



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

**L'EXPÉRIMENTATION PAERPA : ACCOMPAGNER
LES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE
D'AUTONOMIE PAR LA STRUCTURATION D'UN
PARCOURS COORDONNÉ DE SANTÉ**

– Groupe n° 12 –

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| – Delphine ALCETEGARAY | – Pascale PEIFFER |
| – Johanna HAY | – Lucie PEROCHEAU |
| – Bruno KERHUEL | – Véronique SERY |
| – Isaure LA FAY | – Hélène SORINA |
| – Charly MARGERIN | – Hani TERIIPAIA |

Animateurs :

- *Dr Rémy BATAILLON*
- *Dr Nicole BOHIC*

Sommaire

Introduction	1
1 Le projet PAERPA : fluidifier le parcours de santé des personnes âgées.....	5
1.1 Les principes du projet PAERPA : construire un parcours complet, structuré et coordonné pour prévenir la perte d'autonomie.....	5
1.1.1 Promouvoir le repérage, la prévention et l'implication de l'utilisateur	5
1.1.2 Coordonner les professionnels de ville en s'appuyant sur l'existant	5
1.1.3 Fluidifier les transitions ville-hôpital-EHPAD.....	7
1.2 Un pilotage marqué par la place des ARS dans la gouvernance territoriale....	8
1.3 Des outils mobilisés pour faire évoluer les pratiques professionnelles	8
2 Du cadre conceptuel à la mise en œuvre effective : les premiers enseignements des expérimentations dans les territoires pilotes.....	10
2.1 Un parcours de santé complet, dont les innovations sont centrées sur la coordination de l'offre de soins de proximité	10
2.1.1 Le rôle central du médecin traitant coordonnateur du parcours	10
2.1.2 L'objectif ambitieux du décloisonnement des sphères sanitaire, sociale et médico-sociale.....	12
2.1.3 Le défi du repérage et de la prévention à chaque étape du parcours.....	13
2.2 Les moyens déployés pour outiller les professionnels et les inciter à la coordination	15
2.2.1 Des outils financiers innovants au caractère incitatif encore incertain	15
2.2.2 La formation et la communication auprès des professionnels	16
2.2.3 Le système d'information sous-tend la mise en œuvre de la coordination	16
2.3 Les choix de structuration des premiers projets pilotes : l'émergence de deux modèles d'organisation du parcours PAERPA	17
2.3.1 Le modèle des maisons ou pôles de santé	17
2.3.2 Le modèle du guichet intégré au sein d'une structure institutionnalisée	18
3 L'extension envisagée du dispositif PAERPA suppose une évaluation solide et une prise en compte de son environnement.....	19

3.1	Une évaluation ambitieuse mais nécessaire pour envisager l’extension du projet PAERPA	19
3.1.1	Une évaluation ambitieuse quoique difficile à réaliser dans les délais envisagés .	19
3.1.2	L’extension souhaitable à d’autres territoires ou parcours doit être maîtrisée.....	21
3.2	Un projet conditionné par l’environnement complexe dans lequel il s’inscrit.....	22
3.2.1	Une articulation nécessaire mais inachevée avec les autres parcours de santé.....	22
3.2.2	La place de PAERPA face à un secteur social et médico-social à rationaliser	23
Conclusion.....		25
Bibliographie.....		27
Liste des annexes		I

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu M. Christophe Le Rat et Mme Emmanuelle Guevara, responsables du module interprofessionnel à l'EHESP, pour ce projet enrichissant, permettant de croiser les regards professionnels d'élèves issus de différentes filières de formation et qui seront amenés à se côtoyer dans leur parcours professionnel et à travailler ensemble sur des thématiques communes.

Nous souhaitons également remercier les deux animateurs qui nous ont encadrés tout au long de ce travail, Madame Nicole Bohic, professeur à l'Institut du management et Monsieur Rémy Bataillon, professeur affilié à l'EHESP, pour leur disponibilité et leurs conseils avisés.

Nous adressons par ailleurs nos vifs remerciements à toutes les personnes ayant accepté de nous recevoir en entretien, dans des délais contraints, et dont les éclairages ont constitué de précieuses contributions à notre travail, particulièrement : Dr Élisabeth Fery-Lemonnier (SGMAS), Mme Claire Scotton (DSS), Mme Béatrice Rolland, Dr Fabienne Dubuisson (DGCS), Mme Cécile Balandier (DGOS), Pr Claude Jeandel, M. Pascal Chauvet (COFIL national PAERPA), Dr Michel Varroud-Vial (HAS), Dr Marie-Dominique Lussier (ANAP), M. Thomas Jan, Mme Garmenick Leblanc, M. Jean-François Rouget (CNAMTS), Dr Sylvie Merville, Mme Catherine Perisset CNSA), M. Sylvain Denis (CNRPA), M. Jean-Baptiste Combes (IRDES), Mme Sylvie Toraille (Cour des Comptes), M. Richard Pierre Williamson (ANC-CLIC), Mme Sylvie Pozza (CISS), M. Pierre-Yves Brossard (EY), Dr Pierre Blaise (ARS Pays de la Loire), Mme Anne Rocher, Mme Lemoine (Pôle santé Mayenne), Mme Annie Ravailault, (CHLSOM), Mme Géraldine Lecoq (CH Nord-Mayenne), Mme Brigitte Geoffroy (ARS Aquitaine), M. Paul-Innocent Mouala-Makata (CPAM 33), M. Eric Villacampa (CD 64), Mme Laure Lecoat, Mme Sarah Liwartovski (ARS Ile-de-France), Mme Francisca Gutierrez Vallein (ARS Midi-Pyrénées).

Liste des sigles utilisés

AAP	Appel à projet
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASIP-Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCP	Coordination clinique de proximité
CD	Conseil départemental
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CHLSOM	Centre hospitalier local du sud-ouest mayennais
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAMTS	Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRPA	Comité national des retraités et des personnes âgées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CTA	Coordination territoriale d'appui
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DMP	Dossier médical personnel
DP	Dossier pharmaceutique
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Equipe mobile gériatrique
EMGE	Equipe mobile gériatrique externe
EMGE	Equipe mobile gériatrique interne
ETP	Education thérapeutique personnalisée
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAS	Haute autorité de santé

HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OGDPC	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PPS	Projet personnalisé de santé
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SI	Système d'information
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSAD	Services de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
VMS	Volet médical de synthèse

Introduction

Le développement des parcours de santé est une priorité des pouvoirs publics dans le cadre de l'évolution du système de santé français¹. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé², 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'efficience de la prise en charge de la population* ». Il semble donc que les parcours de santé soient un levier essentiel permettant l'amélioration du système de santé.

Les agences régionales de santé (ARS) définissent le parcours de santé³ comme « *la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement* ». Depuis plusieurs années, différents acteurs travaillent à une meilleure coordination des pratiques professionnelles⁴ : médecin traitant, réseaux de santé, exercice regroupé, filière gériatriques, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) pour ne citer que les principales. Toutefois ces dispositifs hétérogènes ne couvrent qu'une partie du parcours et ont des impacts encore incertains⁵. Les pouvoirs publics réfléchissent donc à une amélioration des parcours de santé.

L'accompagnement des personnes âgées est un enjeu majeur en matière de parcours de santé. En 2012, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 9% de la population

¹Selon la Ministre des affaires sociales et de la santé, « *C'est dorénavant à partir du parcours de santé que (...) doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements. Il s'agit de structurer le système de santé autour de la notion de parcours de santé* », Conseil des Ministres, présentation de la Stratégie nationale de santé, 2013.

² Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015.

³Sur le parcours de santé, voir annexe n°6.

⁴Sur les structures de coordination et leur genèse, voir annexe n°6.

⁵Rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes, *Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, une réforme inaboutie* ; Rapport IGAS de décembre 2014 *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*.

française, soit plus de 6 millions de personnes⁶. En 2011, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁷, estime que sur l'ensemble des dépenses consacrées à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie (9 à 21 milliards d'euros), 2 milliards d'euros sont engendrés par l'insuffisante coordination de leur parcours de santé, marqué par des ruptures de parcours. Or, l'accompagnement des personnes âgées, souvent poly-pathologiques et connaissant régulièrement des difficultés sociales ou de maintien à domicile, suppose le recours à de nombreux acteurs et doit donc être coordonné et global. Un consensus national s'est donc établi sur la nécessité d'inscrire cet accompagnement dans le cadre d'un parcours de santé cohérent⁸.

Dans ce contexte, le projet d'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) est un dispositif expérimental, actuellement déployé dans neuf territoires pilotes, ayant vocation à être généralisé dès 2017 à l'ensemble du territoire. Dans un premier temps, s'appuyant sur l'avis (2010) puis le rapport (2011) du HCAAM, le législateur prévoit de financer des expérimentations en matière de parcours de santé des personnes âgées, portant sur l'amont ou sur l'aval de l'hospitalisation⁹. Un comité national de pilotage rassemblant les parties prenantes¹⁰ et présidé par M. Dominique Libault réalise une première évaluation des projets pilotes, aboutissant en janvier 2013 à la rédaction du cahier des charges du dispositif PAERPA, piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS). Encadrées par l'art. 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2013, ces nouvelles expérimentations PAERPA portent sur l'ensemble du parcours de la personne âgée. A partir du cahier des charges, le Ministère de la santé lance auprès des agences régionales de santé un appel à projet (AAP) en 2013. Une vingtaine d'ARS, en

⁶Institut national de la statistique et des études économiques, chiffres au 1^{er} janvier 2015. Selon l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait doubler d'ici à 2060.

⁷Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Assurance maladie et perte d'autonomie*, 23 juin 2011.

⁸Avis HCAAM 2010 *Vieillesse, longévité et assurance maladie* ; Rapport HCAAM 2011 *Assurance maladie et perte d'autonomie* ; Rapport IGAS 2011 *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* ; Avis CESE 2011 *La dépendance des personnes âgées* ; Rapport public annuel 2012 Cour des Comptes *La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins* ; Rapport annuel CNSA 2012; Rapport IGAS 2014 *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*.

⁹ 11 expérimentations menées dans le cadre de l'art. 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

¹⁰ Fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales, représentants des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, collège de médecine générale, représentants des usagers.

collaboration avec les conseils départementaux (CD), répondent à l'AAP en mettant en valeur la maturité des acteurs de leur territoire, la structuration de la filière gériatrique, l'existence de structures de coordination et la propension des acteurs à collaborer. Neuf territoires¹¹ sont finalement retenus, représentant au total près de 190 000 personnes âgées de plus de 75 ans et environ 7 000 professionnels pouvant potentiellement intégrer les expérimentations.

Dans le cadre de cette étude relative aux parcours de santé, l'analyse du projet PAERPA apparaît donc pertinente. L'objectif de PAERPA est de proposer un accompagnement global de la personne âgée en risque de perte d'autonomie de plus de 75 ans, de la prévention à sa prise en charge en hôpital, en EHPAD ou à domicile. PAERPA vise ainsi à inciter l'ensemble des acteurs du sanitaire, du social, du médico-social, de la ville, du domicile, de l'hôpital et de l'hébergement à se coordonner autour de la personne âgée. Cette évolution poursuit deux objectifs principaux : d'une part l'amélioration de la qualité de l'accompagnement de la personne âgée, d'autre part la réalisation d'économies sur les dépenses d'assurance maladie en limitant les ruptures de parcours et en évitant l'hospitalisation. L'orientation générale de PAERPA peut donc être résumée ainsi : « *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* »¹².

Dans ce but, le projet est construit selon cinq axes prioritaires : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des acteurs, réduire les hospitalisations évitables, sécuriser le retour à domicile, et améliorer utilisation du médicament. De plus, le projet vise à améliorer la prévention à toutes les étapes du parcours. Il ne cherche pas à se substituer ou se surajouter aux divers dispositifs préexistants sur les territoires¹³, mais à harmoniser leurs pratiques et à introduire une méthode, une culture et des outils novateurs permettant la construction de parcours coordonnés de santé.

Les dispositifs de coordination du parcours des personnes âgées, entre les acteurs d'une offre territoriale disparate, hétérogène d'un territoire à l'autre et difficilement identifiée par les professionnels de la santé et du social, semblent encore insuffisants pour

¹¹Projets de la 1^e vague, initiés en septembre 2013 : Mayenne, Hautes-Pyrénées, Sud-est Indre-et-Loire, Nord parisien, Grand Nancy. Projets de la 2^e vague, initiés en janvier 2014 : Bordeaux, Sud de la Corrèze, Territoire du Valenciennois-Quercitain, Nord de la Nièvre.

¹²Formulation des fiches pratiques PAERPA à destination des professionnels de santé et du social.

¹³Sur les dispositifs préexistants, voir annexe n°6.

faire évoluer des pratiques professionnelles encore trop cloisonnées et segmentées, fondées sur une logique d'acte et non de parcours. L'enjeu de la mise en œuvre du dispositif PAERPA est donc de surmonter la logique d'une approche centrée sur les actes et la segmentation pour passer à une approche prenant en compte la personne dans sa globalité et l'ensemble de ses besoins, tout au long de son parcours de santé.

La mise en œuvre de la démarche PAERPA répond-elle à l'objectif d'évolution en parcours de santé de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ?

Le dispositif PAERPA est trop récent pour permettre à cette étude de l'évaluer : la bibliographie disponible est peu abondante et les informations recueillies auprès des acteurs institutionnels et territoriaux traduisent un stade de mise en œuvre assez précoce. De plus, le format de cette étude, réalisée sur trois semaines, a limité la possibilité de formuler des recommandations nécessairement prématurées sur un sujet transversal et complexe. L'étude proposera donc des points de vigilance à surveiller en vue du succès du projet, plus que de fermes recommandations.

Dans un premier temps, seront présentés les principes du dispositif PAERPA et les moyens auxquels il fait appel pour atteindre son objectif central : fluidifier le parcours de santé des personnes âgées (I). La seconde partie s'attachera à analyser les points de vigilance identifiés dans la mise en œuvre de ces principes dans les territoires des projets pilotes (II). La troisième partie développera les perspectives d'extension du parcours PAERPA à d'autres territoires voire à d'autres parcours de santé, et les éléments de son environnement qu'il conviendra de prendre en compte (III).

1 Le projet PAERPA : fluidifier le parcours de santé des personnes âgées

Le dispositif PAERPA repose sur des principes et outils, définis dans le cadre du cahier des charges, visant à fluidifier les parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie.

1.1 Les principes du projet PAERPA : construire un parcours complet, structuré et coordonné pour prévenir la perte d'autonomie

1.1.1 Promouvoir le repérage, la prévention et l'implication de l'utilisateur

Un parcours de santé complet accorde une place suffisante au repérage des situations à risque et à la prévention, qui interviennent en amont du parcours. PAERPA propose donc au médecin traitant une grille d'évaluation du degré de fragilité de la personne, pour mesurer la nécessité de la faire entrer dans le dispositif. De plus, le dispositif doit permettre à l'ensemble des professionnels de santé d'accéder à une expertise gériatrique via un numéro unique pour solliciter une équipe mobile de gériatrie (EMG). L'EMG peut alors procéder à des évaluations gériatriques standardisées et ainsi repérer la fragilité de la personne, sécuriser son maintien à domicile par un plan d'actions et éviter un recours inapproprié à l'hospitalisation.

