_ARS\_aquitaine.pdf ». [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS\\_Bilan\\_PRS\\_ARS\\_aquitaine.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_Bilan_PRS_ARS_aquitaine.pdf).
- ⇒ « Rapport final, DREES, mai 2017, , série études et recherche, n°135.dt135.pdf ». <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>.
- ⇒ « Rapport\_art70\_2014\_05\_22\_collegefinal\_sdc.pdf ». [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/rapport\\_art70\\_2014\\_05\\_22\\_collegefinal\\_sdc.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/rapport_art70_2014_05_22_collegefinal_sdc.pdf).
- ⇒ « Rapport\_comite\_national\_pilotage\_-\_projets\_pilotes.pdf ». [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_comite\\_national\\_pilotage\\_-\\_projets\\_pilotes.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf).
- ⇒ « Rapport\_parlement\_2013\_parlement\_financement\_etablissements\_sante.pdf ». [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_parlement\\_2013\\_parlement\\_financement\\_etablissements\\_sante.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_2013_parlement_financement_etablissements_sante.pdf).
- ⇒ « Rapport\_regional\_performance\_MS\_V4.pdf ». [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Rapport\\_regional\\_performance\\_MS\\_V4.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Rapport_regional_performance_MS_V4.pdf).

## - Thèses et mémoires

- ⇒ « Groupe 12.pdf ». <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe%2012.pdf>.
- ⇒ « Marinlafleche.pdf ». <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ehpad/marinlafleche.pdf>.
- ⇒ Mémoire D3S, Quelle adaptation des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à la logique de parcours ? l'exemple du Groupement Hospitalier de Territoire « Paris Psychiatrie et Neurosciences », Oumou GOLOKO, 215/2016
- ⇒ Thèse, Pamela Aloird. Evaluation du dispositif DOMCARE d'aide au retour à domicile des personnes âgées après consultation aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01343104>

## - Sites Internet

- ⇒ « 2016-01-11\_lexique\_vf.pdf ». [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf).
- ⇒ « ADSP n° 88 - Parcours de santé : enjeux et perspectives ». <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=145>.
- ⇒ « ANAP -Détail de la vidéo ». <http://www.anap.fr/les-projets/videos/detail-de-la-video/video/universite-detete-de-la-performance-en-sante-2015-a-tours-le-ministere-de-la-sante-nous-en-parle/>.
- ⇒ « ANAP -«Le projet PAERPA est inédit par son ampleur et par son ambition», Alexandre Farnault ». <http://www.anap.fr/participez-a-notre-action/toute-lactu/detail/actualites/le-projet-PAERPA-est-inedit-par-son-ampleur-et-par-son-ambition-alexandre-farnault/>.
- ⇒ « ANAP\_Actes\_UDT\_2015.pdf ». [http://www.leciss.org/sites/default/files/ANAP\\_Actes\\_UDT\\_2015.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/ANAP_Actes_UDT_2015.pdf).
- ⇒ « ASIP Santé apporte sa contribution au programme PAERPA | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé ». <http://esante.gouv.fr/actus/politique-publique/l-asip-sante-apporte-sa-contribution-au-programme-paerpa>.
- ⇒ « Biostatistique | Bordeaux population Health ». <http://www.bordeaux-population-health.center/les-equipes/biostatistique/>.
- ⇒ « Bulletin Officiel n°2000-25 ». <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>.
- ⇒ Code de la santé publique - Article L6321-1, L6321-1 Code de la santé publique § (s. d.). Consulté le 17 septembre 2017.
- ⇒ Code de la santé publique - Article L6321-2, L6321-2 Code de la santé publique § (s. d.). Consulté le 17 septembre 2017.
- ⇒ « Comparateur de territoires Intercommunalité-Métropole de Bordeaux Métropole (243300316) | Insee ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-243300316>.
- ⇒ « La\_personne\_confiance\_v9.pdf ». [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_personne\\_confiance\\_v9.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf).
- ⇒ DGOS. « Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 15 avril 2016. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>.
- ⇒ « Fonds d'intervention régional: Les dotations et orientations pour 2017 sont fixées - Veille juridique - Directions.fr ». <http://www.directions.fr/Veille-juridique/dernieres-infos/financement-tarifcation/2017/5/Les-dotations-et-orientations-pour-2017-sont-fixees-2049846W/>.
- ⇒ « Haute Autorité de Santé - Dossier de liaison d'urgence (DLU) ». [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu).

