

# ATELIER « PARCOURS DES PERSONNES AGEES »

## Synthèse des travaux

## 1. Le cloisonnement de la prise en charge des personnes âgées : une problématique majeure, tant pour les individus que pour les professionnels, qui entraîne un défaut de lisibilité, une complexité du système et des ruptures de parcours de santé inacceptables

Depuis une vingtaine d'années, il a été constaté à la fois dans les champs sanitaires et sociaux que les organisations administratives, les établissements publics et privés, et les acteurs de ville ont fait évoluer chacun de leur côté leurs réponses aux principaux besoins des personnes âgées. L'engagement des professionnels, la diversité des réponses et la qualité des expertises de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sont une richesse importante de notre système.

Toutefois, nos organisations ont créé un foisonnement de réponses devenues complexes, cloisonnées et de moins en moins lisibles, tant au niveau local que national.

Aujourd'hui, il faut rappeler sans cesse que les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie souffrent de fragilité sociale et de multiples problèmes de santé (pluripathologie), pour lesquels l'objectif n'est souvent pas la guérison mais la stabilisation du niveau d'autonomie individuelle. Cette dernière dépend intimement de la bonne coordination des soins et services à la personne issus des interventions nombreuses d'un ensemble d'acteurs sanitaires et sociaux dans la durée.

La chronicité des pathologies, en entraînant des limitations fonctionnelles, des handicaps durables et une détérioration progressive de la santé, nécessite des soins cliniques et des aides individuelles dans une prise en charge ville-hôpital de longue durée. La multidimensionnalité des causes de la perte d'autonomie est susceptible de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'une personne, voire d'aggraver son état de santé.

**La présence quasi systématique d'un nombre élevé de pathologies, souvent chroniques, rend prioritaire les articulations dans la durée entre les soins cliniques et techniques d'une part, et l'accompagnement du maintien de l'autonomie d'autre part** (soins « d'entretien », aides à la vie quotidienne). La prise en charge de la perte d'autonomie nécessite l'intervention de nombreux professionnels spécialisés, de santé ou intervenants sociaux, particulièrement à domicile.

Les organisations et les pratiques des professionnels de santé et du social doivent donc évoluer en tenant compte de deux éléments fondamentaux : **l'évolution des maladies chroniques et l'augmentation de leur nombre** d'une part, **et le caractère multidimensionnel des causes de la dépendance des personnes âgées** (médicales, psychosociales, culturelles, environnementales et/ou économiques) d'autre part.

Les réponses apportées à ces questions l'ont été presque toujours en silos, **sans véritable intersectorialité sanitaire, sociale et médico-sociale**, ou n'ont été coordonnées que de manière imparfaite ou partielle.

Dès lors, nos organisations se doivent désormais d'être modifiées en profondeur et urgemment compte tenu de l'état actuel des perspectives démographiques, épidémiologiques et financières relevées dans le cadre des travaux de l'atelier.

De plus, les aides disponibles sont limitées par l'étanchéité des accompagnements entre les institutions et les professionnels, et par le cloisonnement des savoir-faire et des approches sanitaires et sociales. La disparité des offres territoriales, ainsi que leur manque de lisibilité pour les personnes et les aidants, nuit à l'efficacité de la prise en charge de la perte d'autonomie dans un contexte de tensions majeures (financières, ressources humaines...). **L'accessibilité des offres s'est réduite et est devenue plus difficile pour tous et notamment pour les plus précaires.** De plus, il a été noté que le système actuel de régulation et de planification engendre une perte de temps considérable rejaillissant sur les pratiques des acteurs de terrain (instances des tutelles et de concertations, types et modes d'évaluations, contrôles et indicateurs, capacités d'innovation ...).

Il a été relevé que l'organisation en silos des formations professionnelles initiales et continues ne permet pas la création et le développement d'une culture commune de travail entre les différents secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Par ailleurs, les personnes âgées se trouvent de plus en plus exposées à un risque accru d'hospitalisations insuffisamment programmées entre les acteurs de ville et les établissements de santé et trop souvent prolongées. **Ces hospitalisations répétées entraînent l'accroissement de la dépendance iatrogène** : les aller-retour plus fréquents entre le domicile et l'hôpital font peser des risques de pertes de capacité accrues pour les personnes âgées.

L'un des objectifs doit être impérativement d'éviter les hospitalisations ou les ré-hospitalisations inappropriées. En France, 14 % des patients de 75 ans ou plus sont réhospitalisés dans les 30 jours. Les aller-retour EHPAD-hôpital représentent 70% des mouvements entrants et sortants des EHPAD. On constate que des délais excessifs de traitement des demandes d'aide (par exemple l'APA ou l'aide sociale à l'hébergement en cas d'hébergement dans le médico-social) et la non anticipation concernant les retours à domicile peuvent favoriser des pratiques de mauvaise hospitalisation, en augmentant de façon inopportune les durées de séjour à l'hôpital.

En outre, **l'accès au médecin traitant est rendu de plus en plus difficile** du fait d'une démographie médicale décroissante dans les territoires. Le renouvellement générationnel insuffisant et **la diminution de la pratique des visites à domicile** par les médecins accentuent les tensions et les difficultés dans la bonne prise en charge du parcours des personnes âgées.

Les membres de l'atelier ont également relevé **la confusion problématique entre les outils d'évaluation** pour la prise en charge clinique ou sociale de la personne et les outils d'évaluation financière qui visent à financer des aides (Conseil départementaux, caisses). Ces outils ne sont pas superposables et amènent de la confusion. Les outils d'évaluation actuels engendrent une dispersion des aides financières (logement, APA, aides techniques aide au retour d'hospitalisation, financement d'aide aux aidants, aide sociale, prestations de sécurité sociale, etc.) à laquelle les acteurs et les associations ne comprennent plus rien. De plus, la multiplicité des évaluations réalisées par les acteurs, nonobstant le fait qu'elles peuvent être contradictoires et qu'elles consomment des ressources qui pourraient être employées à autre chose, sont susceptibles de retarder les interventions pertinentes pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Au total, **l'absence de véritable politique « parcours » des personnes âgées est dommageable** à quatre égards :

- Elle génère **une complexité et un manque de lisibilité** pour les personnes âgées et leurs proches, qui rencontrent de très grandes difficultés d'accès aux aides, à l'accompagnement et aux offres (grand nombre d'interlocuteurs, niveaux d'aide, modalités d'accès...);

- Elle entraîne **de graves ruptures de prise en charge**, notamment dans les transitions domicile-ville-hôpital-EHPAD, accélérant ou aggravant la dépendance des personnes âgées ;
- Elle renforce **les inégalités sociales** (perte de chance) **et les inégalités territoriales** ;
- Elle concourt à une partie vraisemblablement importante du **surcroît de dépenses de soins** pour les personnes, faute d'intervention de la réponse la plus adaptée au bon moment, avec les bonnes personnes, dans une bonne temporalité, et au meilleur coût.

Face aux nouveaux besoins, les frontières actuelles entre les acteurs et les missions du sanitaire, du médico-social et du social doivent être décloisonnées pour simplifier la prise en charge et « *mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens* » (HCAAM, novembre 2018). La rapidité des réponses entre de multiples professionnels est un élément majeur de la bonne structuration du parcours des personnes âgées.

L'atelier s'est accordé de manière unanime sur le fait qu'**il est aujourd'hui nécessaire de diffuser et de construire de manière plus forte en termes de logique « parcours »** les prises en charge des personnes âgées, et plus largement des personnes atteintes de pathologies chroniques.