S'agissant de la prévention, PAERPA prévoit la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ciblées sur quatre grands risques d'hospitalisations évitables : chute, iatrogénie, dépression et dénutrition. Cette ETP peut ainsi être proposée par une équipe pluridisciplinaire de ville spécialement formée. Enfin, PAERPA vise à permettre une implication de l'utilisateur dans la construction de son parcours de santé. Le consentement explicite de la personne à être accompagnée dans ce cadre, via la rédaction d'un plan personnalisé de santé (PPS), est une condition essentielle à la réussite de la démarche.

1.1.2 Coordonner les professionnels de ville en s'appuyant sur l'existant

PAERPA cherche également à améliorer la coordination des différents intervenants dans le parcours de santé de la personne âgée en décloisonnant les secteurs de la ville, de l'hôpital, le secteur social, médico-social et l'aide à domicile.

Afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, la démarche PAERPA s'appuie sur les professionnels du premier recours : médecin traitant, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes et autres professions paramédicales. La démarche PAERPA instaure une coordination clinique de proximité (CCP)¹⁴, leur permettant de collaborer et d'échanger des informations pour améliorer la prise en charge des personnes. Coordonnateur du parcours de la personne âgée, le médecin traitant initie et anime la CCP. Si l'état de la personne âgée le requiert, il peut proposer l'élaboration d'un PPS, conjointement avec un ou plusieurs autres professionnels de santé. Le PPS résume le diagnostic et l'état de santé du patient, sa situation sociale, les difficultés engendrées par ses pathologies. Il est structuré selon un volet « soins » et un volet « aides ».

Pour épauler le médecin traitant dans l'élaboration du PPS par une évaluation gériatrique de la personne et pour améliorer son orientation dans un contexte d'offre sociale et médico-sociale multiple et parfois peu lisible, PAERPA instaure une coordination territoriale d'appui (CTA)¹⁵. La CTA permet un appui au suivi des PPS, un numéro de téléphone unique pour que professionnels accèdent à une expertise gériatrique, l'activation d'aides sociales, l'aiguillage des patients vers une offre d'éducation thérapeutique etc. Elle a également pour objectif de favoriser l'information et l'orientation des professionnels des personnes âgées et les échanges entre professionnels.

Afin d'éviter de complexifier les structures existantes de coordination, la CCP et la CTA ne créent pas de nouvelles structures. La CCP donne un cadre formalisé à la concertation entre professionnels de santé, tandis que la CTA consiste en un ensemble de 7 missions portées par une structure de coordination existante laissée au choix de chaque pilote de projet : CLIC, MAIA, réseaux, maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), centre communaux d'action sociale (CCAS) sont les structures les plus pertinentes. Cette liberté laissée aux pilotes territoriaux du projet a permis de faire émerger des organisations de la CTA variées (v. *infra*).

Par ailleurs, PAERPA, invite les acteurs de la coordination à élaborer un répertoire opérationnel des ressources (ROR) ou un annuaire professionnel permettant à chaque professionnel d'avoir un accès direct aux autres intervenants de l'accompagnement de la personne âgée pour qu'ils coordonnent leurs actions.

¹⁴ Sur la CCP, voir annexe n°7.

¹⁵ Sur la CTA, voir annexe n°7.

1.1.3 Fluidifier les transitions ville-hôpital-EHPAD

Le dispositif PAERPA cherche également à inscrire l'hôpital dans ce parcours de santé. Si l'hôpital dispose déjà, du moins en théorie, d'un parcours structuré pour les personnes âgées¹⁶, PAERPA agit sur les éventuelles ruptures de parcours en amont et en aval de l'hospitalisation. L'hôpital est incité à se coordonner avec l'ensemble des acteurs de l'accompagnement de la personne âgée, notamment pour sécuriser son retour à domicile. Il peut solliciter la CTA pour la préparation d'éventuels plans d'aides à domicile. Il peut également proposer au patient une transition via un hébergement temporaire en EHPAD pour des personnes non dépendantes mais dans l'impossibilité pratique de rentrer directement à domicile. L'hôpital doit enfin transmettre les informations dont il dispose au médecin traitant en s'appuyant sur un document de sortie d'hospitalisation. Rédigé de façon synthétique par l'équipe médicale de l'établissement qui a pris en charge le patient, ce document explique les motifs ayant conduit à l'hospitalisation et les préconisations d'aides et de soins pour la sortie. Le document de sortie d'hospitalisation peut contribuer à nourrir le PPS si le médecin traitant le juge opportun.

Le volet de synthèse médical (VSM), rédigé par le médecin traitant pour tous ses patients, constitue une photographie de l'état de santé du patient et doit être transmis à l'hôpital en cas d'hospitalisation d'une personne âgée en risque de perte d'autonomie. Il permet aux équipes hospitalières d'accéder rapidement aux antécédents du patient et de mieux préparer son hospitalisation.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est établi par le médecin-coordonnateur de l'EHPAD et transmis à l'hôpital en cas d'hospitalisation d'un résident. Dans le même temps, afin de limiter les recours inopportuns aux urgences pour les résidents en EHPAD, PAERPA finance la mise en place d'une astreinte infirmière, la nuit et les week-end, mutualisée entre les EHPAD du territoire.

PAERPA cherche également à optimiser l'utilisation des médicaments par les personnes âgées en diminuant la iatrogénie et l'inobservance en encourageant l'échange d'informations entre professionnels au sein du dossier pharmaceutique (DP) et du dossier médical personnel (DMP) et en proposant aux acteurs de tester des actions de révision d'ordonnance, notamment en sortie d'hôpital et en lien avec les professionnels de ville.

Enfin, PAERPA encourage le développement de la télémédecine en EHPAD pour permettre aux résidents l'accès aux spécialistes de ville ou hospitaliers.

¹⁶ Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

1.2 Un pilotage marqué par la place des ARS dans la gouvernance territoriale

Associées au dispositif de communication qui réunit également les URPS, les délégués de l'assurance maladie (DAM) et le Collège de médecine, les ARS sont en charge de promouvoir au niveau territorial le dispositif PAERPA auprès des professionnels¹⁷. L'ARS doit mettre en œuvre ses compétences d'animation territoriale : rencontrer les acteurs, les réunir, et leur présenter le dispositif PAERPA de manière à les convaincre de l'intérêt professionnel d'adhérer à ce programme. Ce rôle central des ARS se retrouve également dans leur mission de coordination et de pilotage des instances locales de gouvernance, les tables stratégiques, qui intègrent notamment le conseil départemental (CD), les représentants des professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et de retraite, les établissements, les services à domicile, et les usagers.

Pour accompagner la mise en œuvre du dispositif, les ARS constituent une équipe projet PAERPA constituée au minimum d'un chef de projet et d'informaticien chargés d'accompagner les acteurs dans la mise en œuvre. Puis, les ARS élaborent et signent une convention-cadre puis des conventions bilatérales par lesquelles les professionnels s'engagent à s'impliquer dans le dispositif. Les ARS planifient les actions à mettre en œuvre au travers de fiches-actions construites avec les professionnels concernés.

Les ARS ont également un rôle important dans la constitution des CTA. En concertation avec les structures concernées, elles définissent les modalités de structuration de la CTA et son organisation sur le territoire. Enfin, elles assurent le lien et la transmission des informations entre l'échelon territorial et le niveau national et permettent ainsi la cohérence du déploiement du dispositif.

1.3 Des outils mobilisés pour faire évoluer les pratiques professionnelles

Pour aider les acteurs à faire évoluer leurs pratiques professionnelles vers la coordination, le dispositif PAERPA met à leur disposition un certain nombre d'outils.

Tout d'abord, un système d'information partagé vise à fluidifier l'échange de données entre les professionnels pour améliorer leur coordination et optimiser leur action. La transmission d'information dans PAERPA est facilitée par le décret du 2 décembre

¹⁷ Les missions incombant à l'ARS dans le pilotage territorial du projet sont détaillées dans cahier des charges.

2013¹⁸ qui autorise les professionnels à échanger des informations relatives à la personne âgée, avec son consentement écrit, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour la prise en charge de la personne. Ces échanges de données doivent être facilités par l'utilisation d'une messagerie sécurisée, élaborée par l'ASIP-Santé, qui garantit la confidentialité des informations échangées par voie électronique en assurant l'identification certaine de l'émetteur et du receveur. De même, capitalisant sur l'existant, PAERPA propose un recours plus développé à l'ouverture de dossiers médicaux partagés, pour l'heure très peu nombreux et qui ne permettent donc pas d'améliorer la coordination des acteurs. Le dispositif encourage également la création de plateformes informatiques de coordination.

La formation est un autre outil essentiel pour la réussite de PAERPA. La formation permet aux professionnels de s'approprier la logique et les outils du projet, développant ainsi une culture commune de la prise en charge coordonnée des personnes âgées. Les acteurs concernés peuvent donc bénéficier de formations pluri-professionnelles¹⁹ labellisées « PAERPA ». Ces formations portent sur l'élaboration et le suivi d'un PPS, sur le repérage de la fragilité et la prévention des quatre grands risques identifiés : chutes, iatrogénie, dépression et dénutrition.

Enfin, pour faire évoluer les pratiques professionnelles, un financement adapté, éventuellement incitatif, est nécessaire. L'article 48 de la LFSS pour 2013 prévoit qu'une dotation spécifique pour financer la mise en œuvre de PAERPA est allouée aux ARS concernées. Un financement dérogatoire est organisé, dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) des ARS, à l'usage du projet²⁰. Le dispositif prévoit également la tarification d'outils de coordination et de prévention (*v. infra*).

Les objectifs et la conceptualisation du projet PAERPA sont clairs, mais doivent être confrontés aux réalités de sa mise en œuvre sur le terrain pour en identifier les facteurs de succès et les difficultés potentielles.

¹⁸ Décret du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

¹⁹ Pour les professionnels de santé de ville, cette formation se fait au titre du DPC.

²⁰ Le montant annuel moyen du financement des plans d'actions PAERPA s'élève en 2015 à 1,87 millions d'euros par territoire, échelonnés de 500 000 euros à 2,5 millions d'euros, en fonction des besoins différents des territoires.

2 Du cadre conceptuel à la mise en œuvre effective : les premiers enseignements des expérimentations dans les territoires pilotes

La seconde partie de l'étude se fonde principalement sur les entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain de différents projets pilotes : Pays de la Loire, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Ile-de-France. Elle vise à tirer les premiers enseignements de la mise en œuvre initiée dans ces territoires et comporte nécessairement deux limites : la courte durée écoulée depuis l'initiation du projet et le caractère parcellaire des quatre territoires étudiés sur les neuf participant au projet.

Le format synthétique de l'étude ne permet pas de se pencher sur l'ensemble des étapes du parcours de santé, en particulier sur les mesures concernant l'hôpital et la prise en charge en EHPAD. Aussi elle se concentre principalement sur les formes (CCP et CTA) et outils (PPS) de coordination les plus innovants, concentrés sur l'amont de l'hospitalisation.

2.1 Un parcours de santé complet, dont les innovations sont centrées sur la coordination de l'offre de soins de proximité

2.1.1 Le rôle central du médecin traitant coordonnateur du parcours

Pivot du projet PAERPA dans le secteur de ville, le médecin est le coordonnateur principal du parcours de santé. Dans le prolongement de la mise en place du médecin référent d'affections de longue durée (ALD)²¹ par l'assurance maladie et de la réforme du médecin traitant²², le rôle de coordonnateur qui lui est confié dans le cadre du projet PAERPA doit permettre non seulement l'amélioration de la pertinence des actes mais aussi l'accompagnement global de la personne âgée, notamment des conséquences de ses pathologies sur son autonomie. A ce titre, le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié

²¹ Le médecin traitant perçoit une rémunération forfaitaire annuelle de 40 euros au titre de l'élaboration d'un protocole de soins et d'un suivi régulier de son patient.

²² Loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie.

des usagers en premier recours, il est responsable de la CCP et de la rédaction du plan personnalisé de santé (PPS) ayant vocation à établir un lien entre les professionnels des différents secteurs sanitaire, social et médico-social. Il est épaulé par la coordination territoriale d'appui (CTA), qui vise d'une part à le décharger du travail administratif lié au PPS, d'autre part à lui apporter une expertise gériatrique et un lien avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire. Il peut également s'appuyer sur les membres de la CCP pour formaliser la rédaction du PPS²³.

Le choix du médecin comme responsable de la CCP s'explique par sa proximité suffisante avec la personne âgée et par le fait que son diagnostic et sa prescription sont un préalable à la définition d'un parcours personnalisé. Néanmoins, **le rôle de responsable de la CCP et de la rédaction du PPS est à distinguer d'un rôle de référent qui assure le suivi de l'exécution du PPS**. Ce rôle peut être assumé par un autre professionnel de la CCP, la plupart du temps par un infirmier libéral, ou par la CTA²⁴. Bien que cette distinction des rôles ne soit pas explicitement formulée, elle correspond en pratique à la majorité des cas de rédaction de PPS. Le rôle central du médecin traitant dans la CCP et le recours à la CTA est conforme aux recommandations de l'IGAS sur la coordination territoriale²⁵.

Prescripteur autonome, le médecin n'est pas nécessairement habitué à la pratique collective préconisée dans la rédaction du PPS. Une telle évolution semble toutefois attendue par les nouvelles générations de médecins. De plus, la charge de travail administratif et de consultations est la principale cause de difficultés des médecins à réaliser les missions de coordination, notamment en cas d'exercice isolé²⁶. Il convient donc de mobiliser les professionnels de santé libéraux, sans rapport hiérarchique avec l'ARS

²³ Au sein de l'expérimentation en Midi-Pyrénées, dans le cadre de l'aval d'une hospitalisation, le médecin gériatre hospitalier peut transmettre au médecin traitant des préconisations pour la rédaction du PPS, qui constitue un appui d'expertise apprécié du médecin traitant.

²⁴ Le système d'information de la CTA doit notamment permettre de générer des alertes en cas de retard dans l'exécution du PPS.

²⁵ Rapport IGAS, *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*, décembre 2014. « Un principe : la coordination doit permettre au médecin de premier recours qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients d'en assurer la cohérence globale ». « L'organisation proposée s'appuie sur le rôle central du médecin de premier recours tandis que l'ARS prend la responsabilité de l'organisation elle-même ».

²⁶ Les médecins libéraux établis dans des déserts médicaux sont peu impliqués dans les expérimentations en cours. A l'inverse, l'exercice regroupé est plus propice au déploiement de PAERPA, comme dans le projet mayennais.

donc libres d'endosser ou non ces nouvelles missions, afin d'assurer l'efficacité de la coordination. La mobilisation suppose de convaincre les médecins traitants du bénéfice de la démarche pour le patient, de les former aux méthodes de coordination, de leur proposer une rémunération spécifique, insuffisante à elle seule mais nécessaire pour les inciter. **L'évolution des pratiques professionnelles du médecin traitant est donc un facteur clef du succès de PAERPA.**

2.1.2 L'objectif ambitieux du décloisonnement des sphères sanitaire, sociale et médico-sociale

L'évolution vers une logique de parcours de santé, supposant le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social, est unanimement souhaitée par les parties prenantes au projet PAERPA. Toutefois, en matière de gouvernance les entretiens menés ont mis en évidence une approche risquant de se concentrer sur la sphère sanitaire. Cette approche s'explique certes par la porte d'entrée du dispositif, qui vise à diminuer les hospitalisations évitables et les ré-hospitalisations. L'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, en particulier de l'ONDAM hospitalier, marque également l'importance de cette grille de lecture sanitaire et médico-économique, confortée par le pilotage du projet centralisé par la DSS mais auquel la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), pourtant en charge du parcours des personnes âgées, est associée. De même, la prééminence des ARS dans le pilotage territorial du projet peut entraîner une appréhension du dispositif dans leur seul périmètre sanitaire et médico-social, au détriment du volet social, sous l'autorité du CD. **La collaboration entre les différents acteurs impliqués à l'échelle nationale et entre ARS et CD à l'échelle des territoires** est donc un point d'attention afin de permettre un parcours effectivement coordonné.