- ⇒ « Haute Autorité de Santé - Expérimentation article 70 ». [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1747548/fr/experimentation-article-70](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747548/fr/experimentation-article-70).
- ⇒ « Haute Autorité de Santé - V2014 ». [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1495044/fr/v2014](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/v2014).
- ⇒ « L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie | National ». <https://www.ars.sante.fr/index.php/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>.
- ⇒ « Métropole bordelaise : enjeux et perspectives d'un recentrage de la croissance démographique - Le Quatre pages Insee Aquitaine ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291669>.
- ⇒ « PAERPA: Parcours de santé des aînés - Ville de Bordeaux | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ». <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville-de-bordeaux>.
- ⇒ « Plan Cancer 2014-2019 - Ref: PLANKPNRT14 | Institut National Du Cancer ». <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>.
- ⇒ « Plateforme Autonomie Seniors Bordeaux | MAIA Bordeaux ». <http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr/>.
- ⇒ « Pps-version\_web\_juillet2013.pdf ». [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version\\_web\\_juillet2013.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf).
- ⇒ « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>.
- ⇒ « Sondage UNPS: Le modèle PAERPA ne fait pas ses preuves auprès des professionnels de santé libéraux - Année 2017 ». <https://www.unps-sante.org/communiqués/annee-2017/sondage-unps-le-modele-paerpa-ne-fait-pas-ses-preuves-aupres-des-professionnels-de-sante-liberaux/>.

#### **- Liste des entretiens menés**

- ⇒ Entretiens avec la Chef de projet ARS
- ⇒ Entretien avec la Responsable de la plateforme Autonomie Senior
- ⇒ Entretien avec 2 chercheurs de l'INSEP/INSERM
- ⇒ Entretien avec la Directrice de l'EHPAD Villa Pia
- ⇒ Entretien avec le Dr Responsable de l'équipe mobile
- ⇒ Entretiens avec les Responsables des EUN
- ⇒ Entretien avec les Directeurs du CH Saint-André
- ⇒ Entretien avec le DT ARS Nouvelle-Aquitaine
- ⇒ Entretien avec la Directrice de la filière médico-sociale du CHU

#### **- Sources des graphiques et tableaux**

- ⇒ GRAPHIQUE 1 p.7, [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp\\_PAERPA\\_fev2014.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_PAERPA_fev2014.pdf)
- ⇒ GRAPHIQUE 2 p.9, <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-PAERPA/article/le-dispositif-PAERPA>
- ⇒ GRAPHIQUE 3 p.12, Source : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
- ⇒ GRAPHIQUE 4 p.17, assurance maladie, [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp\\_PAERPA\\_fev2014.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_PAERPA_fev2014.pdf)
- ⇒ GRAPHIQUE 5 p.20, Présentation réalisée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine le 25 novembre 2016
- ⇒ GRAPHIQUE 6 p.21, DREES, Evaluation qualitative du PAERPA, mai 2017
- ⇒ GRAPHIQUE 7 p.25, DREES, mai 2017, Rapport final, série études et recherche, n°135.
- ⇒ GRAPHIQUE 8 p.27, Tableau de bord du bilan PAERPA 2016 – ARS Nouvelle-Aquitaine
- ⇒ GRAPHIQUE 9 p.34, INSEE, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016)
- ⇒ GRAPHIQUE 10 p.38, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483015000070#tbl0005>
- ⇒ GRAPHIQUE 11 p.42, <http://www.urpsmedecinslorraine.fr/PAERPA.html>

