

# **Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**

**Dominique LIBAULT**

**Conseiller d'Etat, Président du Comité national de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**

La SNS fait de la « Révolution du premier recours » une priorité. Les notions de « parcours » et de « coordination », dans cette perspective, s'imposent. Concrètement, que supposent ces concepts et où en sommes-nous de leur mise en œuvre dans le secteur des personnes âgées ? Thomas FATOME, directeur de la Sécurité sociale, est actuellement en train de faire la tournée des ARS pour observer la façon dont se met en place ce parcours dans les différentes régions.

## **I. Pourquoi ?**

### **1. La population cible**

D'après les données de l'Assurance maladie, les personnes de plus de 75 ans ont, pour 85 % d'entre elles, au moins une pathologie, 57 % sont en Affection Longue Durée (ALD) et un tiers ont été hospitalisées en 2010. Beaucoup sont donc concernées par la question des allers-retours de prise en charge entre l'hôpital et le domicile. Du reste, parmi celles qui ont été hospitalisées, une sur deux est passée par les urgences, ce qui n'est pas la meilleure façon de prendre en charge les personnes âgées. Ces personnes prennent également beaucoup de médicaments : 7 à 8 molécules différentes leur sont délivrées en moyenne.

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de cette population ont été identifiés, qui ne sont pas nécessairement liés à une aggravation de leur pathologie principale mais plus souvent à des problèmes de iatrogénie médicamenteuse, de dénutrition, de dépression ou de chute. Or ce sont des facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour éviter l'hospitalisation.

### **Les enjeux**

#### *Démographiques*

La population des personnes âgées est une population en croissance dans la société française. Elles représentent 10 % de la population globale et en représenteront 16 % en 2050.

#### *Sanitaires*

Ce vieillissement de la population s'accompagnera également, comme l'a rappelé Gilles DUHAMEL, de nouveaux problèmes de santé, tels que l'importance croissante des maladies chroniques, des polyopathologies et de la dépendance.

#### *Financiers*

Les enjeux financiers ont été estimés par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans un rapport fondateur entre 8 et 20 milliards d'euros.

## *Ethiques*

Enfin, n'oublions pas que la bonne prise en charge des personnes âgées est un enjeu fondamental pour une société. Nous sommes en effet, tous confrontés, dans nos vies personnelles, à ce sujet, par rapport à nos aînés et à nos parents.

### **L'indispensable coordination des soins**

Le constat de départ, cité dans le rapport du HCAAM, est qu'il existe désormais un très large consensus sur le fait que la coordination des soins fait intégralement partie de la prise en charge soignante et que cela est particulièrement vrai pour les personnes du grand âge. On ne peut bien prendre en charge que si, d'une façon ou d'une autre, on coordonne. Les intervenants susceptibles d'intervenir dans le secteur des personnes âgées se répartissent du secteur social aux établissements hospitaliers en passant par les aidants.

De même, l'idée de mettre la personne âgée au centre de la prise en charge se retrouve dans les pays les plus avancés en termes de prise en charge sanitaire. La notion de « parcours » vise justement à produire ce renversement pour faire en sorte que la prise en charge s'organise davantage autour de la personne.

Mais avant d'aller plus loin, il est important de préciser ce que l'on entend par « coordination », car il existe, en réalité, plusieurs niveaux de coordination.

#### *La coordination clinique*

La coordination clinique est une coordination de proximité, qui s'inscrit dans le projet de vie de la personne : il s'agit d'organiser, autour de la personne, les différentes prescriptions au sens large d'un projet de santé.

#### *La coordination des prestations*

Plusieurs professionnels ou institutions sont amenés à intervenir au domicile de la personne : l'infirmier, le kinésithérapeute, l'aide à domicile, etc. Il s'agit alors d'assurer la coordination de tous ces intervenants, ainsi que la continuité des prestations lorsque la personne doit être hospitalisée.

#### *La coordination institutionnelle au niveau du pilotage territorial*

Pour mettre en place ces différents types de coordination et mettre la personne au cœur du système, il faut pouvoir les piloter sur un territoire de santé, d'où l'importance d'une coordination institutionnelle.

#### *Les types de coordination préexistants*

Enfin, différents types de coordination existent déjà, qu'il s'agit naturellement de prendre en compte dans les objectifs conventionnels. Un accord interprofessionnel a d'ailleurs été conclu avec la volonté de créer de la coordination entre les professionnels de santé. J'étais récemment au Conseil National des Professions de Santé (CNPS) avec Marisol TOURAINE et j'ai ainsi pu constater que des coordinations se mettent en place entre les professions de santé libérales. La loi Hôpital Santé Patient Territoire (HSPT) du 21 juillet 2009, après la loi de 2004 qui avait institué le médecin traitant, et la mise en place des ARS ont joué, dans ce sens, un rôle déterminant. Il existe également d'autres modes de coordination tels que les réseaux de santé,

les filières de soins, ou encore, sur le plan social, les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), qui sont souvent placés sous la houlette des Conseils généraux.

Ce ne sont donc pas les formes de coordination qui manquent mais le constat partagé, notamment au sein du HCAAM ou au sein du Comité des sages, est que toutes ces coordinations ont leurs limites et que des points de rupture persistent :

- Grande diversité des pratiques sur les territoires, manque de reproductibilité ;
- Offre territoriale disparate, mal connue de l'ensemble des acteurs et des usagers ;
- Structuration des acteurs en silos ;
- Etanchéité des accompagnements entre institution et domicile ;
- Mauvaise articulation entre prestations de soins et « hors soins » ;
- Cohabitation difficile de plusieurs modes d'exercices (libéraux et salariés) ;
- Etanchéité des savoir-faire sur l'approche somatique, sociale, environnementale et psychique ;
- Déficit de partage d'informations et manque de systèmes d'information organisés ;
- Problème d'accueil à l'hôpital des personnes âgées de plus en plus nombreuses hors des services gériatriques et aux urgences.

Pour résumer, il s'agit donc de passer d'une approche classique, par structure et par pathologie, à une approche « parcours », en partant des besoins de la personne dans un objectif de meilleure prise en charge, de meilleure attention portée à l'individu, de meilleure efficacité, donc de faire en sorte qu'une personne reçoive les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et au meilleur coût. Derrière cette démarche, l'idée, en effet, est qu'une bonne prise en charge par la bonne structure est un gage d'efficacité potentielle puisqu'elle permet d'éviter certaines hospitalisations.

## **II. Comment ?**

### **1. Le cadre juridique et les travaux menés**

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012 a lancé des expérimentations en deux temps, avec un premier dispositif autour de la prévention et de la sortie d'hôpital (article 70 de la LFSS 2012) puis des projets pilotes sur l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées (article 48 de la LFSS 2013). L'objectif faisant consensus, toute la question était de savoir comment le mettre en œuvre de façon efficace. Personnellement, je crois beaucoup à la co-construction : l'échec de certaines stratégies antérieures était lié au fait qu'elles étaient imposées d'en haut. Or cet objectif de coordination suppose de modifier les pratiques et les comportements, donc un bouleversement culturel, et l'on ne peut faire autrement que de co-construire les dispositifs avec les intéressés : les libéraux, les acteurs sociaux, les hospitaliers ont été réunis afin d'établir le cahier des charges de projets pilotes.

Dans un deuxième temps, il s'agissait également de repenser le phasage entre la construction nationale et le territorial. Une des grandes difficultés auxquelles se heurtent actuellement tous ces projets est de réussir à penser ce qui doit relever du territorial et ce qui doit relever du national. Cela n'est pas simple, en effet. Si cela se fait seulement au niveau territorial, comme cela a été le cas de plusieurs expérimentations, le risque est de n'obtenir que des dispositifs non

reproductibles. D'un autre côté, imposer un modèle unique sans tenir compte des diversités territoriales est tout aussi problématique. L'idée a donc consisté à rédiger un cahier des charges national puis de mettre en place des préfigurations sur certains territoires pour travailler à la reproductibilité.

### **Les principes directeurs des projets pilotes**

Ces projets pilotes reposent sur trois grands principes, visant à faire de chaque dispositif :

- Un dispositif concret et opérationnel, partant des besoins de la personne et proposant des améliorations qui doivent être concrètes et visibles par les personnes ;
- Un dispositif reproductible sur l'ensemble du territoire afin de préparer la généralisation, car telle est bien l'ambition finale, tout en s'assurant que le succès ne dépend pas de conditions particulières propres à un territoire ;
- Un dispositif évalué, notamment d'un point de vue médico-économique, puisque l'évaluation est ce qui a parfois manqué dans les démarches antérieures.

### **Des niveaux de prise en charge différenciés selon les besoins**

Ce projet de parcours est un projet de parcours populationnel et non par pathologie, ce qui le distingue du projet Prado. Il s'agit d'organiser la prise en charge d'une population et la relation des acteurs gravitant autour de cette population selon le niveau de prise en charge. Très classiquement, cette organisation revêt une forme pyramidale :

- la base est constituée de personnes en bonne santé à qui sont destinés la prévention et le « dépistage de la fragilité » ;
- au second niveau on trouve les patients fragiles nécessitant des soins primaires de préservation du capital santé et des aides sociales ;
- au troisième niveau on trouve les patients complexes nécessitant une gestion active de la prise en charge, un suivi rapproché, de l'éducation thérapeutique, un couplage réactif de l'aide et du soin ou encore une gestion des moments de rupture ;
- Et à la pointe, les cas extrêmement lourds nécessitant une gestion individuelle par un gestionnaire de cas tel que ceux mis en place dans le cadre des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

### **Les aspects financiers**

Dans un premier temps, il s'agira de mieux coordonner les financements existants, car il en existe beaucoup, des prestations sociales au fonds de formation de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) en passant par les nouveaux modes de rémunération mis en place dans le cadre des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR). L'un des travaux importants de la Sécurité sociale avec les ARS, aujourd'hui, consiste justement à recenser tous les financements existants.

Ensuite, il s'agira de mettre en place, à travers le Fonds d'Intervention Régionale (FIR), une dotation financière spécifique à destination des territoires préfigurateurs, en complément des financements existants. Les enveloppes du FIR sont pour l'instant suffisantes, notamment pour permettre de financer la coordination du Plan Personnalisé de Santé (PPS).

### **III. Les principaux axes du cahier des charges**

Le cahier des charges a permis de définir trois éléments fondamentaux du parcours, qui nécessiteront la mise en place d'outils et de formations à destination des professionnels.

#### **2. La coordination clinique de proximité**

La coordination clinique de proximité vise à faire travailler autrement, c'est-à-dire ensemble, les différents acteurs qui gravitent autour de la personne. Cela met en jeu l'équipe pluridisciplinaire de proximité autour du médecin traitant. Le rôle de pivot du médecin traitant est reconnu mais d'autres acteurs auront également un rôle très important à jouer, notamment le coordinateur des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), l'infirmier, le pharmacien, voire d'autres professionnels paramédicaux.

Dans certains cas, ce travail en commun sera formalisé par le PPS. Cela nécessitera de former l'ensemble des professionnels au risque d'hospitalisation évitable, notamment.

#### **La coordination territoriale d'appui**

Sur un territoire de santé, il faut aussi une coordination pour aider les professionnels, les malades et les familles dans l'information, l'orientation, l'activation des aides sociales et médicosociales, l'expertise gériatrique, le repérage et l'optimisation des transitions ville – hôpital. Sans cela, ce qui est trop souvent le cas, le rôle d'orientation et d'information repose sur les professionnels eux-mêmes qui le font plus ou moins bien et auraient bien besoin de cette coordination territoriale d'appui.

#### **L'optimisation des transitions ville – hôpital – EHPAD**

De façon plus systémique, il faudra également travailler sur les ruptures dans les transitions ville – hôpital – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), tels que les passages trop fréquents par les urgences, les retours au domicile non anticipés, la prolongation pas toujours justifiée du séjour hospitalier ou encore les problèmes de parcours au sein même de l'hôpital entre les différents services spécialisés.

#### *Actions sur les établissements hospitaliers*

Cela nécessite d'impliquer au niveau stratégique le personnel des établissements de santé, et pas uniquement les gériatres, pour faire en sorte que le sujet « personnes âgées » soit pris en compte par l'ensemble de la communauté hospitalière. Il s'agira également de donner aux professionnels libéraux un accès facilité au gériatre d'astreinte, de repérer les personnes âgées en perte d'autonomie, de diffuser la culture gériatrique dans l'ensemble des unités, de mettre en œuvre la réalisation d'évaluations gériatriques préopératoires, de repérer rapidement les besoins de la personne pour un retour à domicile dans des conditions optimales, d'établir et de transmettre le compte rendu d'hospitalisation aux acteurs de la prise en charge en ville.

#### *Le parcours de santé des personnes hébergées en EHPAD*

Au niveau des EHPAD, il s'agira de mettre en place des projets de vie personnalisés pour tous les résidents. Les EHPAD ont en effet tendance à avoir une vision un peu hôtelière des choses d'où un service un peu uniforme qui ne prend pas assez en compte la personnalité et les besoins des résidents, sachant qu'ils sont extrêmement divers. Il faudra aussi mettre en place une astreinte de nuit et de week-end. Plusieurs études ont été menées sur le sujet, qui montrent qu'en l'absence d'une infirmière dans l'établissement, les aides soignantes ont tendance à avoir plus facilement recours à l'hôpital pour ne pas prendre de risque.

Il est prévu également de procéder à la signature de contrats portant sur les conditions particulières d'exercice avec tous les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement car l'intervention des professionnels libéraux en EHPAD est, en effet, un véritable défi de coordination. Les résidents ayant tendance à conserver leur médecin traitant libéral, il arrive que certains EHPAD, notamment en région parisienne, aient à jongler entre 30 ou 40 médecins traitants. Un décret avait été préparé par l'ancien gouvernement sur les rapports entre le médecin coordinateur et les professionnels libéraux mais il a été contesté par les professionnels et annulé par le Conseil d'Etat. Un nouveau décret est actuellement en cours d'élaboration.

Enfin, la question des places d'hébergement temporaire se pose également afin de répondre aux urgences ainsi qu'au besoin de répit des aidants et à la sortie d'hôpital.

#### *La liaison hôpital – EHPAD*

Il y a également des actions très concrètes à mener dans le domaine de la liaison hôpital – EHPAD. Les EHPAD, par exemple, n'aiment pas avoir à gérer une sortie d'hôpital un vendredi car le week-end il y a moins de personnel médical présent dans l'établissement, de sorte que beaucoup de personnes passent deux jours supplémentaires à l'hôpital de façon un peu indue.

## **IV. Avec quels outils ?**

### **1. Des outils spécifiques pour favoriser la communication des professionnels**

Pour faire travailler tous ces acteurs entre eux, il faut des outils de communication.

#### *Des outils juridiques*

Les questions juridiques ont été traitées dans un décret récent du 2 décembre 2013 permettant l'échange d'informations nécessaires et pertinentes entre professionnels de santé ainsi qu'entre professionnels de santé et professionnels sociaux, ce qui est une grande nouveauté, même si cela se faisait sans doute déjà de manière illégale.

#### *Des outils de communication et d'information*

Un annuaire des ressources sanitaires, médicosociales et sociales devra permettre à chacun de connaître l'ensemble des acteurs, ce qui est essentiel. Une messagerie sécurisée sera mise à disposition des professionnels, ainsi que des documents élaborés par la HAS pour faciliter l'échange d'informations entre ville, hôpital et EHPAD, notamment le compte rendu d'hospitalisation. Il s'agit donc de mettre en place des outils concrets qui répondent aux usages et aux besoins des professionnels. Il serait d'ailleurs très utile que ces outils soient disponibles sur le logiciel métier du prescripteur afin qu'il n'ait pas à ressaisir les données lorsqu'il veut échanger avec d'autres acteurs.

### **Les objectifs du Plan Personnalisé de Santé (PPS)**

Ce PPS est l'un des points saillants du projet PAERPA. Il repose sur des recommandations très précises élaborées sous l'égide de la HAS en concertation avec l'ensemble des acteurs et donnera lieu à une rémunération de 100 € à partager entre les différents intervenants contribuant à l'élaboration de ce PPS. Lorsque les professionnels sont organisés en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), cette somme sera versée à la structure. Dans le cas contraire, deux modes de partage de la somme seront proposés : un mode 60/40 entre deux interlocuteurs et un mode 40/30/30 s'il y a trois intervenants à rémunérer, tels que le médecin, l'infirmier et le pharmacien, par exemple.

D'autre part, pour changer les pratiques en profondeur des professionnels, il faudra en passer par la formation initiale. Dans l'immédiat, nous travaillerons à la mise en place de formations continues sur la façon de travailler ensemble et les risques d'hospitalisation évitable.

### **Le pilotage local des projets pilotes**

Les ARS seront les pilotes de l'ensemble du dispositif mais en collaboration avec le Conseil général, les CPAM et les caisses de retraite. C'est ce que l'on appelle pour l'instant la « table stratégique départementale », qui est une sorte de comité des financeurs à côté duquel on trouvera également un comité plus large réunissant l'ensemble des représentants des acteurs de terrain qui traitera de tous les aspects opérationnels.

### **L'évaluation**

Enfin l'évaluation portera d'une part sur la mise en œuvre et d'autre part sur une analyse médico-économique qui permettra d'évaluer l'impact sur la consommation de soins, sur l'état de santé et d'autonomie, sur les pratiques cliniques et la qualité des soins et sur les indicateurs financiers. On se donne les moyens de mener une analyse médico-économique assez fine, en faisant notamment appel à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Un des problèmes en France, en effet, est que l'on n'utilise pas les mêmes outils d'analyse selon les projets, ce qui rend impossible toute comparaison.

Le cahier des charges a été finalisé en 2012. En 2013, nous l'avons soumis à la ministre puis nous avons lancé un appel d'offre à la suite duquel neuf projets pilotes ont été lancés dans cinq territoires infrarégionaux en Ile-de-France, en Lorraine, dans le Centre, en Midi-Pyrénées et en Pays de Loire. Dans un deuxième temps, quatre autres territoires rejoindront le dispositif : Bordeaux, le Valenciennois, la Corrèze et le nord de la Nièvre. 230 000 personnes âgées de plus de 75 ans et 7 000 professionnels de santé sont concernés sur l'ensemble de ces territoires. Il s'agit donc de préfigurations mais sur des territoires tout de même relativement vastes.

Une fois les territoires sélectionnés nous avons demandé une lettre d'engagement afin de vérifier que l'ensemble des acteurs étaient d'accord sur la façon de fonctionner, sur la gouvernance et les objectifs. Ces lettres d'engagement ont été signées fin 2013 – début 2014 et le système sera opérationnel à compter du mois d'avril 2014 sur les cinq premiers territoires.

En conclusion, le rôle des CPAM est potentiellement très important dans ce projet même si, sur ce sujet du décloisonnement et de la coordination de l'ensemble des acteurs, l'ARS reste le principal pilote. L'Assurance maladie se voit confier cinq missions d'importance que sont :

- la promotion du dispositif vis-à-vis du public et des professionnels auxquels elle a à faire tels que les professionnels libéraux ;

- l'accompagnement de l'ensemble de la démarche, qui reste à imaginer sur le terrain sur la base d'un cahier des charges mais reposera en partie sur l'intégration de Prado dans le PAERPA ;
- la participation au pilotage et au succès de l'opération ;
- la liquidation de la rémunération des professionnels dans le cadre du PPS ;
- la participation à l'évaluation.

Ce dispositif est donc très ambitieux et comporte des risques. Mais il s'efforce d'être en phase avec les attentes de la SNS : le décroisement au sein du sanitaire ainsi qu'entre le sanitaire et le social, le travail sur les inégalités de santé, sur une nouvelle méthodologie de travail entre le national et le local et entre professionnels de santé. Ces enjeux sont ambitieux mais mobilisateurs et les acteurs leur réservent un accueil *a priori* plutôt favorable. Si l'on réussit ce parcours, on aura déjà franchi une étape décisive vers la SNS et cette Révolution du premier recours que la ministre appelle de ses vœux, puisque nous serons parvenus à modifier en profondeur les cultures et les comportements des acteurs.