A l'échelle des acteurs de terrain, le décloisonnement proposé par le projet PAERPA suppose que **le médecin traitant**, acteur sanitaire sur lequel repose la coordination, **prenne en compte les volets social et médico-social**, le cas échéant en s'appuyant sur la CTA. A cet égard, la perception réciproque des professionnels impliqués dans le projet PAERPA peut constituer un frein à leur coordination. Le volet social du projet PAERPA risque d'être écarté au moment de l'élaboration comme de l'exécution du PPS. **Lors de l'élaboration du PPS, deux risques de mésusage sont identifiés** : d'une part, le médecin traitant peut rédiger le PPS avec un membre de la CCP, sans recourir à la CTA et sans prendre en compte le volet « aides » ; d'autre part, il peut se décharger entièrement sur la CTA pour la rédaction du PPS, qui perdrait alors la pertinence de la

proximité avec la personne âgée. Pour autant, le volet social du PPS, qui recouvre les aides à domicile à mettre en place, n'est pas systématiquement nécessaire²⁷. Lors de son exécution, la CTA, les aides à domicile et SSAD n'ont pas accès aux informations sanitaires et au diagnostic contenus dans le PPS, outil central de la coordination en ville en amont de l'hospitalisation, pour des raisons de confidentialité des données de santé²⁸. Il est prévu d'établir un mode de communication restreignant l'accès au diagnostic mais permettant la compréhension des besoins qu'il induit pour la personne. Toutefois, ce mode de communication n'est pas encore mis en œuvre dans les territoires des projets pilotes étudiés. **Le partage des informations relatives à la santé des personnes âgées** reste un point à éclaircir afin d'améliorer la fluidité de la communication entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Du reste, l'impulsion par les ARS incite les professionnels à tracer le parcours des personnes âgées. PAERPA engage une dynamique entre les acteurs qui favorise l'évolution de leurs pratiques vers la coordination.

2.1.3 Le défi du repérage et de la prévention à chaque étape du parcours

Le développement du repérage des fragilités constitue un défi majeur pour initier la première étape du parcours de soins PAERPA. L'objectif ambitieux d'inclure dans le projet 15 à 20% d'une population cible de 190 000 personnes âgées au terme des expérimentations contraste avec le nombre modeste de PPS réalisés, au stade du démarrage des projets pilotes²⁹. Aussi, la formation des professionnels de santé, de la sphère médico-sociale et des aides à domicile au repérage apparaît cruciale pour atteindre l'objectif quantitatif du projet. En particulier, **les aides à domicile peuvent occuper, par leur proximité quotidienne avec la personne âgée, une place importante dans le repérage**

²⁷ La réflexion relative au choix des indicateurs à évaluer avait conduit à envisager de comptabiliser le nombre de volets sociaux élaborés dans les PPS. Cette option a été finalement abandonnée, notamment en raison du signal envoyé au médecin traitant, lui laissant croire que le volet social du PPS est pertinent quelle que soit la personne âgée.

²⁸ Les conditions de transmission des informations relatives à la personne âgée, avec son consentement, sont régies par un dispositif dérogatoire défini par le décret du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. V. aussi Laurence MIGUEL-CHAMOIN, « Protection des données de santé mises en partage : la médecine de parcours », *Journal international de bioéthique*, 2014/3.

²⁹ Selon la DSS, en mai 2015, plus de 400 PPS ont été rédigés et environ 1000 personnes âgées ont eu recours à une composante du dispositif PAERPA, soit moins de 1% de la population cible.

de la perte d'autonomie, dans le cas où la personne dispose déjà d'une telle aide à domicile. Les difficultés rencontrées dans la mise en place de formations au repérage de la fragilité à destination des aides à domicile ainsi que la moindre propension perçue de ces personnels à accéder à la formation en général risquent de minimiser le rôle qu'ils auraient à jouer dans ce repérage.

La prévention des hospitalisations évitables est l'objet même du dispositif PAERPA. La mise en place d'un PPS s'inscrit effectivement dans la prévention secondaire. Les professionnels de santé rencontrés s'accordent sur le constat d'une prévention prise en compte mais insuffisamment pratiquée, en dépit de son rôle pour éviter les hospitalisations. Ils identifient la prévention comme étant un domaine multidisciplinaire par nature, qui aujourd'hui en se rapprochant de l'éducation et de la promotion de la santé, s'éloigne de son domaine originel, purement médical, pour entrer dans le domaine du social et de l'éducatif³⁰.

L'éducation thérapeutique personnalisée est un outil de prévention proposé dans le dispositif. A cet effet, la HAS a développé des guides d'ETP à destination des professionnels de santé, adaptés aux spécificités de la personne âgée³¹. A cette heure, les professionnels de terrain rencontrés n'ont pas fait état d'un usage significatif de ces outils, parfois perçus comme relativement complexes.

Ainsi, **le développement du repérage et la prévention** demeure un point de vigilance en vue du succès du projet PAERPA. Le facteur culturel pourrait également expliquer la prise en compte inaboutie de la prévention par des professionnels de santé habitués à une logique d'actes au détriment d'une logique de parcours. Il suppose donc une évolution des pratiques professionnelles, qui est l'un des principaux enjeux du projet PAERPA.

³⁰ A cet effet, la mise en œuvre de protocoles de coopération au repérage des fragilités ou l'emploi d'éducateurs sportifs spécialisés dans les activités physiques adaptées, dans certaines régions, constituent une réponse locale intéressante.

³¹ La HAS a élaboré quatre guides d'éducation thérapeutique correspondant aux causes d'hospitalisations évitables identifiées par le projet PAERPA (chutes, dénutrition, iatrogénie, dépression).

2.2 Les moyens déployés pour outiller les professionnels et les inciter à la coordination

2.2.1 Des outils financiers innovants au caractère incitatif encore incertain

Les moyens financiers dégagés pour le projet PAERPA concernent d'une part l'extension de dispositifs existants, d'autre part la création de forfaits spécifiques pour les actions de prévention de PAERPA. Afin de valoriser les activités de coordination³² des professionnels libéraux, deux tarifications spécifiques sont mises en place : d'une part, une rémunération forfaitaire annuelle de 100 euros pour l'élaboration d'un PPS, partagé entre les professionnels y concourant ; d'autre part, un forfait de 200 euros pour cinq séances d'éducation thérapeutique. Il ressort des entretiens que la rémunération prévue n'est pas le principal facteur de motivation des professionnels, qu'elle est perçue comme peu incitative et insuffisante³³ au regard des charges engendrées par l'activité de coordination. D'un point de vue micro-économique, la rémunération des PPS incite le médecin traitant à réaliser une coordination à deux, mais n'est plus incitative pour une coordination à trois ou plus³⁴. Si l'objectif recherché est d'éviter les coordinations à trois inadéquates, le message envoyé au médecin sur l'effet vertueux de la coordination risque de perdre en clarté. De plus, le PPS n'est rémunéré qu'une fois par an alors que la coordination est un processus continu. Toutefois, une rémunération mensuelle du PPS ou bien l'inclusion de la coordination dans les objectifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), elle-même insuffisamment incitative et ciblée sur le médecin³⁵, complexifierait sans doute indûment le dispositif. Ainsi, **la rémunération des professionnels chargés d'élaborer les PPS est encourageante mais insuffisamment incitative pour infléchir rapidement leurs pratiques.**

³² La rémunération de la coordination existait déjà dans le cadre de l'exercice regroupé en MSP. Le projet PAERPA étend cette mesure à tout médecin traitant y participant, dans le cadre de la CCP.

³³ Selon les professionnels rencontrés, le temps consacré à la rédaction d'un PPS est estimé à 45-90 minutes.

³⁴ Si le médecin traitant rédige le PPS avec un autre professionnel de santé, le forfait est réparti à 60/40. S'il le rédige avec deux autres professionnels de santé, le forfait est réparti à 40/30/30. Si plus de trois acteurs sont impliqués, le quatrième ne reçoit rien.

³⁵ Rapport IGAS, *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*, « les ENMR comme tout forfait collectif sont mieux adaptées à l'organisation de la coordination que la [...] ROSP, en ce que cette dernière ne favorise pas la coopération entre professionnels, puisqu'elle ne bénéficie qu'à un seul, en l'occurrence au médecin. Elle n'est a fortiori pas bien adaptée non plus à la coordination ». §147, p.30.

2.2.2 La formation et la communication auprès des professionnels

La formation est un levier conditionnant l'évolution des pratiques professionnelles. Plusieurs formations pluridisciplinaires aux outils et méthodes de la coordination PAERPA sont labellisées et rencontrent un certain succès auprès des professionnels des territoires pilotes ainsi que ceux d'autres territoires hors PAERPA, motivés pour mener des projets similaires. Les retours sur la formation sont globalement positifs, en particulier pour les personnels hospitaliers, coutumiers du travail partenarial. Les formations PAERPA réalisées dans le cadre du développement personnel continu (DPC) ne connaissent pas d'autres difficultés que celles rencontrées par le DPC en général. La formation des services d'aide à domicile, financée par la CNSA, semble rencontrer plus de difficultés dans la sélection de formations adéquates et dans la propension des professionnels à les suivre.

Les ARS se chargent de trouver les moyens adéquats d'informer les acteurs au sujet du projet PAERPA, par des canaux classiques (réunions, courriers, documents de communication). La communication auprès des professionnels de santé libéraux, est assurée en majeure partie par les délégués de l'assurance maladie (DAM), chargés d'informer puis d'accompagner les professionnels au fur et à mesure des avancées dans les expérimentations. PAERPA fait l'objet d'un thème de visite dédié.

2.2.3 Le système d'information sous-tend la mise en œuvre de la coordination

Les systèmes d'information relatifs au projet PAERPA sont en cours d'implémentation. Si l'ASIP-Santé déploie la messagerie sécurisée sur les territoires des projets pilotes, les autres SI de coordination (ROR, télémédecine etc.) sont développés au sein de chaque projet pilote³⁶ et s'appuient avec pertinence sur les systèmes existants.

La capacité d'un SI à faire évoluer les pratiques supposent que les professionnels concernés y trouvent un intérêt³⁷. Le système d'information à développer dans le cadre de PAERPA suppose un flux de données continu, au fil de l'exécution du PPS. Pour autant, le médecin traitant est peu habitué à utiliser ce type d'outil. **L'utilisation par le médecin de ces nouveaux outils SI constitue un enjeu qui sous-tend la mise en œuvre effective de la coordination CCP/CTA**, la rédaction et l'exécution des PPS.

³⁶ L'échec du dossier médical personnel (DMP) explique en partie le choix de laisser à l'équipe projet de l'ARS le soin de coordonner le développement ses propres SI, favorisant l'adhésion des professionnels.

³⁷ Par exemple, la transmission des résultats d'analyses a accéléré l'informatisation des cabinets médicaux.

2.3 Les choix de structuration des premiers projets pilotes : l'émergence de deux modèles d'organisation du parcours PAERPA

Le projet PAERPA étant construit à partir de l'existant, le choix a été fait de définir la CTA comme un ensemble de sept missions et non comme une structure, libre à chaque territoire de choisir la structure la plus adéquate en fonction des circonstances locales³⁸. Deux modèles de coordination semblent émerger, illustrant la souplesse du cadre proposé par le projet PAERPA.

2.3.1 Le modèle des maisons ou pôles de santé

Le projet pilote en Mayenne offre un exemple de ce premier modèle structurant pour la coordination des professionnels de proximité. Il n'existe pas de structure de portage unique de la CTA, le choix ayant été fait de confier ses missions au pôle de santé, lui-même adossé à l'EHPAD et au centre hospitalier³⁹, en lien avec la maison départementale de l'autonomie (MDA). Le choix de cette organisation résultante d'une dynamique de l'exercice regroupé en réponse à la désertification médicale du territoire. Les locaux communs permettent de rapprocher les différents professionnels⁴⁰, favorisant naturellement le travail coordonné. Les charges administratives et liées à l'activité de coordination sont aisément mutualisées. Enfin, la structure perçoit directement la rémunération liée à la réalisation du PPS. Dans le cas de la Mayenne, le SSIAD assure le plus souvent le rôle de suivi au sein de la CCP, en lien constant avec le pôle de santé⁴¹. La pratique médicale en exercice regroupé semble être un facteur favorisant l'adhésion du médecin au dispositif. Toutefois, ce modèle suppose que la maison de santé ait recours à l'expertise gériatrique d'un tiers comme une EMG⁴², et qu'elle développe en son sein une connaissance suffisante

³⁸ Par exemple, la CTA s'appuie sur un GCS dans le Valenciennois, une MAIA dans le Lochois, un CLIC à Paris, un CCAS à Bordeaux, un pôle de santé adossé à l'hôpital et en lien avec la maison départementale de l'autonomie en Mayenne.

³⁹ Le pôle de santé Mayenne et le CHLSOM ont constitué un groupement de coopération sanitaire (GCS).

⁴⁰ Le rapprochement physique des acteurs impliqués dans le parcours de santé a été fréquemment évoqué lors des entretiens comme facteur important de réussite du projet.

⁴¹ En cas d'absence des médecins aux réunions de concertation, ceux-ci sont informés en permanence du suivi de leurs patients via des comptes-rendus partagés.

⁴² Le projet en Mayenne dispose de compétences en interne et peut accéder à l'expertise de l'EMG du CHLSOM.

de l'offre sociale et médico-sociale du territoire, ce qui peut entraîner une perte d'efficacité.

2.3.2 Le modèle du guichet intégré au sein d'une structure institutionnalisée

Les projets pilote en Aquitaine et en Lorraine sont organisés autour d'une CTA institutionnalisée, portée par une structure de coordination préexistante de type guichet unique⁴³. La multiplicité des structures ne semble pas poser problème, à condition qu'elles soient bien coordonnées. La concentration de la coordination dans une seule structure permet une meilleure connaissance de l'offre sociale et médico-sociale du territoire et l'accès à une expertise gériatrique. Le principal avantage de cette organisation est de ne pas surajouter de structures ou d'outils à l'existant. De plus, la structure est aisément identifiable par les professionnels de santé. Toutefois, cette organisation comporte le risque de démobiliser le médecin traitant, tenté de déléguer à la CTA la rédaction du PPS et manquant par là même l'objectif de coordination.

La mise en œuvre du projet PAERPA fait donc apparaître des points de vigilance quant à l'enjeu central du médecin coordonnateur, au risque de démobilisation de l'un des volets sanitaire, social ou médico-social. Elle permet d'ores et déjà d'identifier des tendances d'organisation du dispositif qu'il sera pertinent d'étudier dans le cadre de l'évaluation du projet, prévue à la fin de l'année 2016.