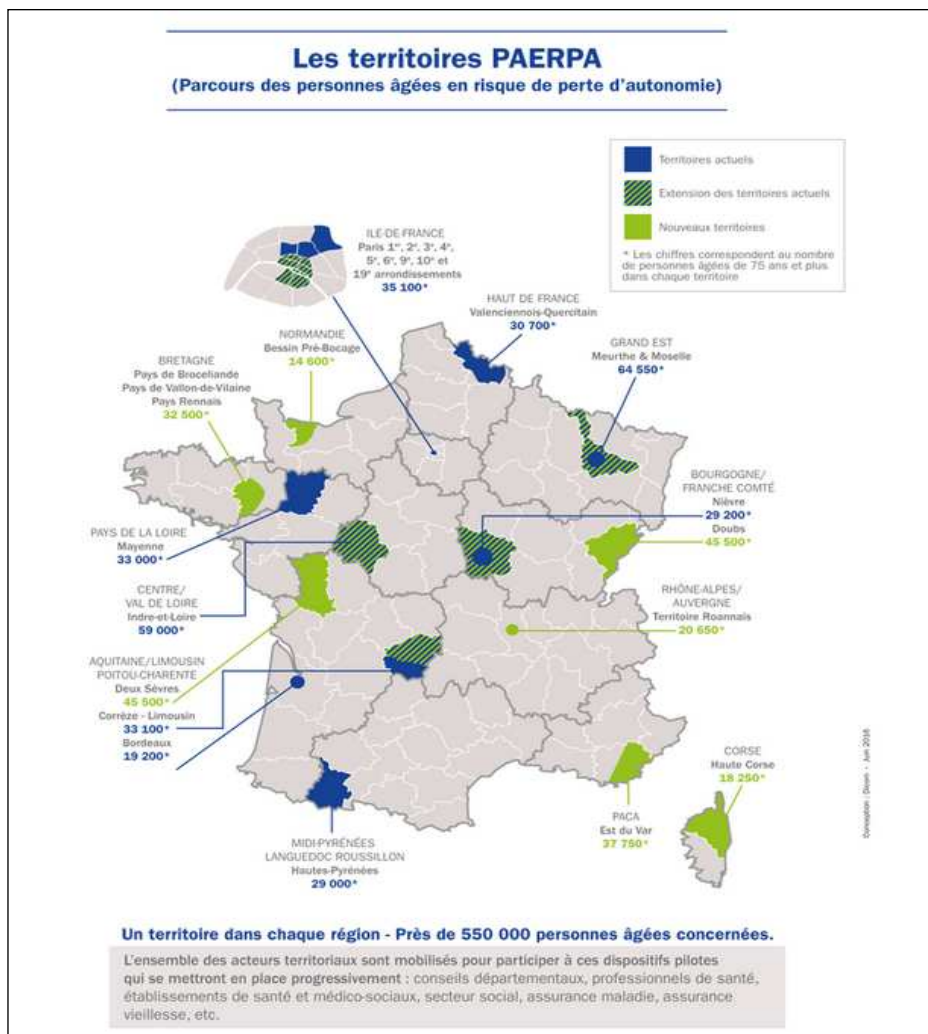
---

## Liste des annexes

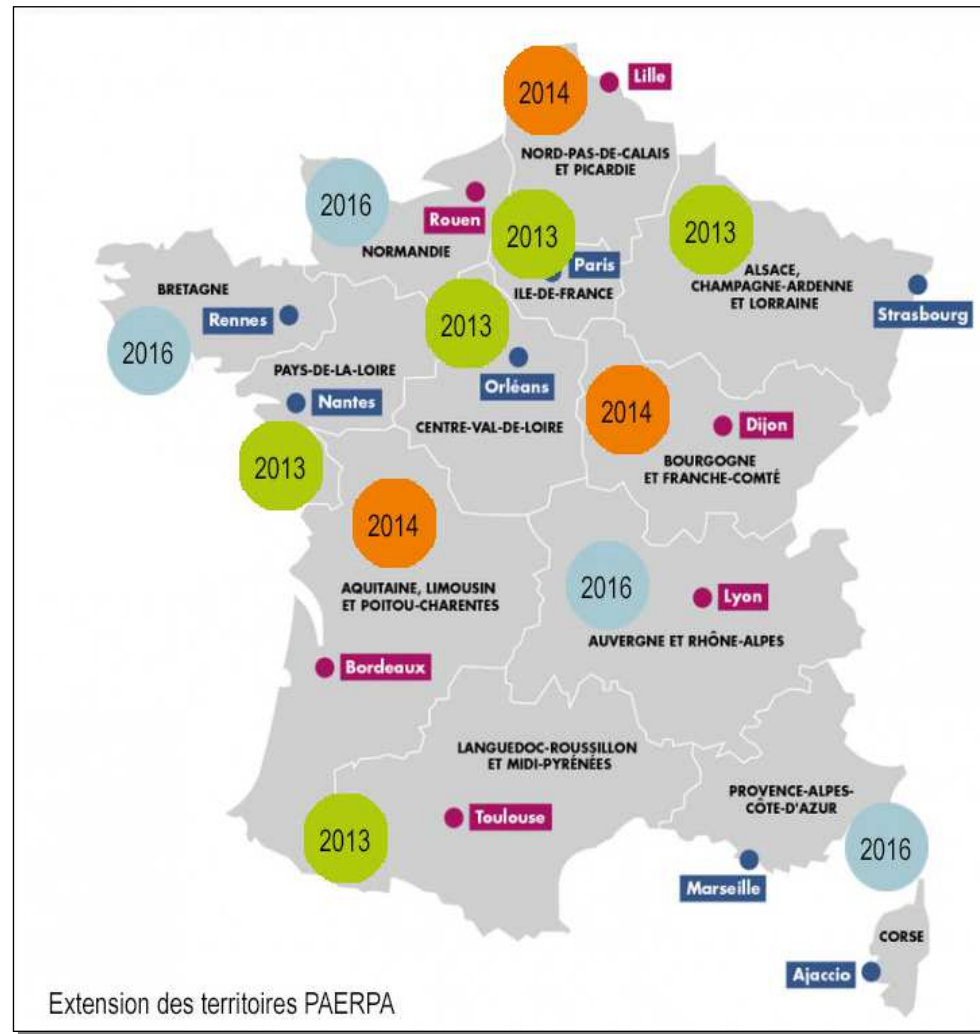
---

- ⇒ ANNEXE 1 : Cartes des 9 territoires d'expérimentations PAERPA et les extensions du programme prévue en 2016
- ⇒ ANNEXE 2 : Santé publique France - Région Nouvelle-Aquitaine - Point épidémio / hebdo n°03-2017 du 18/01/2017
- ⇒ ANNEXE 3 : Médecin responsable de l'unité gériatrique de ville – Hôpital Saint André Bordeaux
- ⇒ ANNEXE 4 : Cahier des charges PAERPA de janvier 2013 (1ère génération) et la page de garde de celui datant de 28 janvier 2016 (2de génération)