La logique de la politique « parcours » permet la conception et la meilleure réalisation de prises en charge au long cours - allant de la prévention aux passages aigus jusqu'à la gestion de cas. Une « logique de gestion du risque » des personnes âgées doit être partagée et construite entre l'ensemble des acteurs et des institutions, sans pour autant remplacer les expertises qui se sont développées ni la légitimité et l'importance des différents secteurs. La politique « parcours » vise à améliorer la coordination entre les secteurs **afin de fournir une réponse holistique au sujet**.

## **2. Il est aujourd'hui possible et indispensable de développer une nouvelle étape de la politique publique « parcours » sur l'ensemble du territoire, permettant la création d'un droit commun au parcours**

### **a. Une logique « parcours » expérimentée avec succès et faisant émerger des invariants**

La perte d'autonomie du sujet âgé est un risque au milieu des autres, et elle implique un raisonnement en termes de cohérence du parcours de santé et d'autonomie de la personne âgée. La notion de parcours, qui s'est construite progressivement au cours des dix dernières années, revêt une importance croissante dans les organisations sanitaires et sociales au niveau national et local.

**Des initiatives d'ampleur et de nature variables ont été menées** soit dans des cadres nationaux, soit à travers des pratiques professionnelles, et ont fait également l'objet de recherches et d'expérimentations à l'étranger.

Néanmoins, ces initiatives « parcours » sont restées concentrées à de petites échelles territoriales ou au stade d'expérimentation. Elles sont insuffisamment connues des acteurs et des institutions nationales.

**C'est pourquoi il est proposé de développer et de mettre en place une nouvelle étape de la politique publique « parcours »** à partir de bonnes pratiques et d'invariants issus des expérimentations les plus

**Premièrement**, le cœur de cette logique « parcours » réside dans la simplification et l'amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de la prise en charge pour les personnes âgées et leur entourage, afin de permettre l'amélioration des services et des organisations (horaires, durée de réponse, personnalisation des réponses, continuité et coordination entre les acteurs, sécurisation et respect des données personnelles).

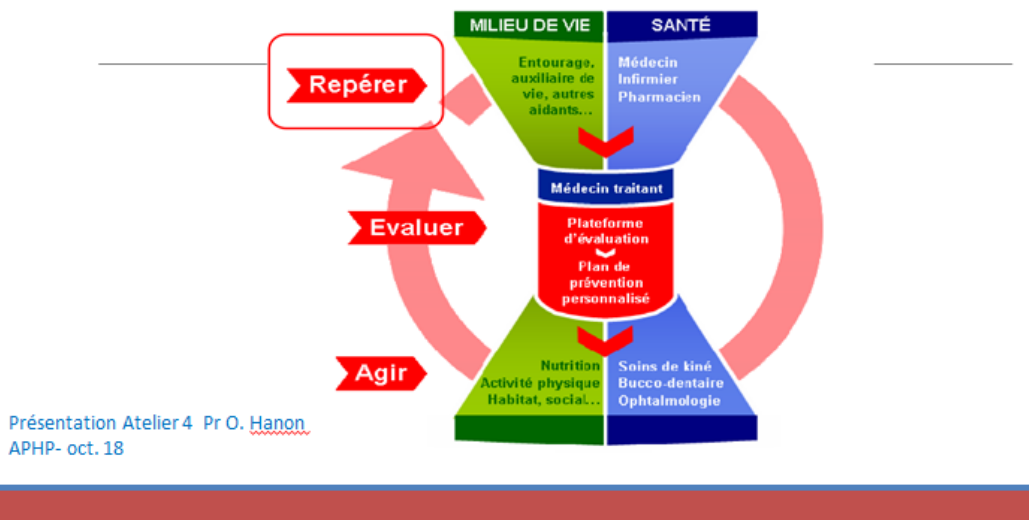
**Deuxièmement**, la logique « parcours » est une démarche de nature populationnelle et territorialisée qui concerne à la fois les professionnels de santé, du social et du médico-social, et les usagers. La notion de droit commun au parcours permet de favoriser et de rééquilibrer la coordination et de co-responsabiliser l'ensemble des acteurs dans un but d'efficience.

**Troisièmement**, le droit au parcours nécessite une pratique collaborative interdisciplinaire et interprofessionnelle qui renvoie autant à une connaissance des pratiques professionnelles de chacun qu'à des actions concertées et orientées dans un même but. Ces pratiques renvoient à la nécessité de disposer d'outils (par exemple les systèmes d'information cibles ou encore le document du plan personnalisé de santé, outil de la Haute autorité de santé qui fait la liaison entre les différents acteurs de la prise en charge) et de procédures de liaison obligatoires entre acteurs (par exemple le dossier de liaison d'urgence, le dossier médical partagé...). Ces nouvelles pratiques nécessitent des formations sur les territoires en continu des intervenants à la démarche parcours (définir en pluriprofessionnalité les besoins non couverts de la personne dans son environnement, et qui risquent de précipiter la perte d'autonomie ou de provoquer des hospitalisations, développer un langage commun essentiel à tout décroisement, etc.).

**Quatrièmement**, la pratique collaborative « parcours » renvoie à la nécessité de disposer de structures communes ou interprofessionnelles visibles et lisibles et en nombre restreint pour les patients et les professionnels sur la base d'un maillage territorial cohérent entre les secteurs sanitaires et sociaux. Ces structures actuelles ou à venir doivent être impérativement co-construites de manière équilibrée entre les tutelles des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et leurs partenaires. Elles permettent une meilleure identification des missions « parcours », des acteurs de ces missions, et l'organisation des réponses concrètes et efficaces pour les usagers et les professionnels. Plusieurs structures d'appui à la coordination fusionnée font office d'exemple, comme dans le département des Deux-Sèvres, la Maison des aînés et des aidants sur le territoire de Paris, ou de la Coordination territoriale d'appui (CTA) de Nancy.

**Cinquièmement**, pour s'inscrire dans la logique « parcours », le renouvellement du mode de gouvernance s'avère indispensable. Il a été noté par l'atelier, sur la base de la méthode MAIA (par le développement de niveaux stratégiques et tactiques notamment), qu'il s'agirait dès lors de revoir et de compléter afin de mieux aligner les financeurs, les régulateurs, les acteurs, et les représentants des usagers. Cette gouvernance doit définir des objectifs « parcours » au niveau du territoire et de la population, et organiser l'animation territoriale de proximité ainsi que le suivi du pilotage et des indicateurs communs partagés. Cette gouvernance doit veiller à l'élaboration et au suivi de diagnostics partagés, afin de réduire les ambiguïtés, les temporalités et les décalages systémiques des tutelles et des financements.

## Une démarche parcours en 3 étapes



Enfin, un septième invariant est constitué par la modification des incitatifs financiers pour les professionnels de santé et sociaux. En effet, le financement du système de santé et social ne repose pas suffisamment sur des logiques incitant les acteurs à s'organiser sur une logique globale (« parcours ») favorisant la coordination, la qualité et la prévention. Les timides tentatives d'expérimentation de modes de financement globaux sont insuffisantes et ne permettent pas de favoriser le suivi au long cours des personnes ni d'accroître la qualité et la transformation du système de santé.

C'est pourquoi un objectif fondamental doit être la constitution d'un socle de droit commun au parcours de santé et d'autonomie permettant de faire émerger une politique publique « parcours » qui va compléter et enrichir les politiques spécifiques médico-sociales, sanitaires, et sociales.

Divers programmes et initiatives ont contribué à l'émergence de cette notion et ont donné des résultats positifs observés par l'atelier :

- Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), lancés au début des années 2000, s'appuient sur l'ensemble des structures sociales, sanitaires et médico-sociales (rôle d'accueil, d'écoute, de soutien, de mise en relation) ;
- Issues du plan Alzheimer 2008-2012, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ont apporté des éléments de méthode et des résultats d'intégration ainsi que la structuration du développement de la gestion de cas sur l'ensemble du territoire ;
- Le programme d'expérimentation « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), opérationnel depuis 2015, a permis des reconfigurations et de nouvelles articulations du parcours des personnes âgées entre l'hôpital et la ville à travers de nouveaux outils ou services pluriprofessionnels et plurisectoriels impliquant fortement les professionnels locaux notamment des soins primaires, des établissements hospitaliers et des acteurs sociaux ;

- Des systèmes d'information (SI) collaboratifs permettent le partage d'informations et de données des acteurs (enjeux d'interopérabilité entre les logiciels métiers et les professionnels), à l'instar du système d'information E-TICCS en Bourgogne-Franche-Comté ;

Déploiement dans la région Bourgogne-Franche-Comté du **système d'information partagé E-TICCS** issu du **programme territoire de santé numérique (TSN)**.

**E-TICCS** est l'outil au service de la coordination de proximité, clinique ou d'appui. Il permet un partage immédiat de l'information et du suivi de la prise en charge du patient en étant accessible à l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire), social et médico-social. De la demande d'appui, en sortie d'hôpital ou autre, à l'élaboration du plan personnalisé de santé et à l'affichage de l'agenda patient, son alimentation est multi-sources et les échanges entre professionnels facilités par des outils de type « tchat ».



- Le **plan personnalisé de santé (PPS)**, élaboré dans le cadre de l'expérimentation **PAERPA** est un plan d'action partagé concernant les personnes âgées dont la situation sanitaire et sociale rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité. L'outil PPS élaboré par la HAS sert de support à la coordination des professionnels au plus près de la personne âgée afin de favoriser la prise en charge en équipe pluri professionnelle. Au-delà de l'outil, le PPS est la matérialisation du travail collaboratif pluriprofessionnel autour d'une situation ;

### Le plan personnalisé de santé (PPS) en 10 points clés

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



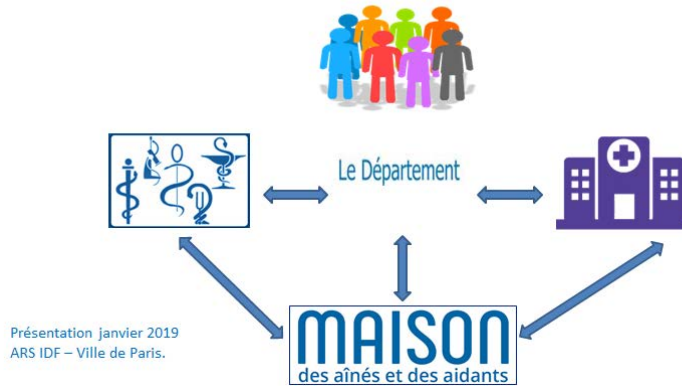
- La convergence et la fusion de dispositifs d'appui à la coordination ;

Parmi les réalisations pertinentes relevées :

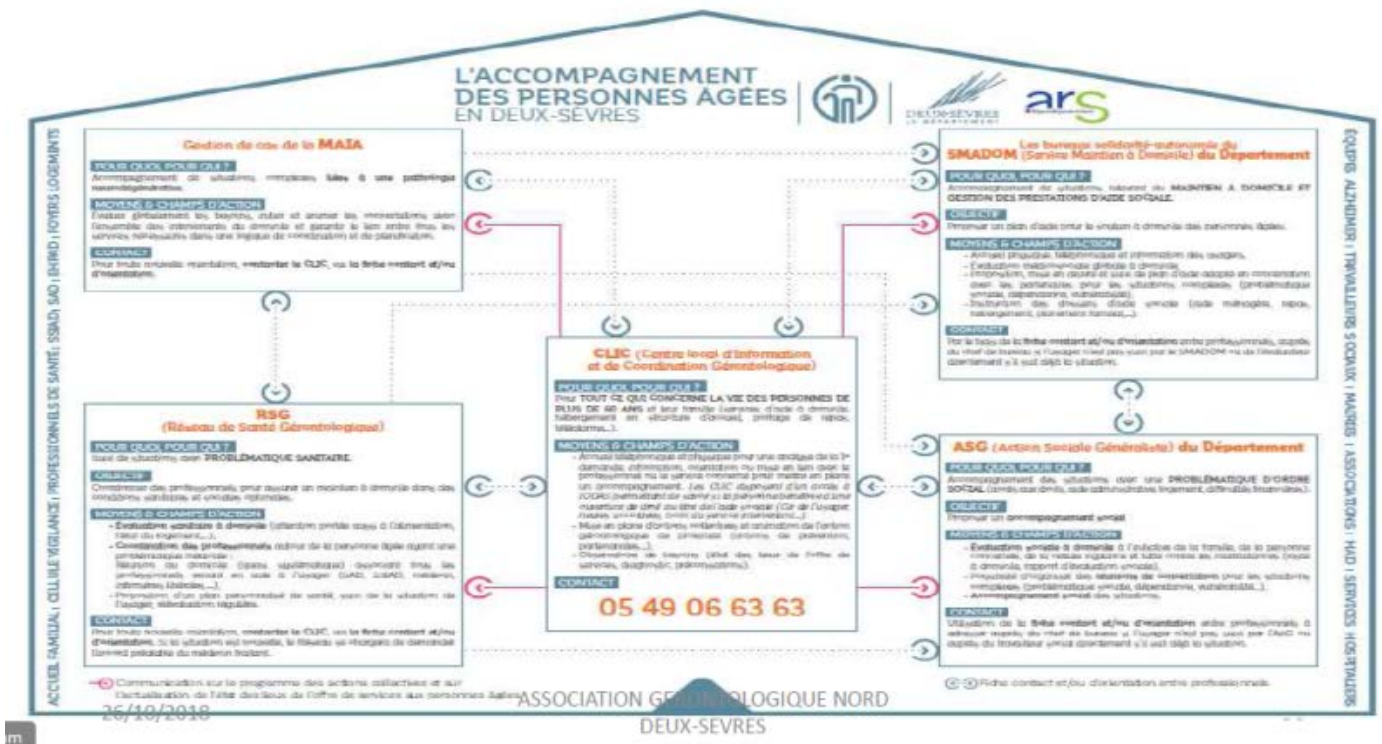
Les Deux-Sèvres et la Maison des aînés et des aidants (M2A) à Paris

## Le rôle d'appui de la Maison des aînés et des aidants (M2A)

Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation  
et mise en synergie des ressources et acteurs  
des champs sanitaire, social et médico-social



## L'accompagnement des personnes âgées en Deux-Sèvres



- Le protocole et l'action de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse dans les Hauts de France (polymédication continue et prescriptions inappropriées – étude impact PAERPA Irdes juillet 2018);
- Le repérage des personnes âgées fragiles sur le territoire ;
- Un dispositif d'hébergement temporaire entre l'hôpital et le domicile ;
- Le développement de formations pluri professionnelles par les organismes de formation *ad hoc*.



## **b. L'élaboration d'un droit commun au parcours de santé et d'autonomie, fondé sur les principes de continuité et de mutabilité du service public**

A travers le droit commun au parcours de santé et d'autonomie, il s'agit de remettre les principes de continuité et d'adaptabilité du service public au plus proche des gens sur les territoires. Ce nouveau droit au parcours doit remettre plus concrètement la personne au cœur des processus de prise en charge sanitaire et sociale.

**Le droit commun au parcours de santé et d'autonomie** doit permettre de faire bouger les lignes et les acteurs conjointement et de faire émerger une nouvelle étape de la politique publique parcours qui vise à compléter et à enrichir les politiques plus spécifiques de nature sanitaire, médico-sociale et sociale :

- Il respecte le libre choix des personnes âgées dans leur parcours comme un droit essentiel. L'attention est portée à l'individu sur le territoire et pas aux organisations : il s'agit de développer de nouvelles capacités d'écoute de chacun dans son parcours et dans la durée ;
- Le droit commun au parcours sur les prises en charges des personnes âgées doit permettre à travers son développement dans l'ensemble des territoires de dégager un nouveau service de l'autonomie par cette approche globale incluant les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il a été noté que la prise en charge des personnes en situation de handicap et celle des personnes âgées en perte d'autonomie rencontrent des problématiques communes ;
- Il conduit à insérer dans le système de nouveaux points d'appuis et protocoles de nature interstitielle et pluriprofessionnelle, et concerne les organisations et les usagers. Il vise à mieux définir qui fait quoi et quand, permettant de restreindre les doublons et vise à une simplification et une meilleure lisibilité des outils et dispositifs de coordination et d'appui des professionnels et des usagers ;
- Le socle commun parcours pourrait mentionner des étapes clefs obligatoires : repérage / évaluation(s) (ou récupération des évaluations déjà effectuées) / analyse confrontant les besoins identifiés, les désirs de la personne et l'offre sur le territoire / plan d'action partagé / accompagnement / appui au parcours / évaluation de l'action ;
- Le travail pluridisciplinaire et interdisciplinaire des acteurs de santé et sociaux est un fondement de la prise en charge parcours, ainsi que la co-construction des outils par les tutelles et les partenaires ;
- Ce socle doit se fonder sur des exigences nationales telles que l'accès et le niveau de service, la pertinence des actes et des aides, la diffusion et l'émergence des pratiques collaboratives ou d'outils d'innovation favorisant la coordination ;
- La nécessité du cadre « parcours » est amenée par des épisodes aigus ou des situations complexes : il constitue un repère, une porte d'entrée dans la complexité de la prise en charge, afin que les individus puissent être pris en charge au bon moment.

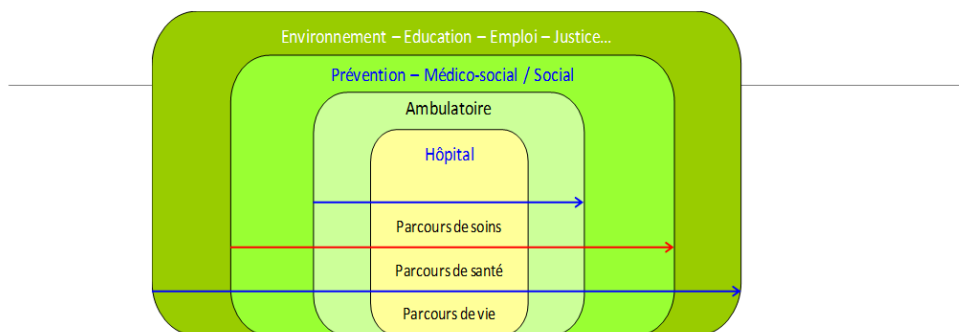
### 3. Les premières mesures répondant à la logique de « parcours »

L'atelier a identifié au cours de ses travaux une première série de propositions. Pour mettre en place une logique « parcours », il faut mobiliser une palette de réponses déjà possibles, en piochant et reformulant si nécessaire dans les référentiels existant, de biens, de services, et de prestations financières appropriées et il faut développer de nouveaux outils et structures.

**Proposition n°1** : Définir par la voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées. Un groupe de travail *ad hoc* devra être constitué entre mars et juin 2019.

Ce droit vise à compléter et à enrichir les politiques plus spécifiques de nature sanitaire, médico-sociale et sociale par la simplification des aides et des services. Il vise à accroître et à améliorer la réactivité des acteurs et des institutions et à apporter des réponses coordonnées. Il doit permettre la création de « portes d'entrée uniques et simplifiées » pour les professionnels et les usagers. Ce droit au parcours revêt un caractère fondamental au regard notamment de l'évolutivité de la situation individuelle des personnes âgées qui n'est pas prévisible et qui provoque des ruptures de prise en charge ou environnementales brutales. Le droit au parcours appelle la création de réponses plus globales et coordonnées entre les différents secteurs, gages d'une meilleure pertinence et efficacité du système.

## DEFINITIONS



**Parcours de soins** : soins de premier et second recours, hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unité de soins de longue durée,...

**Parcours de santé** : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile

**Parcours de vie** : parcours de la personne dans sa globalité : santé, environnement, scolarisation, travail, logement,...

Présentation Atelier 4 Pr. O. Hanon – APHP- oct.-18

**Proposition n°2** : Ouverture du plan personnalisé de santé (PPS) à l'issue des travaux de l'HAS, à compter de 2020. Le PPS constitue une réponse plus efficace, améliorant la pertinence des réponses apportées aux personnes. Il constitue un enrichissement de la prise en charge, une vigilance accrue des professionnels avec par conséquent une prise en charge plus globale et une complémentarité des différents professionnels. Il renforce la traçabilité et permet des gains de temps et une sécurisation dans la prise en charge médicale et sociale.

Dans ce nouveau cadre de coordination clinique de proximité (mieux identifié par les acteurs professionnels et les bénéficiaires), le PPS pourra ouvrir l'accès à de nouvelles prestations « solvabilisées », y compris par les professionnels non-nomenclaturés (par exemple les ergothérapeutes ou les psychologues). Il sera conditionné à la montée en charge dans les territoires de structurations « parcours » (CPTS, dispositifs d'appui, formation ...) du système sanitaire et social. Il devra être financé dans un cadre de droit commun (sur le risque). Le PPS serait élargi aux 65 ans et plus pour permettre de mieux anticiper certains risques, comme la dépression, qui démarrent bien avant 75 ans. Le PPS pourrait être un moyen de favoriser les actions de prévention déjà disponibles en ville, en centre de santé, en CARSAT, ou en médecine du travail. Un groupe de travail *ad hoc* sera constitué pour émettre des propositions à l'été 2019.

**Proposition n°3 :** Déployer sur l'ensemble du territoire à horizon 2022, et **sur la base d'une co-construction entre acteurs** (ARS + CD) sur un territoire donné, **un dispositif lisible et unifié qui accompagne les parcours**, quelle qu'en soit la complexité, et offre une porte d'entrée unique, simple et facilement identifiée par les usagers et les professionnels. Sur la base d'un principe de subsidiarité, ce dispositif qui a vocation à s'étendre à d'autres cibles populationnelles a pour objet l'accueil, l'information, l'appui aux aidants, les orientations et mises en relation des acteurs, les évaluations multidisciplinaires et l'appui à la coordination de la prise en charge par les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux ainsi que la gestion des situations complexes dans les territoires. L'objectif est un guichet unique pour les professionnels et les particuliers (ex : Maison des aînés et des aidants), simple d'accès (numéro dédié), associé à un volet prévention (sur la base d'indicateurs). Il faudra également inclure un service de signalement et d'alerte de situations de fragilité ou de dysfonctionnement de services au sein des M2A. Ce dispositif devra se déployer sur une maille territoriale pertinente dans un objectif de simplification des découpages territoriaux en lien avec les autres réformes en cours (projet de loi de santé avec la création des projets territoriaux de santé (PTS)). Les modes de financement de ce type de dispositif devront évoluer vers un financement à l'activité permettant un bon développement et une consolidation pérenne dans les territoires.

**Proposition n° 4 :** Mettre en place une instance territoriale du parcours au niveau de chaque département, co-pilotée par les départements et les ARS, et associant une instance avec l'ensemble des professionnels. Cette instance devra se substituer à toutes les autres instances de coordination, et donnera sur son avis sur la cohérence du schéma gérontologique et du plan régional de santé (PRS) pour les personnes âgées notamment. Elle met en place un comité parcours permanent. La conférence des financeurs deviendrait un élément de ce comité parcours. Le comité parcours doit également piloter les dispositifs d'appui (proposition 3) et de coordination des territoires et des politiques locales politiques.

**Proposition n°5 :** Garantir et rendre obligatoires des SI partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires et/ou sociales, accessibles en mobilité quel que soit le type de parcours. L'objectif majeur de la convergence des SI est de permettre l'échange et le partage des informations nécessaires à la prise en charge des personnes âgées tout au long de leur parcours de santé, quelles que soient les catégories de structures, d'organisations, de processus et de professionnels concernés. Pour réaliser cet objectif, il sera nécessaire de généraliser et de rendre obligatoire la mise en œuvre et l'usage des services numériques de coordination en se basant sur les outils nationaux et locaux ayant fait leur preuve (dossier médical partagé, messageries sécurisées de santé...), dans le cadre d'organisations structurées disposant notamment de compétences de maîtrise d'ouvrage de SI. Un plan de soutien financier des gestionnaires du secteur social et médico-social non encore équipés en systèmes

d'informations pourrait être lancé. Par ailleurs, le coût de l'interopérabilité du SI parcours devra être analysé et financé par la collectivité. Une attention particulière devra être portée à la simplification et la gestion des données issues des SI métiers incorporant des éléments de pilotage (SI décisionnel). En outre, une instance de pilotage et de coordination entre l'ARS et le département sur les systèmes d'information devra être instaurée.

**Proposition n°6** : Développer des services socles « parcours » devant constituer les ressources nécessaires au repérage des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (fragiles) et à l'optimisation du parcours de santé. Le repérage des fragilités est à promouvoir et doit être réalisé par l'ensemble des professionnels de santé et sociaux lors des situations de rupture (retraite, veuvage, isolement, passage aux urgences, etc.). Ces ressources pourront être sollicitées par les dispositifs d'appui à la coordination :

- consultations gériatriques dédiées (hospitalières) et hôpitaux de jour gériatriques,
- centres d'évaluation des sujets âgés fragiles,
- accès à des consultations de gériatrie libérales (impliquant une nomenclature adaptée de gériatrie libérale
- renforcement des équipes mobiles de gériatrie intégrant des compétences en psychiatrie et soins palliatifs,
- augmenter le nombre des infirmières de pratique avancée,

Ces services complètent l'offre de services existante (professionnels de santé libéraux, SSIAD, SAD, SPASAD, ESA...).

**Proposition n°7** : Unifier et harmoniser l'évaluation multidimensionnelle individuelle. Il faut différencier un outil multidimensionnel qui a vocation à prendre en charge et accompagner une personne d'un outil d'évaluation qui sert à financer des aides. Les outils ou méthodes d'évaluation (interail, geva - a, OEMD de la CNSA et des Départements, SMAF, grille GIRR, ...) poursuivent des objectifs différents qui doivent être articuler et complémentaire au service des parcours des usagers. Un travail sur les différents outils d'évaluation sanitaire et sociale serait entrepris afin d'aboutir à la création d'un ensemble ou d'un outil d'évaluation multidimensionnelle individuelle des besoins et d'élaboration du plan d'accompagnement global pour simplifier les parcours et éviter les aller-retour entre les différents financeurs.

**Proposition n°8** : Développer la pluriprofessionnalité dans les formations des acteurs de la santé et du social. Sur la base du constat qu'il n'y a pas ou peu de culture d'enseignement commun ni de travail pluridisciplinaire, la logique « parcours » dans le cadre de formation professionnelle initiale ou continue au professionnel à la santé et au social conduira à insérer un « module parcours » sur ces thématiques, élaborant des programmes de formation partagée avec les professionnels de santé, centrés sur des dynamiques parcours.

**Proposition 9** : Avec l'appui de l'ANAP, diffuser à grande échelle les outils, méthodes, solutions organisationnelles et enseignements issus des projets nationaux, notamment PAERPA, TSN et santé

mentale :

- Animer, au niveau territorial, des collectifs de professionnels et de responsables des dispositifs d'appui à la coordination, en fonction de leurs attentes et à partir des ressources disponibles, en matière de diagnostic des besoins des personnes âgées, de segmentation des différents niveaux de complexité des situations à accompagner, de définition de l'offre de coordination adéquate et d'implication des professionnels, partie prenantes à la résolution des problèmes rencontrés.
- Aider à la structuration de l'animation territoriale par les ARS et les CD, là aussi à partir de leurs besoins, en mobilisant les solutions déjà éprouvées en matière de diagnostic et de projet territorial, de gouvernance, de pilotage et de suivi comme d'appui aux acteurs locaux.

### **Proposition n°10** : Développer des incitatifs financiers parcours

Les modes de financement actuellement en vigueur au sein du système de santé et social assurent globalement les besoins des personnes. Mais ils ne permettent ni de discriminer la qualité offerte ni d'assurer ou de valoriser une coordination efficace entre les acteurs. L'évolution des modalités de financement doit être engagée de manière concomitante dans l'ensemble des secteurs, ville, hôpital et social, afin de favoriser le décloisonnement et d'apporter une réponse coordonnée des professionnels de santé, centrée sur les besoins des patients. Il apparaît nécessaire de poursuivre les expérimentations issue d'article 51 LFS 2018.

Le mode parcours vise à sortir du financement de la prise en charge par une nomenclature de l'acte afin de valoriser le travail de coordination et de parcours à travers notamment des outils tels que le PPS. Il faut sortir de la qualification binaire (actes techniques/prix) de la prise en charge pour réaliser une approche plus globale sur une base forfaitaire.

Il pourra également être mis en œuvre des bonus / malus valorisant la performance des coordinations sur des indicateurs sensibles à la bonne prise en charge parcours comme le niveau de réhospitalisation d'un patient dans un établissement, le passage à l'hôpital sans passage par les urgences, la baisse de la polymédication des patients et de l'iatrogénie médicamenteuse, etc.

# ANNEXE 1 : MEMBRES DE L'ATELIER

## Co-présidence

Co-président : M. Dominique Libault, pilote de la concertation Grand âge et autonomie

Co-président : Mme Geneviève Mannarino, vice-présidente du Conseil départemental du Nord

Rapporteur : M. Alexandre Farnault, chef de projet, Direction de la sécurité sociale

Stagiaire : Mme Chloé Gotrane, Ecole normale supérieure (Paris)

## Liste des membres

Dr Eliane Abraham, gériatre

Mme Agnès Audier, directrice associée, Boston Consulting Group

M. Rémy Bataillon, secrétariat général des ministères sociaux

Dr Alain Bérard, directeur adjoint, Fondation Médéric-Alzheimer

M. Adrien Casseron, Nexem

M. Sylvain Denis, président FNAR

Mme Laurène Dervieu, UNIOPSS

M. Arnaud Fayolle, membre du comité exécutif, FEDEPSAD

Mme Agnès Firmin le Bodo, députée de Seine-Maritime

Mme Guénaëlle Haumesser, directrice, Générations mutualistes

M. Eric Haushalter, directeur adjoint, CNAM

Pr Claude Jeandel, CHU Montpellier

Mme Mona Kirchen, ANAP

M. Simon Kieffer, directeur des établissements et services, CNSA

M. Thierry Kurth, chef de bureau, DGOS

Pr Olivier Hanon, APHP

Dr Marie-Dominique Lussier

Mme Marie-Claude Marais, adjointe à la cheffe de bureau, DGCS

M. Guillaume Marion, directeur autonomie, Conseil départemental de l'Yonne

Mme Sophie Martinon, directrice générale, ANAP

M. Pascal Pousse, administrateur, ANC CLIC

M. Pierre Pribile, directeur général, ARS Bourgogne Franche-Comté

Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet, directrice adjointe, HAS

M. Jean-Christian Sovrano, directeur adjoint, FEHAP

Mme Mireille Spitzer, présidente, UNASSI

## ANNEXE 2 : CALENDRIER DES REUNIONS

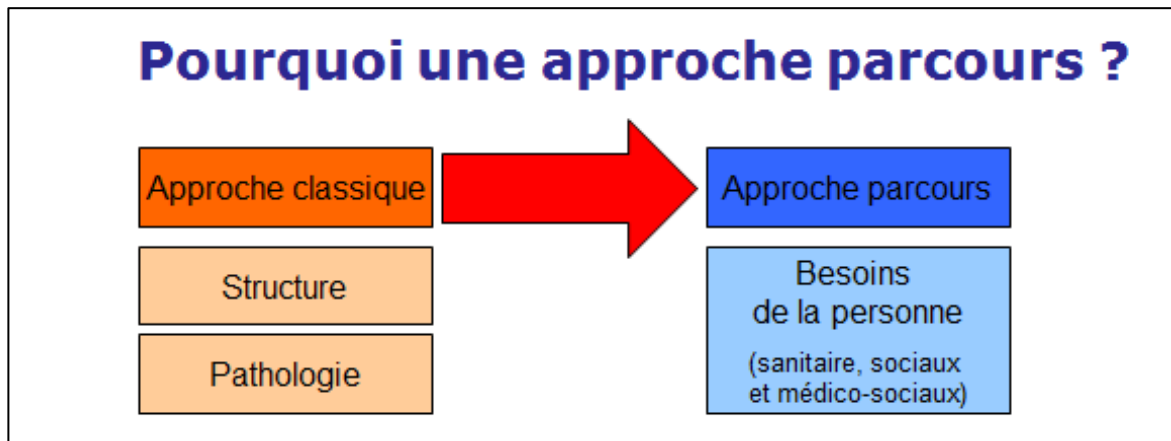
L'atelier s'est réuni à quatre reprises entre octobre 2018 et janvier 2019 :

- Vendredi 19 octobre 2018
- Mercredi 7 novembre 2018
- Lundi 3 décembre 2018
- Jeudi 17 janvier 2019



## ANNEXE 3 –

### 1. L'approche parcours

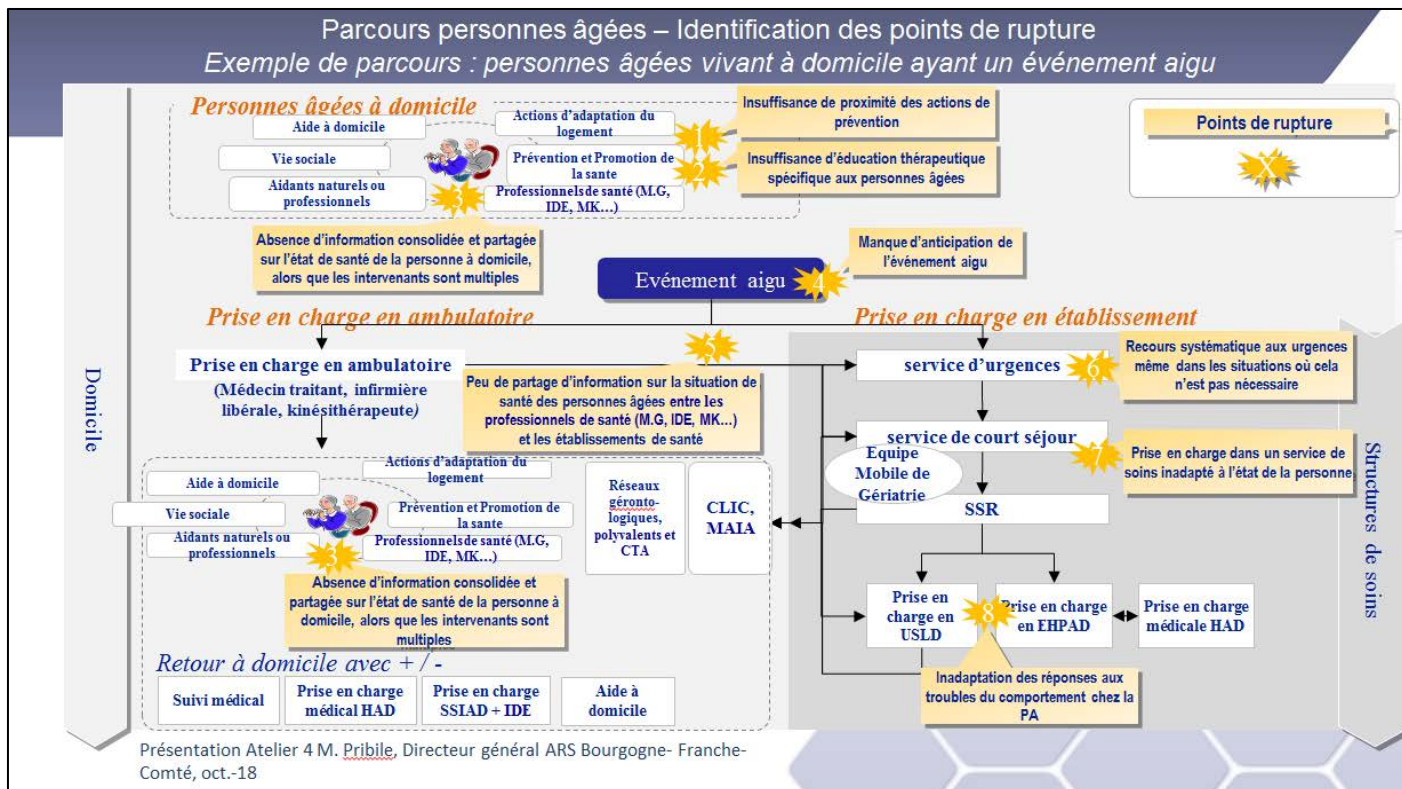


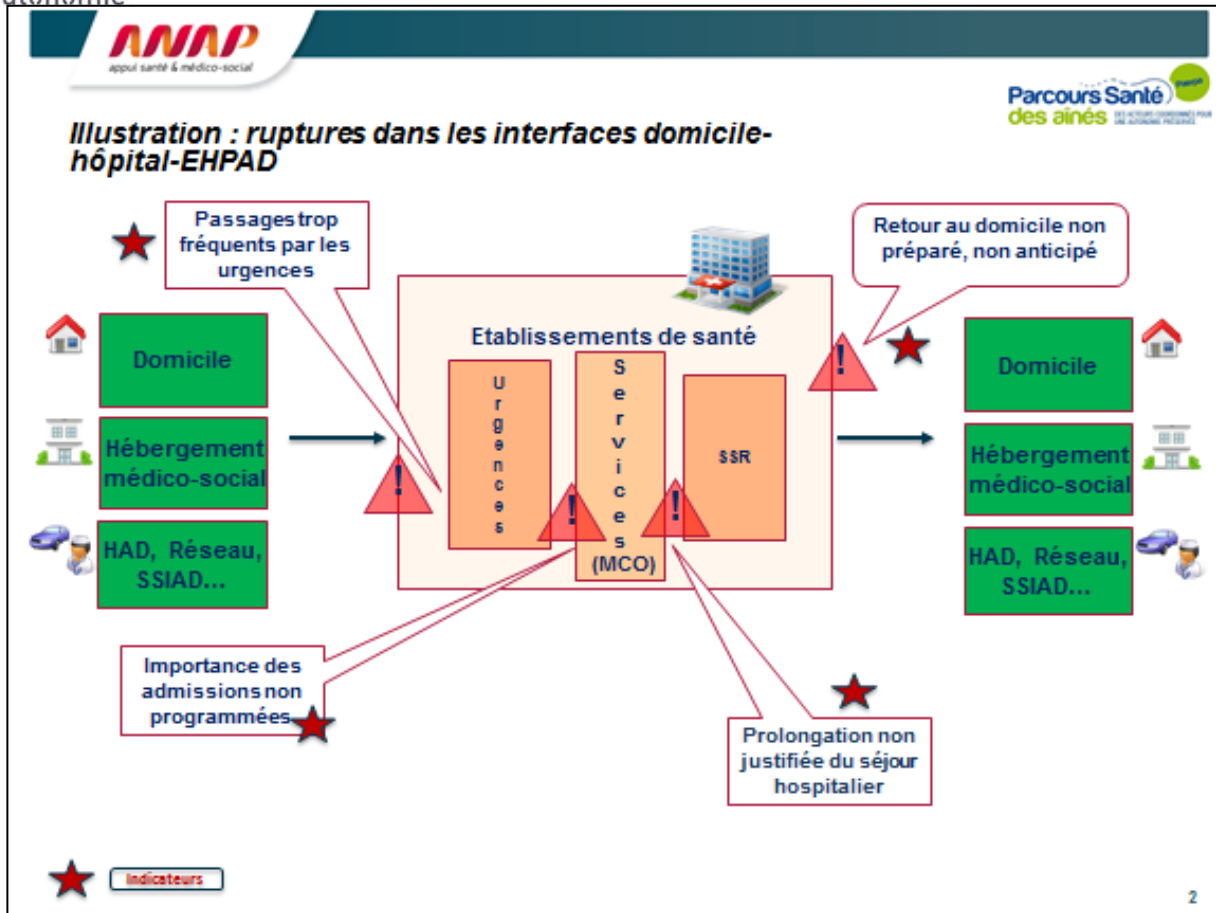
## Le choix de l'approche parcours doit être volontariste

La PA au centre du système	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La démarche part de <b>la personne âgée</b>, de son vécu (qualité et sécurité, accessibilité, délais, résultats, confort de vie ...)</li> </ul>
Démarche préventive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le parcours contribue à la lutte contre les inégalités en agissant le plus en amont possible (<b>démarche de prévention</b>).</li> </ul>
Liberté de choix	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le parcours doit respecter la <b>liberté de choix</b>, on travaille sur le résultat.</li> </ul>
Leviers financiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le parcours réclame une démarche innovante visant à dégager des <b>marges</b> et trouver des <b>leviers</b> permettant de financer les projets</li> </ul>
Coordination des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le parcours doit favoriser la <b>coordination entre les acteurs</b>, là où les professionnels ne l'insufflent pas toujours</li> </ul>
Système d'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dossier partagé, le PPS doivent être <b>le lien</b> des coopérations et des coordinations</li> </ul>

Pr Hanon Pr Jeandel – Atelier 4 parcours octobre 2018

## 2. Eviter les ruptures dans le parcours des personnes âgées





ARS BFC Pierre Pribile – Atelier 4 parcours octobre 2018 et ANAP Atelier 4 parcours novembre 2018

### 3. Repérer les situations de fragilité

## La fragilité : un marqueur prédictif de :

183

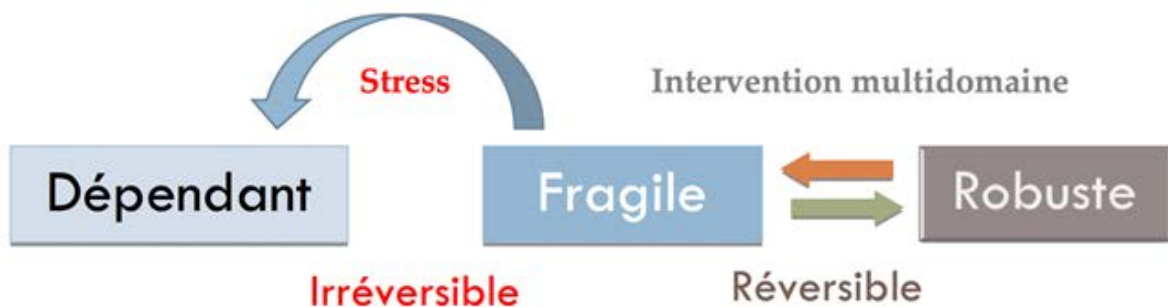



Table 6. Incidence of Adverse Outcomes Associated With Frailty: Kaplan-Meier Estimates at 3 Years and 7 Years\* After Study Entry for Both of the Cohorts† (N = 5317)

Frailty Status at Baseline	(n)	Died		First Hospitalization		First Fall		Worsening ADL Disability		Worsening Mobility Disability	
		3 yr %	7 yr %	3 yr %	7 yr %	3 yr %	7 yr %	3 yr %	7 yr %	3 yr %	7 yr %
Not Frail	(2469)	3	12	33	79	15	27	8	23	23	41
Intermediate	(2480)	7	23	43	83	19	33	20	41	40	56
Frail	(368)	18	43	59	96	28	41	39	63	51	71
p <sup>‡</sup>		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	


\*7-year estimates are only available for the first cohort.

†Only those evaluable for frailty are included.

‡p value is based on the 2 degree of freedom log rank test using all available follow-up.



**Questionnaire pour identifier les patients à risque de perte d'autonomie de 65 ans et plus**  
 (à réaliser à distance de toute pathologie aiguë)



**MACVIA LR**

*Patients de 65 ans et plus, autonomes, à distance de toute pathologie*

DEPISTAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
➤ Votre patient vit seul ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient joue-t-il le rôle d'aïdent naturel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

☛ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

☛ Votre patient vous paraît-il fragile ?     - OUI     - NON

Présentation Atelier 4 Pr O. Hanon  
APHP- oct. 18

Pr Hanon Pr Jeandel – Atelier 4 parcours octobre 2018

## ANNEXE 4 – LE PLAN PERSONNALISE DE SANTE

### Le plan personnalisé de santé personne âgée : rappel contextuel

Les besoins de prise en charge coordonnée des personnes âgées sont spécifiques : ils nécessitent l'intervention de multiples acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Ces acteurs doivent intervenir assez tôt dans le parcours des personnes âgées, et de manière coordonnée.

Le Hcaam en 2011 a fait le constat de besoins insuffisamment couverts par les modalités de prise en charge et de coordination

Dans le cadre du programme Paerpa à partir de 2014, l'amélioration du parcours de santé en ville des personnes âgées passe par le développement de la coordination des acteurs à un double niveau :

- 1. La coordination clinique de proximité (CCP)**, équipe de soins de proximité, constituée à l'initiative du médecin traitant
- 2. La coordination territoriale d'appui (CTA)**, en soutien des professionnels de santé libéraux (mobilisation rapide des expertises gériatriques et des aides sociales et médicales complémentaires / soutien à la mise en œuvre de la démarche parcours )

## Le plan personnalisé de santé

**Le PPS est un plan d'action concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité**

(Un PPS n'est pas nécessaire pour toutes les personnes âgées)

**Il sert de support à la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) au plus près de la personne âgée.**

**Le PPS intervient le plus en amont possible de la perte d'autonomie après un repérage des situations à problèmes et en particulier des 4 principaux facteurs d'hospitalisation évitables (chute, dénutrition, problèmes liés aux médicaments, dépression)**

**La personnalisation passe par le recueil et la prise en compte des préférences et priorités de la personne, même lorsqu'elles ne coïncident pas exactement avec celles des soignants**

**L'aidant est associé au PPS avec l'accord de la personne, ou de son représentant légal, ou de la personne de confiance**

HAS – Atelier parcours 4 novembre 2018

## Un changement de logique qui impacte les organisations

### La logique « situation aiguë »

Elle s'organise sur un modèle de concurrence entre les acteurs, avec un financement à l'activité et une autonomie des prestataires de soins

### Maladie Aigüe, réactif

1. Le patient arrive
2. Le patient est diagnostiqué
3. Le patient reçoit son traitement
4. Le patient sort de la file active
5. Le patient disparaît de l'écran radar

### La logique « situation chronique »

Elle s'inscrit dans une logique de coopération, avec un financement partagé entre les acteurs et la mise en place d'une tutelle (gouvernance) sur l'ensemble des acteurs du territoire de santé.

### Maladie chronique, anticipation et prévention

1. La personne entre dans le dispositif adapté de prise en charge
2. La personne est évaluée par une équipe multidisciplinaire
3. La personne reçoit un plan de prévention et de traitement personnalisé en fonction de son profil de besoins et risque
4. La personne participe activement dans les soins et il est accompagné par le réseau
5. La personne continue sur l'écran radar avec contrôle à distance et les dossiers médicaux électroniques

# Bilan de la mise en œuvre du PPS

Depuis 2015, forte progression de l'usage du PPS (11 200 PPS entre décembre 2014 et juillet 2018, + 13% entre 2017 et 2018), ce qui témoigne d'une forte appropriation de cet outil par les professionnels.

Appropriation plus rapide de l'outil dans les nouveaux territoires Paerpa

Les temps d'appropriation du PPS par les acteurs sont variables, les usages effectifs du PPS sur les territoires sont très différents d'un territoire à l'autre

L'Assurance Maladie finance les PPS dont 2/3 sont élaborés par des professionnels libéraux et 1/3 par des structures d'exercice coordonné



Dr Marie dominique Lussier – Atelier 4 parcours novembre 2018 et HAS – Atelier parcours 4 novembre 2018

Le PPS, un outil devenu évident sur le territoire :

2 650 PPS diffusés au 30 septembre 2018

Connaissance des intervenants entre eux

Plan Personnalisé de Santé		Nom :	Prénom :
La personne et ses contacts utiles		Date de naissance :	Sexe :
N° Sécurité sociale :		Ald :	
Informations sur la personne			
Adresse de la personne		Mesure de :	
Adressé :		NOM et Prénoms de la personne :	
Référénts familiaux/amicaux		Date de naissance :	
Personne de confiance		Problèmes liés aux médicaments	
Caisses de retraite		Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)	
Médico-social		Plan d'actions	
Pharmaciens d'officine		Plan de soins	
Kinésithérapeute		Plan d'aide	
Actes professionnels			
Informations ETP			
Généraliste			
ESAD/SAD/SPA/SAD			
Coordinateur d'appui réseau, action de vie...			
Tuteur / coordinateur			
Travailleur social et non service			
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS			

Objectivation des besoins : oui / non / ?

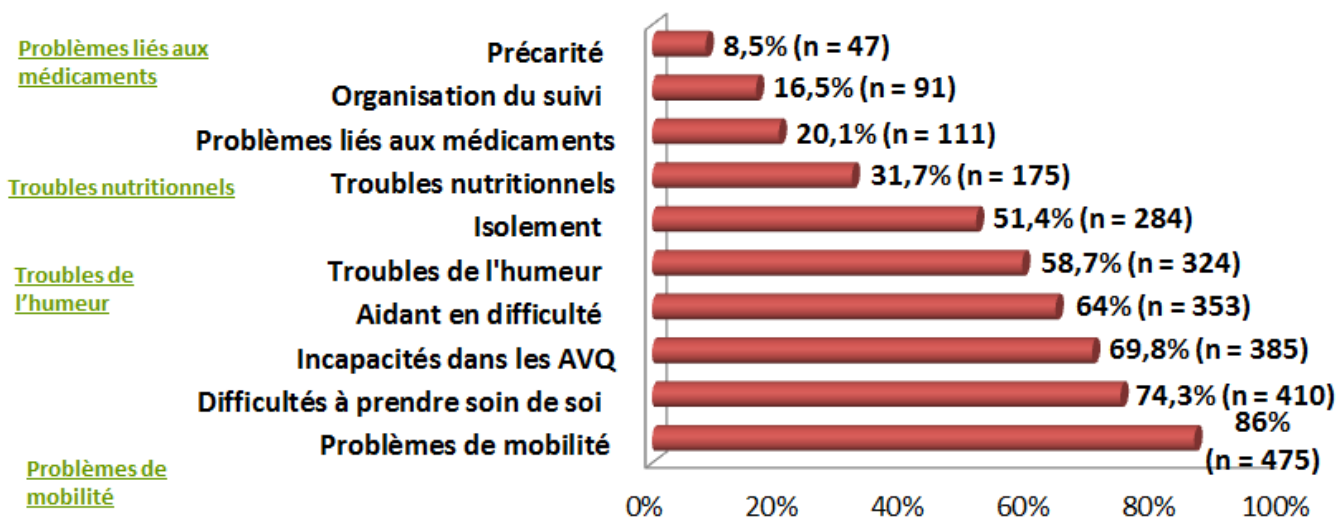
Respect des désirs de la personne

Plan d'actions par objectif partagé

Plan Personnalisé de Santé		Date d'élaboration du PPS :	Nom :
Plan d'actions		Date de naissance :	Prénom :
Préférences de la personne		Poids :	Sexe :
Priorité actuelle de la personne		Capacité d'urgence :	
Plan de soins			
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'attente des résultats
			Objectif atteint - Oui / Non / Partiellement
			Date de bilan
			Bilan d'étape
			Commentaires
Plan d'aide			
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'attente des résultats
			Objectif atteint - Oui / Non / Partiellement
			Date de bilan
			Bilan d'étape
			Commentaires

## Étude des PPS diffusés en 2017 (n = 552)

### Problématiques identifiées à domicile (4.8 en moyenne par patient)



## Étude des PPS diffusés en 2017 (n = 552)

### Objectifs partagés (2.3 en moyenne par patient)