⁴³ A Bordeaux, le CCAS pilotant déjà le CLIC et la MAIA, s'est vu confier les missions de la CTA. A Nancy, la réunion du service territorial PA-PH et du réseau gérontologique Gérard Cuny assume ces missions. Sont d'ailleurs réunis au sein d'une même structure le CLIC, la MAIA et le SSIAD.

3 L'extension envisagée du dispositif PAERPA suppose une évaluation solide et une prise en compte de son environnement

3.1 Une évaluation ambitieuse mais nécessaire pour envisager l'extension du projet PAERPA

3.1.1 Une évaluation ambitieuse quoique difficile à réaliser dans les délais envisagés

L'avenir du projet PAERPA sera déterminé par les résultats d'une évaluation à la fois innovante et ambitieuse⁴⁴, prévue pour la fin de l'année 2016 réalisée par l'IRDES pour son volet quantitatif et par un organisme non encore sélectionné pour son volet qualitatif. Innovante, sa méthodologie consiste en une « expérience naturelle », permettant de comparer l'état de santé de la population du territoire concerné par le projet avec celui de la population d'un territoire témoin. Contrairement aux pays anglo-saxons, une telle approche est inédite en France, où l'égalité de traitement des individus rend plus difficile l'évaluation d'expérimentations en matière sanitaire et sociale⁴⁵. Ambitieuse, l'évaluation porte sur l'état de santé de la population âgée d'un territoire, multifactoriel, influencé en partie seulement par le projet PAERPA. Son impact sur le taux de recours aux hospitalisations, le taux de ré-hospitalisation ou la durée moyenne de séjour (DMS) pourrait être difficile à isoler⁴⁶. A l'inverse, PAERPA pourrait avoir des effets de second rang, la coordination des professionnels bénéficiant à d'autres populations fragiles, ces effets n'étant pas pris en compte.

Le calendrier du projet pourrait toutefois être un obstacle à l'évaluation, en raison des délais nécessaires à sa mise en œuvre. La phase préparatoire de diagnostic territorial partagé, groupes de travail territoriaux, négociation de la convention-cadre et des

⁴⁴ Sur les principes de l'évaluation PAERPA, voir annexe n°9.

⁴⁵ Une évaluation similaire, en France, était prévue dans le cadre des expérimentations du RSA, qui avait finalement été généralisé quelques jours à peine après la publication du rapport final d'évaluation en mai 2009, en raison du consensus national sur la pertinence du RSA.

⁴⁶ Le choix des indicateurs pourrait permettre d'introduire dans l'évaluation la question du temps : il est probable que le projet permette de retarder des hospitalisations plutôt que de les éviter.

conventions bilatérales, s'est révélée très longue, entre 6 et 12 mois selon les territoires. L'appropriation par les acteurs de terrain et l'évolution des pratiques professionnelles est un processus de moyen terme, observable sur une période de 5 à 10 ans. La remontée et l'analyse des données supposent un temps incompressible : 6 mois pour la remontée des données dans le PMSI, et plusieurs mois d'analyse pour la fiabilisation des indicateurs par les ARS. L'évaluation quantitative, que le calendrier politique prévoit pour fin 2016, ne mettra en évidence qu'avec difficulté les effets bénéfiques observables de PAERPA. Une pré-évaluation de PAERPA au printemps 2015 serait donc largement prématurée : les seuls indicateurs de processus, témoignant de la mise en œuvre des moyens dédiés au projet, seront disponibles dans un premier temps⁴⁷. Or, les indicateurs de processus permettent d'expliquer les différences de résultats constatées entre les populations de deux territoires davantage que l'impact du projet. Du reste, certains acteurs de terrain expriment dès 2015 un ressenti positif sur les bénéfices du dispositif⁴⁸.

Dans la perspective d'une généralisation à d'autres territoires et éventuellement à d'autres parcours, l'évaluation devra ainsi permettre de déterminer s'il est nécessaire que les instances nationales de pilotage du projet cadrent et guident davantage les acteurs de terrain dans leur mise en œuvre du dispositif PAERPA. Le caractère peu contraignant du cahier des charges permet certes une souplesse et une adaptation aux réalités diverses des territoires, mais peut également être source de confusion pour les professionnels et de pertes d'efficacité dans le développement d'outils standardisés.

Trois points de vigilance peuvent être mentionnés au sujet de l'évaluation. En premier lieu, **le champ de l'analyse pourrait utilement être élargi**. Considérant d'une part que le cahier des charges laisse aux territoires du dispositif une souplesse d'organisation, d'autre part que d'autres territoires développent des expériences similaires, il pourrait être pertinent d'intégrer ceux-ci à l'évaluation, *a minima* à l'évaluation qualitative. En deuxième lieu, il serait pertinent de **poursuivre les projets pilotes et de compléter l'évaluation de 2016 par une nouvelle évaluation en 2019** soit 5 ans après le déploiement des projets, permettant de constater les effets de l'évolution des pratiques professionnelles. En troisième lieu, l'évaluation devra permettre de **faire des choix en matière d'organisation, d'outils et de gouvernance du projet**, afin de ne pas laisser le

⁴⁷ Selon la DSS, en mai 2015, plus de 400 PPS ont été rédigés, dont environ un tiers dans le cadre du projet pilote de Lorraine, et environ 1000 personnes âgées ont eu recours à une composante du dispositif PAERPA.

⁴⁸ Dans le Maine-et-Loire, une équipe d'appui a estimé une diminution de 12% de passage aux urgences.

succès du projet reposer sur l'historique des territoires en matière de coordination et sur le charisme des leaders d'opinion et porteurs de projet à l'échelle locale.

3.1.2 L'extension souhaitable à d'autres territoires ou parcours doit être maîtrisée

Sur la base des choix formulés à l'issue de l'évaluation, l'extension de PAERPA à d'autres territoires demeure souhaitable, conformément à son ambition initiale. Le seul effet de contagion aux territoires proches pour diffuser la coordination globale proposée par PAERPA serait insuffisant au regard des besoins de coordination de la population âgée. Il convient donc d'inclure formellement de nouveaux territoires dans le dispositif et de leur attribuer les moyens correspondants. En outre, en raison de son coût important, **un ciblage des nouveaux territoires reste souhaitable** et suppose d'identifier ceux dont les besoins sont les plus prononcés en matière de coordination du parcours de santé des personnes âgées, notamment une forte proportion de personnes âgées de plus de 75 ans et l'existence de structures en mesure d'assumer les missions d'une CTA. Enfin, il serait pertinent de **proposer un calendrier d'échéances différenciées en fonction de la maturité des différents territoires** en matière de coordination.

PAERPA pourrait être étendu à d'autres parcours de santé qui nécessitent un accompagnement global. Ce modèle est *a priori* adapté à des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité, qui nécessitent la coordination des mêmes acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux que PAERPA, afin d'éviter une perte d'autonomie. Les personnes handicapées, patients psychiatriques, malades chroniques, jeunes (16-25 ans) dont la situation de précarité a un impact sur leur santé, disposent pour l'heure d'un parcours centré sur leur pathologie⁴⁹. Toutefois, le modèle d'accompagnement global de PAERPA est pertinent avant tout pour la population âgée, généralement poly-pathologique, avec un risque important de perte d'autonomie, qui suppose la prise en compte des volets médico-social et social. Les expérimentations du PPS développées par la HAS pour des pathologies ciblées n'ont pas démontré la pertinence systématique de l'outil. Par ailleurs, la rédaction d'un PPS systématique serait trop onéreuse, avec une plus-value incertaine, notamment lorsque la pathologie ne se traduit par une perte d'autonomie. **L'extension possible de la méthode globale PAERPA à d'autres parcours doit se faire de manière ciblée** et à condition de rationaliser les structures de portage.

⁴⁹ Parcours Alzheimer, Broncho-pneumopathie chronique obstructive, Diabète de type 2, etc.

3.2 Un projet conditionné par l'environnement complexe dans lequel il s'inscrit

3.2.1 Une articulation nécessaire mais inachevée avec les autres parcours de santé

Le dispositif PAERPA s'inscrit dans une dynamique d'expérimentations de parcours de santé, aujourd'hui coordonnés mais risquant à terme de créer des doublons. En premier lieu, les MAIA ont l'ambition de proposer un parcours de prise en charge globale pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Les MAIA sont en cours de déploiement, 252 étant opérationnelles en décembre 2014 et 100 nouvelles devant être mises en place en 2015-2016⁵⁰. Si la population ciblée par PAERPA ne se limite pas à un type de pathologie⁵¹, le risque de doublons est réel, notamment lorsque la CTA n'est pas portée par la MAIA. En deuxième lieu, le Plan Autonomie avancée en âge (P3A) et le PRADO⁵² de la CNAMTS sont des éléments de parcours, respectivement en amont et en aval de l'hospitalisation. Bien qu'ils soient articulés avec PAERPA et n'entrent pas en concurrence, en particulier s'agissant de la population ciblée, la pertinence de conserver ces dispositifs distincts pourrait être à terme étudiée, notamment au regard de leur lisibilité pour les professionnels, *a fortiori* pour les personnes âgées. Il conviendrait donc à terme de **veiller à la cohérence de ces dispositifs avec PAERPA.**

PAERPA s'inscrit dans la réflexion sur la recherche d'un modèle de financement adéquat et soutenable des parcours de santé. Le coût global du projet semble assez élevé avec près de 17 millions d'euros de financement aux 9 ARS des projets pilotes en 2015⁵³ et devra à terme être mis en regard des résultats obtenus à l'issue de la montée en charge du projet. Le choix de financer le projet via le fonds d'intervention régional (FIR) a permis de trouver une solution temporaire suffisamment souple pour permettre le démarrage des projets. Toutefois, il conviendra de **trouver une clef de répartition du financement des parcours PAERPA** entre les sous-objectifs de l'ONDAM d'une part et entre l'assurance

⁵⁰ Sur les MAIA : voir annexes n°6 et 8. Les MAIA sont aujourd'hui soutenues dans le cadre du Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, mes. 34 : « *Poursuivre l'effort et consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie grâce au déploiement des MAIA* ».

⁵¹ Originellement, les MAIA étaient centrées sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

⁵² Sur le P3A et le PRADO : voir annexe n° 6.

⁵³ 1 M€ en 2013 pour les 5 ARS de la 1^e vague ; 10,2 M€ en 2014; 16,83 M€ en 2015.

maladie et les financeurs de l'action sociale d'autre part. En outre, la tarification du PPS s'inscrit dans la réflexion sur les expérimentations de rémunération partagée en médecine de ville, auxquelles les professionnels de santé ne sont pas opposés mais dont la négociation a été repoussée⁵⁴.

3.2.2 La place de PAERPA face à un secteur social et médico-social à rationaliser

Dispositif expérimental, PAERPA conserve le souci de ne pas multiplier les structures sans cohérence, au prix de la mise en place d'outils de coordination parfois complexes des structures existantes. La complexité et *in fine* le succès de PAERPA dépendront également de la rationalisation de structures sociales et médico-sociales, des outils développés par les acteurs locaux et de la gouvernance des différents projets et entités. Cette rationalisation est engagée dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement⁵⁵ et du projet de loi de modernisation de notre système de santé⁵⁶.

La rationalisation des structures de coordination des parcours et des guichets uniques interviendra à travers deux dispositifs. L'art. 53 ter du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement propose la création de Maisons départementales de l'autonomie (MDA), déjà expérimentés dans plusieurs territoires⁵⁷. De plus, l'art. 14 de la loi de santé prévoit la création de plateformes d'aide à la coordination de parcours complexes. Ces plateformes suscitent deux interrogations : d'une part, savoir si elles agrègeront les dispositifs existants ou bien constitueront une nouvelle structure, ce qui risque de complexifier à nouveau l'offre territoriale ; d'autre part, ces plateformes risquent de renforcer la compétition entre CLIC, MAIA et réseaux, ce qui pourrait être bénéfique dans

⁵⁴ Les négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé à l'automne 2014 sur les modes rémunération partagée n'ont pas abouti. Si l'objectif de coordination du parcours est relativement partagé par les acteurs, le glissement vers une rémunération forfaitaire au détriment d'une rémunération à l'acte est moins consensuel. En outre, le contexte de préparation du projet de loi de modernisation du système de santé et la généralisation du tiers payant rendaient difficile un accord avec les professionnels de santé.

⁵⁵ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 17 septembre 2014 et par le Sénat le 19 mars 2015.

⁵⁶ Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015.

⁵⁷ Notamment Cantal, Corrèze, Côte d'Or, Maine-et-Loire, Manche, Mayenne, Morbihan.

le cas où elles conduiraient ces structures à se rassembler, mais risquerait de complexifier l'accompagnement et rendre l'offre territoriale peu lisible.

La rationalisation des outils développés par les acteurs locaux semble nécessaire pour le déploiement du dispositif PAERPA, en particulier sur deux points. En premier lieu, des CTA ont été développées dans plusieurs territoires, notamment dans des territoires hors PAERPA. En second lieu, les outils similaires à l'annuaire ou au répertoire opérationnel des ressources (ROR) ont été développés ou sont en cours de développement par plusieurs acteurs : portail « Personnes âgées » de la CNSA dont le lancement est prévu en mai 2015, ROR aux contours variables, dans plusieurs régions⁵⁸, annuaires développés par les conseils généraux. De plus, le ROR développé par la CTA dans le cadre de PAERPA ne couvre que le territoire l'expérimentation et non le département entier. Il serait pertinent de **rationaliser cette offre hétérogène et souvent redondante** en concentrant, au sein d'une structure unique, un ROR détaillé de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire.

La rationalisation de la gouvernance de la prévention de la perte d'autonomie du projet PAERPA devrait progresser dans le cadre de l'art. 3 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui prévoit la création d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, réunissant dans chaque département l'ARS et le Conseil départemental. La conférence des financeurs, dont les contours restent à fixer, devrait permettre de rationaliser les instances de gouvernance territoriales, notamment concernant PAERPA et les MAIA. Toutefois, la gouvernance de PAERPA demeure complexe au niveau national et local, en raison du grand nombre d'acteurs concernés et de leur association au pilotage du projet, qui assure sa mise en œuvre effective.

⁵⁸ Régions Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Lorraine, PACA, Rhône-Alpes entre autres.

Conclusion

Le dispositif PAERPA a bien été conceptualisé de manière à permettre la mise en œuvre d'un parcours de santé coordonné, global et complet pour les personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie. Il a pour objectif d'associer l'ensemble des acteurs du parcours de santé, avec le souci de s'appuyer sur les structures de coordination déjà existantes sur les territoires en optimisant leur fonctionnement tout en évitant les redondances.

Le dispositif place ainsi au cœur de son action l'amélioration de la coordination des actions des professionnels de tous les secteurs concernés par l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. PAERPA vise à dépasser la logique traditionnelle, et encore profondément ancrée, d'une prise en charge centrée sur les « actes » pour la faire évoluer vers une approche axée sur le décloisonnement de l'action des acteurs de la ville, de l'hôpital, du domicile, du social et du médico-social en plaçant la personne et ses besoins au cœur des préoccupations.

Pour ce faire, PAERPA confie aux ARS la mission de mettre en œuvre une animation territoriale favorisant l'implication des différents acteurs dans ce dispositif.

Le programme propose également des outils devant permettre, s'ils sont acceptés et utilisés par les acteurs, une meilleure coordination de l'accompagnement.