- ⇒ ANNEXE 5 : 20162610 CTO Relevé conclusion (exemple)





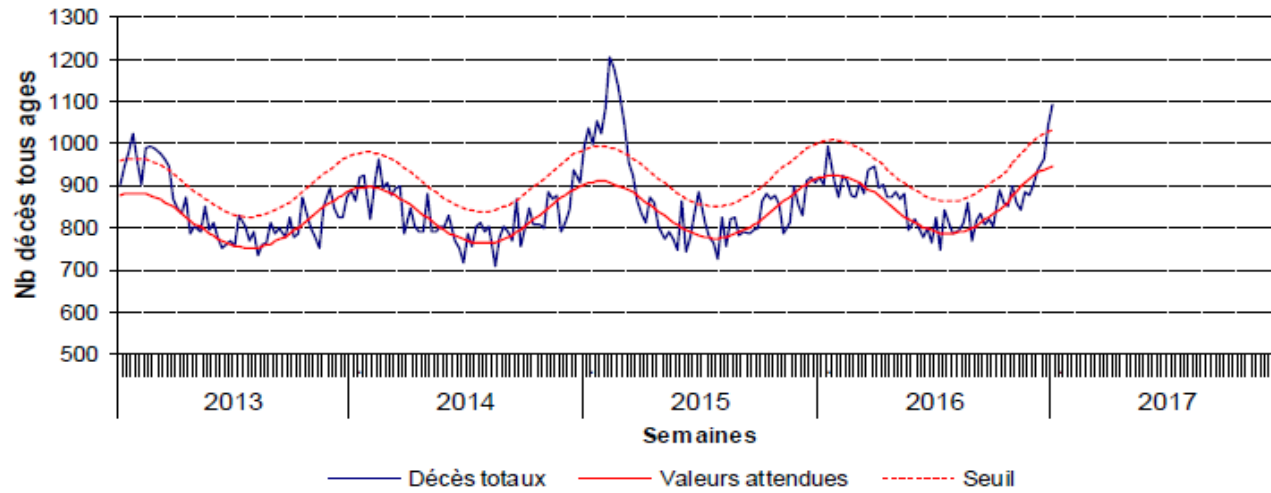
Source : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-PAERPA/article/le-dispositif-PAERPA>



Source : <http://www.grieps.fr/actualites-le-PAERPA-au-grieps-209>



**Figure 1 : Nombre hebdomadaire de décès toutes causes enregistrés dans les communes sentinelles, région NA, tous âges**



**Figure 2 : Nombre hebdomadaire de décès toutes causes enregistrés dans les communes sentinelles, région NA, 75 ans et plus**

