

## Le cahier des charges du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

A la fin 2012 est adopté par le comité national, mis en place à cet effet par Roselyne Bachelot, le cahier des charges des préfigurations du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Pourquoi un tel cahier des charges ? Quel en est le contenu ? Quelles sont les suites qui lui sont données ? Voilà les trois questions que cet article abordera successivement.

I- Pourquoi un cahier des charges « Parcours des personnes âgées » ? On n'évoque ici que pour mémoire en quoi les personnes âgées représentent un enjeu sanitaire et social central pour la France du XXI siècle.

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent aujourd'hui 1 personne sur 10 en France et ont pour 85% d'entre elles au moins une pathologie, 57% sont en ALD, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne avec pour 44% d'entre elles un passage aux urgences.

Dans la réflexion récente sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées deux rapports du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie ont joué un rôle déterminant.

Ils indiquent un constat, une ambition, une méthode.

- Le constat est celui que la coordination est au cœur de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. L'hyperspécialisation des acteurs de la santé et du social qui interviennent auprès de la personne âgée est un facteur majeur de non-qualité, de complexité, du risque de mauvaise prise en charge.

Certes il existe d'ores et déjà un certain nombre de coordinations. Mais elles sont presque toujours partielles, limitées, que ce soit en termes de professionnels de santé, de lien sanitaire/social et de personnes âgées prises en charge.

- Un objectif : les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, au bon moment, par les bons professionnels, disposant de la bonne information.

La notion de parcours vise à organiser la prise en charge non pas acteur par acteur mais en mettant la personne au cœur du système et en veillant à ce que celui-ci fasse l'objet d'une réelle organisation pour faciliter et améliorer la prise en charge de la personne.

Il s'agit donc d'une ambition très forte de mutation de notre système de santé, en replaçant chaque acteur dans un nouveau rôle vis-à-vis des autres et dans la relation avec le patient.

- Une méthode. Compte tenu de cette ambition et de la difficulté de bouger d'emblée l'ensemble du système, il est choisi, sur la base des recommandations du HCAAM de construire des préfigurations, des prototypes sur un certain nombre de territoires, qui auront marqué leur volonté de s'inscrire dans cette démarche, par le biais d'une réponse par les ARS à un appel à candidature, fondé sur un cahier des charges. Pour autant il ne s'agit pas d'une nouvelle expérimentation, mais réellement de préfiguration, c'est-à-dire que ce qui va être mis en place localement sur un territoire donné, doit pouvoir être reproduit, répliqué, étendu. D'où la nécessité d'un pilotage national et d'une grande cohérence des différentes préfigurations, même si chacune doit naturellement s'adapter à son territoire.

## II- Le cahier des charges

Il repose sur trois éléments essentiels :

- Une coordination clinique de proximité. Il s'agit de structurer autour du médecin traitant une coordination regroupant outre celui-ci, un infirmier diplômé d'Etat (libéral ou coordinateur de SSIAS), un pharmacien d'officine, et, le cas échéant, tout professionnel de santé intervenant régulièrement à domicile. Bien évidemment ces professionnels sont choisis par la personne âgée et entretiennent des liens étroits avec les aidants et ses aides à domicile qui doivent pouvoir échanger des informations avec les professionnels de santé. Le travail de la coordination clinique de proximité est notamment matérialisé par l'élaboration et le suivi d'un plan personnalisé de santé (PPS) dont le modèle type vient d'être conçu par la Haute Autorité de Santé.
- Une coordination territoriale d'appui. Cette notion désigne une plate-forme d'appui aux professionnels et aux familles au niveau territorial visant à favoriser l'information, l'orientation, les échanges entre professionnels.

Il est indispensable que les acteurs de proximité puissent bénéficier d'une structure d'appui, qui leur facilite la tâche et les libère d'un certain nombre de recherches ou travail social (par exemple) afin d'être recentré sur leur véritable plus-value vis-à-vis de la personne.

Cette coordination ne doit pas être une structure supplémentaire, ses fonctions peuvent être prises en charge par une des formes de coordination préexistante, en lien avec les autres acteurs.

Le cahier des charges ne recommande pas une organisation plutôt qu'une autre et laisse cette mise en place au dialogue entre les pilotes territoriaux, notamment l'ARS et le Conseil général.

- Une gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD

Il est fondamental de mieux gérer les transitions ville-hôpital-EHPAD ; d'éviter les hospitalisations ou ré-hospitalisations évitables, d'éviter autant que possible les passages aux urgences des personnes âgées, de préparer la sortie d'hôpital, d'éviter les ruptures de prise en charge.

Pour cela il convient d'impliquer les niveaux stratégiques et opérationnels de l'hôpital, bien au-delà des seuls services gériatriques (une majorité des personnes âgées est hospitalisée hors des services gériatriques), de donner aux personnels libéraux un accès facilité au gériatre d'astreinte, de mettre en œuvre la réalisation de l'évaluation gériatrique préopératoire, de repérer rapidement les besoins de la personne pour un retour à domicile optimal, d'établir et de transmettre systématiquement un compte rendu d'hospitalisation aux acteurs de la prise en charge en ville.

Concernant les EHPAD il s'agit de faciliter les saisies des informations par les médecins traitants dans un dossier de soins de l'EHPAD, de formaliser les échanges entre médecins libéraux intervenant en EHPAD et celui-ci, de mettre en place une évaluation gériatrique standardisée ainsi qu'une astreinte infirmière de nuit et de week-end.