Il semble donc pouvoir permettre la construction d'un parcours de santé cohérent favorisant à la fois la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées et risque de perte d'autonomie

Néanmoins, le projet n'en est actuellement qu'au stade de la mise en œuvre, avec une lente montée en charge. Il laisse une grande autonomie aux acteurs de terrain dans le but de comparer les différents modèles développés. Il est donc encore trop tôt pour en réaliser une évaluation. En effet, l'évaluation préalable au choix d'opérationnalisation d'un projet relativement conceptuel en vue de l'étendre à d'autres territoires, voire d'autre parcours, demande du temps.

Il ne s'est pas agi, dans le cadre de cette étude, de réaliser une quelconque évaluation du dispositif PAERPA. Néanmoins, à partir des entretiens menés auprès d'acteurs impliqués dans la démarche PAERPA et de l'analyse qu'il est possible de faire de ce dispositifs, des points de vigilance ont pu être identifiés. Par exemple, au regard de ce qui a pu être souligné par les acteurs institutionnels et de terrain, il apparaît que la réussite de PAERPA dépend beaucoup du degré d'implication des médecins traitants. Or,

il est possible de s'interroger sur la capacité du programme à être suffisamment incitatif pour ces médecins. De même, en s'appuyant beaucoup sur les professionnels libéraux, PAERPA peut comporter le biais de se centrer excessivement sur la médecine de ville et ne pas permettre une inclusion suffisante des autres acteurs, notamment du social.

L'analyse du dispositif PAERPA a finalement permis de formuler quelques points de vigilance visant à optimiser les chances de réussite de ce programme. Il apparaît par exemple nécessaire que l'évaluation de PAERPA ne se fasse pas de manière trop précoce afin de permettre le recueil et l'analyse de résultats significatifs. Il semble également que, pour réussir, le dispositif PAERPA doive se déployer dans des territoires où les structures d'accompagnement sont en cours de rationalisation. Il convient en outre d'être vigilant sur les éventuels doublons qui peuvent se créer avec des dispositifs déjà existants. Il est aussi nécessaire de réfléchir au financement de PAERPA et à l'éventuelle évolution des modalités de la tarification des parcours de santé. Enfin, les lois de modernisation de notre système de santé et d'adaptation de la société au vieillissement engendrent une évolution du cadre du parcours de santé des personnes âgées à prendre en compte. Néanmoins, la pertinence de ces points de vigilance est à mettre en regard des limites intrinsèques de cette étude. Il est notamment difficile d'émettre des recommandations pour un dispositif dont la mise en œuvre a débuté depuis peu et dont les réussites et les difficultés n'ont pas encore été clairement identifiées ni évaluées.

Quoi qu'il en soit, PAERPA met en évidence la nécessité de mieux coordonner l'accompagnement des personnes âgées et propose une méthode, des principes et des outils qui peuvent potentiellement permettre aux acteurs d'adopter une logique de parcours de santé et faire évoluer leurs pratiques. A ce titre, l'expérimentation du dispositif PAERPA sera une source d'enseignements et d'inspiration précieuse pour le déploiement à venir d'autres parcours de santé.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 17 septembre 2014 et par le Sénat le 19 mars 2015)

Projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé (adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015)

Décret du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Ouvrage

BLOCH M.A. , HENAUT L., *Coordination et parcours*, Dunod et Fondation Paul Bennetot, 2014, 336 p.

Articles de périodiques

BATAILLON R., VARROUD-VIAL M., MARECHAUX F., « Regards croisés sur le déploiement des parcours », in *ADSP*, n°88, 2014/9.

CAVALIER, Dr GODET, DROCHON M., « Regards croisés sur le déploiement des parcours », in *ADSP* n°88, 2014/9.

CORDIER A., « Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? », in *ADSP*, n°88, 2014/9.

DESSAULLE M.S., « Les parcours sont-ils un levier efficace d'une politique régionale de santé », in *ADSP*, n°88, 2014/9.

FERY-LEMONNIER E., « Les parcours, une nécessité », in *ADSP* n°88, 2014/9.

MIGUEL-CHAMOIN L. « Protection des données de santé mises en partage : la médecine de parcours », *Journal international de bioéthique*, 2014/3

MOREL M., « De quel parcours parle-t-on? », in *ADSP* n°88, 2014/9.

STOCKER A., « Les parcours, une nécessité », in *TSA*, n°55, 2014/9.

Rapports

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, Rapport annuel 2012

COUR DES COMPTES, « La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins » in *Rapport public annuel*, 2012

COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE, *Projet de cahier de Charges des projets pilotes PAERPA*, janvier 2013

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, *La dépendance des personnes âgées*, 2011

DEVICTOR B. « *Le Service Public Territorial de Santé (SPTS), le Service Public Hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé* », mars 2014

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, 2010

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, *Assurance maladie et perte d'autonomie*, 2011

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, 2011

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes* », La Documentation française, janvier 2013

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*, décembre 2014

Thèses et mémoires

NENGBI D., 2014, *Expérimentation du parcours de soins coordonné des personnes âgées sur le territoire de St Méen le Grand (Bretagne)*, Mémoire IASS, EHESP

CASTEX L., MARQUIS S., MAURY S., XICLUNA J., *Les facteurs clés de succès de l'implémentation des parcours de santé en France*, HAS / ESC TOULOUSE 2012-2013

Conférence

ARS BRETAGNE, « *Parcours de santé, parcours de vie: de quoi parle-t-on ?* » du 19 novembre 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie générale et déroulement du module interprofessionnel.....	II
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées.....	V
Annexe 3 : Guide d’entretien à l’intention des acteurs des projets pilotes	VIII
Annexe 4 : Guide d’entretien à destination des acteurs institutionnels	IX
Annexe 5 : Fondements historiques et juridiques de PAERPA	X
Annexe 6 : Principaux acteurs et structures de coordination des parcours de santé....	XIX
Annexe 7 : Les outils de coordination de PAERPA : CCP et CTA	XXII
Annexe 8 : Les structures d’aide et d’accompagnement des personnes âgées.....	XXV
Annexe 9 : Méthodologie de l’évaluation du programme PAERPA.....	XXXIV

Annexe 1 : Méthodologie générale et déroulement du module interprofessionnel

Composition du groupe

Le groupe de travail est composé de 10 élèves de profils diversifiés et de filières différentes : deux élèves directeur d'hôpital ; trois élèves directrices d'établissement sanitaire, social et médico-social ; une élève directrice des soins ; deux élèves attachées d'administration hospitalière ; deux élèves inspectrices de l'action sanitaire et sociale.

Les deux enseignants référents du groupe sont le Dr Nicole Bohic, professeur à l'Institut du management (EHESP) et le Dr Rémy Bataillon, directeur adjoint de la DAQSS à la HAS et professeur affilié à l'EHESP.

Méthodologie générale et déroulement du module

En amont du module interprofessionnel : l'analyse partagée du sujet

- Dès la constitution du groupe de MIP, nous avons échangé entre membres du groupe et avec nos référents sur le forum de la plateforme REAL.
- Une première rencontre a eu lieu en amont afin d'analyser le sujet à partir des expériences et des connaissances de chaque membre du groupe. Issus de différentes filières professionnelles, nous avons pu croiser nos différentes approches des parcours de santé et enrichir notre compréhension du dispositif PAERPA. Cette rencontre nous a permis de mettre en place rapidement une dynamique de groupe et de nous répartir les lectures préalables.

Première semaine (27-30 avril 2015) : préparation du plan et des entretiens

- Le jour du lancement du MIP, nous avons rencontré Madame BOHIC afin de discuter ensemble du sujet et de ses contours, du calendrier envisagé et des entretiens que nous pourrions mener.
- La première semaine a été dédiée à un travail en groupe complet à l'EHESP, aboutissant à la détermination commune d'une problématique, d'un plan, de grilles d'entretien, à la prise de rendez-vous avec les acteurs pertinents à interroger.
- Les grilles d'entretien, corollaires du plan, ont été élaborées par le groupe dans son ensemble afin d'harmoniser les investigations menées auprès des acteurs institutionnels et de terrain.
- Les entretiens et la préfiguration de chacune des trois parties du rapport ont été répartis entre trois trinômes d'élèves issus de différentes filières, permettant de croiser les regards sur chaque entretien.

Deuxième semaine (4-7 mai 2015) : entretiens et restitutions au groupe

- La semaine a été consacrée aux entretiens menés à Paris, en Mayenne, en Midi Pyrénées et en Aquitaine, ou par téléphone, et à l'approfondissement bibliographique.
- Chaque compte-rendu d'entretien était publié dans les 24h sur un outil en ligne de partage d'information, les idées étant reclassées par thématiques.
- Ces entretiens et nos lectures de la littérature concernant le dispositif PAERPA nous ont permis de commencer la rédaction du plan détaillé du rapport.
- Une réunion en groupe restreint s'est déroulée le 7 mai à l'EHESP pour tirer un premier bilan des entretiens et partager les analyses relatives au sujet.

Troisième semaine (11-15 mai 2015) : arbitrages et rédaction du rapport et des annexes

- Une majorité du groupe s'est retrouvée à l'EHESP afin d'arbitrer entre les analyses à intégrer au mémoire et finalement afin de rédiger le document, par trinôme afin d'éviter les incohérences de raisonnement. Un programme de relecture a été mis en place pour chaque trinôme puisse relire les parties des autres.
- Les membres du groupe travaillant à distance ont contribué à la rédaction des annexes et ont réalisé une relecture attentive des différentes parties.
- Un document final a été produit le 14 mai, permettant à chaque membre du groupe d'en faire une ultime relecture et de proposer d'éventuelles modifications.

Outils de travail

- Un outil de prise de rendez-vous partagé en ligne a permis à chacun de suivre et de compléter l'état d'avancement de la planification des entretiens, de leur réalisation et de la rédaction du compte-rendu.
- Afin de rester en permanence en lien lors de nos travaux de recherche et de rédaction, un espace de travail sur l'application OneDrive a été mis en place, permettant de rassembler les différents éléments du dossier (synthèse des entretiens, travail de recherche et de rédaction, dossier « annexes »). Chaque membre du groupe les a enrichi au fur et à mesure de l'avancée des travaux. Ce travail commun nous a permis d'élaborer des échanges riches qui nous ont permis de prendre des décisions de façon concertée.
- Les grilles d'entretiens ont été structurées autour de 5 axes : ambitions et objectifs du dispositif PAERPA, organisation du dispositif et coordination des acteurs ,

coordination du parcours de santé, moyens et outils de mise en œuvre, évaluation et leviers d'amélioration. Elles ont été adaptées à la spécificité de chaque interlocuteur.

- Le type d'entretien retenu est l'entretien semi-directif, ce qui a permis aux acteurs de parler librement de leur expérience relative à la mise en œuvre du dispositif PAERPA. Les entretiens ont été réalisés soit lors d'entrevues individuelles soit par téléphone, variant de 30 mn à 1H30, en fonction des contraintes géographiques et des contraintes de temps des professionnels.
- Une recherche documentaire reposant sur des éléments bibliographiques est venue compléter les données issues des entretiens.

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

1. Entretiens nationaux

1.1. Ministère des affaires sociales et de la santé

1.1.1. Secrétariat général des ministères sociaux

- Dr Élisabeth Fery-Lemonnier, Chargée de mission

1.1.2. Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Mme Claire Scotton, Directrice de projet PAERPA

1.1.3. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- Mme Béatrice Rolland, Cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées (3A)
- Dr Fabienne Dubuisson, Cheffe de projet Parcours de santé PAERPA

1.1.4. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Cécile Balandier*, Bureau des prises en charge des soins post aigus, pathologies chroniques et santé mentale

1.2. Comité de pilotage national PAERPA

- Pr Claude Jeandel, Président
- M. Pascal Chauvet, Vice-président de l'atelier « Coordination »

1.3. Autres organismes publics de niveau national

1.3.1. Haute autorité de santé (HAS)

- Dr Michel Varroud-Vial, Chef du service Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

1.3.2. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

- Dr Marie-Dominique Lussier, Manager Parcours en santé

1.3.3. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- M. Thomas Jan, Responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins (DCES)
- Mme Garmenick Leblanc, Coordinatrice de la cellule médico-sociale
- M. Jean-François Rouget, Chargé de mission

1.3.4. *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*

- Dr Sylvie Merville, Médecin expert, Direction de la compensation de la perte d'autonomie
- Mme Catherine Perisset, Equipe projet nationale MAIA

1.3.5. *Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA)*

- M. Sylvain Denis, Vice-président

1.3.6. *Institution de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)*

- M. Jean-Baptiste Combes*, Chargé de recherche

1.3.7. *Cour des Comptes - Sixième Chambre*

- Mme Sylvie Toraille, Conseillère référendaire

1.4. Acteurs de la société civile et acteurs économiques

1.4.1. *Association nationale des coordonnateurs et coordinations locale (ANCLIC)*

- M. Richard Pierre Williamson, Président

1.4.2. *Collectif interassociatif sur la santé (CISS)*

- Mme Sylvie Pozza, Déléguée Pays de la Loire

1.4.3. *Cabinet de conseil EY*

- M. Pierre-Yves Brossard, Manager

2. Entretiens relatifs aux expérimentations

2.1. Expérimentation Pays de la Loire – Mayenne

2.1.1. *Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire*

- Dr Pierre Blaise, Directeur du Projet régional de santé

2.1.2. *Pôle santé Mayenne*

- Mme Anne Rocher, Coordinatrice du pôle
- Mme Lemoine, Infirmière coordinatrice du pôle

2.1.3. *Centre hospitalier local du sud-ouest mayennais (CHLSOM)*

- Mme Annie Ravaillault, Directrice

2.1.4. *Centre hospitalier du Nord-Mayenne*

- Mme Géraldine Lecoq, Cadre de santé (SSIAD)

2.2. Expérimentation Aquitaine – Ville de Bordeaux

2.2.1. Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine

- Mme Brigitte Geoffroy, Chef de projet PAERPA

2.2.2. Caisse primaire d'assurance maladie de Gironde (CPAM 33)

- M. Paul-Innocent Mouala-Makata, Responsable des parcours coordonnés de santé

2.2.3. Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques (CD 64)

- M. Eric Villacampa, Directeur de l'autonomie

2.3. Expérimentation Ile-de-France – Nord parisien

2.3.1. Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France

- Mme Laure Lecoat, Responsable du pôle médico-social
- Mme Sarah Liwartovski, Cheffe de projet PAERPA

2.4. Expérimentation Midi-Pyrénées – Hautes-Pyrénées

2.4.1. Agence régionale de santé (ARS) Midi-Pyrénées

- M. Thierry Godet, Responsable des parcours
- Mme Francisca Guttierrez Vallein, Cheffe de projet PAERPA

NB : Les personnes dont le nom est suivi d'un astérisque (*) ont récemment quitté leur poste.

Annexe 3 : Guide d'entretien à l'intention des acteurs des projets pilotes

-La mise en œuvre du dispositif PAERPA est-elle pertinente sur votre territoire au regard des dispositifs préexistants ? Se sont-ils bien articulés ?

-Le dispositif PAERPA parvient-il à décroiser les secteurs sanitaire, social, médico-social et éviter les ruptures de parcours ?

-En quoi le PAERPA a-t-il fait évoluer les pratiques professionnelles (libéraux, pôles, hôpital, EHPAD, soins à domicile, ARS...) ? Quels sont les apports et intérêts pour les différents professionnels ?