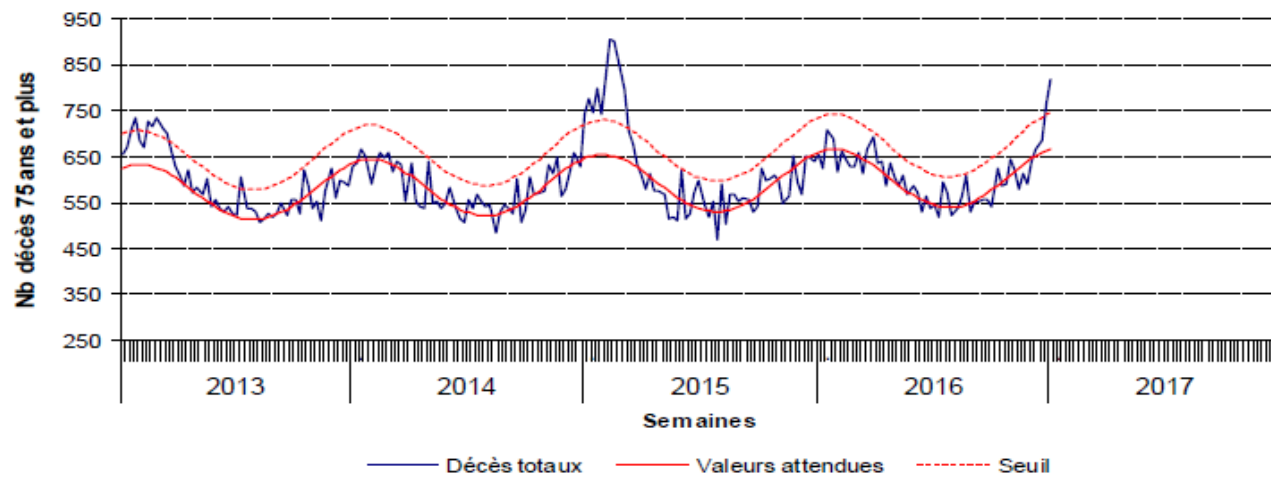


Figure 3 : Proportion hebdomadaire de passages aux urgences hospitalières, région NA, moins de 1 an

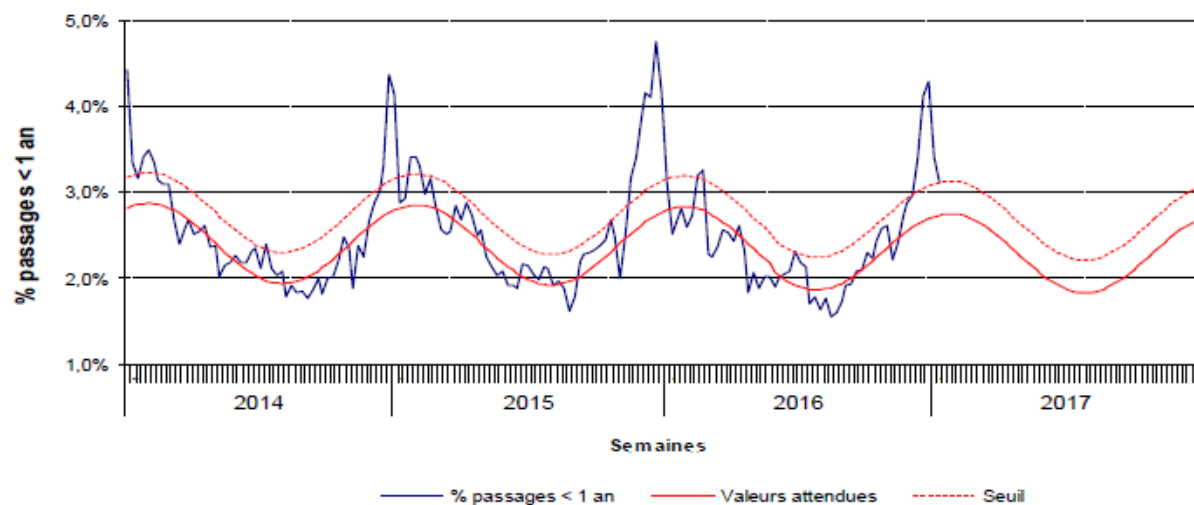
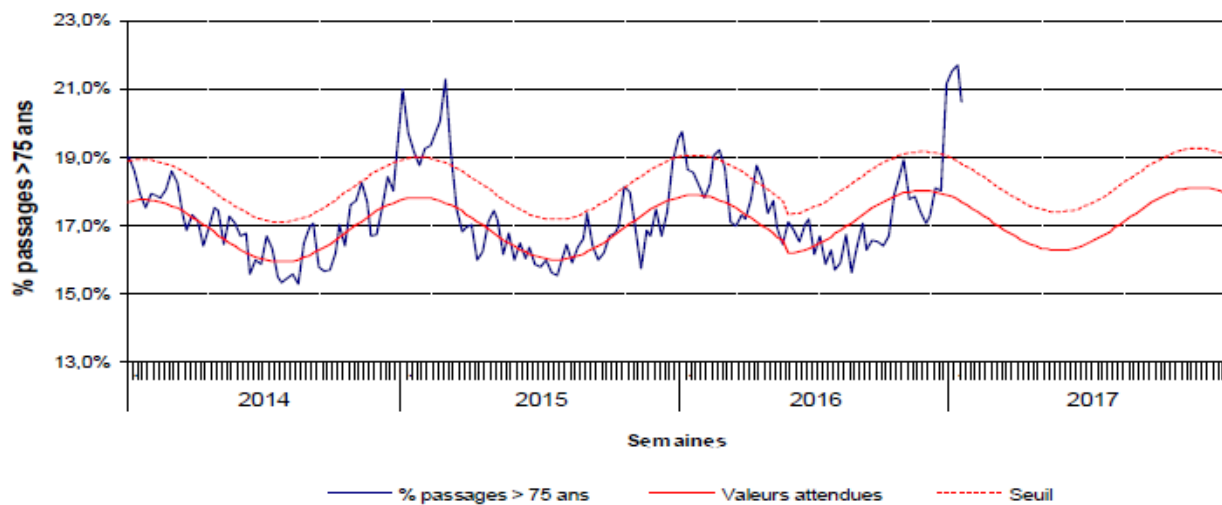


Figure 4 : Proportion hebdomadaire de passages aux urgences hospitalières, région NA, 75 ans et plus



Détail activité 2016 :

- ⇒ Nombre de patients dont le traitement a été réévalué : 168
- ⇒ Nombre de médecins contactés par téléphone : 190
- ⇒ Nombre de pharmaciens contactés : 190
- ⇒ Nombre de suivis téléphoniques à 1 mois : 182
- ⇒ Nombre de patients orientés dans la filière gériatrique (consultation mémoire, Hôpital De Jour, SSR...) : 46 (11 hospitalisations programmées, 5 HDJ, 26 consultations mémoire, 4 SSR)

Activité 2015 de l'équipe gériatrique de ville (sur 4 mois)

NOM	Prenom	Age	Sexe	Intervention (oui=1, non=0)	refus MT	Date intervention	Délai intervention	Gériatre	IDE	AS	Psychiatre	Pharmacien	Ergothérapeute	épuisement des aidants	précarité	insalubrité	paerpa
		93	1	1	0	08/09/2015	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
		90	2	1	0	08/09/2015	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
		95	1	1	0	09/09/2015	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		97	2	1	0	10/09/2015	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
		88	2	1	0	15/09/2015	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1
		84	2	1	0	15/09/2015	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
		89	1	1	0	15/09/2015	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		103	1	1	0	16/09/2015	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1
		86	1	1	0	28/09/2015	3	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
		83	1	1	0	28/09/2015	4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
		74	2	1	0	05/10/2015	10	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
		76	2	1	0	08/10/2015	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
		87	2	1	0	13/10/2015	7	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
		81	2	1	0	15/10/2015	21	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
		88	1	1	0	16/10/2015	3	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
		80	2	1	0	19/10/2015	4	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
		84	1	1	0	20/10/2015	4	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
		88	2	1	0	22/10/2015	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
		85	2	1	0	23/10/2015	4	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
		88	2	1	0	26/10/2015	3	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1
		94	2	1	0	27/10/2015	4	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
		87	1	1	0	22/12/2015	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1
		75	1	1	0	15/12/2015	4	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1
		91	1	1	0	21/12/2015	6	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
		92	2	1	0	24/12/2015	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
		89	1	1	0	24/12/2015	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
			2	1	0	24/12/2015	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		77	2	1	0			0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
				1,7	58	1	4,1	52	46	55	0	30	2	9	12	17	55
				extrapolé sur 12mois (fois3)	174	3		156	138	165	0	90	6	27	36	51	165