Il est aussi indispensable de travailler sur la relation EHPAD-hôpital. Les procédures précises d'entrée et de retour en EHPAD devront être définies et figurer dans la convention signée entre l'EHPAD et l'hôpital. Celle-ci devra notamment déterminer les conditions optimales d'entrée et de sortie (y compris le week-end), les contacts à prendre, l'organisation du transfert, l'information des familles ... Elle précisera également les modes de communication qui auront été retenus et les informations pertinentes (prescriptions médicamenteuses, soins infirmiers, kinésithérapie) destinés à assurer la continuité de la prise en charge, au-delà de la seule pathologie justifiant l'hospitalisation. Sera ainsi encouragé le recours à l'hospitalisation à domicile en EHPAD dans le cadre d'indications supervisées par l'ARS.

Les dispositions de ce cahier des charges ne sont pas limitatives. Deux sujets en particulier doivent retenir l'attention :

- La prévention et notamment la détection des fragilités. L'ensemble des acteurs en la matière devront être mobilisés et coordonnés, y compris les Caisses de Sécurité Sociale, assurance maladie et vieillesse, sur la base des recommandations du rapport « Bien vieillir » piloté par JP. Aquino.
- Le recours à la télémédecine notamment en EHPAD, en liaison avec l'hôpital et à la télésurveillance pour les personnes à domicile devra être encouragé au fur et à mesure de la

validation des expérimentations en cours à la matière et devront être pleinement intégrés au parcours.

Enfin, il faut souligner combien le parcours devra donner toute sa place à la personne elle-même et à ses aidants éventuels.

### **Les conditions de mise en œuvre du cahier des charges**

La mise en œuvre du cahier des charges suppose un pilotage et des outils.

- Le pilotage au niveau régional est assuré par l'ARS. Il associe tous les acteurs concernés sous une double modalité :
  - \* une « table tactique » réunissant l'ensemble des représentants des professionnels des trois secteurs et des personnes âgées afin d'identifier les besoins de santé, d'offres de soin et de services, de définir les indicateurs de suivi du parcours ainsi que les axes de formation nécessaires sur le territoire,
  - \* une table stratégique associant l'ARS, le Conseil Général, la CPAM, les établissements et professionnels de santé qui assurera la gouvernance territoriale opérationnelle du parcours.

Par ailleurs le pilotage exige une évaluation qui visera à deux objectifs :

- Suivre la mise en œuvre des processus sur trois plans : l'adhésion des acteurs, la réalité des services nouveaux déployés, la satisfaction des patients et des professionnels,
- Les résultats en terme médico-économiques : l'évolution de la consommation et de la typologie des soins, de l'état de santé et d'autonomie des personnes âgées, des pratiques cliniques et de la qualité des soins.

Le parcours doit permettre d'améliorer la prise en charge, mais aussi l'efficacité du système de santé. Dans le contexte actuel des finances sociales, il est un élément majeur de la conciliation des impératifs d'équilibre de l'assurance maladie et d'amélioration de la prise en charge de l'ensemble des personnes âgées sur le territoire national.

Les outils pour les acteurs. Ils sont au nombre de 3 : financiers, systèmes d'information, formation.

- financiers : Une enveloppe est attribuée aux ARS préfiguratrices qui vient abonder le FIR pour financer notamment le PPS et les autres actions de coordination selon ce qu'estime nécessaire (et possible !) l'ARS. A terme les actions de coordination des professionnels ont vocation à être financées sur le risque au même titre que les actes.
- systèmes d'information : Trois outils de base – sans exclure naturellement d'autres perfectionnements - devront être constitués avec l'aide de l'ASIP : un annuaire des

ressources sanitaires, médico-sociales et sociales, une messagerie sécurisée, un volet médical de synthèse (extraction du DMP contenant les principales informations utiles à la prise en charge).

- les formations pour l'ensemble des professionnels devront être proposées visant :
- d'une part à la maîtrise des objectifs, de méthodologies et des outils parcours
  - d'autre part à l'amélioration de la prise en charge : les facteurs d'hospitalisation évitable (dénutrition, dépression, chutes, iatrogénie médicamenteuse), l'éducation thérapeutique et si possible les outils de dépistage de la fragilité.

Ces outils devront être mis en place dès le démarrage des préfigurations.

### III- Le cahier des charges et ses suites

En janvier dernier, le comité national rendait son cahier des charges à la Ministre de la santé et des Affaires sociales, Marisol Touraine.

Celle-ci décidait de suivre intégralement les préconisations du comité et demandait aux ARS de candidater sur la base du cahier des charges établi par le comité national.

Après expression des candidatures, la Ministre retenait 5 territoires pour un démarrage avant la fin juin 2014 et 3 territoires pour début 2014.

Pour 2013, les 5 territoires sont :

- ARS Centre -territoire du Lochois
- ARS Ile-de-France - territoire parisien
- ARS Lorraine- territoire nancéen
- ARS Midi-Pyrénées -territoire des Hautes-Pyrénées
- ARS Pays-de-la-Loire - territoire mayennais

Actuellement sont en cours d'élaboration les lettres d'engagement associant les partenaires au niveau régional qui permettront d'enclencher la mise en œuvre opérationnelle. Les outils nationaux sont en cours d'achèvement et les enveloppes financières en passe d'être déterminées. En 2014 le cahier des charges commencera à s'incarner sur un certain nombre de territoires et dès lors on peut espérer qu'une dynamique collective permettra progressivement d'abattre les cloisons qui séparent encore trop souvent les acteurs, de mettre la personne au cœur de l'organisation de l'offre de soins, de contribuer à la refondation de notre système de santé permettant à notre pays d'affronter avec succès les défis du vieillissement de sa population.

Nul doute que le chemin est long et parfois ardu, semé d'embûches, mais y a-t-il actuellement un défi plus motivant et plus pertinent pour tous ceux qui œuvrent dans les domaines sanitaires et sociaux afin de mieux répondre aux besoins de la population ?

Dominique LIBAULT