-Les ARS disposent-elles de suffisamment de leviers pour impliquer les différents acteurs ?

-Quelle marge de manœuvre est laissée aux acteurs de terrain ?

-Le projet a-t-il permis d'impliquer l'utilisateur et ses aidants dans une logique de parcours ?

-La place de la prévention est-elle suffisante pour optimiser l'entrée dans le dispositif PAERPA ?

-Que pensez-vous de l'efficacité de la mise en place de la CTA et des CCP dans la coordination ? Que pensez-vous de la place du médecin traitant dans le dispositif ?

-Les outils (métiers, RH, SI, financement) proposés par ce dispositif vous paraissent-ils adaptés ?

-Selon vous, quels leviers permettraient d'améliorer le dispositif PAERPA ?

-Pensez-vous que ce dispositif soit généralisable à l'ensemble du territoire ? A d'autres formes de parcours ?

Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des acteurs institutionnels

NB : le guide d'entretien a été adapté à chacun des entretiens prévus, afin de prendre en compte la spécificité et les domaines d'expertise des institutions représentées.

Les ambitions et objectifs

- Quelles étaient selon vous les visées et objectifs initiaux du projet PAERPA ?
- Quelles spécificités du parcours PAERPA par rapport à d'autres parcours ?

L'organisation du dispositif et la coordination des acteurs

- Parmi les projets proposés pour l'AAP, quels critères de sélection a retenus le COPIL ?
- En quoi l'organisation du dispositif favorise les interactions entre ville/hôpital, entre santé / social/ médico-social ?
- A l'aune de l'expérience des projets pilotes, un type de porteur de CTA (CLIC, MAIA, réseaux, CCAS, GCS) semble-t-il plus pertinent que les autres ?
- Comment inciter les acteurs à adhérer à cette démarche de coordination, en respectant le principe de subsidiarité ?

La coordination du parcours de santé

- Le rôle de coordination du parcours attribué au médecin traitant vous semble-t-il réaliste ?
- Le dispositif PAERPA permet-il effectivement de développer la prévention ?

Les moyens et les outils de mise en œuvre du PAERPA

- Quelles réflexions ont conduit à l'élaboration et au déploiement ou à la modification des outils métier (VSM, DLU, CRH, annuaire/ROR) ?
- Les outils de support (SI / RH / financement) du PAERPA font-ils évoluer les pratiques professionnelles ?

L'évaluation du projet et les leviers d'amélioration

- L'évaluation prévue du projet PAERPA innove-t-elle en comparaison d'autres projets, notamment en matière d'étude médico-économique ?
- Quels éléments pourraient, selon vous, être améliorés dans le parcours PAERPA ?
- Quels seraient les prochaines étapes du projet, d'autres territoires éventuellement concernés par l'expérimentation ?
- Le projet PAERPA est-il un jalon important dans l'évolution vers une logique de parcours de santé ?

Annexe 5 : Fondements historiques et juridiques de PAERPA

I. Les origines de la politique de la vieillesse

-Le rapport Laroque, 1962⁵⁹

Il marque la naissance d'une politique globale de la vieillesse avec le début des services à domicile et l'amélioration de l'habitat. Il prône la coordination des actions pour favoriser l'insertion de la personne âgée dans son milieu de vie.

-La circulaire Franceschi du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées

Dans la lignée de la décentralisation, elle témoigne de la volonté d'inscrire la coordination au cœur de la politique vieillesse. L'Etat s'appuie sur la création de postes de coordonnateur ainsi que sur la mise en place d'instances gérontologiques locales (**CODERPA**), dont le secteur d'intervention n'est pas prédéterminé : les secteurs d'action gérontologique rassemblent responsables locaux, élus, CCAS, associations, établissements regroupés ou non. Il s'agit de passer d'une logique administrative à une logique partenariale. L'enjeu du juste soin passe donc par la coordination qui apparaît comme une dynamique collective.

-L'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Le Titre VI instaure la création des **réseaux** de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ou à certaines pathologies. Il s'agit de favoriser la coordination et la continuité des soins dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils permettent l'association des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

-La circulaire n° 2000/310 du 6 juin 2000, relative aux centres locaux d'information et de coordinations gérontologiques ; circulaire complétée par la circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001

⁵⁹Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, plus connu sous le nom de rapport Laroque, rapport « Politique de la Vieillesse », La Documentation française, 1962.

Ils procèdent de la double logique de mise en réseau et de coordination, et répondent au souci de mise en œuvre territorialisée d'une action sociale spécifique : la question de la prise en charge de la dépendance et le problème du niveau pertinent d'intervention avec une nouvelle vague de transferts de compétences de l'Etat vers les collectivités locales.

Ils ont pour mission de structurer le dispositif de maintien à domicile et de jouer le rôle de guichet unique afin de fédérer l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur gérontologique. Le réseau des **CLIC** a vocation à mailler l'ensemble du territoire au niveau de bassin de vie pour faciliter l'accès aux différents services aux personnes âgées et à leur famille.

-La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Parallèlement aux créations de la **HAS** et du **DMP**, elle établit le **parcours de soins** coordonnés autour du médecin traitant qui oriente et suit le patient tout au long de son parcours.

-Le Plan solidarité grand âge 2007-2012

Destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique dans le respect du libre choix des personnes, en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé, il développe la construction du parcours.

-Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Elle vise à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement de **filières gériatriques** hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de la mise en œuvre des volets des SROS III consacrés aux personnes âgées.

-Circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »

Elle a pour but de créer une filière d'accompagnement global des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, permettant aux malades et à leurs proches de bénéficier de manière coordonnée d'un ensemble de prestations adaptées à l'évolution de la maladie. Sur la base des structures existantes, les **MAIA** proposent des portes d'entrée uniques pour l'accueil et l'orientation ainsi que pour l'évaluation pluridisciplinaire du malade. Les gestionnaires de cas coordonnent et assurent le suivi des interventions médicales et sociales pour les malades dont la situation est complexe, afin d'élaborer une prise en charge et un suivi personnalisés. Ils travaillent en liaison avec le médecin traitant et l'entourage du malade.

-Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

La création des **ARS** réinstaura la place de l'Etat dans la politique gérontologique. Cette nouvelle politique organise le **décloisonnement** des champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social par l'élaboration de sa stratégie à travers le PRS. Elles ouvrent donc la voie à la possibilité d'avoir des politiques de santé mieux adaptées aux besoins de chaque territoire et aux spécificités de chaque bassin de population. Un changement de paradigme s'opère vers le parcours de santé (un de ses quatre objectifs stratégiques).

L'article 51 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS.

L'ANAP est créée avec pour objectif d'améliorer la performance des établissements de santé et médico-sociaux, grâce à son expertise sur les questions relatives à la territorialité et à l'offre de santé. Elle accompagne le changement vers le nouveau système de santé qualitatif, durable et global, de la prévention à l'aide à l'autonomie.

II. Les premières expérimentations

-Le Rapport HCAAM 2010, *L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse*

Il met en avant le fait que « [l]a coordination des soins fait intégralement partie de la prise en charge soignante. »

Les chapitres I et II des annexes⁶⁰ se focalisent sur la prise en charge du grand âge. Ils posent le constat que les dépenses très élevées s'expliquent par des inadaptations structurelles.⁶¹

Le Haut conseil estime qu'il faut franchir une étape. Il souhaite que soit mis à l'étude un **véritable dispositif de coordination personnalisé, visant prioritairement les personnes très âgées les plus fragiles** (préconisation 12). Il distingue au sein de la fonction de « coordination autour de la personne » au sens large, la fonction de « synthèse médicale » et la fonction de « coordination soignante et sociale ». Si la première fonction est toujours nécessaire et exercée par le médecin traitant, la seconde pourrait être confiée à un autre professionnel. Pour les patients complexes, une coordination renforcée peut se justifier. Par ailleurs, la préconisation 14 impulse le passage d'une logique de rémunération d'actes de coordination à une logique de rémunération d'actes de soins mieux coordonnés

-Lancement d'appel à contribution par l'ANAP, été 2010, pour la fluidification du parcours de santé de la personne âgée en situation de fragilité

L'analyse des 14 sites sélectionnés donne lieu à une publication en 2011, **Les parcours de personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience**, qui étudie les clés de réussite et les leviers d'amélioration pour la conduite des projets du parcours de santé des personnes âgées.

-Le rapport HCAAM 2011, Assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées

Dans le prolongement des travaux antérieurs, il appuie pour une rapide expérimentation d'opérations innovantes gérées par les ARS. Ce rapport est le premier à faire le lien entre le parcours de soin et le parcours de vie.

-Le rapport de l'IGAS 2011, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge

⁶⁰ Respectivement : L'avis Vieillesse et la Synthèse des préconisations.

⁶¹ « L'addition pas toujours cohérente d'actes et de prescriptions, la succession d'hébergements parfois trop longs, ou trop courts, ou inadaptés, l'accumulation d'examen non conclusifs, sont autant de réalités vécues où s'expriment à la fois une intense mobilisation de moyens, et des conséquences humaines et thérapeutiques décevantes – quelques fois dramatiques. »

Cette enquête réaffirme, d'une part, qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées, et que d'autre part, les organisations coordonnées réinscrivent le parcours de la personne âgée au centre des interventions des acteurs et favorisent la montée en compétence des professionnels de santé et des professionnels sociaux grâce au décloisonnement des pratiques et au partage des savoir faire.

-Déclaration du 21 juin 2011 de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot-Narquin, sur les principales propositions formulées dans les quatre rapports des groupes de travail sur la dépendance

Elle conclut qu'il est nécessaire de « mettre fin au parcours du combattant » et qu'il est indispensable de mettre en place le parcours pour la personne âgée.

-Article 70 de la LFSS pour 2012 : expérimentation de nouvelles formes d'organisation des soins visant à prévenir le recours à l'hôpital et à optimiser les sorties d'hospitalisation

Les expérimentations débutent à compter du 1^{er} janvier 2012 pour une période maximale de 5 ans et s'appuient sur des dérogations législatives concernant les modes de rémunération des professionnels de santé. Fin 2011, l'appel à projet est émis auprès des ARS, pilotes opérationnels des expérimentations.

-Lettre de mission des ministres de la santé, de la cohésion sociale, et de la recherche, instaurant Dominique Libault, Président du comité national en charge des travaux sur le parcours de soins des personnes âgées, février 2012

-Installation du Comité national de pilotage « parcours de santé des personnes en risque de perte d'autonomie » par la ministre, avril 2012

Au titre des expérimentations de l'article 70 de la LFSS 2013, onze projets dans sept régions sont retenus : ARS de Bourgogne, Bretagne, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le coût estimé est de un million

d'euros. Le cahier des charges⁶² prévoit deux modules indépendants : la prévention de l'hospitalisation, la gestion de la sortie et les suites d'une hospitalisation.

Parallèlement quatre groupes de travail sont initiés afin de réfléchir sur les projets pilotes « parcours de santé PAERPA⁶³ ».

III. Le dispositif PAERPA

-Article 48 de la LFSS pour 2013 : mise en place de projets pilotes, les parcours de santé PAERPA

L'avancée des travaux permet l'insertion d'un article dans la LFSS 2013 afin de dynamiser la démarche entreprise par les expérimentations de l'article 70 avec la mise en œuvre des dispositifs PAERPA. L'annexe VII présente trois séries d'objectifs : sur le plan individuel, l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et celle de leurs aidants ; sur le plan collectif, une efficience des prises en charge vers la logique de parcours de santé ; et sur le plan des pratiques professionnelles, l'adaptation à la logique « parcours de santé PAERPA » en déployant des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

Les projets pilotes PAERPA sont dès lors possibles à compter du 1er janvier 2013.

-Rédaction du projet de Cahier des charges pour la sélection des territoires pilotes et la mise en œuvre du PAERPA par le COPIL, décembre 2012

Appel à candidatures adressé début 2013 aux ARS.

⁶²Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

⁶³Atelier 1 : recueil et exploitation des données cliniques par les professionnels de premier recours ; atelier 2 : coopération et coordination entre professionnels de santé, professionnels du secteur social autour du parcours de personnes en perte d'autonomie hors hospitalisation ; atelier 3 : optimiser les modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées en perte d'autonomie et faciliter les sorties d'hospitalisation (expérimentation article 70) ; atelier 4 : prévoir les objectifs et les conditions d'évaluation des projets pilotes.

-Sélection de huit territoires par le ministre, mai 2013

La durée annoncée pour la mise en œuvre des projets pilotes parcours de santé PAERPA est de cinq ans avec deux périodes de lancement :

- vague 1, cinq expérimentations en septembre 2013 : ARS Ile-de France, Pays-de-la-Loire, Midi-Pyrénées, Lorraine et Centre ;
- vague 2, début janvier 2014 : Aquitaine, Limousin, Nord-Pas-de-Calais.

IV. L'intégration de PAERPA dans le cadre des orientations du système de santé

-La Stratégie Nationale de Santé, septembre 2013

La feuille de route de la SNS propose de travailler sur de nombreux **outils nécessaires au parcours**, notamment dans son axe 2 et 3⁶⁴.

Il s'agit : d'orienter la formation initiale et continue vers une prise en charge globale, pluridisciplinaire ; de promouvoir le développement de nouveaux métiers ; de rendre les systèmes d'information accessibles et partagés ; d'accélérer le déploiement du DMP2 (partage d'une synthèse médicale, lien avec le dossier pharmaceutique et le secteur médico-social) ; de développer la télémédecine (téléconsultation, téléassistance, télésurveillance) ; de faire le choix de l'action territoriale avec les ARS ; de renforcer le pilotage national ; d'impliquer l'utilisateur.

La SNS prévoit la mise en place d'un appui aux équipes de proximité au niveau du territoire de proximité qui pourra prendre la forme d'un coordonnateur/animateur de territoire. Par ailleurs, il est envisagé d'actionner les services existants (réseaux de santé MAIA, PAERPA) autour du médecin généraliste.⁶⁵

Le thème du financement de la coordination est également travaillé à l'aune du projet PAERPA, dans le but de développer le parcours de santé.⁶⁶

⁶⁴Respectivement : Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale ; Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire.

⁶⁵Axe 2.1.1.1. Mettre en place un appui aux équipes de proximité. « Ce dispositif serait complété par une offre de service à l'intention des médecins généralistes comme par exemple la gestion des cas complexes ou la gestion des conséquences d'une maladie sur la vie quotidienne des patients. Les équipes de proximité doivent pouvoir bénéficier du concours des structures déjà existantes (réseaux de santé, MAIA, ...) ou en cours de mise en place (PAERPA), en les réorientant de façon conforme à l'organisation globale retenue. »

⁶⁶Axe 2.1.1.4. Réformer les modalités d'organisation et de financement pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours. « L'expérimentation actuelle des parcours « PAERPA » le

-Décret en Conseil d'Etat pour organiser la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des PAERPA.⁶⁷

-Rapport d'information de Madame Catherine Génisson et Monsieur Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, janvier 2014

Rapport sur la coopération des professionnels de santé, la première partie permet de dresser un bilan de la mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST ; la seconde, dans une perspective plus large, permet de mesurer le dispositif au regard des attentes en matière d'évolution du système de soins pour une meilleure insertion des professionnels intermédiaires dans le parcours et l'élaboration de la définition des professionnels d'expertise.