Activité 2016 de l'équipe de l'équipe gériatrique de ville

NOM	Prenom	Age	Sexe	Intervention (oui=1, non=0)	refus MT	autre	Date intervention	Délai intervention	Gériatre	IDE	AS	Psychiatre	Pharmacien	Ergo	précarité	insalubrité	paerpa	secteur	rech EHPAD
		86	2	1	0		04/01/2016	7	1	1	1				0	0	1	fondaudeg	1
		77	1	1	0		05/01/2016	1	1	0	1			1	1	0	1	bacalan	
		81	2	1	0		05/01/2016	15	1	1	1				1	0	1	lac	
		93	2	1	0		07/01/2016	2	1	1	1				0	0	1		
		82	2	1	0		07/01/2016	2	1	1	1				1	0	1	fondaudege	1
		82	1	1	0		12/01/2016	4	1	1	1				1	0	1	adoma	
		85	2	1	0		05/01/2016		1	1	1				1	1	1	33200	
		80	2	1	0		13/01/2016		0	1	1				0	1	1	centre	
		82	1	1	0		11/01/2016	7	1	1	1				1	1	1	adoma	
		83	1	1	0		11/01/2016		0	0	1				0	0	1	centre rpa	1
		75	1	1	0		11/01/2016		0	0	0				0	0	1	bastide	0
		83	2	1	0		14/01/2016	2	1	1	1				0	0	1	gd parc	1
		73	2	1	0		19/01/2016		0	1	1				1	0	1	centre rpa	0
		99	1	1	0		18/01/2016	4	1	1	1				0	1	1	bx n rpa	0
		93	2	1	0		18/01/2016	4	1	1	1				0	0	1	bx n rpa	1
		85	2	1	0		15/01/2016	1	1	1	1				0	0	1	gd parc	1
		83	1	1	0		21/01/2016		1	0	1				1	1	1	33200	1
		79	2	1	0		20/12/2016	5	1	1	1								
		83	1	1	0		22/12/2016	0	1	1	0								
		80	2	1	0		13/12/2016	0	1	0	0								
		1,70		317	5			4,09	223	246	245	18	2	13	49	33	147		44



Ministère des Affaires sociales et de la Santé

COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN  
RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

**PROJET**  
**DE CAHIER DES CHARGES**  
**DES PROJETS PILOTES PAERPA**

Janvier 2013

**Sommaire**

INTRODUCTION .....	4
1. OBJECTIFS .....	6
2. SCHEMA GENERAL DU DISPOSITIF .....	7
2.1. Population cible .....	7
2.2. Schéma de financement des projets pilotes .....	7
2.3. Dispositif des projets-pilotes.....	8
2.4. Evaluation .....	10
2.5. Mise en œuvre des projets pilotes .....	11
2.6. Les conditions favorables à la mise en œuvre .....	11
3. MISSIONS ET ENGAGEMENT DES ACTEURS .....	13
3.1. Missions et engagements des ARS .....	13
3.2. Missions et engagements des professionnels de santé de proximité.....	14
3.3.....Missions et engagements des structures de coordination et d'intégration existantes	14
3.4. Missions et engagements propres aux professionnels du secteur social et médico-social .....	15
3.5. Missions et engagements des établissements de santé .....	15
3.6. Missions et engagements des EHPAD .....	17
3.7. Missions et engagements réciproques des établissements de santé et des EHPAD.....	18
3.8. La responsabilité des acteurs en matière d'évaluation .....	18
4. Les outils.....	19
4.1. Systèmes et échanges d'information .....	19
4.2. La formation .....	22
4.3. La télémédecine .....	24
5. Gouvernance .....	26
ANNEXE 1 : FINANCEMENTS MOBILISABLES DANS LE CADRE DES EXPERIMENTATIONS .....	27
ANNEXE 2 : EVALUATION.....	28
ANNEXE 3: CALENDRIER INDICATIF DE DEPLOIEMENT DE LA PREMIERE VAGUE DE PROJETS PILOTES .....	32
ANNEXE 4 : GRILLE DES RESPONSABILITES .....	33





# Parcours Santé des aînés

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE



Cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région

2<sup>nd</sup>e génération

Le présent cahier des charges est édité en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013. Il est proposé aux agences régionales de santé (ARS) telles qu'issues de la réforme territoriale n'expérimentant pas les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Il reprend les éléments du cahier des charges national adopté par le comité national Paerpa le 20 décembre 2012 en centrant le modèle sur le premier recours et l'articulation nécessaire pour éviter toutes ruptures de prise en charge au sein et entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social. Le principe de subsidiarité des organisations et des financements est également reposé du fait de la volonté clairement affichée dans ce cahier des charges de mieux articuler les dispositifs de coordination et d'intégration actuels (guichet intégré MAIA, réseaux, maisons départementales de l'autonomie, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé,...) et les dispositifs expérimentaux en cours.

Actuellement, sur la base du cahier des charges national Paerpa adopté par le comité national le 20 décembre 2012, 9 territoires pilotes, sélectionnés par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en mai 2013 se déploient. Il s'agit de territoires des régions Aquitaine, Bourgogne, Centre Val de Loire, Ile de France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de Calais et Pays de Loire.

L'arrêté du 8 octobre 2014 a fixé le périmètre territorial de mise en œuvre des projets pilotes dans chacune des 9 régions.

Cette extension du dispositif Paerpa à l'ensemble des régions en 2016 marque une première étape vers la potentielle généralisation des parcours pilotes selon des modalités qui tiendront compte des conclusions de l'évaluation.

Elle se doit de contribuer aux objectifs du plan triennal ONDAM 2015-2017 et notamment ceux relatifs à l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière et à l'adaptation des prises en charge afin de permettre le virage ambulatoire.

Enfin, cette extension s'inscrit dans les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé (équipe de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plates-formes territoriales d'appui, groupements hospitaliers de territoires ...) et tient compte également des dispositions de coordination entre les ARS et les départements prévues dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (notamment à l'article 76) pour assurer la coordination de l'action gériatrique.

Disponible à l'adresse suivante : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc\\_extension\\_PAERPA.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_PAERPA.pdf)





— Direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Dossier suivi par : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

— Portable : [REDACTED]

— Courriel : [REDACTED]

— Bordeaux, le 19 octobre 2016



**Objet : Relevé de conclusions – Réunion du 12 octobre 2016 – Comité Technique Opérationnel  
Parcours de santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie :**

Assistaient à la réunion : cf. liste de présence jointe

M. [REDACTED] directeur de la direction départementale de la Gironde ouvre la séance et remercie les participants d'avoir bien voulu répondre à cette invitation.

Il rappelle que ce projet de parcours de santé est le précurseur de l'organisation des futures plateformes territoriale d'appui dans les missions de coordination, d'appui aux professionnels de proximité et aux usagers. La mise en œuvre de la Plateforme autonomie seniors depuis mai 2015 prouve tous les jours, la nécessité d'une telle coordination réactive et professionnelle, tout en restant dans son rôle.

Enfin, 29 actions autorisées sur le territoire de Bordeaux ont été déployées, fin 2015. Le bilan présenté, appelle des observations et commentaires sur les dispositifs mis en place. Des orientations pour l'année 2017 pour chacune des actions, sont proposées par les porteurs des dispositifs et par les participants au CTO

Pour chaque dispositif, ces observations et ces orientations seront proposées au Comité de pilotage du projet PAERPA qui se tiendra le 26 octobre à l'ARS. [Cf. document joint]

En conclusion, il est indiqué que ce projet a connu un partenariat sans faille des professionnels du territoire. L'information et la communication auprès des professionnels et des citoyens doivent être des leviers majeurs de ce projet. Cet effort sera poursuivi avec l'aide des professionnels de santé du 1<sup>er</sup> recours, notamment, pour la réalisation des plans personnalisés de santé, pour que le système d'information soit compatible à l'usage et soit diffusé sur tout le territoire.

M. [REDACTED] remercie les participants. La séance est levée à 17h30.



BALLARIN

NICOLAS

Décembre 2017

**Elève Directeurs d'établissements sanitaires,  
sociaux et médico-sociaux.  
2016 – 2017**

**EVALUATION DU PAERPA EN 2017  
Une expérimentation mitigée sur la commune de Bordeaux**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des hautes études en santé publiques, Rennes

***Résumé :***

« Le projet PAERPA est inédit par son ampleur et par son ambition »  
indique en janvier 2017, le Directeur du projet national PAERPA.

L'objectif de ce travail est d'apporter un éclairage sur la déclinaison  
opérationnelle de la logique de parcours dans la perspective de  
l'exercice des fonctions du Directeur d'établissement sanitaire, social et  
médico-social.

Pour ce faire, l'analyse du cadre posé par le parcours santé PAERPA  
ainsi que quelques déclinaisons opérationnelles d'actions sur le territoire  
bordelais permettent d'identifier les outils à la faveur des parcours  
coordonnés et sans rupture.

***Mots clés :***

CLIC / MAIA / PAERPA Bordeaux / Parcours de santé / EHPAD hors les  
murs / PPS / PAACO / Equipe urgence nuit / EHPAD Relais

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans  
les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et n'engagent qu'eux.*