



Ministère des Affaires sociales et de la Santé

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

PROJET

DE CAHIER DES CHARGES

DES PROJETS PILOTES PAERPA

Janvier 2013

Sommaire

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

INTRODUCTION

Avec une dépense de santé par habitant qui se situe au 3ème plus haut niveau de l'OCDE, le système de protection sociale français doit trouver le moyen d'optimiser l'efficacité des soins. Selon la formule du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), il faut « travailler à la mobilisation optimale des ressources, humaines, techniques et financières du système de soins lui-même ».

Dans ce contexte, les personnes âgées, qui mobilisent entre le quart et la moitié des dépenses de santé, apparaissent comme un enjeu décisif. La multiplicité des acteurs qui interviennent auprès de cette population rend nécessaire une analyse innovante et intégrée. Dans un environnement financier contraint, l'approche parcours se différencie de l'approche traditionnelle de régulation de l'offre de soins en ce qu'elle ne prend pas comme point de départ un type de structure ou le traitement d'une pathologie mais une population donnée, quels que soient les types de prise en charge auxquels elle a recours. Les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées, la démarche retenue s'appuie sur les préconisations du HCAAM dans ses rapports de 2010 et 2011 de recourir d'abord à la mise en place d'un dispositif « prototype » sur un nombre limité de territoires (appelés territoires pilotes). Les principes qui guident l'action publique dans ce domaine sont les suivants :

- le dispositif doit concerner l'ensemble de la population et l'ensemble des acteurs de la prise en charge ;
- l'approche doit s'appuyer sur les acteurs existants ;
- l'organisation doit être industrialisable ;
- le financement doit favoriser la continuité du trajet de santé ;
- l'évaluation médico-économique doit être réalisée sur le long terme.

Pour mettre en place les projets pilotes, une double démarche a été initiée :

- D'une part, une expérimentation a été initiée par l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Mise en œuvre dans 7 régions (11 projets). Cette expérimentation a permis de cerner les approches envisageables sur un premier segment du parcours de santé (l'hospitalisation);
- D'autre part un comité national de pilotage a été mis en place pour définir les grandes orientations du dispositif envisagé. Quatre ateliers ont ainsi été constitués :
 - o **Atelier 1** : recueil et l'exploitation de données cliniques et sociales par les professionnels de premier recours;
 - o **Atelier 2** : coopération et coordination entre professionnels de santé, professionnels du secteur social autour du parcours de personnes âgées hors hospitalisation ;
 - o **Atelier 3** : optimiser les modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées et faciliter les sorties d'hospitalisation ;
 - o **Atelier 4** : Prévoir les objectifs et les conditions d'évaluation des projets pilotes

L'avancée des travaux a permis la formalisation d'un article inséré dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 qui vise à conforter cette approche. Ainsi pour leur mise en œuvre les projets pilotes pourront s'appuyer :

- sur des dérogations aux dispositions législatives prévues dans les codes de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles concernant les modalités de rémunérations et tarification des offreurs de soins, ainsi que le périmètre habituel de prise en charge de l'assurance maladie. Toutes ces dérogations visent à permettre que la personne âgée soit accompagnée dans les meilleures conditions et dans toutes les dimensions nécessaires, en gommant tous les facteurs de rupture liés aux modes de financement et de tarification ;
- sur des dérogations au cadre juridique actuel nécessaires pour favoriser le partage d'information entre les professionnels du champ de la santé et du secteur social, partie prenante du parcours de santé ;
- sur un financement impactant l'ONDAM.

L'accompagnement des personnes âgées mobilise d'ores et déjà des financements importants au travers du recours aux professionnels de santé (libéraux ou en exercice coordonné), à l'hôpital (séjours hospitaliers, consultation, équipe mobile ou autres modalités de prises en charge), aux établissements médico-sociaux et aux prestations et services sociaux. L'équilibre financier des projets pilotes est une condition déterminante de

leur réussite. Si certaines organisations ou prestations innovantes nécessitent des ressources nouvelles, le modèle économique des nouvelles organisations mises en place doit être soutenable : l'ensemble des dépenses doit être largement gagée par les économies générées sur la consommation de soins.

La nature des crédits utilisés est également primordiale. Les fonds mobilisés doivent pouvoir être utilisés pour l'accompagnement et le soutien de la personne quelle que soit le professionnel ou la structure impliqués. Le Fonds d'Intervention Régional (FIR), souple et fongible localement, apparaît pour l'heure comme l'instrument financier le plus adéquat pour lancer le financement des projets pilotes. En conséquence, la mesure législative servant d'accroche au lancement des projets pilotes impute ces dépenses nouvelles et innovantes au FIR.

Les évaluations ultérieures, ainsi que la modélisation statistique et économique des parcours permise par la phase pilote permettra à terme d'en tirer les conséquences sur les modalités macro-économiques de financement (structuration de l'ONDAM etc.)

Le présent document a été élaboré à partir des travaux des différents ateliers et s'inscrit dans le cadre posé par la LFSS 2013 (article 48). Il constitue un projet de cahier des charges pour la sélection des territoires pilotes et la mise en œuvre des prototypes qui relèveront d'un arrêté de la Ministre des affaires sociales et de la Santé. Il a été présenté au comité national de pilotage qui s'est réuni à cet effet le 20 décembre 2012 et adopté par le comité.

1. OBJECTIFS

Les projets pilotes ont pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, et d'améliorer ainsi, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et sur un plan collectif, l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé. Ces objectifs peuvent se décliner en trois grandes séries de sous-objectifs, les premiers à destination des personnes et de leurs aidants, les seconds à destination des professionnels.

1.1. Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants

- considérer les personnes âgées comme partenaires actifs de leur santé,
- améliorer leur qualité de vie et les soutenir à domicile tant que leur état le leur permet,
- soutenir et soulager leurs aidants,
- prévenir la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance, en mettant un accent particulier sur les facteurs de risques d'hospitalisation complète, pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (essentiellement dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et chutes).
- réduire le nombre d'hospitalisations complètes en n'y recourant que lorsque la personne âgée a besoin du plateau technique et/ou des compétences hospitalières ;
- améliorer les conditions d'hospitalisation complète et limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes ;
- réduire le passage des personnes âgées aux urgences.

1.2. Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie

- recentrer les professionnels de santé sur leur plus haut niveau de compétence ;
- améliorer leur connaissance réciproque et leur communication ;
- améliorer les transitions ville-hôpital ;
- sensibiliser les professionnels aux principaux facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées ;
- favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne les problèmes liés aux médicaments.

1.3. Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

- mettre en œuvre une gouvernance territoriale partagée entre les différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées ;
- développer les outils transversaux de coordination.

2. SCHEMA GENERAL DU DISPOSITIF

2.1. Population cible

La notion de « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social. D'après les données de l'assurance maladie :

- 85 % de ces personnes ont au moins une pathologie ;
- 57 % sont en affection de longue durée (ALD) ;
- 29 % souffrent d'au moins une pathologie cardio-vasculaire ;
- 33 % ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne ;
- 7 molécules différentes leur sont en moyenne délivrées au moins trois fois par an.

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de ces populations ont par ailleurs été ciblés :

- Problèmes liés aux médicaments (iatrogénie en premier lieu mais aussi difficultés d'observance et insuffisances de traitement),
- Dénutrition,
- Dépression,
- Chutes.

Ces facteurs d'hospitalisation sont en général associés à des pathologies d'organe, telles l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive, ou à des maladies invalidantes telles la maladie d'Alzheimer ou l'ostéoporose fracturaire. Ils peuvent faire l'objet d'une prévention efficace associant optimisation diagnostique et thérapeutique, éducation des malades et meilleure coordination entre les professionnels (notamment les professionnels de santé) qui prennent en charge la personne âgée,

2.2. Schéma de financement des projets pilotes

Le principe des expérimentations est fixé à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Celui-ci dispose que « *Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au I du présent article, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes, notamment celles relatives à l'application des II et IV, sont imputées sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.* »

Le principe des projets pilotes est ainsi de **s'appuyer sur les financements existants** afférents aux différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées (OGDPC, télémédecine, réseaux, MAIA, nouveaux modes de rémunération, équipes mobiles gériatriques, etc.) ainsi que sur les prestations qui les concernent (prise en charge hospitalière et médico-sociale -SSIAD, EHPAD, SAAD-, ainsi qu'autres prestations financées par les conseils généraux via l'APA ou, les caisses de retraite¹).

La synergie entre les financements affectés aux différents segments du système de santé est un enjeu capital du dispositif. En effet, ces financements devront à terme générer des gains d'efficacité importants et permettre ainsi à notre système de protection sociale de faire face au défi du vieillissement sans renoncer à la qualité des soins.

Toutefois, pour accompagner au mieux les innovations visant à « faire mieux », il est nécessaire de prévoir un financement complémentaire. Le Fonds d'Intervention Régional (article L. 1435-8 du code de la santé publique), de par ses objectifs de plus grande souplesse de gestion, d'optimisation de la dépense et de cohérence d'action pour le développement d'une politique régionale, apparaît pour l'heure comme l'instrument financier le plus adéquat pour lancer le financement des projets pilotes. Ainsi, **une dotation spécifique du fonds d'intervention régional (FIR) sera mise à disposition des agences régionales de santé dans les régions abritant des territoires pilotes**. Par dérogation aux principes de droit commun du FIR, cette dotation sera spécifique et ne pourra être utilisée pour un autre objet que le parcours de santé des personnes âgées.

Ces crédits permettront à la gouvernance des projets pilotes d'établir une budgétisation du modèle organisationnel recherché. A terme l'ensemble des dépenses et des économies occasionnées par la mise en œuvre des projets pilotes devra s'équilibrer.

¹ Comme l'allocation d'aide au retour à domicile (ARDH)

Ces financements complémentaires ont donc vocation à :

- conforter la gouvernance des projets pilotes ;
- assurer le déploiement d'outils adaptés ;
- financer des prestations aujourd'hui dérogoatoires du droit commun et prévues dans le cadre de l'article 48 de la LFSS pour 2013 (notamment assurer une meilleure solvabilisation des personnes âgées afin de limiter les arbitrages financiers individuels défavorables au bon accompagnement) ;
- Compléter les organisations existantes pour favoriser la cohérence des parcours (que ces organisations soient portées par des professionnels, des structures d'exercice coordonné, des établissements de santé ou médico-sociaux etc)

Le financement mis en place a vocation à intéresser l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées aux économies réalisées et à l'amélioration du parcours de santé.

En revanche, la rémunération des équipes de soins de proximité sera définie dans le cadre de la négociation conventionnelle pluri professionnelle prévue par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

2.3. Dispositif des projets-pilotes

Comme l'a rappelé le HCAAM dans son rapport de 2011 « Assurance maladie et perte d'autonomie », la coordination regroupe au moins deux fonctions distinctes :

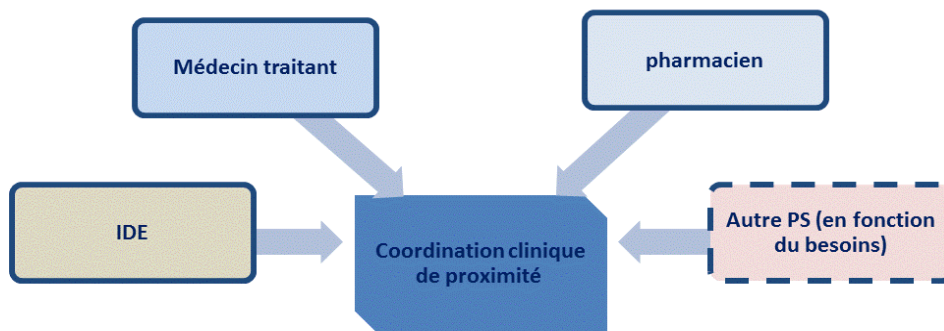
- la « synthèse médicale » qui doit rester par principe le rôle du médecin traitant ;
- et la « coordination soignante et sociale » qui peut être déléguée par lui, selon la complexité du cas, à un professionnel de santé libéral (c'est-à-dire, la plupart du temps, à une infirmière), à une équipe pluridisciplinaire, ou à un travailleur social.

Le HCAAM recommande que ces fonctions soient assurées sur une base territoriale. Outre la mise en place de différents outils destinés à assurer le suivi et faciliter la prise en charge de la personne âgée au cours de son parcours de santé (au premier rang desquels le plan personnalisé de santé, cf. *infra*), le dispositif des projets-pilotes se caractérise ainsi par la mise en place de plusieurs niveaux de coordination distincts : la coordination clinique de proximité, la coordination territoriale d'appui et la mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux autour du suivi et de la gestion des transitions du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

- **La coordination clinique de proximité**

Les acteurs qui prennent en charge les personnes âgées sont multiples et ne bénéficient pas toujours du pilotage et de la coordination nécessaires. Ainsi le dispositif choisi propose-t-il d'améliorer la prise en charge et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées à la fois (1) en ville, (2) dans les établissements sanitaires et (3) médico-sociaux. **L'objectif est 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 envisagé.**

La coordination rassemblera, sous l'égide du médecin traitant qui aura la charge de l'organiser, un infirmier (libéral ou coordinateur de services de soins infirmiers à domicile-salarié des SSIAD, centres de santé et SPASAD), un pharmacien d'officine et, le cas échéant, un ou plusieurs autres professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute par exemple). 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.



L'objectif de cette coordination clinique de proximité est double :

- soutenir autant que possible la personne âgée à domicile ;
- limiter son recours inapproprié à l'hôpital en urgence en améliorant les pratiques autour de quatre facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées : (1) les problèmes liés aux médicaments, (2) la dénutrition, (3) la dépression, et (4) les chutes.

A cette fin, la coordination clinique de proximité, sous la responsabilité du médecin traitant, élabore le volet soins du Plan Personnalisé de Santé (*cf infra*),

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 coordination clinique de proximité pourra participer au repérage de la fragilité, notamment à partir des outils développés par le gérontopôle de Toulouse (notamment le protocole de coopération médecin-infirmière en cours d'examen par la Haute Autorité de Santé).

- **La coordination territoriale d'appui**

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**. Celle-ci n'entraîne pas la création d'une nouvelle structure mais repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (centres locaux d'information et de coordination-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 démobiler.

La coordination territoriale d'appui est chargée, en s'appuyant sur les ressources existantes du territoire, d'assurer les fonctions suivantes :

- Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire, grâce à :
 - un annuaire ou un répertoire opérationnel des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire réservé aux professionnels de santé ;
 - un guichet intégré réservé aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs aidants ;
 - un numéro unique ouvert sur des plages horaires étendues y compris le week-end ;
 - des accueillants formés.
- Information sur les personnes âgées en risque de perte d'autonomie : sous réserve de l'accord exprès des personnes, elle recense les noms et les coordonnées des acteurs des coordinations cliniques de proximité des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire et peut les communiquer pour éviter une rupture de la prise en charge.
- Activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordinateurs d'appui sociaux (par exemple des CLIC ou des réseaux), qui réalisent toutes les démarches administratives nécessaires et participent, à ce titre, au plan personnalisé de santé.
- Aiguillage, à la demande des acteurs de la coordination clinique de proximité, vers :
 - l'offre d'éducation thérapeutique personnalisée, sur les quatre facteurs de risque évoqués *supra* ;
 - les prestations médicales et paramédicales complémentaires conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;

- Activation de l'expertise gériatrique, en s'appuyant sur des coordinateurs 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 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 coordinateurs 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.

- **La mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD**

L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie suppose que les établissements qui les accueillent participent activement aux dispositifs de coordination et gèrent activement les différentes transitions du parcours (ville-hôpital, hôpital-ville, EHPAD-hôpital, etc.) en prenant mieux en compte les spécificités de la population des personnes âgées.

En ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge en établissements de santé et des transitions ville-hôpital, les établissements de santé devront mobiliser la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées, par une gouvernance adaptée. Ils seront appelés à mieux repérer et évaluer les besoins des personnes âgées en leur sein (notamment dans les unités de médecine et de chirurgie), à mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique et à en assurer le suivi et l'évaluation. Ils auront également pour objectif de favoriser la coordination ville-hôpital. Pour ce faire, ils s'engageront à préparer la sortie des personnes âgées en amont et à organiser les relations avec leurs partenaires du parcours, notamment l'échange d'informations permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions. Les établissements de santé s'organisent pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise (filiale gériatrique, expertise psychiatrique, HAD etc.).

Quant aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ils devront améliorer la prise en charge interne des résidents en mettant en place et en actualisant les projets de vie personnalisés, en renforçant leurs liens avec les médecins traitants et en organisant une astreinte infirmière la nuit et les week-ends. Les EHPAD et les établissements de santé seront appelés à faire vivre les conventions qui les lient et à veiller à s'échanger les informations permettant des transitions optimisées de résidents d'une structure à l'autre.

2.4. Evaluation

Conformément aux préconisations du HCAAM, l'évaluation est un élément fondamental du dispositif des projets pilotes. C'est elle qui permettra de décider, *in fine*, du succès de la démarche et de l'intérêt de sa généralisation.

Le dispositif retenu a pour objectif de fournir au comité de pilotage une évaluation scientifique et indépendante des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, qui permettra d'apprécier ces derniers au regard des objectifs fixés.

L'évaluation se déploie selon deux axes principaux. D'une part, elle permet de suivre la **mise en œuvre des processus** (effectivité et qualité du service rendu aux patients et à leurs aidants, l'adhésion des professionnels, des structures sanitaires, médico-sociales et sociales et des patients aux organisations et services déployés dans le cadre des projets pilotes). D'autre part, elle permet de mesurer les résultats **médico-économiques** des projets pilotes.

S'agissant de l'axe médico-économique, la mesure de la consommation de soins est centrale ; elle permet de suivre notamment l'atteinte des objectifs qui seront assignés au projet pilotes concernant la réduction des hospitalisations évitables et de la iatrogénie médicamenteuse. L'évaluation veille à mesurer ces évolutions de manière distincte pour les patients vivant à domicile et les patients résidant en EHPAD.

Au-delà du suivi du recours aux soins des bénéficiaires, et d'une comparaison de leur situation avant et après le démarrage des projets pilotes, l'évaluation comporte également un suivi du recours aux soins des personnes de plus de 75 ans résidant sur des territoires témoins, pour mesurer l'effet propre du dispositif.

L'évaluation des projets pilotes débute dès leur mise en œuvre, en septembre 2013. Elle s'articule avec les travaux en cours à la DGOS et à la HAS, sur l'évaluation des parcours de soins de premier recours et des réseaux de santé.

L'évaluation s'appuie sur :

- des indicateurs de processus ;
- des indicateurs de consommations de soins et des indicateurs financiers (comparant les coûts induits par les projets pilotes avec les gains espérés sur la consommation de soins) ;
- des indicateurs d'état de santé ;
- des indicateurs de pratiques clinique et de qualité des soins ;
- des indicateurs de satisfaction et d'évaluation de l'expérience du patient et des professionnels.

Certains de ces indicateurs sont transmis de façon automatique et en routine à travers les systèmes d'information de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) et des hôpitaux (PMSI). D'autres remontent par les acteurs impliqués. D'autres encore sont recueillis par des enquêtes ad hoc.

Une **procédure nationale de sélection** des équipes en charge de l'évaluation, effectuée en amont du lancement des projets pilote, a pour objectif une **réponse et une méthodologie uniques** pour l'ensemble des projets. Un comité de pilotage relatif à l'évaluation, émanation du comité de pilotage national de suivi des projets pilotes, et qui lui présente régulièrement ses travaux, est alors mis en place.

La fourniture de données par la CNAMTS, l'ATIH et l'ASIP tout au long des projets pilotes est un facteur clé de réussite de l'évaluation. L'implication des professionnels et des structures dans la remontée d'informations, sous l'égide de l'ARS, est également un point majeur. Enfin, le partenariat de l'ARS, du conseil général et de la CPAM est essentiel.

2.5. Mise en œuvre des projets pilotes

Les projets pilotes sont mis en œuvre sur des territoires sélectionnés par arrêté de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé au sein de régions préalablement désignées par la Ministre après envoi d'une lettre d'intention par les agences régionales de santé.

La mise en œuvre opérationnelle des projets pilotes se fait par convention entre les agences régionales de santé, comme le dispose l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 : « *Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.* »

Pour que leur région puisse être retenue au sein de l'expérimentation, les agences régionales de santé adressent à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé une lettre d'intention mentionnant les conditions favorables au déploiement des projets pilotes sur leur territoire (cf. *supra*) en mettant particulièrement en valeur l'implication des différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées et leur volonté de mettre en œuvre les différents aspects du présent cahier des charges.

Après sélection des régions, les territoires pilotes seront délimités après concertation avec l'agence régionale de santé. La mise en œuvre des premiers projets pilotes est prévue au 1^{er} septembre 2013 (le calendrier prévisionnel est mentionné en annexe). Mais plusieurs vagues ultérieures permettront l'extension progressive du dispositif avant sa généralisation, fondée sur les conclusions de l'évaluation (cf. *infra*).

2.6. Les conditions favorables à la mise en œuvre

Si les expérimentations ont pour vocation à être généralisées pour modifier sur l'ensemble du territoire national la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées, leur mise en œuvre initiale suppose qu'un certain nombre de conditions favorables soient réunies avant même le déploiement du dispositif. La première et la plus déterminantes d'entre elles est la volonté commune manifestée par les acteurs de la prise en charge sociale, sanitaire et médico-sociale de déployer le dispositif et d'en assumer, chacun en ce qui le concerne, les contraintes et les responsabilités. Cette volonté doit se manifester notamment par une démarche de formalisation de la coordination gérontologique entre professionnels des trois secteurs et, *a minima*, par

l'existence de coordonnateurs (travailleurs sociaux, CLIC, MAIA, réseaux, CARSAT...) pouvant activer les aides sociales sur demande des professionnels de santé.

D'autres conditions peuvent également s'avérer importantes pour le succès de la démarche, car le travail en commun des acteurs doit pouvoir s'appuyer sur quelques fondamentaux. Il s'agit essentiellement de :

- une expertise gériatrique à domicile mobilisable sur le territoire (réseau et/ou EMG externe) ;
- une permanence des soins effective.

Enfin, certains facteurs peuvent être considérés comme favorables, même si les expérimentations doivent pouvoir être déployées en leur absence :

- un établissement de santé support d'une filière gériatrique complète² ;
- des conventions entre les EHPAD et les établissements hospitaliers participant à l'expérimentation (a minima l'établissement support de la filière gériatrique)
- une offre psychiatrique hospitalière accessible pour la prise en charge des personnes âgées ;
- une structure d'HAD (au moins) sur le territoire ;
- des projets de mise en œuvre de la télémédecine.

² Cf. circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 pour la définition précise de « filière de soins gériatriques ».

3. MISSIONS ET ENGAGEMENT DES ACTEURS

3.1. Missions et engagements des ARS

3.1.1. *Portage du projet et pilotage*

L'agence régionale de santé réunit les différents acteurs du parcours (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) de santé des personnes âgées pour porter les projets de candidature à la mise en œuvre des expérimentations conformément au présent cahier des charges. Elle rédige à cette fin une lettre d'intention adressée à Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé.

L'ARS dont la région est sélectionnée par la Ministre, négocie avec les organismes locaux d'assurance maladie, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), les établissements de santé et médico-sociaux, et le Conseil général la convention de mise en œuvre des expérimentations à partir du arrêté par Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, conformément à la loi.

L'ARS se mobilise au plus haut niveau sur le dispositif et veille à ce que le modèle défini dans le présent cahier des charges soit mis en œuvre sur le ou les territoires-pilotes situés dans sa région.

L'ARS assure l'organisation et la présidence de la table stratégique (*cf. infra*) en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie et le Conseil général.

L'ARS est associée au pilotage national de l'expérimentation. Elle assure le lien avec le niveau national, notamment en ce qui concerne les retours d'informations, la mise en place d'actions demandé par le COPIL national (*cf. infra*) et la mutualisation avec les autres territoires porteurs de prototypes.

3.1.2. *Accompagnement.*

L'ARS constitue une équipe projet PAERPA constituée au minimum de :

- Une personne chargée de la mise en place et du suivi du dispositif. Ce référent est l'interlocuteur unique des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du dispositif. Il bénéficie d'un positionnement permettant une transversalité au sein de l'agence entre les secteurs prévention/sanitaire/médico-social, entre le siège et la délégation territoriale du territoire choisi, et avoir accès aux ressources financières, juridiques et SI de l'ARS. Ce référent est garant de:
 - o la mise en place de l'annuaire des ressources ;
 - o la mise en place de la messagerie sécurisée ;
 - o l'accompagnement des acteurs dans le déploiement et l'utilisation des outils informatiques.
 - o la mise en œuvre de l'offre de formation ;
 - o les relations avec les promoteurs de projet (gestion des conventions de financement par exemple) ;
 - o le processus de remontée d'information dans le cadre du dispositif d'évaluation nationale.
- Un informaticien pouvant assurer une assistance informatique pour aider les professionnels à se familiariser avec les systèmes d'information et à adapter leurs logiciels métiers. Ainsi, il appartient aux ARS de :
 - o réaliser le diagnostic des équipements et des compatibilités de SI dans les territoires,
 - o les aider à mobiliser les moyens relevant de leur stratégie sur ce sujet (GCS esante, établissements de santé...)

Un appui national spécifique aux ARS des territoires pilotes sera mis en œuvre courant 2013.

3.1.3. *Financement.*

Les agences régionales de santé des territoires pilotes sélectionnés déploient les financements nécessaires à la coordination, au pilotage et au suivi des expérimentations en les imputant sur la dotation spécifique du fonds d'intervention régional prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 tout en veillant à leur synergie avec les financements déjà mobilisés sur cette thématique dans le cadre de leur Projet régional de santé.

3.1.4. **Evaluation.**

Les ARS des territoires sélectionnés mettent en œuvre un dispositif permettant la remontée des indicateurs de processus au niveau national, de façon standardisée, à un rythme suffisamment rapide pour détecter d'éventuels écarts par rapport au cahier des charges des projets pilotes.

Les ARS participent aux travaux du comité de pilotage de l'évaluation.

Les ARS participent à la définition des indicateurs de processus.

Les ARS informent, en amont du lancement des projets pilotes, les professionnels et structures des territoires pilotes des modalités et de la nature des informations qu'ils seront amenés à lui transmettre.

Les ARS coopèrent avec l'évaluateur choisi ; elles désignent un référent en leur sein qui est l'interlocuteur premier de l'évaluateur.

3.2. **Missions et engagements des professionnels de santé de proximité**

Les professionnels de santé de proximité travaillent ensemble au plus près de la personne âgée, et le plus en amont possible de la perte d'autonomie ; ce travail se met en œuvre dans le cadre d'une coordination clinique de proximité (CCP), sous l'égide du médecin traitant. Cette coordination clinique de proximité est centrée sur un noyau dur de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes âgées :

- un médecin traitant ;
- un pharmacien d'officine ;
- un infirmier (libéral ou coordinateur de SSIAD) ;
- un autre professionnel de santé, en fonction des besoins (masseur kinésithérapeute par exemple).

Le pilotage de la CCP est assuré par le médecin traitant.

Dans le cadre de la coordination clinique de proximité, les professionnels de santé assurent une gestion optimisée des traitements médicamenteux, la prévention des chutes, et un suivi à domicile (notamment en cas de sortie d'hospitalisation ou de confinement à domicile). Ils peuvent également mettre en place une éducation thérapeutique personnalisée dans un cadre défini par l'agence régionale de santé.

Dans le cas des personnes âgées présentant une maladie sévère ou une polypathologie, les professionnels de santé coordonnent leur action dans le cadre du plan personnalisé de santé.

Les professionnels de santé de proximité échangent des informations synthétiques, organisées et structurées dans une logique de parcours et de passage de témoin au moyen d'outils informatiques efficaces et sécurisés.

Les professionnels de santé bénéficient d'une formation axée sur :

- quatre facteurs d'hospitalisation évitable des personnes âgées (problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression, chutes,) ;
- l'éducation thérapeutique du patient âgé ;
- la transmission d'informations.

Les acteurs de la coordination clinique de proximité participent aux actions de dépistage de la fragilité et de la pré-fragilité, en mobilisant le cas échéant les acteurs hospitaliers impliqués dans le dispositif (hôpital de jour).

3.3. **Missions et engagements des structures de coordination et d'intégration existantes**

Les structures de coordination et d'intégration se rapprochent dans le cadre d'une coordination territoriale d'appui.

L'une de ces structures assume la fonction de responsable de la coordination. Il est chargé :

- D'animer la coordination des acteurs des 3 secteurs
- D'assurer le suivi de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire.

Le responsable s'appuie sur une table tactique, comprenant l'ensemble des représentants des professionnels des trois secteurs (sanitaires, social et médico-social), ainsi que des personnes âgées. Cette table permet d'identifier les besoins de santé, d'offre de soins et de services, et de définir des indicateurs de suivi, ainsi que les axes de la formation nécessaires sur le territoire.

3.4. **Missions et engagements propres aux professionnels du secteur social et médico-social**

Les acteurs du secteur social (Conseil général, ARS, Communes/CCAS, CARSAT, mutuelles, ...) s'engagent à recenser et communiquer à la coordination territoriale d'appui (CTA) toutes les offres d'aides sociales disponibles pour les personnes âgées et à se coordonner pour améliorer l'articulation et la mutualisation des fonds sociaux. Un protocole fixe les engagements à l'année de chacun des financeurs et les modalités d'activation et de versement des aides techniques et aides sociales d'urgence, à la demande de l'équipe de proximité et / ou de la CTA, notamment en cas de retour à domicile après hospitalisation.

Les services d'aide à domicile (SAAD) s'assurent que leurs salariés soient formés au repérage des signes de fragilité ou de risque de perte d'autonomie à partir d'une grille simple (offre de formation organisée par l'ARS).

Les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile améliorent la coordination de leurs actions (notamment dans le cadre de la constitution services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD) :

Ils transmettent aux acteurs de la coordination clinique de proximité les informations pertinentes en cas de changement de l'état de la personne par le moyen le plus approprié (dans l'idéal via messagerie sécurisée). Une procédure de transmission d'informations précisant les informations partagées, les modalités de transmission et les moyens d'échanges sera formalisée.

Dans la mesure du possible, les SSIAD et les SAAD seront amenés à développer des formules plus intégrées de type SPASAD afin de favoriser la synergie entre la prise en charge soignant et quotidienne.

Afin de favoriser le retour à domicile dans les meilleures conditions, les SSIAD comme les SAAD parties prenantes et intégrantes des projets pilotes pourraient également s'inscrire dans un dispositif de suivi informatisé de leur disponibilité de place (ou d'heures) et prévoir le cas échéant des réservations de ces dernières.

3.5. **Missions et engagements des établissements de santé**

Les établissements rendent visible et effective, en interne, leur volonté d'améliorer les parcours de santé des personnes âgées. Pour ce faire, les établissements rendent opérationnel l'ensemble des mesures visant à améliorer les prises en charges hospitalières et les transitions ville hôpital par l'implication des niveaux stratégiques et opérationnels. Cela peut se traduire par la mise en place auprès de la commission médicale d'établissement (CME) et de la direction des soins, d'une « commission de coordination gériatrique » sur le modèle des sous commissions de la CME existantes.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes en risque de perte d'autonomie, les établissements s'engagent à :

- **Repérer** : les établissements de santé procèdent, dès l'admission et au plus tard avant la 24^{ème} heure d'hospitalisation, au sein de chacune des structures internes de médecine-chirurgie (MC), au repérage des patients de plus de 75 ans, en perte d'autonomie avant l'hospitalisation ou à risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation. Les outils de repérage doivent être communs à l'ensemble de l'établissement, faciles d'utilisation, applicables en un temps réduit (moins de 10 minutes), et utilisables par les différents acteurs hospitaliers, à commencer par les aides-soignantes.
- **Evaluer** les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Les établissements mettent ainsi en œuvre, dans toutes les unités de MC, une évaluation gériatrique selon une approche graduelle qu'ils déclencheront, au vu des résultats du repérage :
 - o évaluation simple par une infirmière ;
 - o en fonction des résultats de cette évaluation simple, une évaluation gériatrique standardisée par l'équipe mobile gériatrique (ou par l'hôpital de jour si elle peut être réalisée à distance de l'hospitalisation).

Cette évaluation alimente le compte rendu d'hospitalisation et le plan personnalisé de santé.

En parallèle, les établissements mettent en œuvre l'évaluation gériatrique pré-opératoire afin de réduire le risque de complications post-opératoires chez les patients de plus de 75 ans, en recourant à l'expertise gériatrique des équipes mobiles de gériatrie (EMG) ou des consultations gériatriques.

Pour améliorer la prise en charge hospitalière, les établissements s'organisent pour diffuser la culture gériatrique dans l'ensemble des unités et mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique. Pour ce faire, les établissements s'engagent :

- **A réduire le risque iatrogénique médicamenteux** à l'admission, pendant (en MC, soins de suite et réadaptation - SSR, unités de soins de longue durée - USLD) et à la sortie de l'établissement de santé. Cela peut se traduire par la mise œuvre de la conciliation médicamenteuse³, l'application des référentiels de la HAS qui visent à optimiser la prescription médicamenteuse tels que la PMSA (prescription médicale chez le sujet âgé) et la transmission des décisions thérapeutiques au médecin traitant.
- A mettre en œuvre les mesures visant à réduire l'incidence des événements indésirables induits par les soins, des pathologies nosocomiales et de la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation ;
- A assurer un meilleur accueil des personnes âgées aux urgences (infirmier référent, intervention de l'EMG etc.) ;
- A faciliter l'accès direct aux structures internes de court séjour gériatrique (ou en SSR ou en HAD si l'indication le justifie). Pour ce faire, chaque établissement diffusera aux professionnels de santé du territoire un numéro de téléphone permettant l'accès direct au gériatre d'astreinte au sein de la filière gériatrique.
- A réduire le risque de perte d'autonomie « nosocomiale » par le suivi et l'analyse pluriprofessionnelle d'indicateurs de perte d'autonomie à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation ainsi que la mise en place de dispositifs d'amélioration. Ils s'appuieront sur la confrontation des résultats de la mesure de la perte d'autonomie réalisée à l'entrée (lors du repérage) et à la sortie de l'établissement. Ces informations doivent être intégrées au dossier informatisé du patient pour permettre leur suivi et leur analyse en routine.

Pour améliorer la sortie, les établissements repèrent rapidement les besoins de la personne pour un retour à domicile optimal. Pour ce faire, ils s'engagent à :

- identifier dès l'admission et au plus tard à la 48^{ème} heure d'hospitalisation, au sein des structures MC, les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charges, et ceux pour lesquels sera indiqué un SSR, une HAD ou un changement de lieu de vie à la sortie du MC (EHPAD ou USLD) ;
- identifier au plus tard au 7^{ème} jour d'hospitalisation, au sein des structures SSR, les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charges – y compris en HAD - , et ceux pour lesquels sera indiqué un changement de lieu de vie à la sortie du SSR (EHPAD ou USLD).

Une fois, cette identification réalisée, les établissements transmettent les informations permettant de préparer la sortie des patients aux acteurs du domicile. Pour ce faire, ils s'engagent à :

- orienter vers la coordination clinique de proximité ;
- instruire le cas échéant le plan personnalisé de santé des personnes à partir de l'évaluation gériatrique susmentionnée ;
- préparer le retour à domicile et/ou permettre à la coordination clinique de proximité de formaliser ou de compléter le plan personnalisé de santé, par un contact avec le médecin traitant ou la coordination clinique de proximité 48 heures avant la sortie ;
- adresser, lors de la sortie du patient, le compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant et le cas échéant à la coordination territoriale d'appui ou à l'EHPAD ;

³ Il s'agit d'un processus permettant de d'améliorer la prise en charge médicamenteuse d'un patient, notamment lors de son entrée et de sa sortie d'ES par un meilleur échange d'information qui passe par la recherche active d'informations sur les traitements du patient, la formalisation d'une liste exhaustive et complète des médicaments, la comparaison de la liste avec la prescription hospitalière l'admission, la caractérisation des divergences observées, la rédaction d'un complément d'information, d'une nouvelle prescription, cf. : Rencontres HAS 2011, 17-18 novembre 2011.

- à solliciter la coordination d'appui territoriale pour les situations complexes (impliquant notamment un prise en charge sociale spécifique).

En application de l'article L.1111-8 §2 du code de la santé publique « L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. » Il met également à disposition de ses partenaires du projet pilotes (CTA et EHPAD notamment) son expertise gériatrique, notamment par la formalisation de conventions. De la même façon, les établissements favorisent l'accès à l'expertise psychiatrique et de soins palliatifs.

3.6. Missions et engagements des EHPAD

Les EHPAD mettent en place et actualisent les projets de vie personnalisés pour tous les résidents par une équipe pluridisciplinaire, en tenant compte du PPS établi par la CCP et en l'alimentant.

Pour améliorer la prise en charge interne, les EHPAD s'engagent à :

- faciliter la saisie des infirmations par les médecins traitants et autres intervenants libéraux de dans le dossier de soins de l'EHPAD (ordinateurs portables, formations aux logiciels de l'EHPAD, collaboration de l'infirmière etc.) ;
- mettre en place une évaluation gériatrique standardisée (EGS) en faisant appel, en tant que de besoin, à l'expertise gériatrique de l'établissement de santé du territoire (équipe mobile gériatrique, réseau, hôpital de jour) pour le repérage des fragilités et mettre en œuvre les actions permettant d'éviter la perte d'autonomie ;
- mettre en place les conditions d'accès aux soins infirmiers par la mise en œuvre d'une astreinte de nuit et de WE : cette astreinte doit permettre de réduire ou retarder le recours au médecin traitant, médecin de garde, à SOS médecin, au centre 15, et aux hospitalisations en urgence, par l'intervention d'une infirmière en premier lieu. Les médecins coordonnateurs, les cadres de santé et les directeur de l'EHPAD doivent organiser avec les médecins traitants les conditions d'un recours efficace à cette astreinte (dans le cadre de la commission de coordination gériatrique) ;
- tendre vers la signature des contrats portant sur les conditions particulières d'exercice avec tous les libéraux intervenant dans l'établissement, ne concernant pour l'instant que les médecins traitants et les masseurs-kinésithérapeutes (cf. : article L314-12 du CASF) ;
- tenir au moins deux fois par an une réunion de la Commission de coordination gériatrique avec la participation au moins une fois par an des professionnels de santé libéraux signataires du contrat. La politique du médicament sera systématiquement abordée de manière à prévenir les risques iatrogéniques.
- prévoir dans leur projet d'établissement un objectif d'accessibilité à l'HAD et passer convention avec les établissements d'HAD dont ils relèvent

En cas d'hospitalisation, les EHPAD communiquent au médecin traitant ou éventuellement au médecin coordonnateur en cas d'urgence les informations nécessaires à la bonne prise en charge du résident en établissement santé 48h avant ou au plus tard accompagnant le résident : motif d'hospitalisation et fiche de liaison, élaborée à partir du DLU ou VMS, transmis par l'EHPAD à l'établissement de santé.

S'ils disposent de places d'hébergement temporaire, les EHPAD s'inscrivent dans une planification si elle existe (type TRAJECTOIRE EHPAD) afin de répondre :

- à l'urgence médico-sociale en cas de carence de l'aidant pour éviter toute hospitalisation induite ;
- à toute demande de répit de l'aidant ;
- à toute demande de sortie d'hôpital si le retour à domicile est impossible dans l'immédiat et le recours à un SSR non justifié.

Qu'ils disposent ou non de places d'hébergement temporaire, les EHPAD assurent, en liaison avec les structures hospitalières, la disponibilité de places afin de favoriser la fluidité de la sortie d'établissement de santé dans le cas où le retour à domicile ou l'admission en SRR ne sont pas indiqués. Dans ce cadre, le forfait dépendance et le tarif hébergement peuvent être pris en charge par les crédits de la dotation spécifique du fonds d'intervention régional pour une durée maximale de 30 jours laissant subsister un reste à charge journalier pour le résident équivalent au montant du forfait journalier hospitalier.

3.7. Missions et engagements réciproques des établissements de santé et des EHPAD

Les établissements de santé et les EHPAD s'engagent à détailler des procédures précises d'amont d'entrée/sortie d'hospitalisation et sortie/retour en EHPAD des résidents dans la convention signée entre l'établissement de santé et les EHPAD. Il s'agit, au-delà du contenu et des modalités d'échange d'informations, de déterminer les conditions optimales d'entrées et de sorties aussi bien pour l'établissement de santé que pour les EHPAD (jours, heures etc.), les contacts à prendre (par téléphone, accès à un référent...), l'organisation du transfert, les conditions d'accueil du résident etc.

En complément, les établissements de santé et les EHPAD utilisent les modes de communication qu'ils ont déterminés ensemble pour échanger des informations pertinentes (prescriptions médicamenteuses et de soins infirmiers, kinésithérapeutes etc.) à l'entrée et la sortie des résidents de l'EHPAD en établissements de santé (document papier, messagerie, DMP...) pour une prise en charge immédiate et efficace.

Les établissements de santé et les EHPAD établissent un bilan annuel des conventions qui les lient. Il s'agit de vérifier que les conventions s'appliquent et si ce n'est pas le cas d'en analyser les causes et de mettre en place des mesures correctives. Dans tous les cas, ces bilans doivent être préparés par les deux structures et partagés. Ils doivent faire l'objet d'au moins une réunion annuelle médico-administrative des deux structures dont le compte rendu, doit faire apparaître les points positifs et les points à améliorer. Ils peuvent s'appuyer sur la mise en place de fiches de liaisons d'événements indésirables et de dysfonctionnements. Ces bilans sont transmis à l'ARS et participent à l'évaluation des projets pilotes.

Les EHPAD s'engagent à formaliser une convention avec une HAD. Il s'agit de favoriser l'intervention de l'HAD en EHPAD préférentiellement à l'hospitalisation complète. La formalisation de cet engagement s'accompagne d'initiatives visant à améliorer la connaissance respective des structures, la qualité du partenariat et des conditions d'intervention de l'HAD dans les EHPAD.

3.8. La responsabilité des acteurs en matière d'évaluation

Les acteurs professionnels impliqués, ainsi que les personnes âgées et leurs aidants, participent à l'évaluation des projets pilotes. Le rôle des ARS sera particulièrement important en ce qui concerne la collecte et la transmission de données. Certains indicateurs spécifiques des projets pilotes (notamment les indicateurs de processus) constituent un appui au pilotage régional effectué par les ARS.

Les professionnels et structures des territoires pilotes transmettent à l'ARS, les informations nécessaires à l'évaluation selon le calendrier et sous la forme qui arrêtée par le comité de pilotage national de l'évaluation.

4. LES OUTILS

Le déploiement des projets-pilotes s'accompagne de la mise en œuvre d'outils spécifiques destinés à faciliter le suivi du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et l'anticipation de leurs besoins en développant une culture commune et en favorisant la communication et la coordination entre professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'utilisation effective des outils mis en place constitue un facteur-clé du succès de l'ensemble du dispositif.

4.1. Systèmes et échanges d'information

Afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge de la personne âgée tout au long du parcours de santé, les différents acteurs des trois secteurs échangent et, si possible, partagent des informations pertinentes et claires, en utilisant un système d'informations efficace et sécurisé. Ces échanges se font dans le respect de la confidentialité de la relation entre le professionnel de santé et son patient.

Les conditions de partage et d'échange des données sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

4.1.1. *Des outils d'information, de planification et de coordination*

Les différents acteurs prenant part s'engagent à transmettre le plus rapidement possible des informations permettant d'alerter le professionnel compétent en cas de changement de l'état de santé de la personne.

Ils élaborent, selon leurs fonctions, quatre types de documents de synthèse dématérialisés, chacun d'entre eux devant être conforme à un modèle conçu par la HAS de manière spécifique pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie :

- **Le plan personnalisé de santé (PPS)**

Pour la prise en charge des personnes âgées souffrant d'une affection sévère ou présentant une polyopathie, les professionnels de santé formalisent un plan personnalisé de santé, qui permet de gérer et d'anticiper la prise en charge. Ce document résumera la situation sociale du patient, son état de santé et les problèmes en cours ; il présentera un plan d'action d'aides et de soins avec des indicateurs précis de suivi pour chaque acteur et une date de réévaluation. En outre :

- il caractérise la situation sociale et sanitaire de la personne (sans mentionner les diagnostics médicaux) ;
- il définit un plan d'action avec un volet aide et un volet soins – de la responsabilité de la coordination clinique de proximité –, pouvant comprendre de l'éducation thérapeutique.
- il définit des indicateurs de suivi partagé, pour l'ensemble des acteurs impliqués auprès de la personne âgée et notamment les autres professionnels de santé (diététicien, psychothérapeute, podologue, orthophoniste,...).

Il sera piloté par le médecin traitant et mis en œuvre par plusieurs professionnels des trois secteurs. Son élaboration nécessite une évaluation de l'état de santé lors d'une visite à domicile qui sera réalisée par le médecin traitant et/ou l'infirmier choisi par la personne âgée.

- **Le volet médical de synthèse (VMS)**

Le médecin traitant formalise un volet médical de synthèse (VMS). Ce document contient :

- les coordonnées du patient ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux ;
- les allergies du patient, et les antécédents iatrogéniques ;
- les pathologies du patient et les résultats des principaux examens diagnostiques ;
- les traitements en cours ;
- les facteurs de risque et points d'attention particuliers.

Ce document est une photographie de l'état de santé de la personne et être doit être consulté facilement, notamment en cas d'urgence à l'hôpital. Il est actualisé à chaque modification importante de l'état de santé du patient. Il précède l'établissement du PPS pour les malades complexes.

- **Le dossier de liaison d'urgence**

Le médecin coordinateur de l'EHPAD formalise un dossier de liaison d'urgence (DLU) qui sert tout particulièrement en cas d'hospitalisation du résident en urgence pour établir la fiche de liaison destinée à l'établissement de santé.

- **Le compte rendu d'hospitalisation**

- Le médecin de l'établissement de santé – ou le cas échéant le médecin coordonnateur de la HAD – formalise un compte rendu d'hospitalisation (CRH) ; ce document présente :
 - le motif de l'hospitalisation ;
 - les points à signaler sur le déroulement de l'hospitalisation (ayant une incidence à la sortie) ;
 - la situation du patient à la sortie (pathologies, traitement en cours et critères de suivi) ;
 - les préconisations d'aide et de soins associé ;
 - constantes de sortie (cliniques /biologiques) ;
 - traitements stoppés et motif(s) d'arrêt.

Ce document permet de comprendre pourquoi le patient a été hospitalisé, de préciser son état de santé quand il sort de l'hôpital, et avec quelles préconisations. Il est transmis à l'équipe de ville (médecin traitant s'il est connu et disponible) au moment de la sortie, étant précisé qu'à l'hôpital le CRH comprendra une partie relative aux préconisations d'aides et de soins, qui servira de base à l'élaboration ou à l'actualisation du PPS pour les sorties d'hôpital, après une visite à domicile. **Ces documents sont rédigés dans une logique de parcours et de passage de témoin.** Leur rédaction est claire, concise et synthétique, avec une dimension prospective. Ils sont actualisés régulièrement, chaque fois que l'état de santé de la personne le nécessite. Ainsi, au moment où ils doivent être transmis, ils permettent de saisir l'état de santé de la personne dans sa dernière actualité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) élaborera la trame de ces documents pour le parcours de santé des personnes âgées sur les territoires pilotes afin d'avoir, pour chaque document, un modèle unique.

Lorsque les modèles de document auront été élaborés et composés dans le cadre d'un consensus métiers et en conformité avec les recommandations de la HAS, ils pourront être structurés techniquement afin de faire l'objet de spécifications utilisables par les éditeurs de logiciels pour être intégrés aux référentiels gérés par l'ASIP Santé. Les travaux de structuration et leur implémentation dans les logiciels impliquent généralement un délai de réalisation important (de l'ordre de 12 mois) ce qui place l'évolution des logiciels métiers dans une seconde phase du dispositif.

4.1.2. *Des supports d'information efficaces et sécurisés*

4.1.2.1. *L'annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales*

La coordination territoriale d'appui assurera, avec l'aide de l'ASIP Santé si nécessaire, et sous le pilotage de l'ARS, la mise au point :

- soit d'un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire pilote ;
- soit d'un répertoire opérationnel de ces ressources (ROR).

Il est préférable d'envisager la mise en place d'un ROR puisqu'il propose un moteur de recherche simple et conçu à partir des besoins exprimés par les professionnels et par les patients. L'annuaire produit devra, dans la mesure du possible, indiquer :

- les coordonnées ;
- les caractéristiques ;
- l'offre ;
- les disponibilités des acteurs ou structures ;

un recensement des différentes ressources et rubriques possibles sera joint en annexe.

L'objectif est de permettre aux usagers et aux professionnels et établissements de chaque territoire de trouver le service ou la personne nécessaire à chaque instant du parcours. La coordination territoriale d'appui assure, avec l'aide des différents acteurs, l'actualisation permanente de cet annuaire ou de ce ROR.

- ✓ En outre, dans les établissements de santé, un outil d'aide à l'orientation de type *Trajectoires* permettra de faciliter l'orientation des patients des établissements de santé de soins aigus (MCO – médecine chirurgie obstétrique) vers les établissements d'aval (SSR – soins de suite et de réadaptation ou HAD) voire vers les EHPAD (expérimentation en cours) en apportant une aide au choix de la structure la plus adaptée, tout en assurant une transmission sécurisée des données des patients.

4.1.2.2. Une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs des trois secteurs

Tous les acteurs des territoires pilote disposent d'une messagerie sécurisée, fournie, si nécessaire, par l'ASIP Santé.

Cette messagerie permet aux acteurs d'échanger :

- les documents de synthèse évoqués (VMS, DLU, CRH, PPS) ;
- des informations plus ciblées et plus ponctuelles dans une logique d'alerte, mais toujours uniquement et strictement pour les besoins de la prise en charge sanitaire de la personne âgée.

L'attention est attirée sur la responsabilité des acteurs, en particulier sanitaires, dans le bon usage de la messagerie. Son usage devra être guidé par un principe de prudence, dans le seul objectif d'assurer la prise en charge des personnes âgées.

Dans les établissements de santé et les EHPAD, cette messagerie sera facilement accessible.

4.1.2.3. L'utilisation du DMP, pour mieux partager les informations, en particulier les documents de synthèse.

Afin d'éviter de refaire des examens déjà faits, de reposer des questions sur l'état de santé de la personne ou de chercher à joindre des interlocuteurs qui ne sont pas disponibles, les professionnels de santé peuvent utiliser, si la personne âgée a donné son accord, l'outil de partage de données de santé qui est légal et opérationnel sur le territoire : le DMP (dossier médical personnel), accessible par tout professionnel de santé détenteur d'une carte de professionnel de santé (carte CPS), soit directement si le logiciel métier est compatible avec le DMP, soit par internet.

Le DMP permet aux professionnels de santé de :

- stocker les documents de synthèse décrits *supra* et ayant vocation à être consultés facilement et partagés ;
- stocker le volet médico-social du PPS (versé par les coordinateurs d'appui sociaux ayant un accès restreint).

En toute hypothèse, les retours d'expérience sur le DMP dans les projets pilotes permettront d'envisager des évolutions pour améliorer cet outil et favoriser sa montée en charge.

4.1.2.4. Le dossier pharmaceutique (DP)

Sur les territoires pilotes, les pharmaciens utilisent, avec l'accord de la personne âgée, le dossier pharmaceutique (DP), afin d'alerter le médecin traitant en cas de repérage de problèmes liés aux médicaments. Le DP est en effet un outil informatique puissant, puisqu'il donne l'historique sur les quatre derniers mois des médicaments délivrés au patient dans toutes les officines reliées au dispositif. En le consultant, le pharmacien peut repérer les risques d'interactions médicamenteuses, d'une automédication ou de redondances de traitement et limiter le risque iatrogénique.

Les territoires pilotes peuvent participer à l'expérimentation en cours sur l'accessibilité du DP dans les services d'urgences.

4.1.2.5. Des outils SI adaptés à la mobilité à partir du domicile ou des EHPAD.

L'usage de tablettes tactiles ou de smartphones par les infirmiers lors de leurs visites à domicile est encouragé sur les territoires pilotes.

Il en est de même des expérimentations de télémédecine et de télésurveillance, notamment en HAD et en EHPAD (cf. *infra*).

4.1.3. *L'outil informatique de la coordination territoriale*

Cet outil est celui déjà utilisé par le porteur de la coordination territoriale d'appui (CLIC, réseau, porteur de MAIA, association des trois...), mais adapté afin :

- d'assurer le suivi des dossiers passant par la CTA ;
- de connaître les personnes âgées suivies par une coordination clinique de proximité (et les coordonnées des membres de cette coordination clinique de proximité), ce qui suppose que les membres de la coordination clinique de proximité informent régulièrement la CTA ;
- d'élaborer et de suivre les indicateurs de processus utiles au pilotage des territoires pilotes (voir partie évaluation).

4.1.4. *Des logiciels métiers adaptés et compatibles avec les outils.*

En fonction des exigences ci-dessus, un diagnostic territorial relatif à l'existence et la conformité des outils utilisés par les professionnels mobilisés devra être établi. L'engagement des acteurs à faire évoluer leurs outils pour être en capacité de produire les 4 types de documents identifiés sera demandé. L'utilisation d'un logiciel DMP compatible sera un élément facilitant le partage de données médicales via le DMP et une indication importante sur sa capacité à s'intégrer à terme avec la messagerie sécurisée.

4.2. **La formation**

4.2.1. *Objectif général de la formation*

La formation vise d'abord la compréhension du modèle organisationnel avec sa formalisation autour du plan personnalisé de santé, l'appropriation de documents formalisés à échanger (VMS, CRH, DLU) et l'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge à plusieurs des personnes âgées. Elle permettra, grâce aux retours d'expérience, d'ajuster l'offre et les pratiques professionnelles aux besoins des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels.

La formation permet aussi aux acteurs de se connaître, de faire tomber les frontières culturelles et d'intégrer les contraintes réciproques entre les acteurs du social, du médico-social, de la ville et de l'hôpital, et de créer ainsi, de manière informelle, une dynamique et une communauté d'acteurs aptes à travailler ensemble. A ce titre, un temps présentiel est nécessaire.

Cinq types de formation sont assurés sur les territoire-pilote. Le suivi le plus large de l'ensemble de ces formations par tous ceux qui ne maîtrisent pas leurs enseignements est un élément décisif du succès des projets pilotes.

4.2.2. *Public visé*

La formation s'adresse à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dans le cadre du parcours de santé :

- médecin traitant
- infirmier libéral ou coordinateur de SSIAD,
- pharmacien,
- Autres professionnels de santé impliqués, Services d'aides à domicile (SAAD).

4.2.3. *Formation des acteurs de la coordination clinique de proximité et des professionnels de l'expertise gériatrique*

- **Contenu :**
- Maîtriser le modèle organisationnel du projet pilote, et notamment la place de la coordination territoriale d'appui ;
- Utiliser les systèmes d'information mis à disposition ;
- Structurer les synthèses médicales sur la personne âgée (VMS, CRH, DLU...) dans une logique de parcours et de passage de témoin, ainsi que d'alerte ;
- Élaborer à plusieurs un PPS (plan personnalisé de santé, comprenant aides et soins, dont ETP), sous la responsabilité du MT avec la définition d'indicateurs de suivi partagés.

- Avec un fil rouge d'amélioration des pratiques professionnelles autour de quatre facteurs de risque d'hospitalisation (problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression, chutes), en mettant l'accent la première année sur le médicament.
- **Forme et support :**
 - Elle doit associer la filière gériatrique, en particulier les gériatres
 - Elle doit être en partie en partie commune aux différents professionnels et en partie spécifique (Exemples : pour les médecins (MT et gériatres), amélioration de la prescription médicamenteuse chez la PA (PMSA de la HAS), pour les infirmiers, évaluation gériatrique au domicile .
 - Elle doit comporter, sur le long terme, des retours d'expérience associant de façon large les acteurs du territoire.
 - Via le DPC pluri-professionnel (arrêté à paraître d'ici fin d'année) - contenu défini au niveau national (début 2013) et mise en place au niveau territorial.
 - Conformément aux principes du DPC, elle est conçue en deux temps :
 - à l'entrée dans le dispositif : une formation théorique (temps de formation à définir) au contenu à dominante sanitaire (séminaires sur des thématiques décidées au niveau territorial au plus près des besoins des équipes), etc...
 - ensuite une formation plus axée sur l'évaluation des pratiques professionnelles (e-learning) et les retours d'expérience (permettre aux équipes de proximité de discuter de dossiers de malades avec les gériatres; réaliser des retours d'expérience en associant de manière large les acteurs du territoire (équipes de proximité, équipe de la filière gériatrique, travailleurs sociaux, établissements de santé...), notamment autour des transitions domicile hôpital (points de rupture), ce qui permettrait aux acteurs d'ajuster notamment les dispositifs visant à faciliter les sorties d'hôpital tels que OMAGE, PRADO et ARDH.

4.2.4. **Formation des aides à domicile au repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie ou de fragilité**

La formation des aides à domicile dans les territoires-pilotes porte sur 3 thèmes principaux :

- Savoir repérer les indices de risque de perte d'autonomie (exemple : courses non consommées, difficultés inhabituelle à se déplacer, troubles de l'humeur, du sommeil, médicaments non pris...).
- Savoir les informations pertinentes aux acteurs de la coordination clinique de proximité et savoir les transmettre à la CCP et au MT pour qu'il les prenne en compte§
- Savoir s'inscrire dans le suivi de la personne âgée.

4.2.5. **Formation des acteurs des établissements de santé**

- **Public concerné :**
 - Catégories professionnelles concernées:
 - Aides-soignantes,
 - IDE,
 - Assistantes sociales
 - Médecins.

Caractéristiques des personnes concernées prioritairement : Les référents gérontologiques des structures internes de médecine et de chirurgie hors gériatrie accueillant des patients âgés de 75 ans et dans le cadre d'hospitalisations non programmées.

- **Objectifs pédagogiques :**
 - Identifier les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie en recourant aux outils adaptés à cet effet,
 - Poser l'indication de recours à une évaluation gériatrique et à une expertise gériatrique (cf algorithme),
 - Appliquer les recommandations de bonnes pratiques visant à réduire les risques prévalent auxquels sont plus particulièrement exposés les PAERPA hospitalisées et inducteurs potentiels de perte d'autonomie « nosocomiale » :
 - Prévention du risque iatrogénique médicamenteux : action pédagogique devant se référer au programme PMSA/AMI (HAS)
 - Prévention du risque de dénutrition protéino-énergétique : action pédagogique devant se référer à l'outil Mobiquel « nutrition »

- Prévention des risques induits par le syndrome d'immobilisation (alitement) dont
 - Les risques de plaies de pression, de désadaptation posturale et de troubles vésico-sphinctériens
 - Les bonnes pratiques de recours à la contention physique
- Prévention du risque infectieux : action pédagogique devant se référer à l'outil Mobiquat « risque infectieux »
- Prévention de la « iatrogénie hospitalière » pour les PA repérées au sens large, dépassant le strict cadre du médicament.

Ces actions prioritaires pourront secondairement être complétées d'actions visant l'amélioration de la prise en charge de la douleur, des troubles psychologiques et comportementaux, des soins palliatifs....

- Mettre en œuvre les mesures visant à optimiser les transitions ville-établissement de santé, ce qui implique :
 - Une connaissance des dispositifs en place ou devant se structurer (et de leurs fonctions) dans le cadre des expérimentations : coordinations d'appui territoriale, ARDH , PRADO
 - Une connaissance des métiers impliqués dans ces dispositifs (et de leurs missions respectives) dans le champ du sanitaire, du social et du médico-social.
 - La maîtrise des outils de transmission de l'information : CRH et préconisations de plan d'aides et de soins des PAERPA hospitalisées.
 - La maîtrise des outils informatiques de transmission (messagerie sécurisée, annuaire des ressources, dossier médical personnel) ou d'aide à l'orientation (ex : trajectoire).

4.2.6. *Formation pour les personnels de gériatrie (UGA et SSR)*

Il est attendu que les personnels de gériatrie suivent une formation de type « OMAGE » devra être assurée avec pour objectifs pédagogiques : optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) critère 20b de la certification des établissements de santé, éducation thérapeutique personnalisée,, CRH formalisé, simplifié et adapté à terme au DMP.

4.2.7. *Focus : formation à l'éducation thérapeutique personnalisée (ETP)*

Une offre de formation « éducation thérapeutique personnalisée » est organisée sur le territoire à la fois en milieu hospitalier et en ville (au cabinet, à domicile et en officine).. Le programme d'éducation thérapeutique doit inclure un axe plus spécifique autour des problèmes liés au médicament (observance et iatrogénie) intégrant la poly pathologie.

4.3. **La télémédecine**

Deux priorités du plan national de déploiement de la télémédecine, relatives à la prise en charge des maladies chroniques et aux soins en structure médico-sociale ou en HAD, concernent particulièrement la population des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Le Comité de pilotage national a souhaité que le déploiement de ces deux priorités soit amorcé en 2013 et le déploiement s'effectuera prioritairement dans les territoires-pilotes.

Le recours à la télémédecine dans le cadre des projets-pilotes a trois objectifs :

- favoriser l'accès aux soins, y compris de second recours
- renforcer la prise en charge ambulatoire et promouvoir l'évaluation gériatrique précoce
- organiser la filière gériatrique et psycho-gériatrique en mettant en avant les compétences de chaque intervenant dans la prise en charge et leur articulation

Les acteurs participant aux projets pilotes qui mettent en œuvre une activité de télémédecine doivent avoir conclu entre eux une convention qui en précise l'organisation⁴. La personne âgée doit enfin toujours consentir à l'acte de télémédecine qui lui est proposé.

En pratique, la télémédecine dans les territoires pilotes peut comporter :

⁴ Cette organisation doit être conforme aux dispositions des articles R.6316-1 à 11 du Code de la santé publique. Elle doit notamment être mise en place conformément au Programme Régional de Télémédecine de l'ARS concernée et respecter les prescriptions du contrat de télémédecine qu'ils ont par ailleurs conclu avec elle.

- des téléconsultations de médecine spécialisée

Les consultations seront réalisées par visioconférence, par un praticien hospitalier, depuis l'établissement de santé dans lequel il exerce, au bénéfice d'un patient résidant en EHPAD. Les spécialistes consultés pourront être au premier chef :

- des psychiatres,
- des orthopédistes,
- des dermatologues (escarres).

Dans tous les cas, le patient pourra être accompagné et guidé sur place par un personnel de santé lors de la téléconsultation. Ce schéma requiert au plan technique, a minima, une interconnexion des deux structures.

En termes d'infrastructure, la téléconsultation en EHPAD requiert également la mise en place :

- d'un dispositif de visioconférence équipant chaque EHPAD adhérent au projet et le ou les établissements hospitaliers pivots ;
- d'un dispositif de messagerie pour l'échange de données entre EHPAD et centres de référence. Cette messagerie peut être intégrée à l'outil de télémédecine ou s'appuyer sur des dispositifs de messagerie sécurisée de santé, locaux, régionaux ou nationaux.
- de la téléexpertise pour les diagnostics complexes

Ces téléexpertises seront réalisées par les médecins exerçant au sein des Centres mémoire de ressources et de recherches régionaux (CMRR). Un médecin de ville ou hospitalier ayant reçu une personne âgée dans le cadre d'une consultation mémoire pourra ainsi solliciter à distance l'avis d'un médecin expert du CMRR.

Au plan technique, ce schéma requiert une interconnexion des deux structures permettant de transférer les données de santé du patient concerné nécessaires pour que l'expert consulté à distance puisse établir son diagnostic. Le dispositif technique doit par ailleurs permettre l'authentification des acteurs et la traçabilité des échanges. Enfin, il doit comporter un moteur de workflow évolué, de type serveur de planification et de gestion.

- **La télésurveillance médicale sur le lieu de vie**

Cette télésurveillance (au domicile, en EHPAD ou en HAD) concerne des patients atteints de maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, suivi des plaies chroniques...).

La télésurveillance médicale permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données (pression, pouls, température, glycémie...) peuvent être automatisés (par exemple, terminal à écran tactile mis en place sur le lieu de vie du patient ou accessible par interface web - PC, tablette, Smartphone-) ou réalisés par un professionnel de santé ou par le patient lui-même.

5. Gouvernance

Le pilotage global du dispositif est assuré par l'ARS du territoire pilote qui constitue une équipe projet *ad hoc*.

Afin d'assurer un pilotage territorialisé d'actions portées par plusieurs types d'opérateurs engagés à la réalisation d'un objectif commun, les ARS développent des outils adaptés, et renforcent leur expertise métier en matière d'animation et de pilotage.

La gouvernance territoriale est assurée par une **table stratégique départementale** comprenant (1) le Conseil général, (2) l'ARS et (3) les organismes locaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

La table stratégique départementale veille à la bonne exécution du projet pilote, au respect des engagements pris par les acteurs locaux et s'assure de la cohérence des démarches et initiatives locales, au regard des objectifs du Projet pilote. Il rend les arbitrages nécessaires en conséquence. Elle est une instance décisionnelle et évaluative.

La table stratégique départementale assure la gouvernance de la coordination clinique de proximité et de la coordination territoriale d'appui.

La coordination territoriale rassemblant les différents dispositifs de coordination existants sur le territoire s'appuiera sur une **table tactique**, comprenant l'ensemble des représentants des professionnels des secteurs sanitaires (et notamment des professionnels de santé libéraux), sociaux et médico-sociaux ainsi que des personnes âgées, pour identifier les besoins de santé, d'offre de soins et de services dans le cadre d'une responsabilité populationnelle, de définir des indicateurs de suivi, ainsi que les axes de la formation nécessaires sur le territoire. La table tactique est organisée par l'acteur responsable de la coordination territoriale d'appui. Elle est une instance opérationnelle de pilotage.

Annexe 1 : Financements mobilisables dans le cadre des expérimentations

Actions	Source de financement
Télémédecine	FIR
Formation des professionnels	OGDPC
Equipeement messagerie sécurisée	ASIP santé
Evaluation	FICQS national
Actions en cours relatives au parcours antérieures aux projets pilotes	FIR
Autres systèmes d'information	Dotation spécifique FIR
Diminution du reste à charge d'hébergement temporaire EHPAD en sortie d'hôpital	Dotation spécifique FIR
Prestations spécifiques non couvertes par la négociation conventionnelle (ex : ETP)	Dotation spécifique FIR
Animation et fonctionnement de la CTA	Dotation spécifique FIR
Pilotage et gouvernance	Dotation spécifique FIR
Permanences infirmières en EHPAD	Dotation spécifique FIR
Intéressement des structures hospitalières	Dotation spécifique FIR
Appui au déploiement	Dotation spécifique FIR/ANAP
Rémunérations des équipes de soins de proximité	ONDAM (risque ville) Rémunération conventionnelle (cadre article 45 LFSS 2013)

Annexe 2 : Evaluation

METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

Le périmètre de l'évaluation

L'évaluation débutera dès la mise en œuvre des projets pilotes en septembre 2013.

L'évaluateur devra prendre en compte la possibilité d'inclure de nouveaux territoires pilotes au cours de l'expérimentation.

L'analyse médico-économique sera menée sur l'ensemble des personnes de plus de 75 ans vivant dans chacun des territoires pilotes. Cela nécessitera de croiser les données spécifiques du SNIIR-AM, du PMSI et des conseils généraux. A ce titre, des appariements de base de données seront nécessaires.

La constitution de territoires témoins

Au-delà du suivi des bénéficiaires et d'une comparaison de leur situation avant et après le démarrage du projet pilote, l'évaluateur effectuera le suivi de l'état de santé et de la consommation de soins des plus de 75 ans de « groupes témoins » pour pouvoir mesurer l'effet propre du dispositif. Les évaluations étrangères de dispositifs visant à mieux coordonner la prise en charge des personnes âgées et éviter les hospitalisations non pertinentes ou évitables s'appuient en général sur des méthodologies intégrant des comparaisons avec des groupes témoins (cf. : annexe de revue de la littérature).

L'évaluateur devra sélectionner, en lien avec le comité de pilotage de l'évaluation, autant de territoires témoins que nécessaire pour constituer des territoires « jumeaux », de manière aussi fiable que possible. Cela nécessitera en particulier de caractériser finement au préalable les territoires pilotes pour pouvoir sélectionner ensuite des territoires témoins porteurs de caractéristiques les plus proches possibles de celles des territoires pilotes en termes de population de personnes âgées, de démographie de professionnels de santé, de présence d'établissements de santé et d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, etc. Le nombre de territoires témoins devra être suffisamment important pour pouvoir pallier l'éventualité que l'un d'eux entre dans le dispositif PAERPA au cours de la période d'expérimentation.

Pour identifier des territoires témoins l'évaluateur pourra par exemple prendre en compte les caractéristiques suivantes :

- Offre de soins sur le territoire : densités des professionnels médicaux et paramédicaux, établissements de santé,
- Offre de services d'aide à domicile,
- Existence d'HAD, d'un réseau de santé, d'une filière gériatrique, de SSIAD, de CLIC, de MAIA
- Distances⁵ au médecin généraliste, aux spécialistes, à l'hôpital...
- Territoire rural/urbain
- Indicateurs de niveau de vie
- Caractéristiques socio-démographiques des territoires
- Pourcentage de personnes de plus de 75 ans institutionnalisées (données recensement)
- Pourcentage de personnes vivant seules dans leur logement selon l'âge (données INSEE recensement)
- Répartition selon le GIR des personnes de 75 ans ou plus (données APA des CG)
- Pathologies
- Recours à l'hôpital
- Consommation de soins de ville, notamment de médicaments

Comparer des niveaux et des évolutions entre les territoires témoins et pilotes

Afin de neutraliser au mieux les effets de contexte et de sélection, la méthodologie d'évaluation proposée par l'évaluateur devra reposer le plus possible sur la mesure des écarts d'évolution entre territoires pilotes et témoins et pas seulement sur la comparaison de niveaux, ce qui nécessite des mesures temporelles successives.

⁵ Distances calculées avec l'outil DREES-INSEE d'analyse de l'accès aux soins

LES INDICATEURS

L'évaluateur définira précisément l'ensemble des indicateurs qui seront recueillis dans le cadre de l'évaluation et soumettra ces définitions au comité de pilotage pour validation (cf. : infra).

Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus évoqués dans le paragraphe 2.2 qui visent à suivre la montée en charge des projets devront être alimentés localement, soit par les ARS soit, si ces dernières le décident, par les porteurs des projets pilotes. Ces indicateurs devront être remontés nationalement, de façon standardisée, à un rythme suffisamment rapide pour détecter d'éventuels écarts par rapport au cahier des charges PAERPA. La fourniture de données régulières de qualité devra faire partie des pré-requis pour la sélection des territoires pilotes.

Une base nationale constituée des indicateurs alimentés localement devra être constituée par l'évaluateur.

Les **indicateurs de processus** devront être précisés par le comité de pilotage (cf. : point 7), en lien avec les ARS concernées par les projets pilotes. Ils devront être communs aux différents territoires. Ils pourraient se décliner comme suit (*liste indicative, à finaliser par l'évaluateur en lien avec le comité de pilotage de l'évaluation*) :

Outils

- nombre d'appels au n° unique vers un référent de la filière gériatrique,
- nombre de patients suivis par DMP,
- nombre de PPS actualisés au bout d'un an,
- nombre de bilans en hôpital de jour,
- nombre de sollicitations de la coordination territoriale d'appui et si possible auteur de la demande, nature de la demande,
- % des appels reçus par la coordination territoriale d'appui traités dans les 48h,
- pourcentage de CRH, PPS et VMS versés dans le DMP,
- % de professionnels ayant accès au SI PAERPA,
- Délai d'envoi des CRH

Professionnels

- nombre de professionnels par profession impliqués dans les projets pilotes,
- nombre de professionnels par profession ayant suivi la formation PAERPA,
- nombre d'établissements de santé, HAD, EHPAD, services (SSIAD, SPASAD) engagés dans l'expérimentation,

Patients

- nombre et % de la population cible bénéficiant d'une coordination clinique de proximité (CCP) et caractéristiques de santé (âge, sexe, situation au regard de l'isolement, pathologies, etc.),
- nombre et % de la population cible bénéficiant en plus de la CCP, de la coordination territoriale d'appui (CTA) et caractéristiques de santé (âge, sexe, situation au regard de l'isolement, pathologies, etc.),
- nombre et % de la population cible disposant d'un plan personnalisé de santé, et caractéristiques de ces patients (âge, sexe, situation au regard de l'isolement, pathologies, etc.),
- nombre et % de la population cible ayant bénéficié d'éducation thérapeutique personnalisée, et profil de ces patients,
- nombre de personnes prises en charge en HAD, y compris les résidents en EHPAD,
- nombre de personnes vivant en EHPAD ayant bénéficié de téléconsultations de médecine spécialisée

Indicateurs de consommations de soins

Ces indicateurs devront être évalués distinctement pour les patients vivant à domicile et les patients en institution.

L'évolution des indicateurs de consommation de soins concerne à la fois :

Des données issues du SNIIR-AM et du PMSI en routine

- les hospitalisations complètes en fonction des modes d'entrée (en distinguant en particulier les entrées en urgence et les entrées non programmées) et les durées moyennes de séjours (DMS) et notamment le nombre d'hospitalisations et de réhospitalisations complètes ainsi qu'une éventuelle mesure des hospitalisations (complètes) évitables. Un groupe technique auquel sera associé l'évaluateur se réunira pour étudier la faisabilité de construction d'un indicateur d'hospitalisation complète évitable des PAERPA calculable à partir des seules données administratives⁶ ;
- le recours aux professionnels de santé de ville (consultations et visites de médecins généralistes, d'infirmières, de masseurs-kinésithérapeutes, consultations hospitalières externes etc.) et à l'HAD ;
- les médicaments à travers la consommation de médicaments et la baisse de certaines consommations ou du risque iatrogénique.

Ce volet de l'évaluation sera naturellement central et permettra de suivre l'atteinte des objectifs qui seront assignés au projet PAERPA en termes de réduction des hospitalisations évitables et de la iatrogénie médicamenteuse.

Des données issues des enquêtes ou remontées d'informations spécifiques réalisées dans le cadre des projets pilotes

- le recours aux autres professionnels de santé (psychothérapeutes, diététiciennes, ergothérapeute, psychomotriciens, pédicures/podologues etc.) non remboursés par l'assurance maladie ;

Indicateurs d'état de santé

Les indicateurs d'impact et leur évolution sur la santé devront fournir des données sur le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie et l'état de santé des personnes âgées, la réduction de la perte d'autonomie.

Les données individuelles de santé devront être recueillies directement auprès des professionnels participant aux projets pilotes. Le recueil devra intervenir par enquêtes ad hoc (éventuellement sur échantillon) auprès des patients et de leurs médecins traitants, idéalement deux fois pour évaluer l'évolution éventuelle des indicateurs.

Le protocole de l'enquête et le contenu du questionnaire devront être précisés par l'évaluateur, en lien avec le comité de pilotage de l'évaluation qui sera pour l'occasion élargi à des experts extérieurs.

Exemples de critères :

- information sur le niveau d'autonomie (Cf. : par exemple évolution de l'indicateur ADL (*activities of daily living*) de Katz à 6 items ou niveau de GIR à l'entrée en institution ; entrée en institution (pour les personnes vivant à domicile) ; évolution du niveau de GIR et des plans d'aides ;
- hospitalisation pour chute (plus spécifiquement, les hospitalisations pour fracture du col du fémur pourront être évaluées via le PMSI) ;
- mesure de la dépression ;
- mesure de l'état de dénutrition ;
- décès et causes de décès ;
- infections nosocomiales ;
- escarres acquis ;
- problèmes liés aux médicaments
- isolement.

Indicateurs de pratique clinique et de qualité de soins

Ces indicateurs sont en cours de développement à la HAS et pourront être recueillis dans le cadre des enquêtes ad hoc évoquées dans le 4.3, dès lors qu'ils seront finalisés.

⁶ Pour mesurer les hospitalisations « évitables », on pourra par exemple partir de la liste de pathologies définies dans Weissman *et alii* (1992).

Indicateurs financiers

D'une part, il devra mettre en regard les coûts générés par les prototypes et les économies engendrées. Le suivi des coûts et des gains liés aux projets inclura un suivi infra-annuel du coût de l'hospitalisation complète (notamment en médecine et chirurgie) et si possible, celui des rémunérations et des frais de structure pour la ville.

D'autre part, l'évaluateur devra mesurer l'évolution du reste à charge des patients.

Indicateurs de satisfaction et d'évaluation de l'expérience du patient et des professionnels

La satisfaction et l'évaluation de l'expérience de la personne âgée et des aidants ainsi que l'implication et la satisfaction des professionnels et structures participant aux projets pilotes devront être recueillies par une enquête spécifique, en s'appuyant sur les travaux existants notamment à la HAS.

L'évaluateur devra en particulier définir la population cible de ces enquêtes (personne âgée et/ou son entourage, professionnels), les segments du parcours de santé de la personne âgée (exemples : séjour hospitalier, épisode de soins ambulatoire) et les dimensions de la prise en charge (exemples : communication avec le personnel médical et soignant, niveau d'information du patient, coordination des soins, organisation des soins et services, temps d'attente, gestion de la douleur, respect de l'intimité du patient...) qui seront analysées en détail. Une attention particulière devra être portée à la situation des personnes au regard de l'isolement.

La fréquence de calcul de ces indicateurs reste à préciser. Une première enquête auprès des professionnels en 2014 paraît en tout état de cause nécessaire.

Dans la mesure du possible, dans le choix des indicateurs d'évaluation des projets pilotes PAERPA, l'évaluateur devra veiller à l'articulation et à la cohérence avec ceux déjà mobilisés pour des projets proches (expérimentations « article 70 », MAIA, réseaux de santé, parcours prioritaires sur le premier recours, satisfaction/expérience patient à l'hôpital, expérience patient sur pathologie chronique, satisfaction des professionnels en établissements de santé).

Par ailleurs, en fonction de l'ampleur du recours au DMP pour les patients PAERPA, une enquête de satisfaction sur l'utilisation du DMP par les professionnels de santé et par les PAERPA serait également utile.

Les questionnaires relatifs à ces enquêtes seront élaborés par l'évaluateur en lien avec un comité ad hoc issu du comité de pilotage national qui les validera. Ce comité ad hoc pourra inclure des experts externes.

Annexe 3 : Calendrier indicatif de déploiement de la première vague de projets pilotes

2012	20 Décembre	Adoption du projet de cahier des charges par le comité national de pilotage
	30 Janvier- 15 Février	Envoi par les agences régionales de santé des lettres de candidatures
2013	20 février	Choix des premières régions retenues par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé
	Fin février	Concertation avec les ARS et les acteurs du parcours de santé des régions retenues sur le choix des territoires pilotes
	Mars	Choix des territoires-pilotes par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé
	Avril-Juin	Négociation et signature des conventions de mise en œuvre
	1 ^{er} septembre	Mise en œuvre des projets pilotes

Annexe 4 : grille des responsabilités

Acteur	Position dans le dispositif cible	Rôle	Production / Livrable
GOUVERNANCE (ARS/CG/Organismes locaux de sécurité sociale).		<ul style="list-style-type: none"> - Organiser le pilotage stratégique du projet : Table stratégique - Communiquer sur le projet auprès des professionnels - Participer à l'évaluation nationale 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'une équipe projet en charge de: <ul style="list-style-type: none"> o La mise en place de l'annuaire des ressources o La mise en place de la messagerie sécurisée o L'accompagnement des acteurs dans le déploiement et l'utilisation des outils informatiques. o La mise en œuvre de l'offre de formation o Etre l'interlocuteur administratif des promoteurs de projet (gestion des conventions de financement par exemple) o Organiser le processus de remontée d'information dans le cadre du dispositif d'évaluation nationale o Réaliser le diagnostic des équipements et des compatibilités de SI dans les territoires, o Les aider à mobiliser les moyens relevant de leur stratégie sur ce sujet (GCS e-santé, établissements de santé...) - Organisation des réunions de la stable stratégique - Fourniture, dans le cadre l'évaluation, des données relatives aux consommations de soins
Médecin traitant	Structuration dans le cadre de la CCP pilotée par le médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser et piloter la CPP - Piloter la production du PPS et le valider - Formaliser le volet soins du PPS - Suivre la mise en œuvre du PPS - Piloter les réévaluations du PPS 	<ul style="list-style-type: none"> - PPS : volet soins (une visite à domicile obligatoire) - Mettre en œuvre une éducation thérapeutique personnalisée - Organisation de réunions de coordination pluri professionnelles autour du PPS - Echange d'informations synthétiques, organisées et structurées
Professionnels de santé (autre que médecin traitant)		<ul style="list-style-type: none"> - Participer à la CPP - Participer à l'élaboration du PPS - Formaliser le volet soins du PPS - Suivre la mise en œuvre du PPS - Participer aux réévaluations du PPS 	<ul style="list-style-type: none"> - PPS : volet soins (une visite à domicile obligatoire) - Mettre en œuvre une éducation thérapeutique personnalisée - Participation aux réunions de coordination pluri professionnelles autour du PPS - Echange d'informations synthétiques, organisées et structurées

Acteurs sociaux et médico-sociaux en charge de la prise en charge à domicile		<ul style="list-style-type: none"> - Participer à l'élaboration du PPS - Piloter aux réévaluations du PPS 	<ul style="list-style-type: none"> - PPS : volet accompagnement du PPS
Etablissement de santé		<ul style="list-style-type: none"> - Structurer en interne la volonté d'améliorer les parcours des personnes âgées - Repérer les personnes en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie - Evaluer les besoins des personnes âgées - Améliorer les retours à domicile - Orientation vers la CCP et le CTA - Participation à l'élaboration du PPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer et diffuser en interne des outils de repérage - Mise en œuvre dans toutes les unités de MC d'une évaluation gériatrique - Mise en œuvre de l'évaluation gériatrique préopératoire - Identification des personnes âgées pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides et des prises en charges spécifiques - Identification des personnes âgées pour lesquels sera nécessaire un changement de lieu de vie - Réalisation du compte-rendu d'hospitalisation et transmission au médecin traitant - Formalisation avec les EHPAD des procédures d'entrée et de sortie d'hospitalisation - Réalisation d'un bilan annuel des conventions avec les EHPAD
EHPAD		<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour les PVP sur la base des PPS - Développement de moyens devant faciliter la saisie des informations par les médecins traitants et autres intervenants libéraux de dans le dossier de soins de l'EHPAD (ordinateurs portables, formations aux logiciels de l'EHPAD, collaboration de l'infirmière etc.) - Mise en place une évaluation gériatrique standardisée (EGS) sur la base d'un outil commun avec l'établissement de santé du territoire au moins une fois par an - Mise en place d'une astreinte d'IDE de nuit et de WE - Signature de contrats portant sur les conditions particulières d'exercice avec tous les libéraux intervenant dans l'établissement - Tenu au moins deux fois par an d'une réunion de la Commission de coordination gériatrique avec la participation au moins une fois par an des professionnels de santé libéraux signataires du contrat. - En cas d'hospitalisation, communication des informations nécessaires à la bonne prise en charge du résident en établissement de santé

			<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation avec les établissements de santé des procédures d'entrée et de sortie d'hospitalisation - Réalisation d'un bilan annuel des conventions avec les établissements de santé - Conventonnement avec une HAD
Structures de coordination et d'intégration (CLIC, réseaux, filières, MAIA)	Structuration dans le cadre de la CTA pilotée par une structure de coordination existante à désignée	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser le pilotage opérationnel du projet : Table tactique - Soutenir les professionnels de proximité - Informer et orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales - Activer la mise en place des aides sociales - Assister les CCP dans l'aiguillage vers l'offre ETP et les prestations de santé complémentaires - Faciliter l'accès à l'expertise gériatrique, - Faciliter l'accès à l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs - Assurer l'interfaçage avec les établissements de santé - Assister la CCP pour l'élaboration du volet soins du PPS, notamment dans les situations compliquées et en cas d'indisponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Annuaire ou répertoire sanitaires des ressources - Guichet intégré réservé aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs aidants - Numéro unique ouvert sur des plages horaires étendues y compris le WE - Recensement des CCP - Structuration d'un réseau de coordinateurs d'appui sociaux - Structuration d'un réseau de coordinateurs sanitaires intervenant à domicile pour la participation à l'élaboration du PPS