-Projet de loi relatif à la santé, 15 octobre 2014

Il part du dysfonctionnement du système de santé tant au niveau du patient que de celui des professionnels. Par conséquent, il ambitionne de « procéder d'une vision globale et innovante du système de santé. » Le Titre II : Faciliter au quotidien les parcours de santé, consacre la notion de parcours. Son article 12 instaure un **lien étroit entre le STSP et le parcours** : « Le STSP a pour objectif la mise en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, d'une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe. » La prévention, les outils de la coordination des parcours de santé fondent les objectifs stratégiques du projet de loi.

montre bien : le maintien de systèmes de financement cloisonnés, répondant à leurs logiques propres, entre les différents domaines d'intervention (ville, hôpital et médico-social) n'est pas compatible avec les objectifs poursuivis par la SNS en faveur d'une approche globale de la santé et du développement de parcours de santé, en particulier au service d'une meilleure prise en charge du vieillissement et de la perte d'autonomie.

Dans le même esprit, d'autres expérimentations de financement et d'organisation de parcours seront engagées dès 2014, à l'initiative des ARS et dans un cadre fixé par la loi. »

⁶⁷Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

-Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 19 mars 2015

Il met en place certains outils tels que l'aide à domicile comme acteur de la prévention, le droit au répit pour les aidants, l'amélioration de l'information, de l'orientation et de l'accompagnement, la création d'emplois et la qualification des métiers dans le secteur des personnes âgées.

Annexe 6 : Principaux acteurs et structures de coordination des parcours de santé

Il est possible de définir un parcours de santé comme « la prise en charge *globale* du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action *coordonnée* des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement ».

La notion de « parcours de santé » est à distinguer de deux concepts voisins qui sont celui de « parcours de soins » et celui de « parcours de vie ». En effet, le « parcours de soins » est le parcours coordonné du patient dans sa dimension purement sanitaire et curative. Le parcours de soins est compris dans la notion de « parcours de santé » qui le complète par la prise en compte de la prévention primaire et sociale en amont, et par l'accompagnement médicosocial et social et le maintien à domicile en aval. Le « parcours de vie » quant à lui englobe la notion de « parcours de santé » en la complétant par la prise en compte de la personne dans son environnement économique et familial.

La mise en place de parcours de santé en France a été très progressive. Elle s'est appuyée sur des structures de coordination.

I. Les structures de coordination

-Les réseaux de soins : Les ordonnances de 1996 ont introduit, à la fois du côté de la médecine de ville et du côté hospitalier, l'idée d'une organisation des soins en « réseau ». Ces ordonnances ouvrent la possibilité de créer des réseaux de soins expérimentaux, les « réseaux Soubie », afin que les soins soient davantage coordonnés.

-Les réseaux de santé : créés par la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé remplacent les réseaux de soins. Ils sont composés des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales et médico-sociales et des représentants des usagers. Ils visent à assurer une continuité de l'accès aux soins et une coordination des acteurs dans la prise en charge sanitaire des patients, notamment ceux atteints par des pathologies spécifiques. Les réseaux de santé restent donc relativement plus centrés sur la pathologie que sur la personne dans sa dimension globale.

-Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) : regroupent au moins deux médecins et un auxiliaire médical, avec le plus souvent des infirmiers, de kinésithérapeutes, voire des orthophonistes et des diététiciens. Ces structures doivent favoriser la coordination des

pratiques des professionnels de santé de proximité, et leur développement a été identifié comme un axe prioritaire par la loi HPST.

-Les pôles de santé : Le pôle de santé réunit des professionnels de santé et, le cas échéant, des professionnels de santé avec des structures sanitaires ou médico-sociales. Il peut disposer de la personnalité morale. Il peut comporter plusieurs sites d'implantation.

II. Les acteurs de la coordination

-Le rôle pivot du médecin traitant : De même, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie cherche à développer une organisation du système de santé beaucoup plus efficiente : cette loi donne naissance aux « parcours coordonnés de santé » et fait du médecin traitant le véritable pivot de ces parcours. Le médecin traitant est en effet chargé de coordonner les interventions des différents professionnels de santé auprès du patient. Il est également en charge de l'orientation et du suivi du patient. Le patient, pour voir ses soins remboursés au taux normal, doit impérativement passer par le médecin pour se rendre ensuite chez des spécialistes.

-Le patient, au centre de son parcours de santé : La loi du 4 mars 2002 affirme le droit pour le patient d'être acteur de sa santé.

-Les ARS, acteurs du décloisonnement des différents secteurs : Enfin la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 a notamment créé les Agences Régionales de Santé afin de favoriser le décloisonnement entre la ville, l'hôpital, le médicosocial et l'accompagnement social, et ainsi encourager la construction de parcours coordonnés de santé.

III. Exemples de parcours de soins et de santé existants en France

-Les parcours de soins initiés par la HAS centrés sur une pathologie : les parcours de santé sont au centre des préoccupations de la Haute Autorité de Santé. La HAS a déjà rédigé plusieurs parcours de soins concernant des maladies chroniques : la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la maladie rénale chronique de l'adulte, la maladie de Parkinson et l'insuffisance cardiaque. La HAS s'interroge aujourd'hui sur la mise en œuvre des parcours de santé intégrant l'ensemble des acteurs, dont ceux des champs social et médico-social, et à la mise en pratique sur le terrain d'une coordination pluridisciplinaire intégrant ces champs.

-Les plans de santé publique : Les Plans et les programmes de santé publique sont des modes d'organisation des politiques de santé qui visent à atteindre les objectifs pluriannuels fixés par la loi de santé. Ces plans de santé se rapprochent de la structuration

en parcours dans la mesure où ils visent à mobiliser les acteurs de la santé autour d'objectifs communs et donc à coordonner leurs actions pour les atteindre.

C'est notamment le cas des plans axés sur l'accompagnement des maladies chroniques. Les plans relatifs aux maladies chroniques sont les plans : Cancer, Alzheimer, AVC, maladies rares. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées par ses maladies, notamment en fluidifiant leur parcours leur parcours de santé en développant la prévention, la formation des professionnels, le suivi du patient pendant sa maladie et dans l'après-maladie, le soutien aux proches. Ces plans visent ainsi à réduire le risque de ruptures de parcours. Par exemple, le plan Cancer, entre autres choses, vise à renforcer le médecin traitant dans son rôle de coordonnateur et d'accompagnateur du parcours du patient. Il cherche aussi à renforcer l'utilisation du DMP afin de mieux coordonner les acteurs du dépistage.

-Exemple de parcours initiés par l'Assurance Maladie : L'Assurance Maladie, en tant que financeur du système de santé, développe également des parcours de santé, notamment dans l'optique de rendre plus efficient le recours aux soins.

- Prado : L'Assurance Maladie développe depuis 2010 un accompagnement du retour à domicile des patients après une hospitalisation, PRADO. Il s'agit pour les professionnels de l'Assurance Maladie d'anticiper les besoins du patient pendant la période d'hospitalisation et de le mettre en relation charge avec les professionnels de santé libéraux pour préparer et optimiser son suivi-post hospitalisation. Ce programme est proposé pour l'accompagnement suite à une hospitalisation liée à la maternité, à l'orthopédie ou à l'insuffisance cardiaque.

- Sophia : L'Assurance Maladie a créé le service d'accompagnement « Sophia » afin d'améliorer la qualité de vie personnes atteintes d'une maladie chronique, notamment le diabète, et à limiter les risques de complications. En étroite collaboration avec le médecin traitant, « Sophia » vise à améliorer l'information des patients et à les conseiller afin d'optimiser leur recours aux soins.

- Plan « Proximité Autonomie de l'Avancée en Age » (P3A) : P3A développe son action auprès des personnes de 60 ans et plus. Ce plan vise à permettre un repérage précoce de la fragilité et à structurer, pour cette population, des modes d'accompagnement favorisant l'accès aux soins, aux droits, à l'action sociale et à la prévention.

Annexe 7 : Les outils de coordination de PAERPA : CCP et CTA

Cahier de Charges des projets pilotes PAERPA (Comité National sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013)

Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes (Comité National de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013)

Evaluation de la coordination d'appui aux soins (IGAS, décembre 2014)

LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITÉ (CCP)

DEFINITION

Les acteurs qui prennent en charge les personnes âgées sont multiples et ne bénéficient pas toujours du pilotage et de la coordination nécessaires. Il est donc nécessaire de formaliser la mobilisation des professionnels de proximité au plus près des personnes âgées et au plus tôt dans le parcours. A cette fin, la **coordination clinique de proximité** est au cœur du dispositif PAERPA.

Les professionnels de santé regroupés dans la coordination clinique de proximité sont ceux qui sont en charge de la personne, dans le respect du libre choix de son praticien par le patient. Est réuni un noyau dur de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes âgées :

- un médecin traitant,
- un infirmier (libéral ou coordonnateur de SSIAD, centres de santé, SPASAD),
- un pharmacien d'officine,
- un ou plusieurs autres professionnels de santé en fonction des besoins.

MISSIONS

La CCP propose d'améliorer la prise en charge et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Sous l'égide du médecin traitant, elle a pour objectif :

- de soutenir autant que possible la personne âgée à domicile
- de limiter son recours inapproprié à l'hôpital en urgence en améliorant les pratiques autour de quatre facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées : les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression et les chutes.

A cette fin, elle élabore, sous la responsabilité du médecin traitant, le volet sanitaire du Plan personnalisé de santé (PPS). De plus, dans le cadre des travaux menés par le Dr Aquino sur la prévention et par le Pr Vellas sur le dépistage de la fragilité, la CCP peut participer au repérage de la fragilité (notamment à partir des outils développés par le gérontopôle de Toulouse).

LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI (CTA)

DEFINITION

Le rapprochement et la mise en cohérence des approches sanitaires, médico-sociales et sociales s'effectuent dans le cadre d'une **coordination territoriale d'appui**, qui repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existants déjà sur le territoire (CLIC, réseaux, filières, MAIA)

Agissant selon un principe de subsidiarité (elle n'intervient que sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants), elle soutient les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ni à les démobiliser.

MISSIONS

Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire grâce à un annuaire réservé aux professionnels, à un guichet intégré réservé aux personnes âgées et leurs aidants, à un numéro unique, à des accueillants formés.

- Sous réserve de l'accord exprès des personnes, recensement des noms et coordonnées des acteurs des coordinations cliniques de proximité sur le territoire pour les communiquer et éviter une rupture de la prise en charge.
- Activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordonnateurs d'appui sociaux (CLIC, réseaux) qui réalisent toutes les démarches administratives nécessaires et participent au Plan personnalisé de santé
- A la demande des acteurs de la coordination clinique de proximité, aiguillage vers l'offre d'éducation thérapeutique personnalisée, les prestations médicales et paramédicales complémentaires conformes aux recommandations de la HAS.

- Activation de l'expertise gériatrique, en s'appuyant sur des coordonnateurs sanitaires (réseau ou EMGE : IDE, puis gériatre), pour élaborer, lors d'une visite à domicile, le projet personnalisé de santé sur saisine ou en absence de la coordination clinique de proximité, et optimiser le recours à la filière gériatrique (évaluation en consultation ou hôpital de jour, suivi en hôpital de jour, hospitalisation programmée, admission filière courte en UGA ou SSR sans passage par les urgences).
- Activation de l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs.
- Dans le respect des textes applicables, et notamment l'article L1111-2 §8 du code de la santé publique, appui à l'établissement de santé pour la mise en contact avec les professionnels de santé en charge de la personne (en particulier lors de l'accueil aux urgences) et avec les coordonnateurs sociaux, notamment pour préparer la sortie d'hôpital, le cas échéant en liaison avec les dispositifs mis en place par les organismes de sécurité sociale (ARDH, PRADO).

La coordination territoriale d'appui joue, à travers ses fonctions, un rôle décisif dans la structuration des acteurs au niveau territorial. Un des acteurs de cette coordination est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre de la coordination territoriale d'appui.

Annexe 8 : Les structures d'aide et d'accompagnement des personnes âgées

-LES MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET L'INTEGRATION DES MALADES ALZHEIMER (MAIA)⁶⁸

DEFINITION

Les MAIA font l'objet de la mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012 intitulée labellisation sur tout le territoire de *portes d'entrée unique* les « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA).

Initialement présentées comme des « maisons » dans le plan Alzheimer, les expérimentations développent un processus d'intégration qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile.

Afin de permettre ce déploiement, les MAIA ont reçu une base légale avec l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles).

Cette loi confère également aux agences régionales de santé (ARS) une nouvelle mission (article L.1431-2 du code de la santé publique complété) : financer les MAIA et s'assurer du respect du cahier des charges.

POURQUOI LES MAIA ?

Cette mesure repose sur le constat d'une fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services, particulièrement problématique dans la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

D'autres structures de coordination ont déjà été mises en place, telles que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les réseaux gérontologiques, sans qu'aucune ne soit légitimée par l'ensemble des services d'un territoire pour suivre la personne tout au long de son parcours.

À travers les MAIA, l'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à

⁶⁸ Source : CNSA.fr.

réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les structures existantes en évitant les redondances.

LA GESTION DE CAS, UNE REPOSE INDIVIDUALISEE AUX SITUATIONS COMPLEXES

Travailleurs sociaux ou professionnels paramédicaux, les « gestionnaires de cas » interviennent dans les situations complexes, afin de coordonner le travail des différents intervenants. Ces professionnels sont les équivalents français des « *case managers* » anglo-saxons ou coordonnateurs de santé en gériatrie ; leur expertise est pluridisciplinaire. Leur mission est d'intervenir dans les situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle. Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé, basé sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrit chacun des professionnels. Il planifie le recours aux services adéquats et effectue les démarches pour l'admission des personnes en établissement ou service médico-social.

Ainsi, à partir de l'évaluation qu'il a effectuée, le gestionnaire de cas peut mobiliser une équipe d'évaluation complémentaire (service du conseil départemental chargé de l'APA, caisses de retraite...). Il peut aussi, sur la base d'un protocole d'accord, favoriser une seule procédure valable pour l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne ainsi que pour l'allocation de ressource et la construction du plan de services... Assurant le suivi individualisé de la personne, le gestionnaire de cas doit réévaluer régulièrement la pertinence du plan de services mis en place.

LES CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)⁶⁹

DEFINITION

Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) est un guichet d'accueil, d'information et de coordination dédié :

- aux retraités, aux personnes âgées et leur entourage,
- aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile,

C'est une structure de proximité gérée par des professionnels (chargé d'accueil, un coordonnateur, des professionnels sociaux, médico-sociaux ou de santé en lien avec les acteurs de la gérontologie).

MISSIONS

Les missions du CLIC sont déclinées en fonction du niveau de label :

niveau 1

- informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux

niveau 2

- informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux
- évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention

niveau 3

- informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux
- évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner
- assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner

Le CLIC représente également un observatoire de la vieillesse et des problématiques liées à la dépendance, et se positionne en tant qu'animateur du territoire (actions de prévention, conférences, groupes de parole, forums...).

Le CLIC travaille en réseau avec les acteurs suivants : Conseil départemental, communes, centres communaux d'action sociale, services de l'Etat, Caisse régionale d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole, services de maintien à domicile, comités

⁶⁹ Source : clic-info.personnes-agees.gouv.fr

d'entraide, associations, hôpitaux, réseaux de santé, structures d'hébergement, services sociaux, professionnels de santé, acteurs de l'habitat...

LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)⁷⁰

DEFINITION

Les **Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base (conformément au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004).

MISSIONS

Les services de soins infirmiers à domicile ont pour mission :

- de prévenir ou différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement
- de raccourcir, lorsque cela est possible, les séjours hospitaliers.

Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) peuvent être :

- Des établissements ou services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- Des établissements ou services (y compris les Foyers d'Accueil Médicalisés) qui accueillent des personnes adultes handicapées, ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont entièrement financés par les crédits de l'Assurance Maladie, sous forme d'une dotation globale. L'allocation et le contrôle des financements dépendent, pour leur part, des Agences Régionales de Santé (ARS).

⁷⁰ Source : action-sociale.org

LES SERVICES D'AIDES ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD)⁷¹

DEFINITION

Les Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile assurent des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie. Ils s'adressent aux personnes handicapées et/ou âgées en situation de grande dépendance nécessitant une aide pour les gestes de la vie quotidienne :

- Titulaires d'une carte d'invalidité à un taux supérieur ou égal à 80%, et bénéficiaires soit de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), soit de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), ou d'autres avantages analogues.
- Bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Le service peut également intervenir auprès des familles ayant à charge un enfant handicapé bénéficiaire du complément de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH).

MISSIONS

Principalement des aides quotidiennes pour les actes essentiels de la vie :

- Les aides à la personne (hors prescription médicale) : Toilette, lever, coucher, habillage, soins d'hygiène et de prévention, aide aux besoins physiologiques, aide à la prise des repas...
- L'accompagnement de la personne : Aide dans les démarches administratives, courrier, accompagnement au travail ou dans divers déplacements notamment courses et loisirs.
- La garde de nuit
- Un service et une permanence 24h/24 (des interventions sont proposées tous les jours de la semaine, week-ends et jours fériés inclus). Un système d'astreintes disponible en permanence afin de garantir les interventions, en cas d'absence de personnel.

Les intervenants sont formés aux spécificités du handicap. Afin de proposer un service de qualité, l'équipe est composée d'intervenantes à domicile formées aux

⁷¹ Sources : SAADpro.fr et GIPH.org

spécificités du handicap et du grand âge : Gestes et postures / Relation Aidant - Aidé / Aspirations endo-trachéales,...

LES SPASAD⁷²

DEFINITION

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) apportent simultanément un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes aidées : la polyvalence comme garantie de la coordination des interventions.

Les services polyvalents d'aide et soins à domicile (SPASAD) ont été créés en 2004. Le SPASAD est un service social et médico-social autorisé. Il est mentionné aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF.

Deux autorités sont compétentes en matière de SPASAD. Le SPASAD est financé par l'assurance maladie pour les soins à domicile sur prescription médicale, et tarifé par le conseil départemental pour l'activité d'aide et accompagnement à domicile mise en œuvre dans le cadre de l'APA et de la PCH.

Le SPASSAD est placé sous l'autorité conjointe : du directeur général de l'ARS (agence régionale de santé) pour son activité de soins ; du président du conseil départemental pour son activité d'aide et d'accompagnement à domicile.

MISSIONS

- Personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en situation de perte d'autonomie.
- Personnes ayant entre 18 et 60 ans, en situation de compensation de handicap (Handicaps moteurs, mentaux, psychiques, poly-handicaps, sensoriel)
- Le SPASAD associe et coordonne les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D.) et le Service de Soins Infirmiers au Domicile (S.S.I.A.D.).

⁷² Sources : <http://www.weka.fr/action-sociale/dossier-pratique/gerer-une-structure-de-services-a-la-personne-dt19/les-services-polyvalents-d-aide-et-soins-a-domicile-spasad-1454/>
et <http://www.adar.pro/services/service-polyvalent-daide-et-de-soins-a-domicile-spasad/>
« SPASAD »

- Ils réalisent les missions coordonnées du SSIAD et du SAAD auprès des mêmes publics (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes d'une pathologie chronique ou d'une affection de longue durée).

Cette situation se présente en particulier dans le cas du renforcement des moyens pour le maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie aggravée ou dans le cas du renforcement des moyens nécessaires suite à l'aggravation d'une situation de maladie ou de handicap.

Visite de pré-admission dans le service

La pré-admission au SPASAD est réalisée soit par l'infirmière coordinatrice du SSIAD soit par la coordinatrice à domicile du SAAD en fonction du service qui est déjà présent au domicile et qui met en œuvre la coordination des services. La visite de pré-admission s'organise selon les modalités du service concerné et indiquées précédemment.

Admission dans le service

Les patients sont admis dans le SPASAD dès qu'ils bénéficient de la prescription médicale (SSIAD) et de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (S.A.A.D.) et/ou d'une prise en charge de compensation du handicap (ou en taux plein) et selon les conditions fixées dans chacun de ces services.

Il y a signature d'un avenant au Contrat de Prestation prévoyant l'arrivée du nouveau service, l'organisation des nouvelles interventions et la coordination des services à domicile.

Le cahier de liaison de chaque service est associé dans un cahier de liaison unique. Ces documents fonctionnent de la même manière que précisé dans chacun des services.

DEFINITION

Le réseau gérontologique est un réseau de santé pluridisciplinaire qui coordonne tous les acteurs de la prise en charge d'une personne âgée :

- Les professionnels de santé de ville (le médecin généraliste traitant de la personne âgée, les infirmières libérales, les kinésithérapeutes libéraux...)
- Les professionnels l'hôpital local et des établissements de soins du secteur
- Les travailleurs sociaux de tous horizons (du CCAS, de l'équipe APA du Conseil départemental, des Comité Locaux d'Information et de Coordination, des associations d'aide à domicile...)
- Les services facilitant le maintien à domicile (téléassistance, portage de repas...)
- Les bénévoles
- ...

MISSIONS

Le réseau de santé gérontologique peut être sollicité, quand le besoin s'en fait sentir par : la personne âgée, le médecin généraliste traitant, la famille, l'entourage.

Le médecin généraliste traitant est le pivot de la prise en charge et l'adhésion de la personne âgée ne peut se faire sans l'accord et l'adhésion du médecin lui-même. Une fois la demande d'adhésion formulée auprès de l'équipe du réseau, un bilan gériatrique (médical et social) est organisé. Une réunion de coordination rassemblant les principaux professionnels de la santé et du social impliqués dans la prise en charge de la personne âgée est organisée au domicile de la personne, afin de définir si celle-ci répond aux critères d'adhésion au réseau. Si c'est le cas, un plan personnalisé de santé, placé sous la responsabilité du médecin généraliste traitant et de l'assistante sociale, est défini. La prise en charge est alors mise en œuvre et un bilan de réévaluation a lieu en général une fois par an et plus si nécessaire.

⁷³ Sources :

<http://www.reseaux-gerontologiques.fr/reseaux-gerontologiques>

<http://www.msa.fr/lfr/web/msa/solidarite/reseaux-gerontologiques>

LES EXPERIMENTATIONS DE L'ARTICLE 70 DE LA LFSS 2012

Le rapport HCAAM adopté le 23 juin 2011, et intitulé « assurance maladie et perte d'autonomie » préconise « que s'ouvre sans délai une phase prototype, volontariste et structurée, consacrée sur quelques années au lancement d'opérations pilotes gérées au niveau local (ARS) dont l'objet serait d'éprouver et d'affiner [...] un certain nombre d'organisations nouvelles, considérées comme porteuses des évolutions à conduire ».

La LFSS 2012 prévoit donc le lancement de cette expérimentation, par la mise en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

L'objectif est de pouvoir mettre en place des prises en charge plus légères que l'hospitalisation pour certains résidents en EHPAD. L'article 70 du PLFSS propose par conséquent de permettre la réalisation d'expérimentations, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées.

Suite au lancement du cahier des charges par les Agences Régionales de Santé, les 11 territoires suivants ont été retenus pour mener ces expérimentations :

Région/ARS	Projet	Modules
		1
Bourgogne	Coordination gérontologique de la Bresse bourguignonne	x
	MSP Saint-Amand-en-Puisaye	x
Bretagne	CH Saint-Méen (avec pôle de santé de Saint-Méen-le-Grand)	x
Ile-de-France	Association Paris 18	x
	Réseau Osmose Clamart	
Limousin	CH Ussel	x
Lorraine	Réseaux de santé des personnes âgées	x
Pays-de-la-Loire	Sud-ouest Mayenne (Craon et Renazé)	x
	Nord Mayenne	x
PACA	AG3 – Association gérontologique grasseoise	x
	Centre gérontologique départemental 13 (avec l'AP-HM)	x

Sur les onze territoires portant les expérimentations de l'article 70, cinq ont été depuis inclus dans les expérimentations PAERPA. La Haute Autorité de Santé a été missionné pour évaluer ces expérimentations et a publié un rapport intitulé : « Rapport d'analyse des projets article 70 » en décembre 2012.

Annexe 9 : Méthodologie de l'évaluation du programme PAERPA

Le cahier des charges du dispositif PAERPA affirme la nécessité d'une évaluation du programme afin de fournir un appui objectif au pilotage du projet. Il s'agit notamment d'évaluer avec précision les impacts médicaux et économiques des projets pilotes. L'évaluation est essentielle au projet PAERPA, notamment dans l'optique de sa généralisation à l'ensemble du territoire. Elle vise notamment à mesurer :

- l'évolution des pratiques professionnelles
- l'effet des incitations financières nouvelles
- le recours et l'impact des dispositifs de formation
- l'évolution des modes de gouvernance
- l'évolution du système d'information partagé et ses impacts
- le degré d'articulation des prises en charges sanitaires et sociales

Structuration de l'évaluation :

Un Comité de pilotage national de l'évaluation est chargé d'organiser l'évaluation des projets pilotes. Il est présidé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et co-animé par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS). Il associe les autres directions du ministère de la Santé, les ARS des territoires pilotes, la Haute Autorité de Santé (HAS), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES).

Le comité de pilotage de l'évaluation rend compte de ses avancées aux instances de pilotage de PAERPA et informe également les acteurs de la mise en œuvre du dispositif sur le terrain.

Les acteurs de l'évaluation :

Afin d'assurer la qualité et la scientificité de l'évaluation, différents acteurs sont impliqués dans ce processus :

- La DREES : préside le comité de pilotage de l'évaluation et s'assure de l'indépendance de l'évaluation tout comme de la coordination des acteurs
- La DSS: est chargée du pilotage global des dispositifs PAERPA. A ce titre, elle co-anime le comité de pilotage de l'évaluation

- Les ARS: assurent la collecte des données sur les territoires pilotes
- L'ANAP : donne son appui aux ARS pour la collecte des données
- L'ATIH: fournit une expertise relative aux données hospitalières
- La CNAMTS: fournit des données concernant la consommation de soins de ville
- L'IRDES : évalue de manière scientifique l'impact des dispositifs pilotes

Les objectifs de l'évaluation :

Le cahier des charges du dispositif PAERPA a identifié 3 objectifs principaux pour l'évaluation :

1/ Suivre, à partir de la fin 2014, le déploiement du projet au moyen d'indicateurs de processus (ex : le nombre de professionnels formés à PAERPA, le nombre de PPS ouverts sur le territoire, le nombre de messageries sécurisées déployées). Cette évaluation est censée fournir des données au Comité de pilotage et à la DSS pour affiner la gestion nationale du déploiement du dispositif.

2/ Comprendre, à partir de 2015, les facteurs de succès et d'échec du déploiement de PAERPA dans les territoires pilotes. Cette évaluation doit se faire via une méthode qualitative. Il s'agit notamment de réaliser des entretiens avec des interlocuteurs-clés afin d'évaluer par exemple :

- si les professionnels de premier recours ont fait évoluer leurs pratiques
- s'ils ont recouru à la CTA pour assurer leur lien avec le social.

En fonction des résultats de cette évaluation, le pilotage du dispositif pourra être là aussi réorienté, au niveau national puis par les ARS au niveau territorial.

3/ Enfin, l'évaluation vise, à partir de 2016, à mesurer l'impact du dispositif sur la qualité et les coûts de la prise en charge des patients. Cette évaluation doit se réaliser à l'aide d'indicateurs comme :

- l'évolution du nombre de journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie de personnes de plus de 75 ans
- le taux de ré-hospitalisations à 30 jours des personnes de plus de 75 ans.

Afin d'assurer la scientificité de cette évaluation quantitative, des territoires témoins seront identifiés. Cela doit permettre d'identifier les évolutions, sur les territoires pilotes, réellement attribuables au dispositif PAERPA. Cette dernière évaluation pourrait ainsi donner des informations sur l'opportunité qu'il y a d'étendre le dispositif PAERPA à l'ensemble du territoire.

L'EXPÉRIMENTATION PAERPA : ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE PAR LA STRUCTURATION D'UN PARCOURS COORDONNÉ DE SANTÉ

Delphine ALCETEGARAY (D3S), Johanna HAY (IASS), Bruno KERHUEL (DH), Isaure LA FAY (AAH), Charly MARGERIN (DH), Pascale PEIFFER (D3S), Lucie PEROCHEAU (AAH), Véronique SERY (DS), Hélène SORINA (D3S), Hani TERIIPAIA (IASS)

Résumé : Face aux enjeux sanitaires et financiers liés à la dépendance, les pouvoirs publics encouragent la fluidification de la prise en charge de la personne âgée. Aussi, l'article 48 de la LFSS 2013 permet-il le lancement du projet pilote PAERPA dans neuf territoires. Ce dispositif porté par les ARS vise à coordonner les actions des acteurs de l'accompagnement par le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social pour organiser une prise en charge globale de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Cinq objectifs sont poursuivis : le renfort du maintien à domicile, l'amélioration de la coordination des acteurs, la réduction des hospitalisations évitables, la sécurisation du retour à domicile et l'amélioration de l'utilisation du médicament, avec une focale particulière sur les quatre facteurs d'hospitalisation évitable que sont les chutes, la dénutrition, la iatrogénie et la dépression.

Au-delà de la présentation du dispositif, ce rapport cherche, d'une part, à identifier les modalités et outils nécessaires à la mise en œuvre de PAERPA (capitalisation sur l'existant, CCP, CTA, PPS, VSM, DLU, DP, DMP, SI, formations) et les interactions qu'ils génèrent entre les différents acteurs de statut souvent différent (institutions : ARS, CPAM, CG, CNSA ; établissements de santé, services et établissements sociaux et médico-sociaux ; professions libérales : médecins traitants, infirmiers libéraux, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) afin de dégager les réalités territoriales de PAERPA, ses premiers facteurs de réussite ou obstacles. D'autre part, ce rapport évoque l'avenir du projet, non seulement dans la perspective de son évaluation, mais encore au regard de la notion de parcours développée comme axe structurant du système de santé du projet de loi de santé.

A l'issue de cette étude, PAERPA se révèle être un dispositif qui se veut proche de l'utilisateur mais qui cristallise cependant une certaine complexité générée par le changement de paradigme d'approche de la prise en charge. Il apparaît comme un dispositif susceptible de participer aux mutations territoriales de l'offre de soins dans son acception la plus large.

Mots clés : parcours, personnes âgées, dépendance, autonomie, médecin traitant, expérimentation, coordination, décloisonnement, projet personnalisé de santé.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs